

idp

idm

MESTRADO PROFISSIONAL

EM ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

**ANÁLISE DA EFICIÊNCIA ENTRE CUSTO E TEMPO DE
INTERNAÇÃO EM PACIENTES UROLÓGICOS NO HOSPITAL
E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ- MT**

CARLOS EVARISTO METELLO COSTA E SILVA

Brasília-DF, 2021

CARLOS EVARISTO METELLO COSTA E SILVA

**ANÁLISE DE EFICIÊNCIA ENTRE CUSTO E TEMPO DE
INTERNAÇÃO EM PACIENTES UROLÓGICOS NO HOSPITAL
E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Orientador

Professor Doutor Alexander Cambraia Nascimento Vaz

Brasília-DF 2021

CARLOS EVARISTO METELLO COSTA E SILVA

ANÁLISE DE EFICIÊNCIA ENTRE CUSTO E TEMPO DE INTERNAÇÃO EM PACIENTES UROLÓGICOS NO HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Administração Pública, do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre.

Aprovado em 17 / 09 / 2021

Banca Examinadora

Prof. Dr. Alexander Cambraia Nascimento Vaz - Orientador

Prof. Dr. Hugo Dias Hoffman Santos

Profa. Dr. Caio Cordeiro de Resende.

S586a Silva, Carlos Evaristo Metello Costa e
Análise de eficiência entre custo e tempo de internação em pacientes
urológicos no hospital e pronto socorro municipal de Cuiabá / Carlos Evaristo
Metello Costa e Silva. – Brasília: IDP, 2021.

90 p. : il.
Inclui bibliografia.

Trabalho de Conclusão de Curso (Dissertação) – Instituto Brasileiro de
Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa – IDP, Curso de Mestrado profissional em
Administração Pública, Brasília, 2021.
Orientador: Prof. Dr. Alexander Cambraia Nascimento Vaz.

1. Políticas públicas - saúde. 2. Tempo de internação. 3. Gestão de recursos. I.
Título.

CDD 351

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Ministro Moreira Alves
Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa



DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado para Larissa, Maria e Clara (que está por chegar!)

E aos brasileiros que dependem do SUS.



“O homem sacrifica a sua saúde, a fim de ganhar dinheiro. Em seguida, sacrifica o dinheiro para recuperar a sua saúde. E então está tão ansioso sobre o futuro que não desfruta o presente; o resultado é que ele não vive nem no presente nem no futuro; ele vive como se nunca fosse morrer, e depois morre sem nunca ter realmente vivido...”

Dalai Lama

RESUMO

Esta pesquisa trata da análise da eficiência da política pública de saúde, por intermédio do estudo do caso do setor de urologia do Hospital e Pronto Socorro do Município de Cuiabá (HPSMC). Avalia-se a relação entre o excesso de tempo de internação e o custo decorrente desse excedente como possível indicativo de ineficiência na gestão de recursos públicos escassos. Por meio da avaliação estatística realizada, verificou-se a ocorrência de expressivo excesso do tempo de internação dos pacientes, quando comparados à média extraída do sistema SIGTAP-DATASUS. Os custos médios de internação foram coletados do sistema TABNET-DATASUS. Concluiu-se que o tempo de internação e seus custos podem ser reduzido mediante melhorias na implementação de políticas públicas de saúde, especialmente ao avaliar os custos inerentes, conforme se constatou no estudo realizado.

Palavras-chaves: saúde pública; políticas públicas de saúde; Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá; relação entre custo e tempo de internação

ABSTRACT

This study analyses the efficiency of health public policies by means of the case study of the urology department of the Hospital and Emergency Room of the Municipality of Cuiabá (HPSMC). The relation between the excessive hospital stays and its inherent costs is evaluated as a possible indication of inefficient management of scarce public resources. The statistical evaluation performed allowed verifying the occurrence of excessive stay in comparison to the mean value extracted from the SIGTAP-DATASUS system. Average hospitalization costs were collected from the TABNET-DATASUS system. It was concluded that the length of stay and costs can be reduced through improvements in the implementation of public health policies, especially when evaluating its inherent costs, as found in the study carried out.

Keywords: public health; public health policies; Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá; relationship between cost and length of hospital stay

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1

Juscelino Kubitschek

.....32

Figura 2

Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

.....36

Figura 3

Organograma do Hospital e Pronto Socorro Municipal De Cuiabá

.....37

Figura 4

Média e intervalo de confiança a 95% do tempo de internação em excesso em relação à realização dos exames solicitados pelo médico

.....55

Figura 5

Média e intervalo de confiança a 95% do tempo de internação em excesso em relação ao tipo de saída hospitalar

.....56



LISTA DE QUADROS

Quadro 1

Exames utilizados em atendimento urológico, com o respectivo valor pago pelo SUS

.....**41**

Quadro 2

Procedimentos utilizados em atendimento urológico, com o respectivo valor pago pelo SUS

.....**42**



LISTA DE TABELAS

Tabela 1

Produção hospitalar para o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá**42**

Tabela 2

Sumarização das variáveis categóricas dos pacientes atendidos pelo serviço de urologia do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, entre 2017 e 2019**53**

Tabela 3

Sumarização das variáveis contínuas dos pacientes atendidos pelo serviço de urologia do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, entre 2017 e 2019**54**

Tabela 4

Comparação das médias e intervalo de confiança a 95% das variáveis contínuas em relação à resolução do problema de saúde que motivou a internação hospitalar**55**

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Justificativa e Pergunta de pesquisa	14
1.2	Hipótese de Pesquisa	15
1.3	Objetivos geral e específicos	16
2	POLÍTICAS PÚBLICAS	18
2.1	Breve Análise	18
2.2	Políticas públicas de Saúde no Brasil: O sistema único de Saúde (SUS) ..	21
2.3	Dificuldades na implementação de Políticas Públicas de Saúde	24
2.4	Fatores que impactam na implementação de Políticas Públicas de Saúde	27
3	UROLOGIA	31
4	A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E O HOSPITAL E O PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ	36
5	CUSTOS E PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO SUS	40
6	ESTUDO DE CASO	48
6.1	Metodologia	48
6.2	Análise Estatística	49
6.3	Resultados	51
7	DISCUSSÃO	59
8	CONCLUSÃO	75
	Referências	79



1

INTRODUÇÃO

A definição de políticas públicas de saúde eficientes no Brasil continua a ser um dos principais desafios a serem superados. Como país emergente, ou em desenvolvimento, o Brasil não tem recursos suficientes para atingir os objetivos de prestação de serviços integrais e universais a todos os seus cidadãos. Há, desse modo, a necessidade de conciliar a escassez de recursos aos dispositivos constitucionais que determinam que a garantia do direito fundamental à saúde constitui dever do Estado.

Com capacidade de efetuar gastos em investimentos na área de saúde limitados, o Estado brasileiro precisa enfatizar a eficiência na administração dos recursos públicos. Nesse sentido, a eficiência – considerada como a maximização da quantidade de produtos ou serviços gerados com o menor dispêndio possível de recursos – precisa tornar-se prioridade tanto na formulação de políticas públicas quanto na gestão pública em geral. A minimização dos custos, desse modo, precisa estar associada à necessidade de aumentar a abrangência dos serviços públicos prestados, que, no caso da saúde, visa ao atendimento de toda a população brasileira.

O usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) que necessita de serviços públicos em uma especialidade médica em hospital público na capital do Estado de Mato Grosso encontra grandes dificuldades em ter o atendimento realizado por completo em uma instituição. Observa-se que pessoas que precisam de procedimentos terapêuticos, clínicos ou cirúrgicos, ou exames e dão entrada no hospital em quadro de urgência/emergência ou mesmo transferidos de outras unidades de saúde pela falta de especialistas, após serem submetidos à avaliação do médico especialista, amargam longos períodos internados devido à falta de insumos ou de contra-referências para outras unidades de apoio. Essa situação gera altos custos à instituição, demandando, pois, a necessidade de aportes financeiros públicos cada vez maiores para este serviço

Muitos procedimentos médicos de baixa ou média complexidade, de alta resolutividade e baixo índice de complicações,

muitas vezes de custo não tão alto, que deveriam resultar em períodos breves de permanência intra-hospitalares (dias, ou mesmo horas), pelo fato de não serem ofertados, implicam períodos de longa estadia. Essa situação gera maior consumo de materiais e serviços de saúde com alto valor agregado, além de ocupar espaço em leito hospitalar, média de 3 a 4 alimentações diárias, água e energia elétrica da instituição, dentre outros gastos, o que acarreta prejuízos extensos ao orçamento público.

Tendo em vista a importância de se otimizarem recursos públicos, ativos tão escassos no Brasil, esta pesquisa torna-se fundamental para demonstrar, por meio da análise de um caso específico, os custos desnecessários gerados pela demora em disponibilizar o tratamento ou exame necessário a paciente urológico do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá. Apesar de apresentar o escopo limitado a uma especialidade, em apenas uma unidade hospitalar, seus resultados podem subsidiar estudos posteriores na área de saúde pública.

Esta discussão está organizada em sete capítulos: Introdução, em que são apresentados a pergunta de pesquisa e os objetivos; Políticas Públicas, em que se discorre sobre as políticas públicas de saúde, notadamente sobre o Sistema Único de Saúde e as eventuais dificuldades apresentadas; Urologia, um breve resumo sobre a especialidade abordada; a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, em que há um breve relato sobre o local de análise e uma avaliação sobre procedimentos, exames e seus custos; Estudo de Caso, em que se demonstra a metodologia utilizada e os resultados obtidos da pesquisa; Discussão dos resultados obtidos e, por fim, a Conclusão, que aborda a análise geral dos resultados e possibilidades de aprofundamento em questões similares de políticas públicas de saúde.

1.1 JUSTIFICATIVA E PERGUNTA DE PESQUISA

Diante da necessidade de melhor aproveitamento dos recursos investidos em serviços públicos de saúde, devido à sua importância no bem-estar da vida da população, além de envolver questões de vida e sobrevivência, esta pesquisa propõe-se a responder o seguinte questionamento: é possível verificar gastos desnecessários em políticas públicas de saúde, notadamente ao se analisar o tempo de

internação de pacientes urológicos no Hospital e Pronto Socorro Municipal (HPSMC)?

O objeto de estudo é mostrar que o Poder Público despense significativo montante em saúde pública em ambiente de recursos escassos e de alta demanda - visto o caráter de universalidade da política pública de saúde – e não necessariamente os recursos são bem aplicados.

A justificativa inicial do trabalho é que se demonstre que a instituição de saúde em questão, por não obter celeridade na resolução dos problemas enfrentados, aumenta seus custos, o que leva à necessidade de maiores aportes de seus mantenedores, entre eles, a Secretaria Municipal de Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde. Com isso, deixa-se de melhorar os serviços oferecidos ao público e de se investir em infraestrutura própria ou mesmo em outros projetos da Administração Pública, tanto para a pasta da saúde ou para outra secretaria, visto que os recursos a serem destinados são, em regra, provenientes de caixa único do Governo Municipal.

O motivo para a escolha da especialidade é que a Urologia é um dos serviços mais solicitados em pareceres médicos dentro da instituição hospitalar. Dentre as especialidades solicitadas, é a quarta mais requisitada, ficando atrás apenas da Cardiologia, Neurologia Clínica e Cirúrgica, e Cirurgia Geral. Importante destacar que o HPSMC é uma unidade de saúde terciária, sendo referência de subespecialidades em Clínica Geral, Pediatria, Ginecologia, com sua maior demanda em unidades secundárias ou específicas, como hospitais maternos-infantis.

1.2 HIPÓTESE DE PESQUISA

Observando a ausência da adoção de estratégias mais adequadas, a hipótese desta pesquisa é que os pacientes ficam mais tempo internados do que o necessário para cada diagnóstico, o que gera custos desnecessários à instituição analisada. Com isso, é possível verificar ineficiência na aplicação de recursos públicos de saúde.

Esta hipótese será testada, tendo como base as informações obtidas em coleta de evidências, tanto específicas quanto de dados

públicos disponibilizados pelo SUS, e que serão, conseqüentemente, tabuladas, o que possibilita comprovar ou negar a hipótese proposta.

1.3 METODOLOGIA

O objetivo geral deste trabalho é verificar a possível ineficiência na aplicação de recursos de políticas públicas de saúde. Para isso, buscou-se avaliar o tempo despendido em internações de pacientes urológicos no HPSMC, que levam a gastos desnecessários, na medida em que não haveria indicação médica para que essas internações durassem tanto tempo.

A fim de examinar o objetivo geral, é necessário verificar os seguintes objetivos específicos:

- a. analisar a política pública de saúde;**
- b. definir a população a ser estudada, com base na instituição avaliada no estudo de caso;**
- c. definir os prazos médios de internação para os diagnósticos urológicos estudados;**
- d. elaborar estudo estatístico sobre a população definida;**
- e. analisar o resultado obtido pela pesquisa e seus efeitos em gastos públicos em saúde..**



?



2

POLÍTICAS PÚBLICAS**2.1 BREVE ANÁLISE**

Políticas públicas são ações planejadas e implementadas por governos, com a finalidade de sanar problemas da sociedade ou de alguns grupos de pessoas. A expressão *policy analysis*, traduzida em português como política pública, foi criada por Harold Dwight Lasswell, em 1936. No entanto, não existe apenas um significado para o termo, que se mantém em constante adaptação, chegando inclusive à conclusão de que não se implementar nenhum tipo de ação para resolver um problema é um tipo de política pública (AGUM e outros, 2015).

No Brasil, com o advento da Constituição Federal de 1988, o Estado passou a ter diversas responsabilidades em relação a políticas públicas. A nova constituição do Brasil, no entanto, defende o liberalismo econômico ao mesmo tempo em que propugna maior interferência do Estado na maior parte dos setores. Defende-se que a Administração Pública não pode ficar inerte frente aos anseios da sociedade, que clama pela sua atuação direta para que, por meio de regulamentação das atividades econômicas, se alcance o crescimento dos mercados, a segurança jurídica e os direitos dos cidadãos.

Cabe aqui o esclarecimento de que política pública e política de governo são conceitos distintos. A primeira transcende a atuação de Governos específicos, enquanto a segunda é estritamente atrelada ao mandato eletivo. Entretanto, cabe ressaltar que, diante do cenário político atual em que o Brasil se encontra, é comum a confusão entre as duas denominações, pois as políticas públicas são, comumente, abandonadas por gestões políticas posteriores (CRISTÓVAM, 2011).

Historicamente, o sistema de proteção social nacional baseou-se pelo Estado de bem-estar social, ideal amplamente implementado em países ocidentais nos pós Segunda Guerra Mundial, com o objetivo de sanar as fragilidades da economia de mercado. Nesse sentido, criou-se a responsabilidade de o Estado em prover bens e serviços públicos a seus cidadãos (FARAH, 2001).

Devido ao grande escopo de serviços públicos necessários e aos recursos escassos, países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentam dificuldades para realizar a implementação, o aprimoramento e a gestão de políticas públicas hábeis para atender contingências sociais.

Maas e Leal (2014) ressaltam a importância da definição de estratégias hábeis para que se efetivem os direitos fundamentais sociais por meio de políticas públicas, na busca de minimizar as omissões estatais na concretização dos direitos básicos.

O assunto também perpassa questões orçamentárias do Estado. Para implementação e execução de políticas públicas, além da devida gestão e controle, é necessário o aperfeiçoamento financeiro, de forma que as medidas adotadas garantam o mínimo existencial ao mesmo tempo em que os recursos sejam otimizados.

Percebe-se que é necessário se atentar ao princípio da reserva do possível, sendo entendido como as restrições a que o Estado está limitado em questões financeiras, com vistas a investir seus recursos de forma racional em diversos programas (MAAS; LEAL, 2014). Com isso, destaca-se o desafio do administrador público: mapear políticas públicas de longo prazo que sejam capazes de atender aos direitos dos cidadãos e, simultaneamente, considerar as restrições financeiras inerentes à Administração Pública.

Diante deste cenário, seria imprescindível um planejamento rigoroso das políticas públicas, com o objetivo de otimizar os recursos disponíveis, para beneficiar mais pessoas de forma mais eficiente. Dessa forma, aproximar-se-ia do objetivo de prestar serviços de saúde de forma universal, com a qualidade e a celeridade necessárias.

O conceito de eficiência tornou-se fundamental após sua inserção como princípio constitucional, por meio da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. O primordial, na esteira de importantes reformas administrativas de Estado, era garantir menor “burocratização” dos serviços públicos.

Pode-se entender eficiência como a utilização racional de recursos visando o melhor custo-benefício entre o que se pretende

obter com o que se tem disponível (GOMES, 2009). Com isso, busca-se implementar políticas públicas eficientes ao aplicar os recursos disponíveis escassos da melhor forma possível para se alcançar um objetivo.

A fim de compreender melhor a finalidade deste trabalho, é relevante analisar o cenário atual das políticas públicas de saúde no Brasil. Dessa forma, revela-se o panorama sobre o fornecimento gratuito de medicamentos e serviços pelo Poder Público e sobre as principais inconsistências do sistema, que podem colocar em risco a viabilidade de políticas públicas no país

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Com a instituição da Constituição Federal de 1988 no ordenamento jurídico nacional, surgiram uma gama direitos sociais que implicam deveres de prestações materiais pelo Estado Federal, que até então, não haviam sido reconhecidos expressamente, e, dentre eles, está o direito à saúde.

A garantia e a concretização do direito e do acesso à saúde são consequência direta da construção e da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de resultado de um longo processo histórico e social de universalização da atenção à saúde, iniciado, sobretudo, pelo Movimento pela Reforma Sanitária, em meados de 1978, após a promulgação da Declaração de Alma-Ata (CONASS, 2007).

Após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, momento em que foram consagrados os pilares do sistema de saúde brasileiro, preconizados pelo Movimento Sanitarista, é que a Constituição Federal de 1988 atribuiu ao direito à saúde qualidade de direito humano fundamental. Diante da conjuntura político-social, a criação do SUS foi a forma encontrada para viabilizar e consolidar o exercício do direito à saúde (CONASS, 2007).

Conforme os preceitos da Constituição Federal de 1988, a “Saúde é um direito de todos e dever do Estado”. No período anterior a este marco legal, o sistema público de saúde prestava assistência apenas a trabalhadores vinculados à Previdência Social, contando com aproximadamente 30 milhões de pessoas com acesso aos serviços de

saúde, enquanto cabia a instituições filantrópicas o cuidado dos demais cidadãos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído por meio da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que regulou, em todo o país, as ações e os serviços de saúde. Consta no artigo 2º da referida lei que “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

A Lei nº. 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica de Saúde, é a tradução prática do princípio constitucional da saúde. Esse sistema é considerado a principal política pública de saúde desenvolvida pelo Estado brasileiro. Conforme o artigo 7º, da Lei nº 8.080/1990, ações e serviços públicos de saúde, incluindo serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, obedecem aos seguintes princípios:

- a) universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;**
- b) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;**
- c) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;**
- d) igualdade da assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;**
- e) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;**
- f) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;**
- g) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;**
- h) participação da comunidade;**
- i) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;**
- j) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;**
- k) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.**

- l) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;**
- m) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;**
- n) capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e**
- o) organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.**

Tendo em vista a estrutura e a organização do SUS, em termos de legislação que garante e efetiva o direito à saúde no Brasil, cabe destacar a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, bem como sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O SUS conformou-se como um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, realizando desde simples atendimentos, por meio da chamada Atenção Básica, até procedimentos mais difíceis na Atenção de Alta Complexidade. Almeja-se proporcionar acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país, sem discriminação. A atenção integral à saúde passou a ser um direito de todos os brasileiros, visando à prevenção e à promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

O Ministério da Saúde é o órgão responsável por elaborar o planejamento de políticas públicas de prevenção e assistência à saúde da população em âmbito nacional. Essas ações, no entanto, são consideradas e desempenhadas de forma conjunta e coordenada, na medida em que dependem de todas as unidades federativas para serem implementadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Nessa esteira, percebe-se que União, estados, Distrito Federal e municípios são responsáveis pela implementação e pela gestão das ações e dos serviços do SUS. Configuram-se como escopo do SUS atendimentos primários a complexos, serviços de urgência e emergência, por meio do programa Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), atenção hospitalar, ações de vigilância

epidemiológica, sanitária e ambiental, além de assistência farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME é uma publicação do Ministério da Saúde com os medicamentos para combater as doenças mais comuns que atingem a população brasileira. O Governo Federal conta ainda com diversos outros programas para o atendimento e a concessão de tratamentos médico-hospitalares consubstanciados em políticas públicas específicas, com vistas ao atendimento especializado de diferentes grupos sociais. Entre os objetivos de tais políticas encontra-se a ampliação da oferta de cirurgias e tratamentos médico-hospitalares e a consequente redução das filas de espera (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Cumprido destacar que a Portaria nº 3.916, do Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Medicamentos com finalidade precípua de assegurar o acesso integral da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, a fim de que os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuem em parceria.

A própria Política Nacional de Medicamentos definiu como prioridade a consecução das seguintes questões:

- a) revisão permanente da RENAME;**
- b) assistência farmacêutica;**
- c) uso racional de medicamentos;**
- d) campanhas educativas;**
- e) registro e uso de medicamentos genéricos;**
- f) formulário terapêutico nacional;**
- g) farmacoepidemiologia e farmacovigilância.**

Todavia, sabe-se que o Brasil encontra várias dificuldades em implementar políticas públicas que efetivamente garantam o direito à saúde de forma igualitária e integral na forma da Lei. Isso ocorre porque uma política pública, juridicamente, é um complexo de decisões e normas de natureza variadas (DE MELLO, 2010).

Tendo ainda como exemplo o fornecimento de medicamentos pelo Estado, este depende de limites orçamentários escassos que tentam se equilibrar na relação do binômio necessidade-possibilidade.

É possível concluir, por conseguinte, que é impossível o Sistema Único de Saúde oferecer uma cobertura universal a todas as solicitações demandadas, tendo em vista as limitações orçamentárias do Estado brasileiro (DE MELLO, 2010).

Em que pese a prestação do SUS, conforme as previsões normativas e constitucionais, ter como fundamento a eficiência, com base na descentralização do atendimento entre os três entes federativos, bem como visar à universalidade e à integralidade do atendimento, a realidade das prestações de políticas públicas de saúde no Brasil é totalmente diversa.

2.3 DIFICULDADES NA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Políticas públicas são metas coletivas, prioridades escolhidas em uma sociedade democrática, e são executadas por intermédio de programas do Poder Público. Muitos desses objetivos sociais estão positivados não somente na Constituição Federal, mas também nas Constituições Estaduais, como forma de garantir os direitos fundamentais nelas consubstanciados.

Contudo, em muitos casos, o Estado brasileiro não tem envidado esforços suficientes a fim de concretizar as metas relacionadas à prestação de serviços de saúde previstas na Constituição Federal de 1988, sob o fundamento da insuficiência de recursos financeiros para a sua efetivação. Além disso, argumenta que tal decisão não poderia ser submetida ao crivo do Judiciário por se tratar de questão política, que diz respeito somente a representantes eleitos, sob pena de violação do princípio da tripartição dos Poderes.

O Poder Executivo costuma invocar o “princípio da reserva do possível” como impedimento à atuação do Judiciário. Além disso, busca rejeitar a legitimidade dos órgãos jurisdicionais, sob o argumento de que tribunais e juízes carecem de legitimidade democrática e responsabilidade política. Por reserva do possível, entende-se a aplicação da razoabilidade no caso concreto, com base no argumento de que o Estado não teria condições de arcar com alguns custos sem prejudicar outras políticas públicas (SARLET; FIGUEIREDO, 2007).

Em contraposição ao argumento defendido pelos executores de políticas públicas, verifica-se que essas políticas, por serem matéria constitucional, são sujeitas ao controle judiciário (BARBOZA e KOZICKI, 2012).

Para que o direito à saúde venha a ser garantido a toda a população, é necessário que os entes federados, em comunhão de esforços, disponibilizem parte de suas receitas financeiras para custear o aludido sistema. Por esta razão, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional n. 29, a qual acrescentou ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias o art. 77, que definiu regras acerca do montante mínimo disponibilizado por cada unidade federativa para área de saúde, até o exercício financeiro de 2004.

Diante do exposto, nota-se que, para a garantia do direito à saúde a todos e sua efetiva disponibilização, é necessário que a Administração Pública tenha recursos financeiros suficientes, pois, do contrário, haverá mera declaração de direito insculpida na Constituição. No entanto, as normas definidoras de direitos e garantias fundamentais têm aplicação imediata, conforme redação do art. 5º, § 1º, da Constituição Federal de 1988, com vistas a impedir que sejam descumpridas pelo Poder Público com a alegação de insuficiência ou ausência de recursos públicos.

No tocante ao Poder Judiciário, é fato que, atualmente no país, muitos indivíduos recorrem a suas instâncias com objetivo de assegurar o acesso a medicamentos e a variados serviços de saúde. O Supremo Tribunal Federal reconhece que se processa no país o fenômeno da judicialização das políticas públicas de saúde (BARROSO, 2009).

A Constituição Federal reconhece que a oferta de produtos e serviços médicos não basta para proteger a saúde da população. Com efeito, no artigo 196 da Carta Constitucional está previsto que a garantia do direito à saúde é possibilitada “mediante políticas sociais e econômicas [...] e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços” para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Esta pesquisa não entrará no mérito de qual seria a melhor solução entre as falhas de gestão do Estado na implementação das políticas públicas e os direitos fundamentais para serem exercidos por

meio de instrumentos jurídicos. No entanto, destaca-se que deve haver um equilíbrio para que o Estado cumpra, na forma possível, suas obrigações sociais.

Percebe-se, também, uma possível desarticulação entre órgãos e entidades estatais que atuam no planejamento e na execução das políticas públicas de saúde, o que contribui para o aumento de entraves e da morosidade no processo, dificultando que o sistema incorpore novas práticas em saúde a listas e protocolos oficiais (OLIVEIRA, 2013).

Giovanella e outros (2018) relata que, na Inglaterra, na Alemanha e nos Estados Unidos, os gastos públicos em saúde correspondem de 7% a 9% do Produto Interno Bruto (PIB). No Brasil, os gastos públicos em saúde contabilizam apenas 3,8% do PIB. Conclui que o planejamento e o financiamento da União devem prever aumentos progressivos e acelerados dos gastos da União com o SUS até triplicar sua participação no PIB.

Devido a múltiplos fatores, alguns já descritos, nota-se que o SUS está longe de uma realidade ideal. Em pesquisa solicitada pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2017, para um instituto de pesquisa nacional, e divulgada em 2018, mostra que no Brasil:

- a) a saúde é classificada como péssima ou ruim por 55% dos brasileiros e regular para outros 34%;**
- b) para 88% dos entrevistados, o SUS deve ser mantido como modelo de assistência de acesso universal, integral e gratuito para todos os brasileiros, como previsto em seus princípios e diretrizes constitucionais;**
- c) 83% de pessoas que acreditam que os recursos públicos são mal geridos, 73% acham que o atendimento não é igualitário e, para 62% dos entrevistados, o SUS não tem gestores eficientes e bem-preparados;**
- d) as maiores reclamações por parte dos usuários do SUS são: falta de acesso a médicos especialistas (74%), dificuldade em marcar cirurgias (68%), falta de leitos de UTI (64%), indisponibilidade de exames de imagem (63%), falta de atendimento de profissionais não médicos (psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas) (59%) e falta**

- de acesso a procedimentos específicos (diálises, quimioterapia, radioterapia) (58%);
- e) piores serviços oferecidos pelo SUS, de acordo com os entrevistados: internação em leito de UTI (29%); atendimento em pronto-socorro ou UPA (23%); consultas com médicos especialistas (23%); atendimento em posto de saúde (22%); internações em leitos comuns (21%); realização de cirurgias (19%); e consultas com médicos em posto de saúde (18%);
 - f) serviço mais bem avaliado pela população é a vacinação;
 - g) fator com avaliação mais negativa do SUS como o tempo de espera: para 61%, o pior é aguardar uma cirurgia, para 56%, aguardar exames de imagem, e, para 55%, aguardar consulta médica.

Em 2018, quando foi realizada a pesquisa do CFM, 45% das pessoas que aguardavam cirurgia, exame ou consulta levavam 6 meses para efetivar sua necessidade. Aproximadamente, 904 mil pessoas aguardavam cirurgia eletiva naquele período.

Hermann von Tiesenhausen, secretário do CFM em 2018, analisa que a espera acarreta consequências de saúde para o paciente, o que, não raro, levam cirurgias eletivas evoluírem para cirurgias de emergência (CFM, 2018).

Mesmo com aumento de recursos públicos, há risco de o problema não ser solucionado, já que o atual modelo de organização das práticas públicas de saúde não parece ser o mais adequado.

2.4 FATORES QUE IMPACTAM NEGATIVAMENTE A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

A saúde pública, no Brasil, sofre influências negativas de diversos fatores. A escolha pela adoção de um modelo universal de garantia do direito à saúde representa um desafio adicional, uma vez que, como um país em desenvolvimento, o Brasil não detém excedentes de recursos. Os fatores que impactam negativamente a saúde pública brasileira são relacionados às características do país e são intrinsecamente inter-relacionados.

Em Meneses e outros (2020), ao se analisarem os impactos da política de austeridade consubstanciada no Novo Regime Fiscal (NRF) criado pela Emenda Constitucional n. 95/2016, argumenta-se que o subfinanciamento crônico do SUS pode ser agravado por medidas de contenção do aumento de despesas orçamentárias. Com base em relatório do Banco Mundial¹, os autores afirmam que o SUS jamais recebeu aportes suficientes para garantir um sistema universal de saúde conforme previsto na Constituição. Há, dessa forma, necessidade de aumentar os investimentos na saúde pública brasileira, situação que tende a se agravar em razão da intensificação das limitações orçamentárias decorrentes do NRF.

A degradação do meio ambiente tem relevante impacto sobre a saúde pública no Brasil. A poluição atmosférica, conforme Conceição e outros (2020), tem como uma de suas consequências o aumento da demanda por serviços de saúde, tendo em vista que causa diversos danos à vida humana. Torres e outros (2020) reforçam esse entendimento, ao constatarem que a poluição tem consequências negativas mais severas sobre as pessoas de menor poder aquisitivo, crianças e idosos.

Pitombeira e Oliveira (2020) analisam as relações entre pobreza, desigualdade social, políticas econômicas de austeridade e a saúde pública no Brasil. Os autores consideram que as condições de saúde da população brasileira estão inerentemente relacionadas às condições de vida dessas pessoas, tendo em vista que as parcelas menos favorecidas do povo brasileiro são não somente as mais vulneráveis a problemas de saúde, mas também as que têm mais dificuldade de acesso e uso deste serviço. Essa situação é agravada pela desigualdade relativa à estrutura de serviços de saúde, que é mais escassa nas áreas mais empobrecidas. Verifica-se, dessa forma, necessidade de expansão dos serviços de saúde pública no Brasil.

Como argumentam Souza e outros (2018), a transição demográfica, decorrente de um processo acelerado de envelhecimento da população no Brasil, implica a ocorrência de uma transição epidemiológica no país. Essa nova realidade é caracterizada pelo significativo aumento da quantidade de pessoas com mais de 60

¹ Banco Mundial. Relatório: **Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil** [internet]. 2018. Disponível em: https://www.who.int/health_financing/documents/health-expenditure-report-2018/en/. Acesso em: 14 ago. 2021.

anos. Como esse extrato populacional tem mais suscetibilidade a contrair doenças crônicas não transmissíveis, que requerem tratamento contínuo e internações hospitalares, há tendência de aumento dos gastos com saúde pública. A nova realidade demográfica do Brasil, portanto, pode agravar o descompasso existente entre os direitos constitucionais e a real capacidade de prover políticas públicas universais de saúde.

Segundo Dos Santos e outros (2018), não obstante o crescimento dos investimentos do Governo Federal em saneamento, há expressiva desigualdade na distribuição desses equipamentos públicos, especialmente em pequenos municípios e nas regiões Norte e Nordeste. Além disso, o déficit de acesso a esse serviço básico atinge, principalmente, as parcelas menos favorecidas da população, que residem nas periferias dos grandes centros urbanos e nas áreas rurais. A precariedade, a insuficiência ou a ausência de saneamento básico implicam aumento de gastos no combate e no tratamento de enfermidades.

A pandemia mundial de COVID-19 teve consequências muito significativas sobre o sistema de saúde pública nacional e tem importado agravamento de muitos problemas. Como ressaltado por Santos e outros (2021), ainda que o subfinanciamento do SUS coloque em risco a garantia do direito à saúde no Brasil, esse sistema tem sido fundamental em um contexto de aumento expressivo das taxas de hospitalização. O estudo acerca dos custos de internação decorrente de COVID-19 no SUS concluiu que essas internações são mais onerosas do que as relativas a outros problemas respiratórios. Além disso, a análise de custos realizada demonstrou a existência de desigualdades regionais relacionadas não somente a custos, mas também ao acesso à saúde no país, o que é mais um fator que causa impacto negativo para a população que precisa dos serviços.

Verifica-se que os recursos destinados à saúde pública no Brasil são não somente escassos, mas também têm múltiplas destinações e sua demanda é correlacionada a características estruturais. Problemas relacionados ao meio ambiente, à infraestrutura, à desigualdade social e às características demográficas do país causam impactos negativos sobre a saúde pública brasileira, aumentam a demanda por serviços de saúde e, por fim, agravam o impacto da limitação orçamentária e do subfinanciamento do SUS. Evidencia-se, assim, a premência da



implementação de políticas públicas de saúde eficientes, a fim de aumentar a disponibilidade desses recursos para quem necessita.





Esta pesquisa é fundamentada em uma análise de custos hospitalares em relação ao tempo despendido em internação. Para verificar um caso específico, escolheu-se a especialidade Urologia. Optou-se por esta especialidade, devido à sua importância na vida de homens e mulheres. Adicionalmente, o HPSMC conta com equipe preparada e com volume significativo de atendimentos de pacientes urológicos.

De acordo com Silva (2002), “a Urologia é uma especialidade médico-cirúrgica que estuda e trata as doenças do aparelho urinário e do aparelho sexual masculino”. O autor ressalta que, desde a antiguidade, verificam-se patologias urinárias. No entanto, é com Hipócrates (século V A.C.) e Galeno (século II D.C.) que a Medicina evolui em preceitos e, entre eles, incluem-se doenças do trato urinário.

O século XIX foi fundamental para a evolução dos procedimentos urológicos. Beniqué impulsionou estudos que se aperfeiçoaram com Lewis, Desormeaux e Ficher para a endoscopia da uretra e da bexiga. Entretanto, somente com a iluminação, no fim do século XIX, que Max Nitze obteve maior precisão no procedimento (SILVA, 2002).

Novas ferramentas da medicina criadas no século XX revolucionaram os tratamentos médicos, sobretudo no caso da Urologia. A especialidade é considerada eminentemente cirúrgica, no entanto, com mudanças procedimentais, a tendência é a utilização de terapias menos invasivas e mais preventivas.

Mais atual, a Sociedade Brasileira de Urologia, seccional de São Paulo, define o urologista como: “O médico responsável pelo tratamento dos problemas relacionados ao trato urinário de homens e mulheres e genital dos homens. Todo urologista obrigatoriamente teve a formação como médico, especialização (residência médica) em cirurgia geral e especialização (residência médica) em urologia. São onze anos de estudos para habilitá-lo a tratar clinicamente ou cirurgicamente destes problemas[...]Há uma enorme quantidade de

doenças tratadas pelo urologista, em homens e mulheres de todas as idades, incluindo infecções, inflamações, tumores, cálculos, incontinência urinária, infertilidade, realização de transplante renal” (SBU-SP, 2021).

Os médicos urologistas brasileiros, em sua maioria, são representados pela Sociedade Brasileira de Urologia. Fundada em 1926, através de uma reunião realizada no dia 3 de maio do mesmo ano, que reuniu conceituados urologistas e cirurgiões brasileiros, teve a sua fundação oficial da entidade em dia 13 de maio de 1926. Desde então, a sociedade desenvolveu muitos Congressos Brasileiros de Urologia, formulou descobertas tecnológicas, evolução e fez história na especialidade e medicina brasileira. A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) é uma associação científica sem fins lucrativos, filiada a Associação Médica Brasileira (AMB), com a qual desenvolve diversos programas, destacando-se as Diretrizes Médicas (SBU, 2021).

Dentre importantes personagens na urologia brasileira, destaca-se Juscelino Kubitschek (JK), ex-presidente do Brasil. Formado médico em 1927, especializou-se em urologia em Paris. Mesmo prefeito de Belo Horizonte em 1940, permaneceu na chefia do Serviço de Cirurgia do Hospital Militar e chefiava o Serviço de Urologia da Santa Casa de Misericórdia da mesma cidade. Em 2006, a diretoria da SBU decidiu homenagear JK, dando a ele o título de patrono da entidade (MG,2020).

Figura 1 – Juscelino Kubitschek



Fonte: mg.gov.br, 2020

Aproximadamente 90% dos urologistas brasileiros o que significa em média 4 mil profissionais, são associados a SBU. Ocorre um predomínio do sexo masculino (90% dos urologistas). O Sudeste do Brasil concentra a maior parte (58%), seguidos pela região Sul

(16,5%), Nordeste (14%), Centro-Oeste (8,2%) e Norte com apenas 3,3% dos urologistas do Brasil (SBU-SP, 2021). Baseado neste estudo, observa-se grande discrepância na distribuição destes profissionais no Brasil, o que pode significar um atendimento deficitário para a população que necessita deste especialista. Este fato observado pode ajudar a explicar em parte os resultados obtidos nesta pesquisa.



4

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E O HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMS) foi criada em 03 de julho de 2003, pela Lei Complementar nº 094, que extinguiu a antiga Fundação de Saúde de Cuiabá (FUSC), e nasceu com a função de fazer a gestão do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal. Além disso, tem o dever de executar as ações, os serviços e as políticas municipais de saúde baseados em princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e da Lei Orgânica do Município, pertencendo ao primeiro nível hierárquico da Administração Direta Municipal (CUIABÁ, 2019).

Tendo seus serviços separados por complexidade do atendimento, a SMS disponibiliza de rede própria de saúde, além de realizar convênios e/ou contratos com redes privadas e filantrópicas, com vistas a priorizar os serviços prestados à população (CUIABÁ, 2019).

A SMS apresenta como missão “Garantir o direito à saúde da coletividade e do indivíduo de forma humanizada por meio de gestão democrática e efetiva das ações e serviços de saúde, no município de Cuiabá”, e valores como humanização, qualidade, universalidade, integralidade, equidade, democratização, ética e valorização do trabalhador, replicando os mesmos valores do SUS, já que faz parte de uma rede unificada de apoio à saúde (PREFEITURA DE CUIABÁ, 2019).

O Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá (HPSMC) iniciou atividades em 1969, anexo à Santa Casa de Misericórdia de Cuiabá, em prédio que funcionava o Sanatório Júlio Müller (AMORIM, 2008). A Figura 01 retrata o prédio do HPSMC, com a estrutura verificada em 2021.

Figura 2: Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

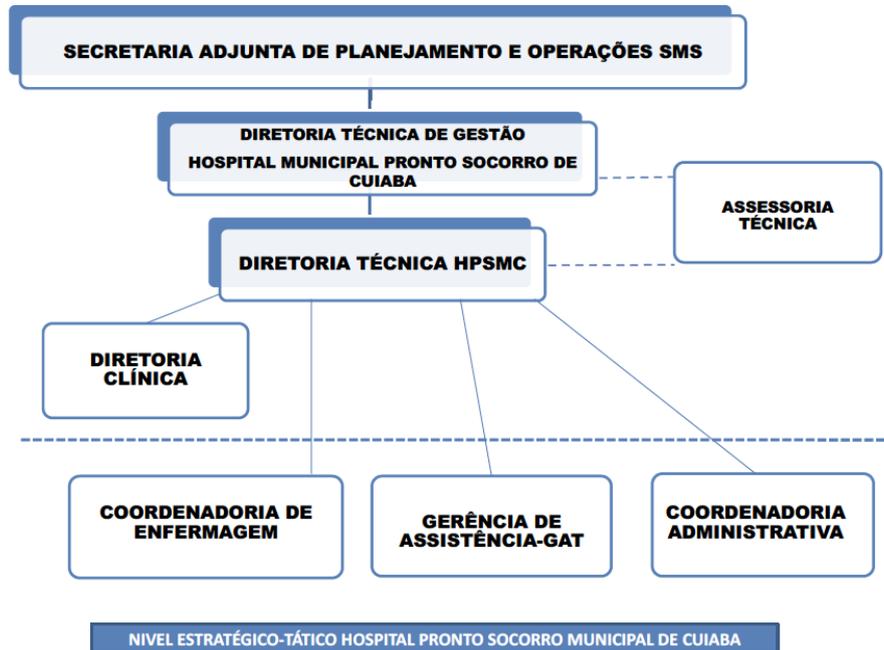


Fonte: O autor (2021).

O HPSMC é uma Unidade de Saúde referência para urgência e emergência a todas as outras Unidades de Saúde do município, bem como para outras cidades do estado de Mato Grosso. Presta atendimento, inclusive, a pacientes provenientes de países fronteiriços. Essa unidade de saúde tem como missão: “Garantir a saúde das pessoas através da assistência humanizada em situação de urgência de média e alta complexidade” (AMORIM, 2008).

Instituição subordinada diretamente à Coordenação de Atenção da Alta Complexidade da Secretaria Municipal de Saúde, o HPSMC é responsável pela gestão plena de recursos oriundos diretamente do Poder Executivo. Faz uso de receitas públicas provenientes de caixa único do Município, com participação das esferas governamentais estadual e federal. Trata-se, dessa forma, de instituição de fundamental importância para a implementação das políticas públicas de saúde na região. Por meio da Figura 02, é possível perceber o organograma da instituição, que é parte da Administração Direta da Prefeitura de Cuiabá-MT.

Figura 03: Organograma do Hospital e Pronto Socorro Municipal De Cuiabá



Fonte: O autor (2019).

Assim como outros hospitais públicos nacionais, o HPSMC convive com problemas abrangentes, não excludentes e complexos, características dos *wicked problems*. Esse termo em inglês define serviços públicos que demandam maiores desafios aos gestores públicos, na medida em que não apresentam soluções padronizadas e, por vezes, são vistos como “causas perdidas” (HEAD; ALFORD, 2015).

Por ser considerado referência aos serviços de urgência e emergência de todo o estado do Mato Grosso, o HPSMC demanda atuação e solução rápida de seus problemas, o que dificulta ainda mais a sua gestão.

De acordo com relatório de “Contas Anuais de 2018 da SMS Cuiabá”, do Tribunal de Contas do Mato Grosso, o HPSMC apresenta cerca de 342 leitos, o que o enquadra como a maior instituição de atendimento pelo SUS do estado do Mato Grosso. Entretanto, verifica-se que o hospital, frequentemente, encontra-se totalmente ocupado. No mesmo relatório, o Tribunal de Contas aponta a irregularidade de atendimentos acima da capacidade instalada, além de constatar grande número de pacientes aguardando em condições precárias em corredores.



5



5

CUSTOS E PROCEDIMENTOS COBERTOS PELO SUS

O acompanhamento dos custos de políticas públicas é essencial para melhor elaborar o planejamento das ações que devem ser feitas. Embora o governo brasileiro invista parte de seu orçamento na área de saúde, não é o suficiente para atender a demanda existente. Com isso, os recursos tornam-se insuficientes para cobrir as despesas, o que pode dificultar a modernização ou a contratação de pessoal especializado necessários para o tratamento das pessoas com qualidade e quantidade demandados, conforme as exigências normativas e constitucionais relativas às políticas públicas de saúde no Brasil (RAIMUNDINI e al., 2006).

Para fins comparativos e para verificação da coerência dos valores encontrados com base nos dados obtidos por meio do TABNET-DATASUS, foi realizada breve pesquisa bibliográfica acerca dessas informações relativas a hospitais públicos no Brasil.

Citando alguns estudos, Jorge e Koizumi (2004) analisaram gastos de internações em hospitais públicos por causas externas no Brasil e no estado de São Paulo, no ano de 2000. Verificaram que os chamados custos-dia, que correspondem ao valor total das despesas subtraindo dias de permanência hospitalar, foram, em média, R\$ 101,23, no Brasil, e R\$ 120,00 para o estado de São Paulo.

Para pacientes com insuficiência cardíaca, estudados por Araújo e outros (2005), foram observados gastos médios em diária hospitalar em enfermaria no montante de R\$ 139,54 e em UTI de R\$ 250,58. A estimativa do custo médio com internação foi de R\$ 4.033,62 por paciente internado, no ano de 2002. Cada paciente esteve internado, em média, 19,3 dias por ano, considerando internados em enfermaria, e média de 3,9 dias por ano, se considerados os pacientes internados em UTI.

Em artigo publicado por Raimundini e outros (2006), foram analisados os custos hospitalares por meio de Custeio Baseado em Atividades (Custeio ABC), ferramenta de gestão financeira. O objeto da

pesquisa foram os procedimentos de parto normal e parto cesárea ocorridos entre janeiro e junho de 2001, tendo como base de estudo dois hospitais públicos. Observaram-se gastos variando entre R\$486,50 e R\$ 535,50, para partos normais, e, entre R\$ 753,04 e R\$ 780,49, para partos cesáreas. Em partos normais, a média de internação foi de 3 dias e, em partos cesárea, de 4,2 dias.

Rezende e outros (2008), em estudo sobre custos de internações por pé diabético, foram analisados 109 pacientes. Estimou-se um custo por internação, em média, de R\$ 4.461,04 ± 2.995,30, variando de R\$ 943,72 a R\$ 16.378,85, com mediana de R\$ 3.754,44. O custo diário foi de R\$ 265,53 e o custo total das 109 internações atingiu a cifra de R\$ 486.253,72. No artigo, comparou-se o custo efetivo com os valores repassados pelo SUS e verificou-se que as verbas estão subestimadas: “Dessa forma, observa-se que o valor estimado das internações por ulcerações de membros inferiores foi, em média, 7,03 vezes maior que aquele desembolsado pelo SUS”.

Jost (2016) avaliou custos relacionados às internações por sepse no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul e em Porto Alegre. Sepses caracteriza-se por inflamação do corpo humano, quando o organismo tenta responder a uma infecção. Observou-se custo médio de R\$ 3.669,75, no Brasil, R\$ 3.247,69, no Rio Grande do Sul e R\$ 4.281,41, em Porto Alegre. Há a ressalva de a pesquisa não avaliar a média de dias de internação.

Pacientes com acidente vascular cerebral no SUS custaram aos cofres públicos, em média, R\$ 1.233,00, e 7,8 dias de internação, em análise dos últimos 10 anos apresentada por Mostardeiro e outros (2019).

Apesar da grande importância da análise e do controle de custos para hospitais públicos no Brasil, principalmente por demandarem repasses de orçamento público, a constatação é que este acompanhamento gerencial não é realizado a contento (DE SOUZA et al., 2013).

Considerando a relevância do tema, este trabalho avaliará o custo de procedimentos e exames, tendo como referência o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Para sistematizar essas informações, foram elaborados

os Quadros 01 e 02, que detalham, respectivamente, os valores pagos pelo SUS para exames e procedimentos, que foram solicitados pelos médicos da instituição e analisados pela pesquisa:

Quadro 01: exames utilizados em atendimento urológico, com o respectivo valor pago pelo SUS		
Exame	Código do SIGTAP	Valor (R\$)
1. Arteriografia abdominal	02.10.01.004-5	189,73
2. Biopsia de pênis	02.01.01.038-0	18,33
3. Biopsia de próstata	02.01.01.041-0	92,38
4. Cintilografia renal	02.08.04.005-6	133,03
5. Dopplerfluxometria	02.05.01.004-0	39,60
6. USG vias urinárias	02.05.02.005-4	24,20
7. RX abdômen	02.04.05.013-8	7,17
8. Cintilografia óssea	02.08.05.003-5	190,99
9. Ureteroscopia	02.09.02.001-6	18,00
10. Uretrocistografia	02.04.05.017-0	52,11
11. USG B. escrotal	02.05.02.007-0	24,20
12. USG próstata	02.05.02.010-0	24,20
13. Cistoscopia	02.09.02.001-6	18,00
14. USG transvaginal	02.05.02.018-6	24,20
15. RMN ABD superior	02.07.03.001-4	268,75
16. RMN ABD inferior	02.07.03.002-2	268,75
17. USG abdômen total	02.05.02.004-6	37,95
18. TC abdômen sup	02.06.03.001-0	138,63
19. TC abdômen inf	02.06.03.003-7	138,63

20. Arteriografia peniana	02.10.01.012-6	170,44
---------------------------	----------------	--------

Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> (adaptado).

Quadro 02: procedimentos utilizados em atendimento urológico, com o respectivo valor pago pelo SUS					
Procedimento	Média Permanência (em dias)	Serviço Hospitalar (R\$)	Serviço Profissional (R\$)	Custo Total (R\$)	Código do SIGTAP
1. Amputação pênis	3	321,67	183,34	505,01	04.09.05.00 1-6
2. Cateter duplo J bilateral	2	138,88	79,80	218,68	04.09.01.017 -0
3. Cateter duplo J unilateral					
4. Cirurgia / dilatação	Ambulatorial			1,52	03.09.03.00 5-6
5. Cisto renal	Procedimento não coberto pelo SUS				
6. Cistolitotripsia	Procedimento não coberto pelo SUS				
7. Cistorrafia	3	389,66	160,04	549,70	04.09.01.00 8-1
8. Cistostomia	3	464,69	139,60	604,29	04.09.01.00 9-0
9. Colostomia	4	984,45	189,32	1173,77	04.07.02.01 0-1
10. Correção fistula + prostatectomia				34,10	04.09.01.04 4-8 +
11. Debridamento	3	327,17	215,91	543,08	04.15.04.00 3-5
12. Debridamento / cistostomia	Procedimento não coberto pelo SUS				
13. Debridamento tecidos desv.	3	327,17	215,91	543,08	04.15.04.00 3-5
14. Debridamento / colostomia	Cirurgia múltipla (recebe o maior valor e 40% do outro)				
15. Dorsotomia				13,54	04.09.05.00 5-9

16.	Drenagem	3	101,70	101,99	203,06	04.09.04.00 1-0
17.	Drenagem + debridamento	Cirurgia múltipla				
18.	Drenagem + orquiectomia	Cirurgia múltipla				
19.	Hernioplastia	2	298,55	146,96	445,51	04.07.04.01 0-2
20.	Litotripsia extracorpórea				172,00	03.09.03.01 0-2
21.	Meatotomia	1	225,92	80,66	306,58	04.09.02.00 7-9
22.	Meatotomia + litotomia	Cirurgia múltipla				
23.	Nefrectomia	4	655,91	197,74	853,65	04.09.01.021 -9
24.	Nefrectomia em oncologia	4	1316,39	436,91	1753,30	04.16.01.007 -5
25.	Nefrolito + ureterolitotripsia	Procedimento não coberto pelo SUS				
26.	Nefrolitotripsia	Procedimento não coberto pelo SUS				
27.	Nefrolitotripsia + uretero	Procedimento não coberto pelo SUS				
28.	Nefrolitotripsia percutânea	Procedimento não coberto pelo SUS				
29.	Nefrolitotripsia percutânea/leco	Procedimento não coberto pelo SUS				
30.	Nefrorrafia	4	466,69	256,56	723,25	
31.	Nefrostomia com drenagem	4	466,87	183,40	650,27	04.09.01.02 8-6
32.	Nefrostomia / nefrectomia	Cirurgia múltipla				
33.	Orquidopexia bilateral	1	223,98	161,34	385,32	04.09.04.01 2-6
34.	Orquidopexia / orquiectomia	Procedimento não coberto pelo SUS				
35.	Orquiectomia	2	214,54	135,59	350,13	04.09.04.01 6-9
36.	Pieloplastia	4	468,88	183,28	652,16	04.09.01.03 2-4

37.	Plástica de pênis	2	321,68	183,34	505,02	04.09.05.00 7-5
38.	Plástica de pênis + cistostomia	Procedimento não coberto pelo SUS				
39.	Prostatectomia	4	575,24	426,47	1001,71	04.09.03.00 2-3
40.	Rafia de bexiga	3	389,66	160,04	549,70	04.09.01.00 8-1
41.	Rafia de bolsa escrotal				23,16	04.01.01.005 -8
42.	Rafia de pênis				23,16	04.01.01.005 -8
43.	Reimplante de ureter	Procedimento não coberto pelo SUS				
44.	Retirada de cateter duplo J	Procedimento não coberto pelo SUS				
45.	Retirada de corpo estranho	2	R\$ 389,66	R\$ 160,06	R\$ 549,72	04.09.01.00 6-5
46.	RTU -P + orquiectomia	Cirurgia múltipla				
47.	RTU / próstata / bexiga	Cirurgia múltipla				
48.	RTU próstata	3	266,14	328,54	594,68	04.09.03.00 4-0
49.	RTU próstata +orquiect	Cirurgia múltipla				
50.	RTU TU vesical	3	830,31	210,11	1040,42	04.16.01.017- 2
51.	RTU + hidrocele	Cirurgia múltipla				
52.	Sondagem				0,00	03.01.10.005 -5
53.	Sondagem + irrigação + RTU				0,00	3.01.10.011-0
54.	Sondagem + irrigação + nefrec	Procedimento não coberto pelo SUS				
55.	Sutura				23,16	04.01.01.005 -8
56.	Ureterocistolitotripsia	Procedimento não coberto pelo SUS				
57.	Ureterolitotripsia	Procedimento não coberto pelo SUS				

58.	Ureterolitotripsia bil	Procedimento não coberto pelo SUS				
59.	Ureterolitotripsia / cistolitotripsia	Procedimento não coberto pelo SUS				
60.	Ureterolitotripsia / leco	Procedimento não coberto pelo SUS				
61.	Ureterolitotripsia / nefrolitotripsia	Procedimento não coberto pelo SUS				
62.	Uretroplastia	3	104,75	73,33	214,08	04.09.02.01 2-5
63.	Uretrotomia	3	236,39	83,53	319,92	04.09.02.01 7-6

Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp> (adaptado).

De acordo com o Quadro 02, verifica-se que o SUS não custeia todos os procedimentos necessários para o atendimento urológico. Essa realidade também ocorre com outras especialidades. Esses procedimentos, quando são realizados, precisam ser ressarcidos diretamente pelo orçamento do estado do Mato Grosso ou do município de Cuiabá. O Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso (2018) evidenciou em relatório que a Gerência de Faturamento do HPSMC apresenta dificuldade para registrar Autorização de Internação Hospitalar – AIH, instrumento necessário para que o SUS, caso esteja tudo em conformidade, realize o pagamento pelos serviços prestados.

O Quadro 02 refere-se a alguns itens previstos na tabela do SUS, como, por exemplo, a cirurgia múltipla. De acordo com o Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (2012), cirurgias múltiplas são procedimentos cirúrgicos que ocorrem simultaneamente e não decorrem da mesma causa. O SUS efetua o pagamento de, no máximo, cinco procedimentos de uma vez. O primeiro procedimento informado é ressarcido em 100% do valor de tabela, o segundo, 75% do valor, o terceiro, 75% do valor, o quarto, 60% do valor e o quinto recebe 50% do valor da tabela do SUS. Esse método de pagamento revela, em si, uma falha do sistema, já que não haveria motivação financeira para se realizar mais que um procedimento em um mesmo paciente, ainda que haja a necessidade da intervenção.

Justifica-se a demora no prazo de internação, em dias ou semanas, pelo fato de o procedimento não ser ofertado por outra rede conveniada ou por não constar no SIGTAP. Consoante Pepe (2009), a atualização das tabelas do SUS apresenta defasagem tanto em relação aos tratamentos disponíveis quanto aos valores de referência. De Magalhães e outros (2018) demonstram que a tabela do SUS não é reajustada na mesma proporção que a inflação, o que gera distorções entre os custos gerados pelos hospitais e os valores reembolsados.

Não constar no SIGTAP significa que o gestor não será ressarcido pelo SUS em relação ao procedimento. Se não consta na tabela SIGTAP, não é possível a auditoria, e, conseqüentemente, o faturamento. Devido a este quadro, tem-se a hipótese de que o custo do paciente internado na unidade hospitalar de longa data é bem maior comparativamente com os valores pagos pela tabela SIGTAP, disponível na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS - DATASUS.

Não é escopo deste trabalho as conseqüências médicas e sociais causadas para os usuários estudados, apesar de serem identificadas no estudo e apresentadas outras necessidades do sistema de saúde pública. Alguns temas serão citados como complemento da pesquisa, porém não como principal objeto de estudo.



6



6

ESTUDO DE CASO

6.1 METODOLOGIA

Esta pesquisa consiste em estudo de caso exploratório, descritivo, quantitativo e analítico.

Estudo de caso é considerado um método empírico de pesquisa, que busca investigar fenômenos contemporâneos em relação ao seu contexto. Além disso, com um estudo de caso, é possível analisar uma série de dados associada a outras variáveis e fontes de evidência (YIN, 2018).

Verifica-se que o método de estudo de caso se originou em pesquisas médicas e psicológicas, com análises comparativas de casos específicos em grupos de pessoas. Nesse sentido, pode ser usado tanto em investigações quantitativas quanto qualitativas, ao definir um fenômeno específico a ser analisado em período e local determinados (VENTURA, 2007).

Embora não exista um padrão aceito por todos os autores, Gil (2002) elaborou etapas que podem ser aplicadas na maioria dos estudos de caso:

- a) formular o problema: demanda longo processo de avaliação de fenômenos relevantes;**
- b) definir o caso a ser estudado (pode ser mais que um caso): necessário delimitar qual grupo e período será analisado;**
- c) elaborar o protocolo de pesquisa: informações sobre propósito, procedimentos para coleta de dados e forma de elaboração do relatório;**
- d) coletar os dados: utilização de estratégias para obter das informações;**
- e) avaliar e analisar os dados: envolve técnicas quantitativas, para tabulação de dados, e qualitativas, para sua interpretação;**
- f) preparar o relatório: procedimento científico de formalização da análise.**

Este estudo sistematizou dados de pacientes urológicos, retirados de livros de relatórios preenchidos por médicos especialistas da entidade pública HPSMC, referentes ao período de setembro de 2016 a dezembro de 2019. Os médicos que forneceram seus dados para este estudo fazem ou fizeram parte do Corpo Clínico da instituição, com CNES ativo, tendo todos concordado com a utilização de suas anotações. Não são discutidas as consequências médicas desses procedimentos em pacientes.

Da amostra obtida, foram desconsiderados os casos em que os dias de internação sejam iguais a zero. Diagnósticos médicos que não implicaram internação, que consistem, em regra, em consultas simples, não são considerados relevantes para este estudo.

Na análise do setor de urologia do HPSMC realizada neste trabalho, foram tabelados 2.797 atendimentos, dos quais 1.544 são considerados consultas simples, que não tiveram como consequência internação hospitalar. Dessa forma, verifica-se que 1.253 atendimentos resultaram em internação. Esses dados representam 44,8% da amostra analisada.

De acordo com os dados dos relatórios médicos coletados, foram feitas análises estatísticas considerando as seguintes variáveis:

- a) sexo;**
- b) data de internação;**
- c) data de saída;**
- d) tipo de saída;**
- e) diagnóstico;**
- f) procedimento solicitado e procedimento realizado;**
- g) exame solicitado e procedimento realizado;**
- h) resolução do problema.**

Para calcular o tempo de internação efetivo, utilizou-se o intervalo de tempo entre a data de saída e a data de internação. Por outro lado, por meio de consulta no sistema SIGTAP-DATASUS, foi possível determinar o tempo de internação médio para cada procedimento. A tabela do SUS estima o tempo médio de internação para cada procedimento que é ressarcido pelo Governo Federal.

Comparando o tempo efetivo de internação e o tempo médio definido pelo SUS, calcula-se o tempo de internação em excesso. Nas situações em que ocorre tempo negativo de internação em excesso, tendo em vista que o tempo efetivo de internação é inferior ao previsto pelo SIGTAP, considera-se que não houve ocorrência de excesso do tempo de internação.

Por meio de dados públicos disponíveis no sistema TABNET-DATASUS, obtiveram-se, para o HPSMC, entre os anos de 2017 e 2019:

- a) número total de internações;**
- b) custo total com internações realizadas;**
- c) custo médio por internação;**
- d) dias de permanência hospitalar.**

Com base nos dados do HPSMC, calcula-se o custo por dia de internação, ao dividir o custo total pelo número de dias de internação. Esse valor é multiplicado pela somatória do tempo de internação em excesso para estimar o volume de recursos gastos atribuível exclusivamente às hospitalizações com permanência superior ao que seria necessário para solução do problema de saúde do indivíduo.

A partir dessas informações, estima-se a média dos gastos gerados para a instituição, com base no tempo de internação. Com isso, é possível estimar o possível prejuízo financeiro resultante da demora na efetivação do procedimento ou no exame necessário para os pacientes estudados. Enseja-se, assim, a análise da perda de eficiência da política pública de saúde para o caso do setor de urologia do HPSMC, com base no excesso de tempo dispendido nas internações hospitalares.

6.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis foram sumarizadas de duas formas:

- a) por meio de frequências absolutas e relativas, quando categóricas; e**
- b) por meio de médias e intervalos de confiança a 95% (IC95%) ou medianas e intervalos interquartis (IQR), quando contínuas.**

O teste de normalidade, cuja finalidade é verificar se a amostra tem distribuição normal, foi utilizado para avaliar o tipo de distribuição das variáveis contínuas, a fim de direcionar a escolha do mais adequado teste estatístico: paramétrico ou não paramétrico. Testes paramétricos são realizados com base no pressuposto que a distribuição da amostra é normal, para a análise de dados contínuos, enquanto testes não paramétricos não têm essa exigência. (MIOT, 2017)

O teste t ou o teste de Mann-Whitney (equivalente não paramétrico do teste t) foi executado para comparar as variáveis contínuas em relação a uma variável categórica com dois grupos. O teste ANOVA de um fator ou o teste de Kruskal-Wallis (equivalente não paramétrico do teste ANOVA) foi executado para comparar as variáveis contínuas por uma variável categórica com três ou mais grupos. (MIOT, 2017)

A associação entre variáveis categóricas foi avaliada por meio do teste qui-quadrado ou exato de Fisher. A força desta associação foi avaliada por meio da *odds ratio* (OR), acompanhado de seu respectivo IC95% (MIOT, 2017). Todas as análises foram realizadas pelo *software* Stata v. 13.0 (CollegeStation, Texas, EUA), considerando um nível de significância para alfa de 0,05, o que representa a confiabilidade do teste.

6.3 RESULTADOS

Realizaram-se análises estatísticas fundamentadas em duas bases de dados diferentes. A primeira baseou-se em dados extraídos do TABNET-DATASUS, relativos a todas as especialidades do HPSMC, ao passo que a segunda se baseou em dados fornecidos por médicos especialistas em urologia do hospital.

Com base nos dados da Tabela 01, é possível concluir que, entre 2017 e 2019, no HPSMC, ocorreu uma redução percentual do número de internações em 19,95%, uma redução do custo total com internações em 22,30%, uma redução do custo médio por internação em 2,94%, uma redução da quantidade de dias de permanência em 20,19% e um redução do custo por dia de internação em 2,65%.

Tabela 01: Produção hospitalar para o Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá

Variáveis	2017	2018	2019	Total	Média
Nº Internações	15.198	15.580	12.166	43.452	14.315
Custo total (R\$)	25.045.859,10	25.333.284,73	19.459.812,68	71.749.023,00	23.279.652,17
Custo médio (R\$)	1.647,97	1.626,01	1.599,52	1.651,22	1.624,50
Dias permanência	100.994	99.370	80.603	291.848	93.656
Custo ao dia (R\$)	247,99	254,94	241,43	744,36	248,12

Fonte: TABNET-SUS, coletado em 2021 (adaptado).

Para o estudo estatístico realizado neste trabalho, foi investigada uma população de 2.797 pacientes. Nessa análise, parte-se do pressuposto que os pacientes atendidos pelo serviço de urologia do HPSMC tiveram procedimentos e exames requeridos por médicos para tratar suas enfermidades. A saída do hospital não significa, necessariamente, a resolução do problema do paciente.

O tratamento dos pacientes pode implicar quatro tipos de saída do hospital:

- a) alta;**
- b) transferência;**
- c) evasão; e**
- d) óbito.**

Verifica-se, na Tabela 02, que, muito embora cerca de metade dos pacientes tiveram procedimentos solicitados, menos de um quarto desses procedimentos foram realizados. Essa informação pode indicar um possível problema que influencia negativamente a eficácia na política pública de saúde no setor de urologia do hospital avaliado.

Tabela 02: Sumarização das variáveis categóricas dos pacientes atendidos pelo serviço de urologia do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, entre 2017 e 2019.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	1979	70,75
Feminino	818	29,25
Procedimentos solicitados		
Sim	1495	53,45
Não	1302	46,55
Procedimentos realizados		
Sim	682	24,38
Não	2115	75,62
Exames solicitados		
Sim	2059	73,61
Não	738	26,39
Exames realizados		
Sim	1979	70,75
Não	818	29,25
Tipo de saída		
Alta	1922	68,72
Transferência	351	12,55
Evasão	484	17,30
Óbito	40	1,43
Resolução do problema		
Sim	1229	43,94
Não	1568	56,06

Fonte: O autor (2021).

Pacientes que realizaram o procedimento requerido pelo médico apresentaram probabilidade de alta hospitalar seis vezes maior que aqueles que não tiveram o procedimento realizado (OR=6,77; IC95%=5,09-9,14; $p<0,001$). Adicionalmente, quando o procedimento solicitado foi realizado, a chance de resolução do problema de saúde foi treze vezes maior (OR=13,33; IC95%=9,29-19,46; $p<0,001$), quando se compara essa situação àquela em que o procedimento foi solicitado, porém não foi realizado.

Cabe ressaltar que a resolução do problema de saúde reduziu a chance de óbito em 90% (OR=0,10; IC95%=0,02-0,32; $p < 0,001$). Isso reforça a influência da realização dos procedimentos sobre o desempenho eficiente da política de saúde pública no setor de urologia do hospital.

Tabela 03: Sumarização das variáveis contínuas dos pacientes atendidos pelo serviço de urologia do Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá, entre 2017 e 2019

Variáveis	Média	IC95%	Mínimo	Máximo
Tempo de internação, dias	2,59	2,34-2,84	0	92
Tempo previsto, dias	0,68	0,64-0,72	0	5
Tempo em excesso, dias	2,01	1,77-2,25	0	92
Quantidade de exames solicitados	0,82	0,80-0,84	0	5

Fonte: O autor (2021).

A população de pacientes avaliados ficou internada por um total de 7.253 (IC95%=6542-7963) dias. Desse total, 5.632 (IC95%=4956-6307) dias consistiram em excesso de internação além do previsto. Como o custo médio no período avaliado, por dia de internação, foi igual a R\$ 248,12, pode-se estimar que a demora para a realização do procedimento solicitado implicou gastos de R\$ 1.397.411,84, sem considerar a inflação no período.

Por meio da análise estatística da Tabela 04, constatou-se que os pacientes que tiveram resolução do problema de saúde apresentaram menor tempo de internação efetiva, menor tempo de internação em excesso e maior quantidade de exames solicitados.

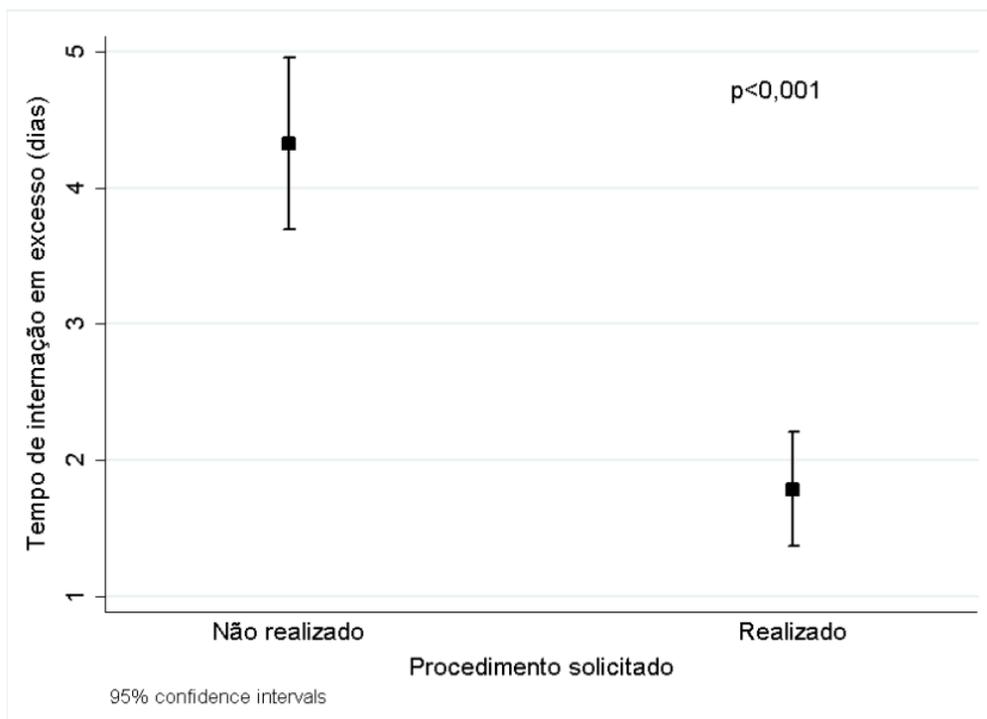
Tabela 04: Comparação das médias e intervalo de confiança a 95% das variáveis contínuas em relação à resolução do problema de saúde que motivou a internação hospitalar

Variáveis	Resolução do problema de saúde		p-valor
	Sim	Não	
Tempo de internação, dias	1,63 (1,37-1,89)	3,34 (2,94-3,74)	<0,001
Tempo previsto, dias	0,43 (0,38-0,47)	0,87 (0,81-0,93)	<0,001
Tempo em excesso, dias	1,25 (1,00-1,49)	2,61 (2,22-2,99)	<0,001
Quantidade de exames solicitados	0,86 (0,82-0,89)	0,79 (0,75-0,82)	0,002

Fonte: O autor (2021).

Como se observa na Figura 03, pacientes que realizaram o procedimento solicitado apresentaram tempo médio de excesso na internação estatisticamente menor que os pacientes que não realizaram o procedimento solicitado.

Figura 03: Média e intervalo de confiança a 95% do tempo de internação em excesso em relação à realização dos procedimentos solicitados pelo médico



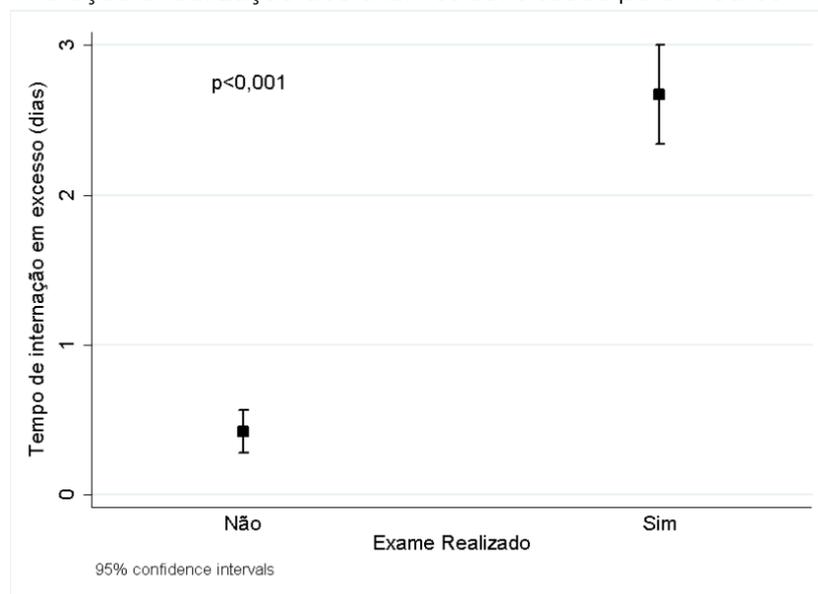
Fonte: O autor (2021).

Com base nos dados, é possível concluir que a realização do procedimento solicitado importou redução média de 2 dias do tempo

de internação em excesso. Tendo em vista que um tempo de internação maior que o previsto pelo SUS foi observado em 28,10% (n=786) dos pacientes avaliados, estima-se que realização do procedimento solicitado poderia reduzir, em média, R\$ 390.044,64 do custo total da internação. Compreende-se, portanto, que a realização dos procedimentos solicitados pode ensejar redução de cerca de 28% do custo total com internações por dia em excesso.

Conforme a Figura 04, pacientes que realizaram os exames solicitados apresentaram tempo médio de excesso na internação estatisticamente maior que os pacientes que não realizaram os exames solicitados.

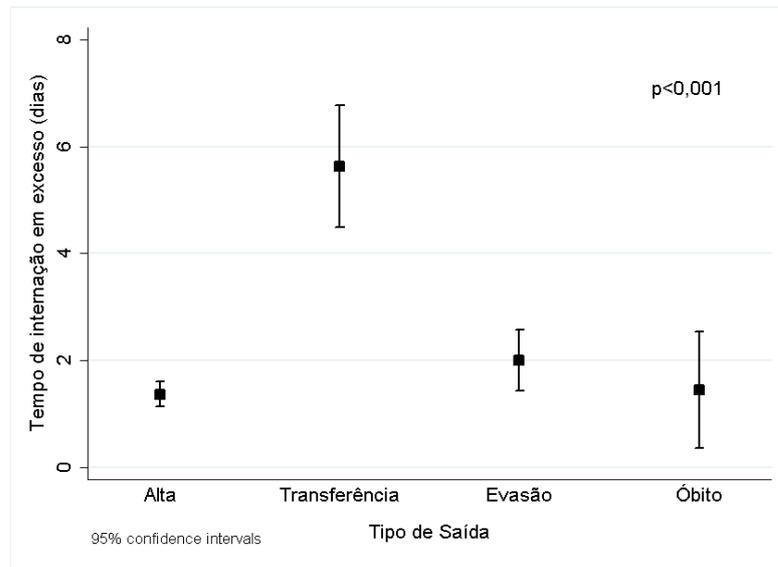
Figura 04: Média e intervalo de confiança a 95% do tempo de internação em excesso em relação à realização dos exames solicitados pelo médico



Fonte: O autor (2021).

Na Figura 05, observa-se que os pacientes que apresentaram maior média do tempo de internação em excesso foram aqueles que apresentaram saída hospitalar como transferência.

Figura 05: Média e intervalo de confiança a 95% do tempo de internação em excesso em relação ao tipo de saída hospitalar



Fonte: O autor (2021).



7

7

DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou dados de gestão relevantes para compreensão da dinâmica administrativa do HPSMC e identificou que o custo médio das internações e o custo médio diário não reduziram, entre os anos de 2017 à 2019, na mesma proporção que reduziram o número de internações, sugerindo uma redução de eficiência por manter um custo semelhante para uma quantidade menor de hospitalizações.

Para Ibañez e Vecina Neto (2007, p. 1839), “o Estado brasileiro está defasado, no que se refere a usar instrumentos gerenciais que aumentam a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde.” Além disso, muito de nossas bases jurídicas, especialmente no que tange à gestão de pessoas, são do período da ditadura de Vargas.

Pesquisadores da UNIFESP e do Centro Paulista de Economia da Saúde avaliaram 109 internações de pacientes com diabetes e ulcerações nos pés na rede do SUS e estimaram um custo direto de R\$ 4.461,04 e observaram que o SUS pagou o valor de R\$ 633,97 gerando um déficit financeiro, pois o valor pago pelo SUS foi, em média, sete vezes menor que o custo estimado das internações (REZENDE et al., 2008).

No estudo realizado com dados do HPSMC o custo médio diário foi menor porque as internações de causa endócrina e complicações vasculares envolvem procedimentos mais complexos que as de causa urológica, como a amputação de membros inferiores. Entretanto, um déficit também foi identificado nos dados do HPSMC, pois o período avaliado contabilizou mais de cinco mil dias de internação em excesso além do que previa o procedimento gerando custos próximos a um milhão e meio de reais ocasionados pela lentidão na realização dos procedimentos solicitados.

Em tempos de pandemia e necessidade de vacinação em massa para redução de óbitos por COVID-19 e retomada da economia e, considerando o preço de R\$ 16,50 por dose do imunizante produzido pela AstraZeneca/Oxford (Satie & Otoboni, 2020), o valor

desnecessariamente gasto apenas no HPSMC em três anos seria suficiente para custear 84.691 doses. Como são necessárias duas doses desta vacina para imunizar uma pessoa, este valor permitiria imunizar de forma completa 42.345 pessoas, o que representa a cobertura vacina de 86% da população cuiabana com 65 anos ou mais, percebemos, dessa forma, que a gestão eficiente dos recursos junto de um fluxo de atendimento hospitalar com maior resolubilidade tanto resolveria problemas a curto prazo, quanto nos permitiria enfrentar crises sanitárias futuras.

Na avaliação individuais dos hospitalizados por causas urológicas no HPSMC foi observado que apenas um a cada quatro conseguiu realizar o procedimento solicitado pelo médico, porém, três a cada quatro conseguiram realizar exames. Essa discrepância se deve ao fato de que a realização de exames, geralmente de ordem laboratorial, é algo mais simples de ser executado que o procedimento médico. Mesmo assim, a realização do procedimento não significa necessariamente resolução do problema de saúde, pois em cerca de 60% dos pacientes os procedimentos realizados não demonstraram resolubilidade.

Avaliando este cenário do ponto de vista gerencial temos de um lado internações prolongadas, gastos desnecessários, demora na realização dos procedimentos, baixa taxa de resolução entre aqueles que conseguem sua realização gerando grande insatisfação por parte dos usuários. Caso o hospital se tratasse de uma empresa privada essa seria a fórmula perfeita para a perda de clientes e retirada de investimentos por parceiros.

Para Reis et al (2016) tem ocorrido mudanças nas políticas de saúde do Ministério da Saúde com aumento de esforços na ampliação do cuidado e fortalecimento de uma rede de atenção primária que se iniciou em 1994 com a elaboração da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que conseguiu melhorar o acesso da população ao cuidado da atenção primária, especialmente com atendimentos voltados para aumentar a prevenção, o que pode explicar uma tendência global da redução do número de internações hospitalares observada no Brasil. Embora o foco da atenção primária seja o de reduzir complicações, agudizações e hospitalizações relacionadas à doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, em causas específicas do serviço de urologia essa estratégia parece surtir pouco efeito.

Pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT e da Faculdade de Saúde Pública da USP avaliaram 16 municípios de Mato Grosso e identificaram que “a evasão de internações está se reduzindo de forma generalizada, o que provavelmente reflete uma melhor distribuição de recursos e a melhor organização do sistema de assistência hospitalar no conjunto dos municípios” e que “nos poucos municípios onde a evasão não se reduziu, foram observados fatores específicos como redução e manutenção de leitos do SUS e acentuada elevação da população” (SCATENA & TANAKA, 2001, p. 25). Estes pesquisadores mencionaram também que em Mato Grosso houve redução do volume e dos gastos *per capita* com internações e redução de evasão como fruto de uma política estadual de organização espacial da assistência hospitalar por meio de uma territorialização de regionais de saúde, na opinião destes, isso reflete melhoria da resolubilidade da assistência hospitalar e maior satisfação dos usuários.

Nos dados obtidos do HPSMC foi possível perceber que, em média, a cada 100 pacientes hospitalizados dezessete evadiram, incluindo nessa conta doze que foram transferidos teremos um terço de insatisfeitos com esta unidade hospitalar, um cenário bastante semelhante daquele descrito pelos pesquisadores supracitados. A alta hospitalar é um indicador de boa capacidade resolutiva do problema de saúde que originou a entrada do paciente, no HPSMC o paciente que realizou o procedimento urológico apresentou chance de alta 6 vezes maior que aquele que não conseguiu a realização do procedimento, porém, uma chance ainda maior de alta ocorreu quando o procedimento solicitado foi atendido e realizado. Ou seja, a alocação estratégica para garantir a realização de procedimentos urológicos dentro do tempo estabelecido pelo SUS em cada procedimento reduziria o tempo de internação, possibilitaria maior fluxo do uso do leito e, além de reduzir custos desnecessários, ainda aumentaria a quantidade de atendimentos gerando maior rendimento ao hospital.

A Lei Federal 8080/1990 em seu artigo 7º apresenta os princípios do SUS e descreve na alínea XII que um destes princípios é a “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990). Ou seja, dentro de cada esfera de ação, seja primária, secundária ou terciária, deve haver respectiva e proporcional

capacidade do serviço resolver os problemas de saúde da população onde este serviço está inserido.

No caso do HPSMC o tempo médio previsto de hospitalização foi de 0,68 dias, porém o tempo de internação médio observado foi igual a 2,59 dias, ou seja, 280% maior. Dado interessante também foi o fato dos pacientes do grupo que apresentou resolução do seu problema de saúde ter apresentado menor tempo de internação em excesso e maior quantidade de exames solicitados, com diferença estatisticamente significativa. Sendo assim, percebe-se que para a resolução do problema se faz necessário garantir ao médico qualidade, agilidade e disponibilidade de exames para aumentar o grau de probabilidade de um diagnóstico adequado e para o melhor tratamento. Vale ressaltar que a lentidão na resolução do problema de saúde que levou o paciente ao hospital deixa-o suscetível a outras complicações de saúde inerentes à própria hospitalização, como infecções hospitalares pelo uso de cateteres ou úlceras de pressão pelo tempo prolongado em uma posição no leito.

O tempo de internação em excesso foi estatisticamente menor entre pacientes que tiveram o procedimento solicitado realizado, porém foi estatisticamente maior entre os pacientes que tiveram exames realizados. A realização de exames geralmente ocorre por agendamento devido a existência de uma sobrecarga do número de solicitações em relação à capacidade hospitalar de realizá-los e isso explica por que a realização de exames aumentou o tempo de internação em excesso, por outro lado, a realização do procedimento aumentou a chance de alta e por isso reduziu o tempo de internação em excesso. Apenas a realização do procedimento teria reduzido quase um terço do custo total com internações em excesso.

Fato interessante também pode ser observado no tempo de internação em excesso em relação ao tipo de saída hospitalar, onde aquele com maior tempo médio foram os pacientes que foram transferidos. A transferência implica em baixa capacidade de resolução do problema de saúde, pois transmite a ideia da transferência de responsabilidade para outra unidade uma vez que a estrutura inicial não foi capaz de solucionar sua necessidade. Além disso, a transferência não garante a resolubilidade do problema, apenas transfere a responsabilidade, por isso não é possível afirmar que todos os transferidos conseguiram realizar os procedimentos

necessários, porém o grau de resolubilidade pode variar entre as unidades de saúde de um mesmo município.

Um estudo realizado com a gestão municipal da cidade de São Paulo entre os anos de 2005 e 2008 avaliou o difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS e identificou fatores para o “gargalo” do acesso à realização de procedimentos, dentre os quais destacaram o fato da tabela SUS remunerar melhor procedimentos de alta complexidade, gerando uma corrida para realizações deste tipos de procedimentos em detrimento aos demais, a baixa resolutividade dos serviços que poderia ser resolvida com o treinamento de profissionais de saúde e da elaboração e utilização de protocolos clínicos para padronizar a operacionalização do cuidado, incluíram também a baixa resolutividade do ambulatório de especialidades com dificuldade para realizar exames necessários para o diagnóstico ou definição da terapêutica (SPEDO et al, 2010).

De Souza et al (2013) verificaram se o valor repassado pelo SUS para procedimentos de urologia era suficiente para cobrir os custos incorridos na realização destes tipos de procedimentos. Estes pesquisadores constataram que o tempo para realização de procedimentos urológicos foi, em média, de três horas e que, para uma lista de 12 procedimentos cirúrgicos em urologia, o valor repassado para o SUS esteve abaixo do custo real do procedimento em 100%, sendo as maiores discrepâncias observadas para a nefrectomia total, ureterorrenolitotripsia e prostatovesiculectomia radical. Os pesquisadores ressaltaram que a maioria dos hospitais da rede SUS se preocupa com a receita a receber independente de uma análise do custo incorrido na prestação do serviço.

Um estudo que avaliou a eficiência de hospitais do SUS em Mato Grosso concluiu que os escores de eficiência total dos hospitais privados foram maiores que a média dos hospitais públicos e que um dos grandes fatores para o baixo desempenho em relação à qualidade é o subfinanciamento da assistência hospitalar (SOUZA et al, 2016). Porém, esses pesquisadores ressaltam que é necessário cautela ao se comparar hospitais públicos e privados, uma vez que eles operam sob uma lógica diferente: o primeiro tem um papel social a cumprir e o segundo atua pela regulação competitiva de mercado.

Cesconetto et al (2008) avaliaram a eficiência de 112 hospitais conveniados ao SUS em Santa Catarina utilizando dados de 2003 visando quantificar o número de hospitais eficientes quanto ao aproveitamento de seus recursos. Os pesquisadores realizaram a avaliação de hospitais gerais homogêneos e o resultado demonstrou que apenas 20% dos hospitais avaliados eram eficientes. Além disso, identificaram que uma gestão eficiente poderia aumentar a chance de altas em 15% e reduzir a necessidade de insumos, número de médicos e técnicos de enfermagem em 25%.

Destaca-se, dessa forma, que uma gestão eficiente de hospitais públicos da rede SUS inclui um financiamento justo e atualizado em relação aos custos dos procedimentos ao mesmo tempo que um plano estratégico para redução de desperdício e otimização de receitas deve ser executado.

Recentemente surgiu o conceito denominado de “Saúde Baseada em Valor” ou, em inglês *Value-Based Healthcare* (VBHC), que moderniza a forma atual de prestação de serviços em saúde, saindo do mero pagamento por serviços realizados para o pagamento com base nos resultados de saúde do paciente (NEJM Catalyst, 2017). Ou seja, os hospitais são recompensados por ajudar os pacientes a desenvolver uma melhor saúde ao reduzir incidência de doenças crônicas e implementar rotinas de vida saudáveis. O valor remunerado pela estratégia VBHC é resultado da medição dos resultados de saúde em comparação com o custo de entrega dos resultados.

No caso destes pacientes atendidos no serviço de urologia do HPSMC o hospital receberia um valor maior para os casos em que o desfecho foi positivo, que houve resolução do problema, realização do procedimento no tempo adequado e satisfação do paciente com o cuidado recebido. Além disso, incentivaria o próprio hospital a estimular ações preventivas com seus pacientes visando evitarem, em um primeiro momento, sofrerem reinternação por resolução parcial ou por recidiva da doença e, posteriormente, que se evite que nossos problemas semelhantes ocorram.

De acordo com NEJM Catalyst (2017), o VBHC permite que os pacientes gastem menos dinheiro para ter uma saúde melhor ao focar o cuidado para a recuperação clínica mais célere e a evitar doenças crônicas, levando o paciente a necessitar de menos consultas, exames

e procedimentos. Os hospitais inicialmente precisarão despende mais tempo em novos serviços baseados em prevenção, porém gastarão menos tempo no manejo de doenças crônicas não transmissíveis.

Esta estratégia possui atendimento centrado no foco integrativo e o cuidado primário, especializado ou agudo é coordenado por um médico principal do paciente que gerencia toda a equipe de atendimento clínico de suporte, o que exige um sistema de informação atualizado e acessível a todos os componentes do grupo de cuidado do paciente. Além disso, os hospitais que aderem ao VBHC precisam elaborar metas estratégicas e administrativas para eliminar ou reduzir erros de saúde que resultem em dano ao paciente, adotar padrões e protocolos de atendimentos baseados em evidências que proporcionem os melhores resultados para a maioria dos pacientes e mudar fluxos de atendimento para criar maior satisfação do cliente-paciente.

Para Gray (2017), “devemos agora abraçar a saúde baseada em valores ao lado dos modelos de medicina baseada em evidências e melhoria da qualidade que têm dominado o debate nos últimos 20 anos.” Infelizmente, mudanças profundas que provoquem melhorias extremas não são muito bem aceitas, toleradas e bem recepcionadas no âmbito do sistema único de saúde brasileiro que, sob influência de interesses políticos e da desmotivação dos seus recursos humanos continuará colecionando indicadores desfavoráveis de gestão.

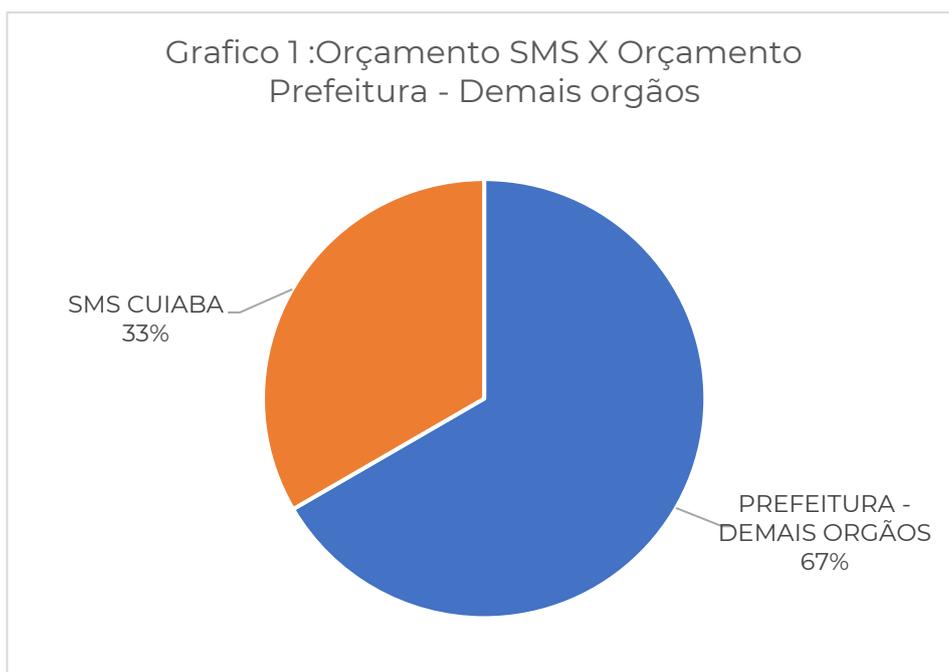
Conclui-se então, que a partir da análise de apenas 2 (duas) variáveis, custo X dias de internação na instituição analisada, observa-se perdas em torno de 70,7% gerados pela ineficiência do serviço oferecido pelo ente público, o que se traduz em um número de R\$ 1.397.411,84 durante o período analisado (2017 a 2019), seguindo valores fornecidos pelo Ministério da Saúde. Pode-se então, baseados nos gastos totais do HPSMC no período estudado (R\$ 71.749.023,00) um prejuízo de 1,94% analisando apenas o escopo do estudo, ou seja, pacientes internados de uma especialidade médica.

E qual o impacto nas contas públicas para o município de Cuiabá? A capital do estado de Mato Grosso tem uma população estimada de 618.024 habitantes em 2020, segundo dados do IBGE. Tem PIB per capita de R\$ 39.043,32 em 2018 e tem o IDHM (Índice de

Desenvolvimento Humano Municipal) de 0,785 (2010), ocupando a 92ª posição dentre os municípios brasileiros. Possuía 149 estabelecimentos de saúde em 2010, dentre eles o nosso local de estudo (IBGE,2021).

O orçamento público municipal é previsto em Lei Orçamentária Anual (LOA), que é aprovada pela Câmara Municipal e assinada pelo prefeito comumente aos fins de ano para período subsequente ou início do ano corrente para o ano vindouro, estima a receita e fixa as despesas para o município no ano financeiro. (PREFEITURA DE CUIABÁ, 2021)

Escolhe-se como base o ano de 2017, visto o estudo ser retrospectivo do ano de 2017 a 2019, para efeito de análise, utilizando dados da LOA. O município tem como receita total estimada de R\$ 2.252.211.393,00 (dois bilhões, duzentos e cinquenta e dois milhões, duzentos e onze mil e trezentos e noventa e três reais). Para a pasta da saúde, foi destinado R\$ 752.790.958,00 (setecentos e cinquenta e dois milhões, setecentos e noventa mil e novecentos e cinquenta e oito reais), distribuídos para o Fundo Municipal de Saúde (R\$691.832.958,00 – seiscentos e noventa e um milhões, oitocentos e trinta e dois mil e novecentos e cinquenta e oito reais) e a Empresa Cuiabana de Saúde Pública (R\$60.958.000,00 – sessenta milhões, novecentos e cinquenta e oito mil reais) Pode-se calcular então que os recursos destinados a saúde pública para o município de Cuiabá equivalem à 33,4%.

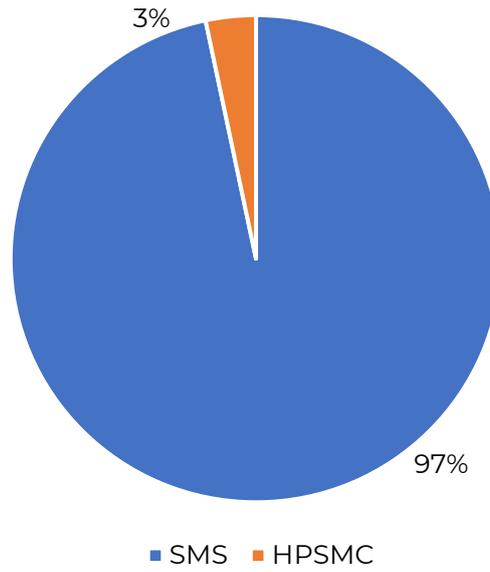


Fonte: O autor (2021).

O local de estudo HPSMC tem recursos destinados do Fundo Municipal de Saúde, gerido pela Secretaria Municipal de Saúde através da Secretaria Adjunta de Planejamento e Operações da SMS. Diante disso, em 2017, os recursos do HPSMC provieram de um montante de R\$691.832.958,00(seiscentos e noventa e milhões, oitocentos e trinta e dois mil e novecentos e cinquenta e oito reais). Através do Portal Transparência, site oficial da Prefeitura de Cuiabá, obtêm-se dados do orçamento destinados a pasta da Saúde discriminados por função, subfunção, programa e ação. A verba paga em 2017 para a assistência hospitalar e ambulatorial foi da ordem de R\$342.744.379,28 (trezentos e quarenta e dois milhões, setecentos e quarenta e quatro mil, trezentos e setenta e nove reais e vinte e oito centavos). Desse valor, o valor atribuído para a atenção de média e alta complexidade, a qual é integrado o local de estudo, teve valor destinado de R\$325.967.928,92 (trezentos e vinte e cinco milhões, novecentos e sessenta e sete mil, novecentos e vinte e oito reais e noventa e dois centavos) em 2017.

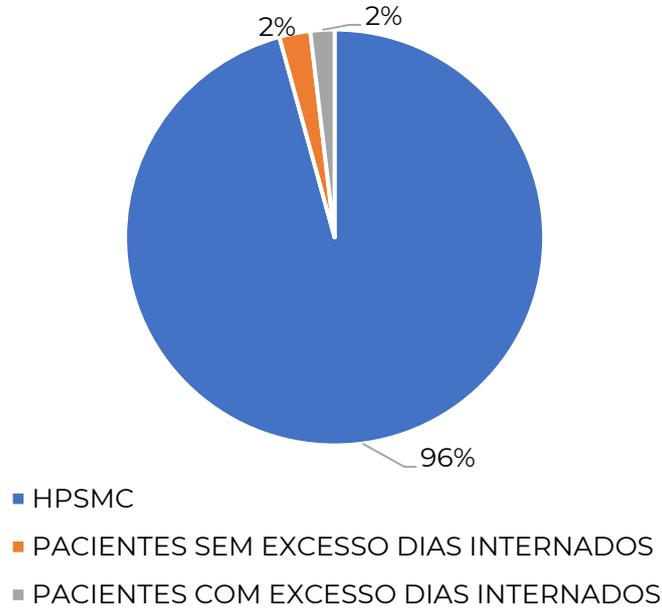
Tendo como base a produção hospitalar do HPSMC segundo dados do Tabnet DATASUS de 2017 o valor de R\$ 25.045.859,10 (vinte e cinco milhões, quarenta e cinco mil e oitocentos e cinquenta e nove reais e dez centavos), equivale à 3,3% do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde e a 7,6% da atenção da média e alta complexidade. Ressaltando que os gastos totais com os pacientes urológicos no serviço em questão é, em média de R\$1.065.675,00(um milhão, sessenta e cinco mil e seiscentos e setenta e cinco reais) por ano, sendo estes em tempo hábil satisfatório 56,2% e insatisfatório, ou seja, em excesso, de 43,7%. Com estes números, estima-se um prejuízo de 1,86% para o HPSMC. Calcula-se ainda que as perdas para a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá traduzem-se em um valor de 0,06%, sendo para a atenção de média e alta complexidade equivalente a 0,14% do orçamento anual destinado às pastas. (Afirma-se que, para os cálculos acima realizados foram utilizadas informações públicas fornecidas por base de dados do TABNET-DATASUS cruzando com informações da LOA ano base 2017. O valor real dos custos do HPSMC poderá aumentar os percentuais calculados).

Grafico 2 : Orçamento SMS X Orçamento HPSMC

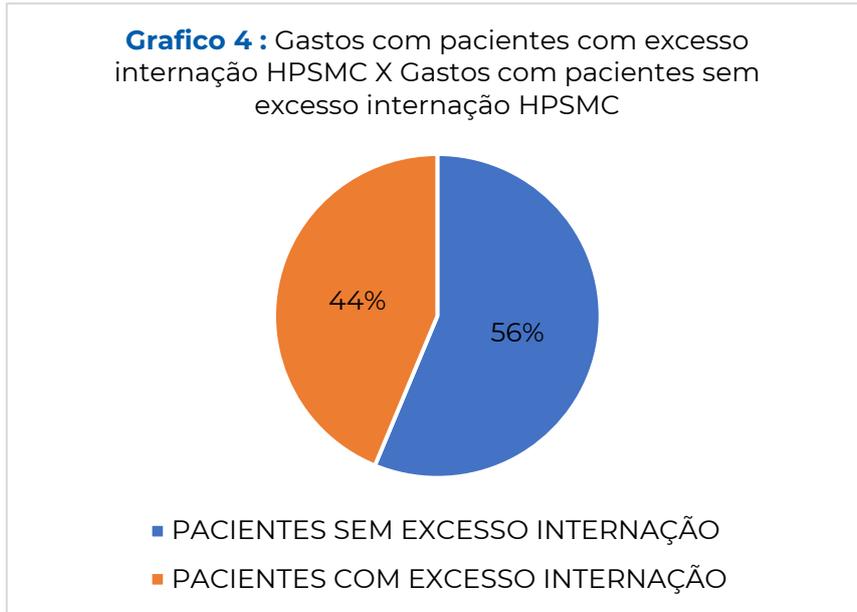


Fon: O autor te (2021).

Grafico 3 : Orcamento HPSMC X Gastos pacientes com excesso internação X Gastos pacientes sem excesso internação



Fonte: O autor (2021).



Fonte: O autor (2021).

Embora percentualmente os números traduzem-se em valores baixos, recorda-se que a Secretaria Municipal de Saúde do município é a que equivale aos maiores gastos para o Poder Executivo Municipal (R\$ 752.790.958,00). A Secretaria Municipal de Cultura e Educação, em 2017, teve um orçamento destinado pela LOA de R\$23.761.716,00(vinte e três milhões, setecentos e sessenta e um mil, setecentos e dezesseis reais). Comparativamente, o valor médio do prejuízo estimado equivale a 1,96% do orçamento de toda a pasta. Avaliando o valor global do prejuízo total de 2017 a 2019, equivale a aproximadamente 6% do orçamento destinados à cultura e esportes da sociedade cuiabana. Analisando outros poderes, como o Legislativo, o repasse para a Câmara Municipal de Cuiabá, que em 2017 foi da ordem de R\$42.625.900,00(quarenta e dois milhões, seiscentos e vinte e cinco mil e novecentos reais). Utilizando os dados do estudo, o prejuízo equivale a 1,09% do orçamento do Legislativo Municipal, e a aproximadamente 3,3% em valores totais do período analisado. Em última análise comparativa, o Fundo Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa, que é responsável por criar políticas de atenção a pessoa idosa, dentre eles é responsável pelos Centros de Convivência do Idoso na capital e o Fundo Municipal de Apoio ao Deficiente, responsável por criar políticas de atenção ao deficiente, destes, por exemplo, criar condições de acessibilidade aos meios de transportes e vias publicas, tem orçamento anual previsto em R\$150.000(cento e cinquenta mil reais) cada, ou seja, aproximadamente 1/3 do valor que é desperdiçado em um ano devido as falhas de gestão hospitalar e/ou uma ausência

de uma política pública eficaz destinada ao tipo de paciente estudado nesta pesquisa (o usuário do SUS com doença urológica).

A previsão do orçamento do Ministério da Saúde para 2021 é previsto pela Comissão Mista do Orçamento do Congresso Nacional é de R\$125.800.000 (cento e vinte e cinco bilhões e oitocentos milhões de reais). Segundo a LOA de 2021, aprovada pela Lei 14.144 de 22 de abril de 2012 prevê um orçamento de R\$ 4.325.425.491.973,00 (quatro trilhões, trezentos e vinte e cinco bilhões, quatrocentos e vinte e cinco milhões, quatrocentos e noventa e um mil, novecentos e setenta e três reais) que fixa as despesas da União, mostrando que o correspondente ao SUS compete cerca de 3% (MINISTÉRIO DA ECONOMIA, 2021).

Comparativamente, o município de Cuiabá investe em Saúde Pública cerca de 11 vezes a mais do seu orçamento que o Governo Federal dedica ao Ministério da Saúde. Apesar do SUS ser tri-participle, diversos estudos mostram que existe subfinanciamento público na área da Saúde.

Em publicação do próprio Ministério da Saúde, titulado como “Financiamento Público em Saúde”, mostra que o Brasil no período de 1980 a 2011 gastou apenas 3,9% em saúde pública, e 37 % para refinanciamento da dívida pública. No Reino Unido, 7% para refinanciamento da dívida pública e 15% em saúde pública. Lembrando que ambos os sistemas de saúde dos países são universais. Na mesma publicação, conclui-se que “não há modelo organizacional e de gestão que dê conta de atender à demanda por serviços de Saúde integrais (de uma consulta médica a transplantes ou tratamento de condições crônicas) com gasto público de R\$ 725,83 per capita/ano, ou seja, R\$ 60,48 por mês” (BVS, 2013).

Diversas estratégias para um melhor financiamento do SUS foram elaboradas. Inicialmente, os 30 % do Orçamento da Seguridade Social destinados a ações e serviços públicos definidos pela CF 1988, algo que “nunca ocorreu” (BVS,2013). Outros processos foram propostos para ajudar na viabilidade financeira do SUS, como a PEC 169/1993, PEC 82/1995 e a Lei 9311 de 24 de outubro de 1998, que instituía a CPMF (Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira), extinta em 2007(CAMARA DOS DEPUTADOS, 2021; CASA CIVIL, 2021). Apesar dos recursos escassos para garantia do SUS e seus princípios integralmente a todos os brasileiros, em 2016 foi aprovada a

Emenda Constitucional 95, conhecida como “PEC do teto dos gastos públicos” que congela os gastos públicos por 20 anos corrigidos pela inflação, inclusive gastos com a saúde pública (CASA CIVIL, 2021). Alvo de diversas críticas de estudiosos e de diversos segmentos da sociedade, esta é alvo de diversas ADINs (Ação Direta de Inconstitucionalidade), sendo uma das alegações [e que a saúde é um direito fundamental, e este não pode ser violado (SANTOS, FUNCIA 2019).

Sabendo que os recursos para o SUS são escassos e insuficientes, o combate as falhas de gestão como perdas, desperdícios e ineficiência do serviço são essenciais para o funcionamento ideal do sistema. Em estudo de Castilho et al em 2009, analisando os diversos tipos de desperdício no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – USP, obteve como resultados o desperdício de materiais cerca de 36%, estrutura física ,27%, leitos 13%, equipamentos, 11%, processo de trabalho, 10 % e pessoal, 3%. O custo com desperdícios de materiais pode chegar em torno de R\$479.262,00 em 1 ano (CASTILHO, 2011).

Um estudo da Controladoria Geral da União mostra que, em 2014 e 2015 foram desprezadas medicações na ordem de R\$16.000.000,00 em 11 estados e o DF, sendo a maior causa, validade vencida e armazenamento incorreto. Causas apontadas, como falta de controle de estoque, medicações enviadas próxima a data de vencimento, armazenamento incorreto, dentre outras foram alegações utilizadas pelos órgãos responsáveis. A própria reportagem alega que desorganizações em estoque ou falhas de gestão podem vir a encobrir atos fraudulentos (BBC, 2017).

Em última análise, devido as falhas encontradas e o aumento da conscientização por partes do usuário do SUS sobre a possibilidade de exigir do Estado a garantia de prestação de serviços de saúde, cumprindo-se a CF 88 e os tribunais brasileiros confirmando que é dever do Estado assegurar essas condições, aumentou mais a busca do Poder Judiciário pelos cidadãos para deliberar sobre tais dissidências (IPEA,2020).

Em estudo de Vieira, publicado pelo IPEA em 2020, em pesquisa realizada pelo CNJ, sobre os números de processos acumulados de 2014 a 2018, em tramite em todas as instancias - 1º e 2º grau, Juizados Especiais, STJ, Turmas Recursais e Turmas Regionais de Uniformização

somaram 2,2 milhões de processos. Na categoria chamada “tratamento médico hospitalar e/ou fornecimento de medicamentos”, onde localiza-se parte do universo de usuários estudados nesta pesquisa, foram 259.334 processos em todo o Brasil (IPEA,2020).

Em entrevista concedida pelo Dr. Ronilson Rondon Barbosa, Ex - Procurador-Chefe Judicial da Procuradoria Geral do Município de Cuiabá (PGM), cargo exercido pelo próprio de outubro de 2014 a novembro de 2016 em posse de planilhas fornecidas sobre os processos judiciais do município, tendo como base o ano de 2016, foram impetrados 3080 processos, sendo que 855 casos eram demandas da área de saúde. O valor da causa dos processos deu-se em R\$1.120.674, 81(Um milhão, cento e vinte mil e seiscentos, setenta e quatro reais e oitenta e um centavos). Apenas liminares com bloqueio de recursos da Prefeitura foram cerca de R\$ 611.000,00 (seiscentos e onze mil reais). Solicitações de cirurgias, exames, internações e UTIs correspondem a 397 processos.

Relatando sua experiência em processos da área de saúde, as ações demandadas eram as mais diversas possíveis:

Grande parte das judicializações era devido a falta de gestão e informação do próprio setor de saúde. Existia sim, a falta de infraestrutura em saúde como a falta de medicamentos, insumos, vagas hospitalares, leitos de UTI, vagas para cirurgia que não existiam na rede pública para toda a demanda, afinal, Cuiabá recebia pacientes de todo o estado, mas também a ausência de organização era visível, principalmente da fila de espera da regulação do sistema de saúde. Dados incorretos principalmente sobre o número de pacientes que aguardavam algum serviço no SUS[...]. Ocorria então que existia a judicialização de uma demanda que era já ofertada pela secretaria, mas a espera real não era condizia com os números[.] muitos já haviam realizado no privado, faleciam], mudavam de cidade, não eram encontrados... Quando ocorria a judicialização, e a causa era ganha pelo usuário, este começa a “escolher “seus serviços, optando por lugares de referência no Brasil ao invés de um serviço já contratualizado pela prefeitura ou em um lugar dentro do próprio estado, onerando assim e muito os gastos públicos. A elaboração de uma ferramenta de gestão simples, a ser fornecido ao MP ou ao Judiciário, diminuiria muito as ações e liminares dadas a favor do usuário. É necessário mostrar aos órgãos judiciais que a judicialização tem efeito nefasto para a saúde como um todo, pois ocorre a inversão da fila do SUS, pois quem está na espera da regulação atrás, torna-se o primeiro, e isso leva a um efeito cascata, pois leva a outros terem o mesmo caminho. Isso leva a uma ruptura do sistema de regulação do

SUS, além de tirar recursos já alocados pela secretaria para outras demandas.

Em ordem crescente de necessidade, exames, cirurgias, UTI e medicamentos são os mais solicitados nas ações impetradas contra o município. Não se pode afirmar que a ineficiência do sistema ou deficiência de recursos ou insumos é a única, ou maior causa das judicializações. A falta de gestão e de informação e contrainformação, além da agilidade em dar a resposta para o cidadão que necessita dos serviços públicos de saúde, aumenta e muito o uso de recursos que saem da fonte 100 do município. Muitos dos pacientes que não conseguem seu tratamento em qualquer lugar da rede de saúde, incluindo no caso o antigo HPSMC, recorrem a judicialização, e gera cifras que realmente impactam negativamente em novos investimentos em saúde ou não, pois também afetam a educação, infraestrutura, assistência social e outros.²

² Entrevista concedida por BARBOSA, Ronilson Rondon, em 07/2021. Entrevistador: Carlos E.M.C. Silva, arquivo mp3, 18 min.



8

8

CONCLUSÃO

A concretização dos objetivos das políticas públicas de saúde, no Brasil, é um desafio complexo e difícil de superar, uma vez que o objetivo a ser atingido é a prestação de serviços públicos de forma integral e universal. Isso requer a disponibilização de tratamento de saúde não somente para toda a população, mas também para todas as enfermidades. Pode-se considerar essa resolução constitucional uma espécie de utopia, uma meta que nunca será efetivamente atingida, mas que precisa ser continuamente perseguida.

A dificuldade em cumprir os desígnios constitucionais relativos às políticas públicas de saúde atinge todos os entes federados, especialmente os municípios, responsáveis pela implementação local dos serviços de saúde. Nas localidades, nos hospitais, é que são recepcionados, abrigados, internados e tratados os pacientes. Este trabalho tratou da análise do setor urológico do Hospital e Pronto Socorro do Município de Cuiabá (HPSMC), especialmente quanto ao tempo dispendido em internações hospitalares, que implica custos significativos aos cofres públicos.

Com base nas informações obtidas por intermédio da análise estatística, confirma-se a hipótese de que o HPSMC não desempenha suas atribuições de forma eficiente, em relação ao setor de urologia que é objeto deste estudo, tendo em vista que se verificou que os pacientes desse setor ficam mais tempo internados do que o estritamente necessário ao atendimento de suas necessidades, o que implica aumento dos custos públicos relacionados ao serviço prestado. Constata-se, portanto, ineficiência na aplicação de recursos públicos no setor de urologia do HPSMC, o que é indício de necessidade de reformulação da política pública não somente relativa a essa área específica, mas também para a prestação de serviços de saúde em geral.

A análise estatística tornou possível responder o principal questionamento desta pesquisa: foi possível constatar a existência de expressivo excesso no tempo de internação dos pacientes do setor urológico do HPSMC, haja vista que o tempo de internação

considerado excessivo constitui, em média, pouco menos de metade do tempo total de internação.

Foram identificadas algumas das possíveis causas do excesso no tempo de internação, que podem motivar tanto outros trabalhos acadêmicos quanto eventuais mudanças em políticas públicas de saúde:

- a) constatou-se que, quando há resolução dos problemas de saúde dos pacientes, há redução do tempo de internação;**
- b) verificou-se que o excesso de internação pode ser significativamente mitigado com a efetiva realização dos procedimentos médicos solicitados para os pacientes;**
- c) observou-se que a realização dos exames e dos procedimentos médicos solicitados pode ter como consequência a redução do tempo de internação, uma vez que implicam expressivo aumento na resolubilidade;**
- d) percebeu-se que o tempo de internação é expressivamente maior em casos que ocorre transferência do paciente;**
- e) detectou-se que o tempo de internação tende a ser maior quando há evasão do paciente.**

É possível concluir, em razão disso, que, no que concerne ao setor de urologia do HPSMC, há necessidade de melhor acompanhamento da política pública de saúde em relação aos gastos hospitalares, notadamente no que concerne às internações.

Observa-se também neste estudo que o prejuízo dado aos cofres públicos da cidade de Cuiabá tanto para a secretaria de saúde, que tem sua verba pré-estabelecida como para o município como um todo, percentualmente não é significativa. Mas, correlacionado a outras pastas torna-se considerável, sendo maior que o destinado a fundos de não menor importância para o bem-estar dos seus cidadãos. As consequências desta ineficiência podem disparar outros mecanismos de gastos públicos, como a judicialização, onerando ainda mais os recursos do município, estes arcados pela própria sociedade através do pagamento de impostos e taxas.

Não se pode usar como parâmetro para todos os usuários do SUS baseados apenas nesta pesquisa, devido ao escopo desta abordar

apenas o universo restrito do paciente urológico em um hospital público de uma capital de um estado do Brasil. Abre-se uma nova discussão: Se apenas uma especialidade médica dentre dezenas outras gerou um prejuízo considerável a instituição, as demais seguem os mesmos parâmetros? Qual a estimativa do prejuízo total baseado nos mesmos parâmetros para as outras especializações médicas (e até não médicas) caso seja realidade? Qual o tamanho do impacto para a receita pública municipal? Para isso, são necessários mais estudos, onde espera-se que os resultados deste ajude a esclarecer, baseie e incentive a continuidade, investigação e exploração do tema a novos pesquisadores.



REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Dijalma Guedes et al. **Internação hospitalar de motociclistas acidentados no estado da Bahia**/*Hospital hospitalization of bikers in the state of Bahia*. *Brazilian Journal of Health Review*, v. 2, n. 2, p. 1018-1038, 2019. Disponível em: <http://www.brjd.com.br/index.php/BJHR/article/view/1292>. Acesso em: 27 out. 2019.

AGUM, Ricardo; RISCADO, Priscila; MENEZES, Monique. **Políticas públicas: conceitos e análise em revisão**. *Agenda Política*, v.3, n.2, p. 12-42, 2015. Disponível em: <http://www.agendapolitica.ufscar.br/index.php/agendapolitica/article/view/67/63>. Acesso em: 04 abr. 2020.

AMORIM, M.J. **Análise da implementação da Política Nacional de Humanização-PNH no Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá-HPSMC**. Orientador: Eliana Maria Siqueira Carvalho. 2007, 43 pág., Trabalho final do Curso de Especialização em “Gestão Pública em Saúde” da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2008. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/analise-da-implentacao-da-politica-nacional-de-humanizacao-pnh-no-hospital-e-pronto-socorro-municipal-de-cuiaba-hpsmc-\[104-020210-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/104/analise-da-implementacao-da-politica-nacional-de-humanizacao-pnh-no-hospital-e-pronto-socorro-municipal-de-cuiaba-hpsmc-[104-020210-SES-MT].pdf). Acesso em: 24 out. 2019.

ARAÚJO, D. V., TAVARES, L. R., VERÍSSIMO, R., FERRAZ, M. B., & MESQUITA, E. T. (2005). **Custo da insuficiência cardíaca no Sistema Único de Saúde**. *Arq. Bras. Cardiol.*, 84(5), 422-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0066-782X2005000500013>. Acesso em: 24 out. 2019.

BARROSO, Luís Roberto. **Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial**. 2009. Disponível em: <https://bd.tjmg.jus.br/jspui/bitstream/tjmg/516/1/D3v1882009.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2020.

BARBOZA, Estefânia Maria de Queiroz; KOZICKI, Katya. **Judicialização da política e controle judicial de políticas públicas**. *Rev. direito GV*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 059-085, Junho 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-24322012000100003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 07 mar. 2020.

BBC NEWS BRASIL. **SUS joga fora R\$ 16 milhões em medicamentos de alto custo**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-41007650>. Acesso em: 15 jun. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAUDE. **Financiamento Público em Saúde**. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 15 jun. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. **Emenda constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998**.

Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. **Emenda constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**.

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 24 out. 2019.

_____. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 1998. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Disponível em: Acesso em: 24 out. 2019.

CONCEIÇÃO, Dannicia Silva et al. **O Impacto das Queimadas na Saúde Pública**. Brazilian Journal of Development, v. 6, n. 8, p. 59498-59502, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-390>. Acesso em: 17 jun. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Com má avaliação da saúde no País, brasileiros cobram dos candidatos às eleições medidas para enfrentar crise na área**. Disponível em:

https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=27696:2018-06-25-21-06-49&catid=3. Acesso em: 24 out. 2019.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **PEC 223/2012**. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=24979-pec-16993>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CAMARA DOS DEPUTADOS. **PEC 82/1995**. Disponível em:

<https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=24970-pec-82>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CASA CIVIL. **Emenda Constitucional 95**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm-ec-95. Acesso em: 15 jun. 2021.

CASA CIVIL. **LEI Nº 9.311, DE 24 DE OUTUBRO DE 1996**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9311.htm#art1p-CPMF. Acesso em: 15 jun. 2021.

CASTILHO, VALÉRIA ET AL. **Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário**. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online]. 2011, v. 45, n. spe [Acessado 21 Agosto 2021], pp. 1613-1620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700012>. Epub 24 Jan 2012. ISSN 1980-220X. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000700012>.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/coloc_progestores_livro1.pdf. Acesso em: 24 out. 2019.

CRISTÓVAM, José Sérgio da Silva. **Direitos sociais e controle jurisdicional de políticas públicas. Algumas considerações a partir dos contornos do Estado Constitucional de Direito**. Revista Jus Navigandi, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 16, n. 2920, 30 jun. 2011. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/19437/direitos-sociais-e-controle-jurisdicional-de-politicas-publicas>. Acesso em: 07 mar. 2020.

DE MAGALHÃES, Marcelo José da Silva et al. **Impacto da inflação nos repasses médicos e hospitalares dos procedimentos neurocirúrgicos do Sistema Único de Saúde durante o período de 2008 a 2017**. Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia: Brazilian Neurosurgery, 2018. Disponível em: <https://d-nb.info/1173555692/34>. Acesso em: 20 jun. 2021.

DE MELLO, Rodrigo Gaspar. **O fornecimento de medicamentos pelo poder público e a competência da justiça federal**. Revista da SJRJ, v. 17, n. 27, p. 139-150, 2010. Disponível em: <https://www.jfrj.jus.br/sites/default/files/revista-sjrj/arquivo/127-419-1-pb.pdf>. Acesso em: 24 out. 2019.

DE SOUZA, Antônio Artur et al. **Análise de custos em hospitais: comparação entre os custos de procedimentos de urologia e os valores repassados pelo sistema única de saúde.** ABCustos, v. 8, n. 1, 2013. Disponível em: <https://abcustos.emnuvens.com.br/abcustos/article/view/331/530>. Acesso em: 04 abr. 2020.

DE SOUZA, Rodrigo Ferreira; DOS SANTOS JUNIOR, Rômulo Jesus Alves; SOUZA, Sheila. **Transição demográfica brasileira e seu impacto nos gastos públicos em saúde.** Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro-Unipac, v. 2178, p. 6925, 2018. Disponível em: https://revistas.unipacto.com.br/storage/publicacoes/2018/transicao_d_emografica_brasileira_e_seu_impacto_nos_gastos_publicos_em_286.pdf. Acesso em: 17 jun. 2021.

DOS SANTOS, Fernanda Flores Silva et al. **O desenvolvimento do saneamento básico no Brasil e as consequências para a saúde pública.** Revista Brasileira de Meio Ambiente, v. 4, n. 1, 2018. Disponível em: <https://revistabrasileirademeioambiente.com/index.php/RVBMA/article/view/127/113>. Acesso em: 17 jun. 2021.

FARAH, Marta Ferreira Santos. **Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo.** Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 119-144, jan./fev. 2001. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6364>. Acesso em: 04 abr. 2020.

FIOCRUZ. **Emenda Constitucional 95 fere o núcleo do direito a saúde.** Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Emenda-Constitucional-95-fere-o-nucleo-essencial-do-direito-a-saude-EC95>. Acesso em: 14 jun. 2021.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. Ed – São Paulo: Atlas, 2002.

GIOVANELLA, L. et al. **Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, Junho 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2019.

GOMES, Eduardo Granha Magalhães. **Gestão por resultados e eficiência na administração pública: uma análise à luz da experiência do governo de Minas Gerais.** 2009. Tese de Doutorado. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/4652>. Acesso em: 04 abr. 2020.

GOVERNO DE MINAS GERAIS. **JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA.** Disponível em:

<https://www.mg.gov.br/governador/juscelino-kubitschke-de-oliveira>.

Acesso em: 9 dez. 2020.

HEAD, B. W., & ALFORD, J. (2015). **Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management.** *Administration & Society*, 47(6), 711–739. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0095399713481601>. Acesso em: 04 abr. 2020.

HOSPITAL E PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ. **Relatório de Gestão Anual.** Serviço de Estatística Hospitalar, 2018.

IBGE. **Cuiabá.** Disponível em:

<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/panorama>. Acesso em: 14 jun. 2021.

IPEA. **Direito à saúde no Brasil: Seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça.** Disponível em:

http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9714/1/TD_2547.pdf.

Acesso em: 14 jun. 2021.

JORGE, M. H. P. D. M., & KOIZUMI, M. S. (2004). **Gastos governamentais do SUS com internações hospitalares por causas externas: análise no Estado de São Paulo,** 2000. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 7, 228-238. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/rbepid/2004.v7n2/228-238/es/>. Acesso em: 27 out. 2019.

JOST, M. T. et al. **Morbimortalidade e custo por internação dos pacientes com sepse no Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre.**

Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 9, n. 2, 2019. Disponível em:

<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/12723>

. Acesso em: 07 mar. 2020.

MAAS, R. H., & Hennig LEAL, M. C. (2014). **Políticas públicas de efetivação dos direitos fundamentais sociais: algumas estratégias.**

Unoesc International Legal Seminar, 1127-1140. Disponível em:

<https://unoesc.emnuvens.com.br/uils/article/view/4382>. Acesso em: 07 mar. 2020.

MATO GROSSO. **Plano Estadual de Saúde PES MT 2016-2019.** Cuiabá, 2017. Disponível em:

<http://www.saude.mt.gov.br/publicacoes?p=&origem=ses>. Acesso em:

07 mar. 2020.

MELLO, Alda Isabel da Silveira et al. **Diretrizes para o plano de alta hospitalar: uma proposta fundamentada no princípio da integralidade.**

2013. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/130883/329587.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública–austeridade versus universalidade**. Saúde em Debate, v. 43, p. 58-70, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2019.v43nspe5/58-70/>. Acesso em: 26 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA ECONOMIA. **Orçamento Anual de 2021**. Disponível em: <https://www.gov.br/economia/pt-br/assuntos/planejamento-e-orcamento/orcamento/orcamentos-anuais/2021>. Acesso em: 14 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Biblioteca Virtual em Saúde: RENAME**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdfhttps://saude.gov.br/saude-de-a-z/rename. Acesso em: 18 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Institucional**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/acesso-a-informacao/institucional>. Acesso em: 18 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação Hospitalar do SUS**. Orientações Técnicas. Brasília: setembro de 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SIGTAP – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 07 mar. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>. Acesso em: 18 set. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Ureterolitotripsia para a remoção de cálculos ureterais**. Relatório de Recomendação. Janeiro, 2019.

MIOT, Hélio Amante. **Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais**. Jornal vascular brasileiro, v. 16, n. 2, p. 88-91, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jvb/a/FPW5hwZ6DTH4gvj5mJYpt6B/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.

MOSTARDEIRO, L. R., DA CUNHA, A. F., DA SILVA, J. S., FRANZ, N. L., COURTOIS, F., & DE MENEZES, L. O. (2019, MAY). **Tratamento do Acidente Vascular Cerebral: Análise das internações no SUS no Brasil nos últimos 10 Anos**. In 6º Congresso Internacional em Saúde

(No. 6). Disponível em: <http://publicacoeseventos.unijui.edu.br>. Acesso em: 27 out. 2019.

OLIVEIRA, Hugna Mayre de. **Análise do processo de formulação do Plano Municipal de Saúde 2010-2013 de Cuiabá, Mato Grosso**. 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/13126>. Acesso em: 07 mar. 2020.

PEPE, Vera Edais. **Sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS)**. Brasil. Ministério da Saúde (MS). A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: MS, p. 65-86, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3039.pdf#page=65>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lucia Conde de. **Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária**. Ciência & saúde coletiva, v. 25, p. 1699-1708, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hxkLHrVqkZ5Hy6ZVK9pZmtb/?format=html&lang=pt>. Acesso em 13 jun. 2021.

PORTELLA, André; PURIDADE, Leonardo. **Limitação orçamentária para a efetivação do direito social a saúde, ponderações à luz da teoria crítica do valor**. Revista Brasileira de Planejamento e Orçamento, v. 10, n. 2, 2020, p. 41-65. Disponível em: http://assecor.org.br/files/8416/0382/7782/Revista_RBPO-Vol10_n2-p03-pp.pdf. Acesso em 27 jun. 2021.

PREFEITURA DE CUIABA. **Portal da Transparência - Prefeitura de Cuiabá**. Disponível em: <http://transparencia.cuiaba.mt.gov.br/portaltransparencia/transparencia/#/contas-orcamento-publico/orcamento-publico/loa>. Acesso em: 14 jun. 2021.

PREFEITURA DE CUIABÁ. **Secretaria de Saúde**. Disponível em: <http://www.cuiaba.mt.gov.br/secretarias/secretaria-de-saude/13136>. Acesso em: 18 set. 2019.

RAIMUNDINI, S., SOUZA, A., STRUETT, M., & BOTELHO, E. (2006). **Aplicabilidade do custeio baseado em atividades e análise de custos em hospitais públicos**. Revista De Administração, 41(4), 453-465. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-21072006000400009>. Acesso em: 18 set. 2019.

REZENDE, Karla F. et al. **Internações por pé diabético: comparação entre o custo direto estimado e o desembolso do SUS**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., São Paulo, v. 52, n. 3, p. 523-530, Apr. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302008000300013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 out. 2019.

SANTOS, Hebert Luan Pereira Campos dos et al. Gastos públicos com internações hospitalares para tratamento da covid-19 no Brasil em 2020. Rev. Saúde Pública, v. 55, 2021. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-55-52/1518-8787-rsp-55-52-pt.x51180.pdf. Acesso em: 27 jun. 2021.

SARLET, I., & FIGUEIREDO, M. (2007). **Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde**. Revista Brasileira De Direitos Fundamentais & Justiça, 1(1), 171-213. Disponível em: <http://dfj.emnuvens.com.br/dfj/article/view/590>. Acesso em: 07 mar. 2020.

SCATENA, J.H.G.; TANAKA, O.Y. **Utilização do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) e do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) na análise da descentralização da saúde em Mato Grosso**. Inf. Epidemiol. SUS, Brasília, v.10, n.1, p.19-30, mar. 2001. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732001000100003&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 06 abr. 2021.

SILVA, Manuel Mendes. **História e Desenvolvimento da Urologia**. Acta Urológica Portuguesa, v. 19, n. 1, p. 25-30, 2002. Disponível em: <https://apurologia.pt/wp-content/uploads/2018/11/Hist-Desenv-Uro.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA SECCÃO SAO PAULO. **O que faz um urologista**. Disponível em: <https://sbu-sp.org.br/publico/o-que-faz-um-urologista/#:~:text=O%20urologista%20trata%20dos%20problemas,%2C%20test%3%ADculos%2C%20epid%3%ADdimos%20e%20p%3%AAnis..> Acesso em: 10 dez. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA. **HISTÓRIA**. Disponível em: <https://portaldaurologia.org.br/medicos/a-sbu/historia/>. Acesso em: 7 jan. 2021

TORRES, Leandro Marques et al. **Poluição atmosférica em cidades brasileiras: uma breve revisão dos impactos na saúde pública e meio ambiente**. Naturae, v. 2, n. 1, p. 23-33, 2020. Disponível em: <http://www.sapientiae.com.br/index.php/naturae/article/view/CBPC2674-6441.2020.001.0003/54>. Acesso em 20 jun. 2021.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE MATO GROSSO. **Contas anuais de 2018 da SMS Cuiabá: Relatório de análise – Hospital e Pronto Socorro Municipal de Cuiabá – HPSMC e Centro de Especialidades Médicas – CEM**. Secretaria de Controle Externo de Saúde e Meio Ambiente do Tribunal de Contas do Estado de Mato Grosso. 2019. Disponível em: https://www.tce.mt.gov.br%2Fprotocolo%2Fdocumento%2Fnum%2F138797%2Fano%2F2019%2Fnumero_documento%2F164019%2Fano_documento%2F2019%2Fhash%2F04d73e0cbd10a479acb3d03dfa5f789a&usg=AOvVaw10m6ySFi7ecjfuKWcSdlff. Acesso em: 20 jun. 2021.

VENTURA, Magda Maria. **O estudo de caso como modalidade de pesquisa**. Revista SOCERJ, v. 20, n. 5, p. 383-386, 2007. Disponível em: <https://academia.edu>. Acesso em: 04 abr. 2020.

YIN, Robert K. (2018). **Case Study Research and Application**. *Sixth Edition*. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.



idn

Bo
pro
cit
ref
Nos
são

idp

A ESCOLHA QUE
TRANSFORMA
O SEU CONHECIMENTO