

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

*Carlos Evaristo Metello Costa e Silva¹
Alexander Cambraia Nascimento Vaz²*

Resumo

Este artigo trata da análise da eficiência da política pública de saúde, por intermédio de 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. O estudo foi elaborado com análise de 2.797 atendimentos, ocorridos entre 2016 e 2019, em que 1.253 resultaram em internação do paciente. O tempo de internação efetivo foi calculado no intervalo entre a data de internação e a data de saída do paciente, que pode decorrer de alta, transferência, evasão ou óbito. 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 reduzidos mediante melhorias na implementação de políticas públicas de saúde, especialmente ao avaliar os custos inerentes, conforme se constatou no estudo realizado.

Palavras-chave: saúde pública; políticas públicas de saúde; relação entre custo e tempo de internação; eficiência no serviço público.

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

¹ É Mestre em Administração Pública pelo Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP). E-mail: cmetello@gmail.com

² Docente permanente do Mestrado Profissional em Administração Pública do Instituto Brasileiro de Ensino, Desenvolvimento e Pesquisa (IDP). Coordenador do Eixo de Sistemas, Governança e Identificação do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). E-mail: cambraia04@gmail.com

study analyzed 2,797 medical appointments, between 2016 and 2019, in which 1,253 resulted in the hospitalization of the patient. The effective length of stay was calculated between the date of admission and the date of discharge, transfer, evasion, or death of the patient. 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; relationship between cost and length of hospital stay; efficiency in the public service.*

1. INTRODUÇÃO

A execução 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 dificuldades em obter 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 quando transferidos de

outras unidades de saúde pela falta de especialistas, após serem submetidos à avaliação do médico especialista, aguardam longos períodos internados devido à falta de insumos ou de contrarreferências 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.

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 do Município de Cuiabá (HPSMC)?

A justificativa do trabalho é que, se a instituição de saúde em questão não obtiver celeridade na resolução dos problemas enfrentados, aumenta seus custos, o que leva à necessidade de maiores aportes de seus mantenedores. 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 saúde ou para outro órgão público, visto que os recursos a serem destinados são, em regra, provenientes de caixa único do ente governamental.

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, pode verificar-se ineficiência na aplicação de recursos públicos de saúde. Esta hipótese é testada tendo como base as informações obtidas em coleta de evidências, tanto específicas quanto de dados públicos disponibilizados pelo SUS.

Os testes estatísticos foram realizados com base nos dados obtidos por meio do TABNET-DATASUS e de prontuários preenchidos por médicos especialistas em urologia do hospital. Ressalva-se que as informações pessoais são sigilosas e foram desconsideradas para a análise.

Para melhor entendimento, este artigo organiza-se em cinco capítulos: Introdução, em que são contextualizados o tema, o problema e a hipótese de pesquisa; Referencial Teórico, em que se discorre sobre as políticas públicas de saúde, notadamente sobre o Sistema Único de Saúde e as eventuais dificuldades apresentadas; Metodologia, em que se explica como foram feitos os testes estatísticos; Resultados e Discussões, em que se demonstram os

resultados obtidos da pesquisa; e, por fim, a Conclusão, que aborda a análise geral dos resultados e possibilidades de aprofundamento futuro em questões similares de políticas públicas de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

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. 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.

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.

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.

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.

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 consequências diretas 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).

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.”

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 a União, os estados, o Distrito Federal e os 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).

Todavia, sabe-se que o Brasil encontra 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).

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.

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).

A demora no atendimento também é grande entrave para a sociedade. Em 2018, quando foi realizada a pesquisa do Conselho Federal de Medicina (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).

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.

3. METODOLOGIA

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).

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 quadro de profissionais clínicos 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: sexo; data de internação; data de saída; tipo de saída; diagnóstico; procedimento solicitado e procedimento realizado; exame solicitado e procedimento realizado; e 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: número total de internações; custo total com internações realizadas; custo médio por internação; dias de permanência hospitalar. Os Quadros 1 e 2 resumem as informações coletadas.

Quadro 1 - 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 2 - 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	04.09.05.001-6
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	03.09.03.005-6
5. Cisto renal	Procedimento não coberto pelo SUS				
6. Cistolitotripsia	Procedimento não coberto pelo SUS				
7. Cistorrafia	3	389,66	160,04	549,70	04.09.01.008-1
8. Cistostomia	3	464,69	139,60	604,29	04.09.01.009-0
9. Colostomia	4	984,45	189,32	1173,77	04.07.02.010-1

10. Correção fistula + prostatect				34,10	04.09.01.044-8 +
11. Debridamento	3	327,17	215,91	543,08	04.15.04.003-5
12. Debridamento / cistostomia	Procedimento não coberto pelo SUS				
13. Debridamento tecidos desv	3	327,17	215,91	543,08	04.15.04.003-5
14. Debridamento / colostomia	Cirurgia múltipla (recebe o maior valor e 40% do outro)				
15. Dorsotomia				13,54	04.09.05.005-9
16. Drenagem	3	101,70	101,99	203,06	04.09.04.001-0
17. Drenagem + debridamento	Cirurgia múltipla				
18. Drenagem + orquiectomia	Cirurgia múltipla				
19. Hernioplastia	2	298,55	146,96	445,51	04.07.04.010-2
20. Litotripsia extracorpórea				172,00	03.09.03.010-2
21. Meatotomia	1	225,92	80,66	306,58	04.09.02.007-9
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	04.09.01.028-6
32. Nefrostomia / nefrectomia	Cirurgia múltipla				
33. Orquidopexia bilateral	1	223,98	161,34	385,32	04.09.04.012-6
34. Orquidopexia / orquiectomia	Procedimento não coberto pelo SUS				
35. Orquiectomia	2	214,54	135,59	350,13	04.09.04.016-9
36. Pieloplastia	4	468,88	183,28	652,16	04.09.01.032-4
37. Plástica de pênis	2	321,68	183,34	505,02	04.09.05.007-5
38. Plástica de pênis + cistostomia	Procedimento não coberto pelo SUS				
39. Prostatectomia	4	575,24	426,47	1001,71	04.09.03.002-3
40. Rafia de bexiga	3	389,66	160,04	549,70	04.09.01.008-1
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	04.09.01.006-5
46. RTU -P + orquiectomia	Cirurgia múltipla				
47. RTU / próstata /	Cirurgia múltipla				

bexiga					
48. RTU próstata	3	266,14	328,54	594,68	04.09.03.004-0
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	04.09.02.012-5
63. Uretrotomia	3	236,39	83,53	319,92	04.09.02.017-6

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

De acordo com o Quadro 2, 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.

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.

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 possa ser bem maior comparativamente com os valores pagos pela tabela SIGTAP, disponível na página eletrônica do Departamento de Informática do SUS - DATASUS. Esse possível custo não foi considerado neste estudo.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Com base nos dados da Tabela 1, 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 1 - 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).

Na 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: alta; transferência; evasão; e óbito.

Verifica-se, na Tabela 2, 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 2 - 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 com aquela 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 3 - 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, em dias	2,59	2,34-2,84	0	92
Tempo previsto, em dias	0,68	0,64-0,72	0	5
Tempo em excesso, em 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).

Na Tabela 3, apresenta-se a sumarização das variáveis contínuas dos pacientes atendidos entre 2017 e 2019, dado que o grupo avaliado ficou internado 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 4, 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.

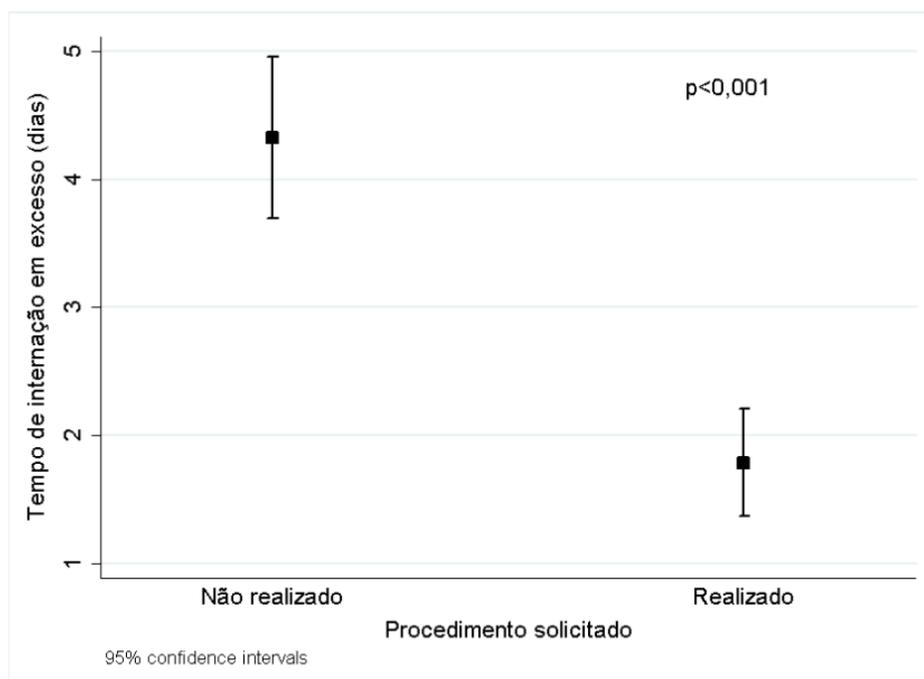
Tabela 4 - Comparação das médias e intervalo de confiança a 95% das variáveis contínuas em relação à resolução do problema de saúde que motivou a internação hospitalar.

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 1, 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 1 - Média e intervalo de confiança a 95% do tempo de internação em excesso em relação à realização dos procedimentos solicitados pelo médico

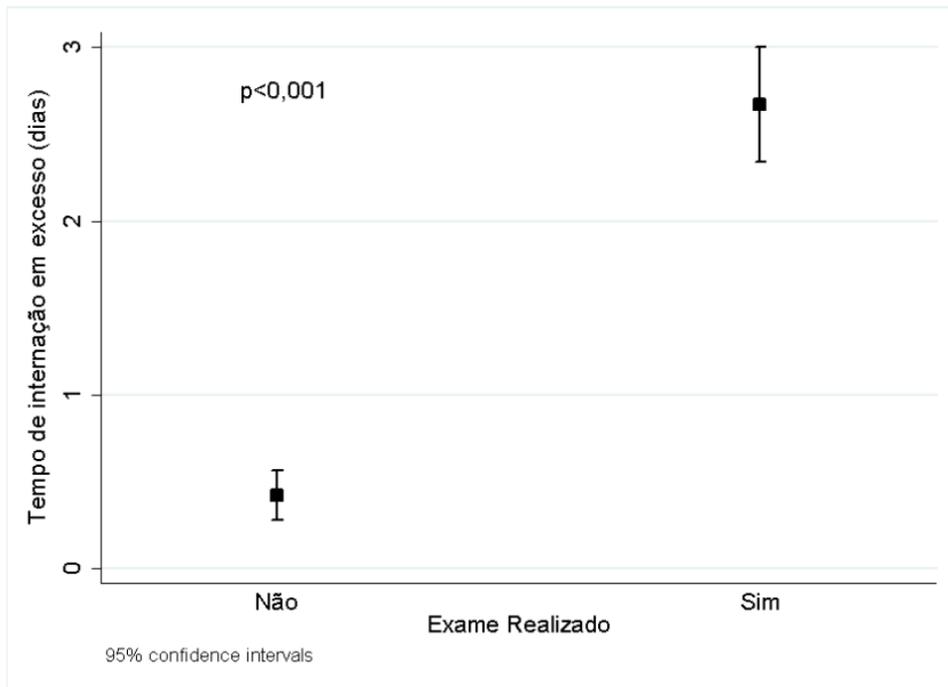


Fonte: O autor (2021).

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 poderia ensejar redução de cerca de 28% do custo total com internações por dia em excesso.

Conforme a Figura 2, pacientes que realizaram os exames solicitados apresentaram tempo médio de excesso na internação estatisticamente maior que os pacientes que não realizaram os exames solicitados.

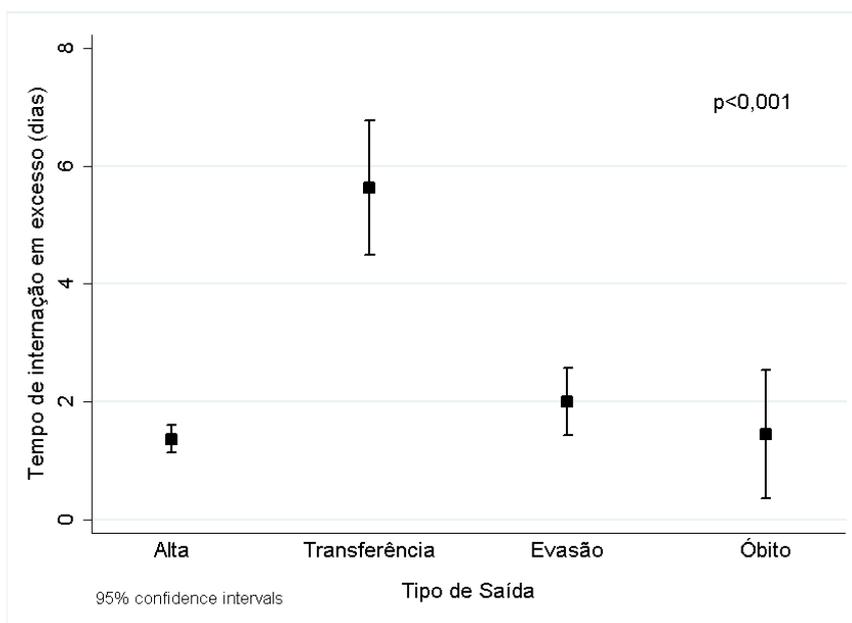
Figura 2 - Média e intervalo de confiança a 95% do tempo de internação em excesso em relação à realização dos exames solicitados pelo médico



Fonte: O autor (2021).

Na Figura 3, observa-se que os pacientes que apresentaram maior média do tempo de internação em excesso foram aqueles que apresentaram saída hospitalar como transferência.

Figura 3 - Média e intervalo de confiança a 95% do tempo de internação em excesso em relação ao tipo de saída hospitalar



Fonte: O autor (2021).

Considerando as informações expostas, 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 se reduziram, entre os anos de 2017 e 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.”

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. 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.

Na avaliação individual dos hospitalizados por causas urológicas no HPSMC, foi observado que apenas um a cada quatro conseguiu realizar o procedimento solicitado pelo médico enquanto três a cada quatro conseguiram realizar os exames. Essa discrepância se deve ao fato de que a realização de exames, que são geralmente laboratoriais, é algo mais simples que um procedimento médico.

Avaliando este cenário do ponto de vista gerencial, verificam-se internações prolongadas, gastos desnecessários, demora na realização dos procedimentos, baixa taxa de resolubilidade entre aqueles que conseguem sua realização, o que gera grande insatisfação por parte dos usuários.

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, no 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, em que isso refletiria melhoria da resolubilidade da assistência hospitalar e maior satisfação dos usuários.

Em dados obtidos no HPSMC, foi possível perceber que, em média, a cada 100 pacientes hospitalizados, dezessete evadiram, incluindo nessa conta doze que foram transferidos. Totaliza-se um terço de insatisfeitos com a unidade hospitalar, um cenário bastante semelhante com aquele descrito por Scatena e Tanaka (2001).

A alta hospitalar é um indicador de boa capacidade resolutive do problema de saúde que originou a entrada do paciente. No HPSMC, o paciente que realizou o procedimento urológico apresentou chance de alta seis 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, 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). Dentro de cada esfera de ação, seja primária, secundária ou terciária, deve haver respectiva e proporcional capacidade de o serviço resolver os problemas de saúde da população no local em que o serviço esteja inserido.

No caso do HPSMC, o tempo médio previsto de hospitalização foi de 0,68 dias. No entanto, o tempo de internação médio observado foi igual a 2,59 dias, 280% maior do que o previsto. Importante ressaltar que os pacientes do grupo que apresentou resolução do problema de saúde tiveram menor tempo de internação em excesso e maior quantidade de exames realizados, 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 melhor tratamento. Vale destacar que a lentidão na resolução do problema de saúde que leva o paciente ao hospital deixa-o suscetível a outras complicações de saúde inerentes à própria hospitalização, como, por exemplo, infecções hospitalares pelo uso de cateteres ou úlceras de pressão pelo tempo prolongado na mesma posição no leito.

O tempo de internação em excesso foi estatisticamente menor entre pacientes que tiveram o procedimento solicitado realizado. Contudo, foi estatisticamente maior entre os pacientes que tiveram exames realizados. A realização de exames geralmente ocorre por agendamento, devido à existência de uma sobrecarga no número de solicitações em relação à capacidade hospitalar de realizá-los. Isso explica por que a realização de exames aumentou o tempo de internação em excesso. Por outro lado, a realização de procedimentos aumenta a chance de alta e, por isso, reduz o tempo de internação em excesso. A realização do procedimento reduziria 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, em que os pacientes que foram transferidos apresentaram maior tempo médio de internação. A transferência implica baixa capacidade de resolução do problema de saúde, pois transmite a ideia da delegação 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” para a realização de procedimentos, dentre os quais, destacaram o fato de a Tabela do SUS remunerar melhor procedimentos de alta complexidade, gerando uma corrida para realizações deste tipo de procedimentos em detrimento dos demais. Como consequência, verifica-se baixa resolutividade de serviços que poderiam ser resolvidos com treinamento de profissionais de saúde, elaboração e utilização de protocolos clínicos para padronizar a operacionalização do cuidado, e baixa resolutividade do ambulatório de

especialidades com dificuldade para realizar exames necessários para diagnóstico ou definição da terapêutica (SPEDO et al, 2010).

Cesconetto e outros (2008) avaliaram a eficiência de 112 hospitais conveniados ao SUS em Santa Catarina, utilizando dados de 2003 para 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%.

Sabendo que os recursos para o SUS são escassos e insuficientes, combater as falhas de gestão, como, por exemplo, perdas, desperdícios e ineficiência do serviço é essencial para o funcionamento do sistema. Em estudo de Castilho e outros (2010), analisando os diversos tipos de desperdício no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – USP, constatou-se como resultado o desperdício de materiais em cerca de 36%, estrutura física em 27%, leitos em 13%, equipamentos em 11%, processo de trabalho em 10 % e pessoal em 3%.

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

Conclui-se que, a partir da análise de apenas duas variáveis na instituição avaliada, custo e dias de internação, há perdas financeiras de aproximadamente R\$ 1.397.411,84 durante o período analisado (2017 a 2019), com base em valores obtidos na tabela do Ministério da Saúde. Estima-se, assim, prejuízo de 1,94%, analisando apenas o escopo do estudo, ou seja, pacientes internados de uma especialidade médica.

Analisa-se a receita de Cuiabá, tendo como base o ano de 2017, visto o estudo ser retrospectivo, verificando os anos de 2017 a 2019. O município apresentava receita total estimada de R\$ 2.252.211.393,00. Para a pasta da saúde, foram destinados R\$ 752.790.958,00, distribuídos para o Fundo Municipal de Saúde (R\$691.832.958,00) e para a Empresa Cuiabana de Saúde Pública (R\$60.958.000,00). Dessa forma, os recursos destinados para a saúde pública do município de Cuiabá equivalem a 33,4% do orçamento. O valor do prejuízo total de 2017 a 2019 equivale a aproximadamente 6% do orçamento destinado à cultura e aos esportes da sociedade cuiabana.

Ressalta-se que os gastos totais com os pacientes urológicos são, em média, de R\$1.065.675,00 por ano. Esses serviços são considerados com tempo de execução satisfatório em 56,2% dos casos e insatisfatório ou em excesso, em 43,7%.

5. CONCLUSÃO

A concretização dos objetivos das políticas públicas de saúde, no Brasil, é desafio complexo e difícil de superar, uma vez que a prestação de serviços públicos de forma integral e universal demanda muito investimento. Isso requer a disponibilização de tratamento de saúde não somente para toda a população, mas também para todas as enfermidades.

A dificuldade em cumprir os desígnios constitucionais relativos às políticas públicas de saúde atinge todos os entes federativos, especialmente os municípios, responsáveis pela implementação local dos serviços de saúde.

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 realizada, confirma-se a hipótese de que o setor de urologia do HPSMC não desempenha suas atribuições de forma eficiente, 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. Isso implica aumento dos custos públicos relacionados ao serviço prestado. Constata-se, portanto, ineficiência na aplicação de recursos públicos no setor de urologia do HPSMC: indício de necessidade de reavaliação 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: constatou-se 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, quase metade do tempo total de internação.

Foram identificadas algumas das possíveis causas do excesso no tempo de internação, que podem motivar outros trabalhos acadêmicos e 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 nos casos em que ocorre transferência do paciente;

e) detectou-se que o tempo de internação tende a ser maior quando há evasão do paciente.

Conclui-se, dessa forma, que há necessidade de melhor acompanhamento da política pública de saúde em relação aos gastos hospitalares do setor de urologia do HPSMC, notadamente no que concerne às internações.

Observa-se também, neste estudo, que o prejuízo verificado nos 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 parece significativo. No entanto, ao correlacionar esses gastos a outras pastas, torna-se considerável. As consequências desta ineficiência podem afetar outros mecanismos de gastos públicos, como o aumento de demandas judiciais para execução dos serviços, onerando ainda mais os recursos do município, arcados pela própria sociedade por meio do pagamento de tributos.

Não se pode utilizar o mesmo parâmetro para todos os usuários do SUS baseado apenas nesta pesquisa, devido ao escopo apresentado abordar apenas o universo restrito ao 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 gerou um prejuízo considerável a uma instituição, as demais seguem os mesmos parâmetros? Qual a estimativa do prejuízo total baseado nos mesmos preceitos para as outras especializações médicas (e até não médicas)? Qual o tamanho do impacto para a receita pública municipal?

Para responder estas perguntas, é necessário um estudo mais amplo. Nesse sentido, espera-se que os resultados desta pesquisa ajudem a esclarecer e incentivem a continuidade, a investigação e a exploração do tema por meio de outros pesquisadores em relação à eficiência de gastos em políticas públicas de saúde.

6. REFERÊNCIAS

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.

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 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/18080.htm. Acesso em: 24 out. 2019.

CESCONETTO, André; LAPA, Jair dos Santos; CALVO, Maria Cristina Marino. **Avaliação da eficiência produtiva de hospitais do SUS de Santa Catarina, Brasil**. Cadernos de Saúde pública, v. 24, p. 2407-2417, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yyJqpDwsNHfXDdyBdTRBkXK/?format=html>. Acesso em: 04 abr. 2020.

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.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecoes/progestores_livro1.pdf. Acesso em: 24 out. 2019.

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.

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.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. **Modelos de gestão e o SUS**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, p. 1831-1840, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8qftxM5GZwvNkVKvvnv43kWw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 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.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Técnico Operacional do Sistema de Informação**

Hospitalar do SUS. Orientações Técnicas. Brasília: setembro de 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.

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.

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=S010416732001000100003&lng=pt&nrm=isso. Acesso em: 06 abr. 2021.

SPEDE, Sandra Maria; PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. **A regionalização intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil.** Saúde e Sociedade, v. 19, p. 533-546, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/WYSmY7VydBZwrwVByGd4qnQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 abr. 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, R. K. (2018). *Case Study Research and Application. Sixth Edition. Thousand Oaks, CA: Sage Publication.*