



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Redeenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U nº 198, de 14/10/2016
ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL

Leandro Oliveira Delevatti

ANÁLISE COMPARATIVA DOS GASTOS PÚBLICOS COM PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR

2010 -2019

Palmas – TO

2020

Leandro Oliveira Delevatti
ANÁLISE COMPARATIVA DOS GASTOS PÚBLICOS COM A PRODUÇÃO DOS
HOSPITAIS
2010 -2019

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito final para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Odontologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Micheline Pimentel
Ribeiro Cavalcante

Leandro Oliveira Delevatti
ANÁLISE COMPARATIVA DOS GASTOS PÚBLICOS COM PRODUTIVIDADE DE
MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR
2010 -2019

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito final para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Odontologia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientadora: Profa. Dra. Micheline Pimentel Ribeiro Cavalcante

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Micheline Pimentel Ribeiro

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Esp. Carlos Felinto Júnior

Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

Morgana Martins dos Santos

Mestre em Saúde Pública ENSP – Cu

Palmas – TO

2020

RESUMO

DELEVATTI, Leandro Oliveira. Análise comparativa dos gastos públicos com a produção dos hospitais 2010-2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -- Curso de Odontologia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2020.

A gestão eficiente da gestão pública é um desafio mundial para poder proporcionar a população uma assistência à saúde de qualidade por um custo viável ao país, porém a dificuldade de definir parâmetros que suporte a variação das necessidades de cada região impossibilita detalhar o modelo de gestão. Embora no Brasil a gestão do Sistema Único de Saúde —SUS seja descentralizado para estados e municípios, estes devem atender as diretrizes nacionais. Além disso, características regionais de comorbidades, gestão, estrutura, acesso, recursos humanos e físicos são elementos que contribuem para a inefetividade de um sistema de assistência à saúde. Demonstrado isso, a necessidade de melhorar a saúde pública é inestimável, por isso faz com que estudos destinados a entender as causas que provocam a atual qualidade da assistência à saúde sejam essenciais. O objetivo do presente estudo é identificar e comparar os custos por procedimentos dos principais hospitais do estado do Tocantins. Elencando os custos e resultados, assim definindo qual hospital tem o menor custo e a maior efetividade do estado no período de 2010 a 2019. O resultado deste trabalho subsidiará dados que demonstram variáveis que contribuem para o custo efetivo por procedimento e assim ajudarão a definir um caminho para a gestão hospitalar. Trata-se de um estudo descritivo transversal, onde foi realizado por meio de dados secundários do datasus que dispõem de número de procedimentos, recursos humanos, óbitos, altas e dias de internações. Outra fonte de dados utilizada foi o portal da transparência onde encontra-se valor destinado aos recursos humanos, físicos e o custo geral. Após a coleta e o processamento no Excel foi feita a comparação entre os hospitais estudados, analisando dados e os elementos que podem influenciar nos resultados, assim pode ser definido qual o hospital mais efetivo e apontar possíveis elementos que contribuem e os que prejudicam.

O presente estudo observou que a variação anual dos custos com pessoal e encargos é em média bem maior que o salário mínimo, essa comparação foi usada para ajudar evidenciar a variação. Também foi apresentado que entre os principais hospitais do estado o custo por procedimento cresce de acordo com a produção, isso demonstra que além desses hospitais maiores terem maior custo físico eles também têm aumento da oneração devido ao atraso dos procedimentos por falta de materiais e equipamentos. Verificou-se que o gasto com recursos

humanos representa o maior percentual da folha, além disso há um crescimento percentual anual considerável.

Palavras – chave: Análise de Custo em Saúde; Pesquisas em Sistemas de Saúde Pública; Análise de Custo-Efetividade em Saúde.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PPI	Programação Pactuada Integrada
HGP	Hospital Geral de Palmas
SIH	Sistema de Informações Hospitalares

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Divisão do gasto em saúde por atenção e setores. 2018
- Figura 2.** Custo por internação no Hospital Geral de Palmas.
- Figura 3.** Relação de gasto em saúde (%PIB) e a Taxa de mortalidade (mortes/1000habitantes) por países. 2018
- Figura 4.** Mapa mundo da taxa de mortalidade (mortes/1000habitantes) dos países. 2018
- Figura 5.** Parâmetros de médicos diaristas por leitos. 2006
- Figura 6.** Divisão das internações hospitalares por causa no Brasil. 2012
- Figura 7.** Divisão das internações hospitalares por causa na Região Norte. 2012
- Figura 8.** Divisão das internações hospitalares por causa no Tocantins 2012.
- Figura 9.** Perfil recursos humanos SUS Tocantins
- Figura 10.** Número de procedimentos e valor total empenhado a atenção hospitalar
- Figura 11.** Custo Procedimentos e número de procedimentos dos maiores hospitais do Tocantins
- Figura 12.** Média em dias de permanência
- Figura 13.** Variação anual do salário mínimo e do gasto com pessoal e encargos
- Figura 14.** Percentual destinado a pessoal e encargos sociais no Tocantins
- Figura 15.** Comparação número de procedimentos e quantitativo de servidores

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. PROBLEMA DE PESQUISA	9
1.3 OBJETIVOS	9
1.3.1 Objetivo Geral.....	9
1.3.2 Objetivos Específicos.....	9
1.4 JUSTIFICATIVA	9
2 REFERENCIAL TEÓRICO	11
3. METODOLOGIA.....	20
3.1. DESENHO DO ESTUDO	20
3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	20
3.3. OBJETO DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	20
3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	21
3.6 ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE DADOS REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	22
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	22
3.7.2 Benefícios.....	22
3.7.3 Desfechos	22
4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
5. CONCLUSÃO.....	33
REFERÊNCIAS.....	34

1. INTRODUÇÃO

O custo em saúde é crescente ao passar dos anos, independentemente se é público ou privado, pois as tecnologias vão sendo criadas e aprimoradas além do surgimento, progressão de doenças e o aumento da expectativa de vida contrário à qualidade. Doenças crônicas como as cardiovasculares são a de maior custo para a gestão e tem se multiplicado, portanto é indiscutível a necessidade de um planejamento para encontrar a forma mais eficiente. A prevenção é sabidamente o meio mais módico, porém não extingue totalmente as doenças, assim as intervenções continuam sendo a de maior custo. Para definir eficiência entramos na subjetividade, pois é necessário avaliar quanto vale e o que vale em cada procedimento. Para isso precisa-se definir a “...quantia em dinheiro trocada na aquisição de bens ou serviços.” (SECOLI, 2010). Já a efetividade remete ao melhor que se pode fazer com o que tem disponível, relacionando diretamente recursos e resultados, porém fica de fora a subjetividade da qualidade e dos benefícios além dos procedimentos.

O hospital público é uma empresa que depende de vários colaboradores de amplas áreas desde a saúde até o administrativo. É evidente que o trabalho desses profissionais não depende somente de suas qualificações, mas sim de um sistema adequado, desde a estrutura, equipamentos, limpeza até a motivação. É de suma importância ressaltar que para eficiência de uma empresa depende do funcionamento harmônico dos recursos físicos, humanos e de sua gestão (CASTELAR, MORDELET E GRABOIS, 2003).

Superlotações e atendimentos de baixa qualidade interferem diretamente no número de óbitos e altas de um hospital, isso pode ser causado por vários fatores como: falta de equipamentos, aumento da demanda, diminuição da capacidade, baixo número de funcionários e negligência profissional (OLIVEIRA, 2017).

Os hospitais gerais do SUS atendem por demanda espontânea ou referenciada, ocorrências locais e regionais, isso inclui a população transitória como turistas e trabalhadores temporários, podendo ocasionar grandes fluxos de atendimento potencializando a baixa qualidade e até incapacitando serviços como cirurgias. Cirurgias eletivas são comumente adiadas por falta de material ou por lotação, isso acarreta danos permanentes ao paciente e amplifica a lotação hospitalar. (VIEGAS; PENNA, 2012)

A gestão de um hospital vai além de incrementação de recursos, pois com o mesmo capital pode haver diferença no resultado, variando números de procedimentos, altas, óbitos, dias de internações e de aspectos subjetivos como qualidade no atendimento e perfil demográfico da população assistida. A definição de um parâmetro de eficiência hospitalar

pode nortear a gestão pública, auxiliando a rede de assistência à saúde evoluir realizando todos os procedimentos necessários, bem como garantir uma maior qualidade com menor custo, mas esse parâmetro não garantirá que condutas errôneas dos colaboradores e da gestão sejam abolidas.

1.1. PROBLEMA DE PESQUISA

Qual a relação entre os gastos públicos e a produção hospitalar entre os anos de 2010-2019?

1.2 Hipóteses

O custo por procedimento é inversamente proporcional a taxa de mortalidade geral.

Quanto maior o número de colaboradores maior o número de procedimentos.

O número de procedimentos é crescente com passar dos anos no período a ser estudado.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Analisar gasto público em relação a produção hospitalar entres os anos 2010-2019.

1.3.2 Objetivos Específicos

Comparar a variação do custo em saúde anual e a quantidade de procedimentos de média e alta complexidade no Tocantins.

Constatar o crescimento do custo anual em recursos humanos e comparar com a variação anual do salário-mínimo brasileiro.

Correlacionar o custo efetivo por procedimentos de alta e média complexidade entre Hospitais do SUS.

Identificar qual a porcentagem, direcionadas aos recursos humanos, em relação ao custo total.

1.4 JUSTIFICATIVA

Os recursos destinados a saúde são cerca 3,8% do PIB, portanto saber como ser mais eficaz no uso desse fundo acarretará melhores atendimentos, mais procedimento e maior parte da população atendida. A falta de recursos para investir na saúde pública é um problema nacional, no Estado do Tocantins não é diferente. O uso desses recursos talvez não esteja

sendo usado da forma mais eficiente possível, causando uma assistência à saúde de baixa qualidade e até a insuficiência de atendimentos para a população. Por tudo, o presente estudo propõe viabilizar parâmetros para que procedimentos na assistência à saúde, sejam melhores por menos custo. Apresentar parâmetros norteadores que possam definir a efetividade nos gastos com a saúde para poder direcionar a gestão. O estudo nessa área, pouco pesquisada, pode proporcionar grande conhecimento em gestão pública e incentivar estudos direcionados a gestão da saúde.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. EFICIÊNCIA, EFICÁCIA E EFETIVIDADE NA SAÚDE.

A eficiência na gestão hospitalar pode ser entendida como o melhor a se fazer com menor custo, levando em consideração benefícios subjetivos como a qualidade do atendimento e quantitativos como altas, óbitos e altas (SECOLI 2010).

Segundo Mendes (2005 p. 31) a eficiência pode ser definida economicamente como “Menor custo possível para o máximo de resultado possível (eficiência econômica)”. O custo eficiência é uma análise que permite medir o rendimento da intervenção utilizando variáveis como custo–benefício, custo–utilidade e custo–eficácia (MENDES 2015 p.35)

Já a eficácia trata-se de alcançar o objetivo almejado, considerando indicadores escolhidos de acordo com o serviço como tempo (PINHO 2006).

De acordo com o Dicionário de Avaliação em Saúde eficácia é “Benefício de se utilizar uma tecnologia para um determinado problema sob condições ideais. Por exemplo: laboratório experimental, protocolo de ensaio clínico randomizado controlado.” (2014 p.13).

A efetividade é conceituada como melhor resultado pelo menor custo, incluindo material físico e humano. O custo efetivo na saúde é mensurado de acordo com o item estudado, pois é necessário saber os indicadores de custo e resultados de cada caso. Em procedimentos hospitalares, por exemplo, deve ser considerado custo monetário, humano, riscos, tempo e relacionar com a taxa de mortalidade, dias de internação, altas, procedimentos de média e alta complexidade (MORAZ 2015).

Na oncologia benefícios como diminuição da taxa de mortalidade e expectativa de vida é relacionado com o custo inicial e o custo de acompanhamento conduzindo a escolha do tratamento (ARAUJO 2018), efetividade pode ser conceituada como custo monetário para desfecho não monetário (GONCALVES 2017).

2.2 PROCEDIMENTOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NO SUS

A Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 define a Norma Operacional Básica – NOB 1/96, a qual normatiza a gestão plena municipal, indicando a forma e o direcionamento de recursos de acordo com a necessidade de cada município. Esse direcionamento é destinado de acordo com o nível de atenção em que dispõe. Esta portaria instituiu a Programação Pactuada e Integrada -- PPI, a qual define a regionalização, centralização dos atendimentos.

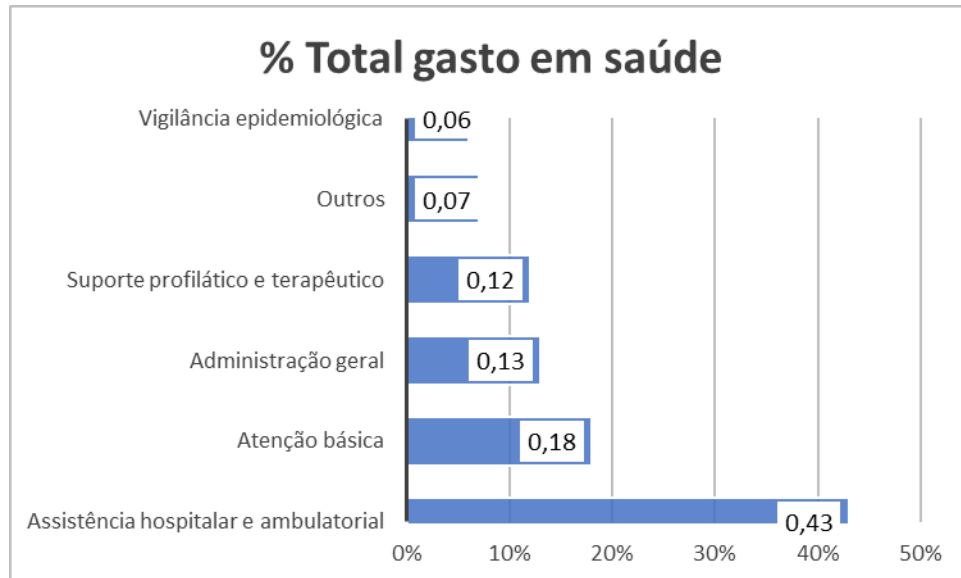
Com base nas necessidades constatadas pela atenção básica, o gestor define as necessidades epidemiológicas podendo criar ações para atendê-las

A Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006 define diretrizes e normas que delibera a atenção básica como conjunto de ações individuais e coletivas de saúde para prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Essa atenção atende áreas delimitadas, utilizando tecnologias de baixa densidade, portanto limita-se a procedimentos mais simples como campanhas de vacinação, consultas e ações de prevenção.

Procedimentos de média e alta complexidade são definidos pela Secretaria de Atenção à Saúde individualmente. Média complexidade são normalmente realizados em ambientes ambulatoriais e constituem como exemplo atendimentos de urgência, procedimentos especializados, cirurgias ambulatoriais especializadas, ações especializadas em odontologia, exames radiográficos, citológicos e próteses. Já os procedimentos de alta complexidade que são realizados em ambientes hospitalares incluem atendimentos de emergência; assistência a portadores de doenças crônicas, pacientes oncológicos, pacientes que sofreram queimaduras; cirurgias cardiovasculares, respiratórias, neurológica, traumas e doenças renais (Assistência de média e alta complexidade no SUS p.16 2007).

O custeio das assistências de média e alta complexidade foram regulamentados pela NOB 96, a qual define que o repasse será feito de fundo a fundo, o valor programado é transferido, regular e automaticamente, do Fundo Nacional ao Fundo Estadual de Saúde, conforme as condições de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde. A alocação dos recursos é definida pela PPI -- Programação Pactuada e Integrada que define a regionalização da assistência de média e alta complexidade, cabendo aos gestores a responsabilidade de garantir a integralidade da atenção à saúde.

Figura 1. Divisão do gasto em saúde por atenção e setores



Fonte: Portal da Transparência (2018).


Os critérios que definem a transferência de recursos para o estado ou município é baseado na lei 8080/90, esses critérios são constituídos pela necessidade da população. Os índices demográficos, epidemiológicos e condição socioeconômica, estas variantes citadas ajudam a nortear também o planejamento em saúde pública. Há uma tendência mundial na redução dos investimentos hospitalares devido o avanço da atenção primária e principalmente de suas ações preventivas.


3.2 LEITOS HOSPITALARES NO SUS

Os leitos de internações hospitalares são divididos pela especialidade que podem ser pediátricos ou adultos, cirúrgicos ou clínicos, obstétricos ou de neonatologia e também há leitos psiquiátricos. De acordo com o Projeto de Revisão dos Parâmetros de Programação das Ações de Atenção à Saúde (2011) que definem a quantidade de leitos hospitalares são baseados em muitas variáveis que são população de referência para o tipo de especialidade, taxa de internação por especialidade, taxa de recusa esperada, tempo de permanência, taxa de ocupação esperada e além disso há as internações não residentes da área de abrangência do hospital. Segundo o Relatório de Gestão de Custos Hospitalares do Hospital Geral de Palmas (SETEMBRO/2017) a UTI infantil e adulta representa os maiores custos diários por paciente do hospital. A maior parte desse gasto é o recurso humano correspondendo a 70%, de acordo com o relatório acima citado. No SUS Tocantins há 235 leitos de UTI segundo o Datasus em fevereiro de 2020, em vista que o ideal preconizado pela OMS é de 3 a 5 leitos a cada 10.000

habitantes, o Tocantins deveria ter aproximadamente 450 leitos de UTI, isso demonstra que o estado tem apenas 52% do ideal.

Figura 2. Custo por internação no Hospital Geral de Palmas.





44

RELATÓRIO CONSOLIDADO

Centro de Custo	Nome Padrão	Produção (Paciente/Dia)	Custo Médio Unitário (R\$)
ALA A - Unidade de Internação Neuro Clínica e Neurocirurgia	ALA A	705	751,45
ALA B - Unidade de Internação Neurocirurgia	ALA B	611	765,87
ALA C - Unidade de Internação Clínica Médica	ALA C	590	719,86
ALA D - Unidade de Internação Psiquiatria, Plástica, Isolamento e Queimados	ALA D	575	1.552,07
ALA I - Unidade de Internação Ortopedia	ALA I	688	1.001,16
ALA J - Unidade de Internação Ortopedia	ALA J	674	957,38
ALA K - Unidade de Internação Ortopedia	ALA K	661	1.004,46
ALA L - Unidade de Internação Buco Maxilo Facil, Vascular, Reumato, Infectologia e Especialidades	ALA L	600	1.386,70
ALA M - Unidade de Internação Oncologia Clínica, Oncologia Cirurgia, Mastologia	ALA M	582	958,23
ALA N - Unidade de Internação Onco Hemato e Nefrologia	ALA N	559	858,36
ALA O - Unidade de Internação Urologia, Cardiologia, Pneumologia e Cirurgia Torácica	ALA O	544	1.243,37
ALA P - Unidade de Internação Clínica Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Ritmologia, Eletiva e Bariátrica	ALA P	446	1.994,16
Pronto Socorro	P.S	487	7.363,84
UCI	UCI	481	1.714,21
UTI Adulto	UTI Adulto	644	2.837,80
UTI Pediátrica	UTI Pediátrica	192	4.703,45

	Produção (Atendimento)	Custo Médio Unitário (R\$)
Ambulatório Geral	3.714	381,64
Ambulatório de Oncologia	556	2.241,70
EMAD	3.721	53,24



201 Sul, Avenida NS 01, Conjunto 02, Lote 01
Palmas - TO - CEP: 77015-202
Tel: + 55 63 3218 7800/ 3218 7801/ 3218 7802
www.saude.to.gov.br



Fonte: Secretaria de Saúde do Tocantins – Relatório de Gestão de Custos Hospitalares (SETEMBRO/2017).

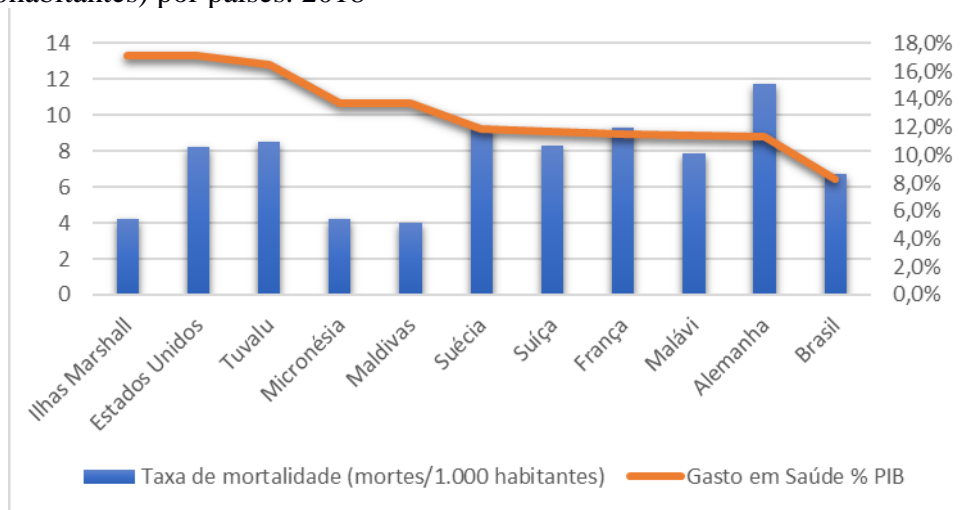
A figura acima refere-se ao relatório de setembro de 2017 do Hospital Geral de Palmas, neste documento há a precificação do custo por ala e especialidade. Com base nesse

documento o custo por atendimento nas UTI's e pronto socorro são os mais caros da folha, pois dependem mais profissionais e de diferentes áreas com especializações destinada ao atendimento mais intensivo. Esse alto custo reflete no planejamento público refletindo na quantidade de leitos disponibilizados, afetando diretamente na quantidade e qualidade desse serviço.

3.3. CUSTO EM SAÚDE NO MUNDO

Os gastos em saúde no Brasil se distribuem em 3,6% público e 4,4% privado, correspondendo 8% do PIB (WORDGROUP 2017). No mundo países como os Estados Unidos da América, Alemanha, França e Suécia são os que usam maior percentual do seu PIB em gastos com a saúde, mas esse gasto nem sempre é proporcional à taxa de mortalidade, conforme figura 1. (INDEXMUNDI 2018).

Figura 3. Relação de gasto em saúde (%PIB) e a Taxa de mortalidade (mortes/1000habitantes) por países. 2018

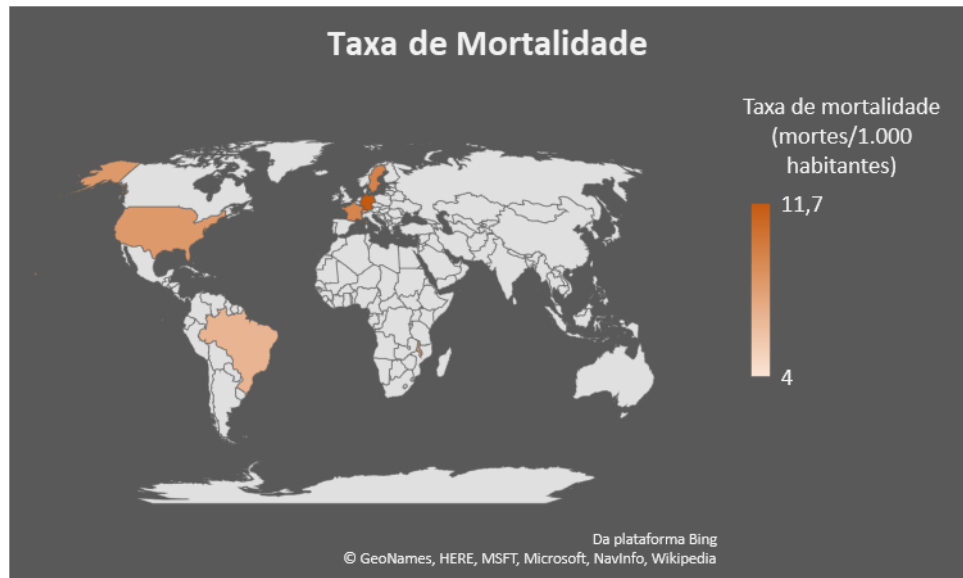


Fonte: CIA World Factbook (2018)

De acordo com a CIA World Factbook a taxa de mortalidade mundial é de 8,24 por 1000 pessoas ao ano, fatores que interferem nessa taxa são desigualdade social, violência, epidemiologias, expectativa de vida e assistência à saúde.

Os Estados Unidos da América é a segunda nação que mais gasta em saúde privada alocando cerca de 8,86% do PIB, já o Brasil é o 20º colocado, utilizando 4,49% do PIB. Porém no Brasil o gasto com a saúde privada é cerca de 56% de todo recurso alocado em saúde (WORDGROUP 2017).

Figura 4. Mapa mundo da taxa de mortalidade (mortes/1000habitantes) dos países. 2018



Fonte: CIA World Factbook (2018)

Conforme os dados do Factbook alguns países da Europa apresentam alta taxa de mortalidade contrastando com o alto índice de investimento. Essa distorção é causada pela pirâmide etária com topo alargado, demonstrando que a maioria da população dos países referidos é de pessoas acima de 60 anos. Além disso alguns países desenvolvidos não têm plano de saúde público com a dimensão do SUS, podendo resultar em uma atenção primária e preventiva precária. Apesar da taxa de mortalidade ser um importantíssimo não pode ser considerado como único indicador da qualidade da assistência à saúde, pois fatores como pirâmide etária, qualidade e amplitude do serviço de saúde.

2.4. PERFIL DOS RECURSOS HUMANOS NO SUS

O parâmetro preconizado pela Organização Mundial de saúde (OMS) é de 1 médico e 2 enfermeiros para cada 1000 habitantes e 1 cirurgião dentista para cada 1500 habitantes. De acordo com o Ministério da Saúde mais de 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS.

O parâmetro mais utilizado é número de profissionais por leito, onde segundo Coelho 2006 o número ideal é um médico para cada 10 leitos e 1,8 enfermeiros para cada leito, mas esse parâmetro é dependente da especialidade e da área de atenção que são divididas conforme figura abaixo.

Figura 5. Parâmetros de médicos diaristas por leitos. 2006

- Clínica Médica	um médico / 10 leitos
- Clínica Cirúrgica.....	um médico / 06 leitos
- Clínica Pediátrica.....	um médico / 10 leitos
- Clínica Obstétrica	um médico / 10 leitos
- Clínica Ginecológica.....	um médico / 10 leitos
- Clínica Psiquiátrica.....	um médico / 30 leitos
- Berçário Patológico.....	um médico / 08 berços
- Berçário Normal / Aloj. Conjunto.....	um médico/ 20 berços
- U.T.I Geral.....	um médico / 05 leitos
- Clínica de AIDS.....	um médico / 06 leitos
- Clínica de Queimados.....	um médico / 06 leitos
- U.T.I Neonatal.....	um médico / 05 leitos
- Unidade de Semi-intensiva.....	um médico / 06 leitos
- Pré-parto.....	um médico / 10 leitos
- Observação de P.S.....	um médico / 08 leitos
- Cirurgia Buco-maxilo.....	um dentista / 04 leitos
- RPA.....	um médico / 08 leitos

Fonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde de São Paulo. 2006

Tanto a quantidade de leito quanto à os recursos humanos são definidos de acordo com a necessidade da população assistida pela a unidade de saúde pública. Dados epidemiológicos como os coletados pela atenção básica são fundamentais para a estruturação das atenções superiores em complexidade.

2.5. INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE HOSPITALAR NO SUS

A taxa de morbidade hospitalar é dada pelo número de internações por 10.000 habitantes do grupo de doenças selecionadas. A morbidade hospitalar de maior percentual são as sensíveis a atenção básica que é definida pela portaria N° 221, de 17 de abril de 2008 que divide em grupos, são eles: Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, Gastroenterites Infeciosas e complicações, Anemia, Deficiências Nutricionais, Infecções de ouvido, nariz e garganta entre outros.

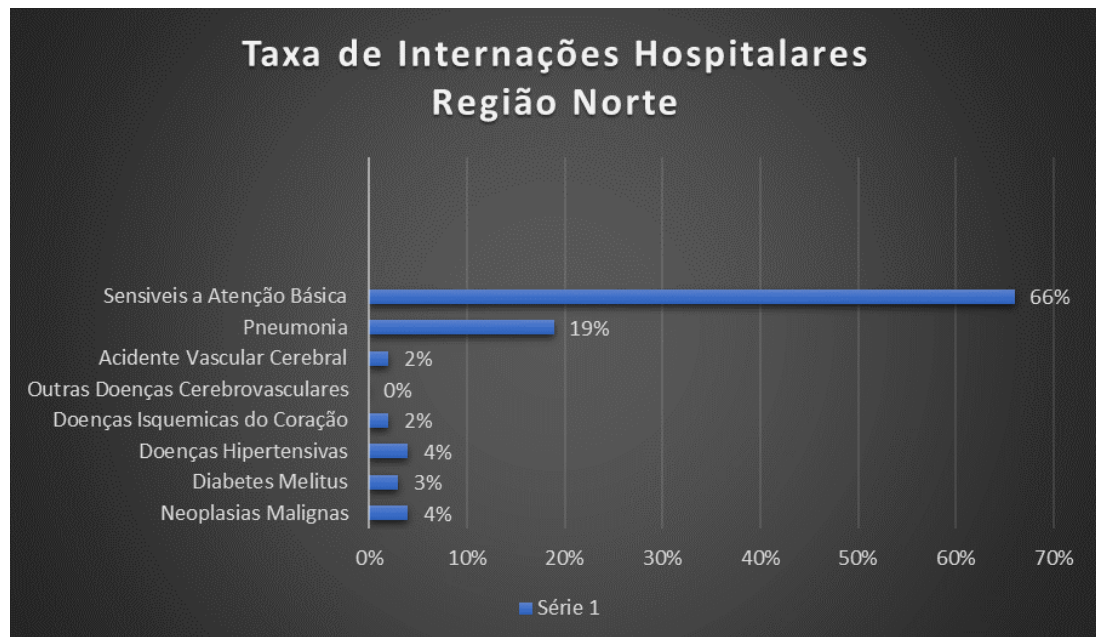
Figura 6. Divisão das internações hospitalares por causa no Brasil. 2012



Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (2012).

Os dados do gráfico acima coletados no site do datasus refletem a média nacional dos atendimentos hospitalares. O percentual de 56% de internações sensíveis a atenção básica demonstra que a forma de referenciamento e de prevenção ainda não são totalmente eficazes.

Figura 7. Divisão das internações hospitalares por causa na Região Norte. 2012



Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (2012).

Assim como os dados nacionais a região norte segue tendo a maior taxa as internações sensíveis a atenção básica. Isso demonstra que a maioria dos atendimentos deveria sido executado pela atenção primaria, esse mal referenciamento gera uma alta demanda na atenção secundária e terciária. O custo hospitalar é bem maior se compararmos ao das UBS, portanto esse atendimento feito em ambiente hospitalar gera um custo mais alto do que deveria.

3. METODOLOGIA

3.1. DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo transversal retrospectivo, natureza quantitativa, de levantamento de dados secundários sobre os procedimentos de média e alta complexidade realizados no Tocantins e Brasil, nos anos de 2010 a 2018, obtidos por meio do datatus TABNET.

Foi realizada também uma revisão da literatura com os seguintes descritores: Análise de Custo em Saúde; Pesquisas em Sistemas de Saúde Pública; Análise de Custo-Efetividade em Saúde, no período de 2009 a 2018 nas páginas BVS, PubMed, MEDLINE, LILACS e BBO. Do total de 21.141 artigos foram excluídos 21139 e utilizados 2 para o presente trabalho pois a maioria não retratava da amplitude do tema, mas sim de cirurgias específicas.

3.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Foi realizada no laboratório de informática do Centro Universitário Luterano de Palmas. No período de agosto de 2019 a março de 2020.

3.3. OBJETO DE ESTUDO OU POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foi realizada no site do datatus (tabnet), SIOPS e portal da transparência do Tocantins, onde será avaliado os anos de 2010 a 2019.

3.3.1 DATASUS

É um departamento de tecnologia para acesso a informações do SUS. O DATASUS surgiu em 1991, mas com o Decreto nº 7.530 de 21 de Julho de 2011 definiu as competência desse departamento as quais são:

- I - fomentar, regulamentar e avaliar as ações de informatização do SUS, direcionadas à manutenção e ao desenvolvimento do sistema de informações em saúde e dos sistemas internos de gestão do Ministério da Saúde;
- II - desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde;
- III - manter o acervo das bases de dados necessários ao sistema de informações em saúde e aos sistemas internos de gestão institucional;

IV - assegurar aos gestores do SUS e aos órgãos congêneres o acesso aos serviços de tecnologia da informação e bases de dados mantidos pelo Ministério da Saúde;

V - definir programas de cooperação tecnológica com entidades de pesquisa e ensino para prospecção e transferência de tecnologia e metodologia no segmento de tecnologia da informação em saúde;

VI - apoiar os Estados, os Municípios e o Distrito Federal na informatização das atividades do SUS.

3.3.1 TABNET

É um aplicativo criado pelo DATASUS para o acesso a informação em saúde. No TABNET são disponibilizados dados como estatísticas epidemiológicas, indicadores de saúde, recursos físicos, dados demográficos e socioeconômicos entre outros.

3.3.2 SIOPS

Surgiu no Conselho Nacional de Saúde em 1993, é tinha como função disponibilizar dados sobre despesas em saúde em todos os estados federados. O SIOPS foi institucionalizado em 2000, mas ainda em 2020 não há uma alimentação de dados completa pelos estados.

3.3.3. Portal da transparência

Foi lançado pelo Ministério da Saúde em 2004, atua disponibilizando, em um site de livre acesso para os cidadãos, dados sobre o orçamento geral e de que forma está sendo usado.

3.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critério de inclusão, todos os dados validados pelo TABNET e SIOPS para o Estado do Tocantins, sendo excluídos os sem informação e os não identificados pela variável de estudo. Foram incluindo todos os dados do portal da transparência do Tocantins que estiverem incluídos no período a ser avaliado e estabelecimento.

3.5. Variáveis

Custo do procedimento, procedimentos de média e alta complexidade, profissionais de saúde, custo dos profissionais de saúde, nome dos estabelecimentos de saúde pública, leitos complementares, taxa de mortalidade, altas e óbitos.

3.6 ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE DADOS REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

- Os dados secundários que estão disponibilizados no datasus e portal da transparência, foram sistematizados em planilhas do Excel, realizadas análises de estatística descritiva e apresentadas em gráficos e tabelas.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa por apresentar dados de domínio público, bem como garantir o sigilo das informações, não necessitará ser apreciada pelo Comitê de ética.

3.7.2 Benefícios

O estudo visa definir parâmetros para auxiliar uma melhora na gestão em saúde, que por consequência irá disponibilizar uma assistência à saúde de maior qualidade e com maior alcance.

3.7.3 Desfechos

3.7.3.1 Primário

O custo dos procedimentos de média e alta complexidade em saúde do Estado do Tocantins é alto em relação aos gastos públicos com recursos humanos. Sendo necessárias medidas mais eficientes de ordenamento dos recursos humanos e físicos com cumprimento de metas adequadas a necessidade da população.

3.7.3.2 Secundário

O estudo pode auxiliar na criação de uma nova maneira de gerir visto que a comparação entre custo e resultados de hospitais podem levantar possíveis causas para variação de resultados.

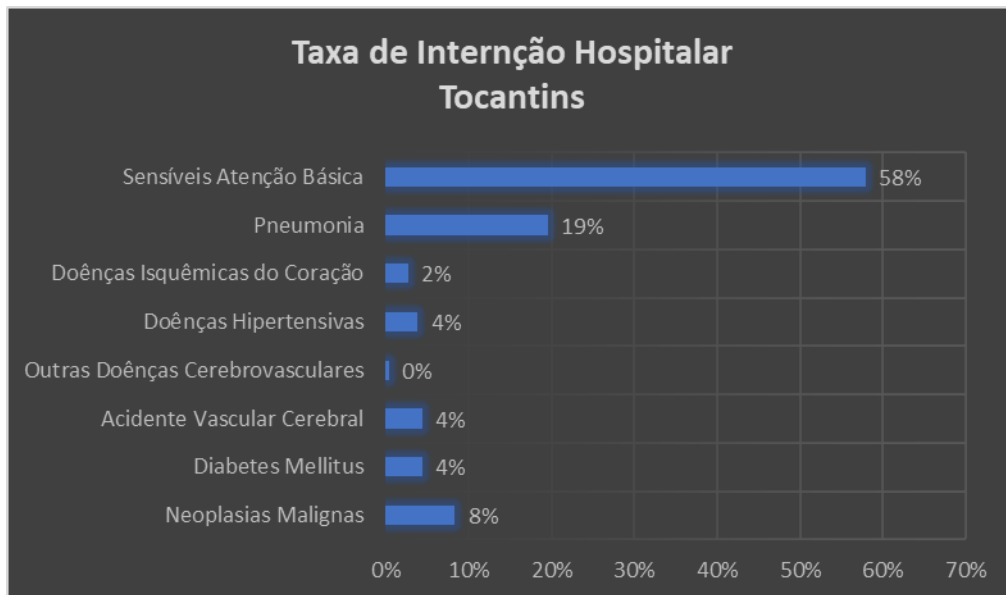
4.0 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados dados disponíveis nas plataformas SIOSP, DATASUS, Portal da transparência referentes ao período 2010 a 2018, mas existem limitações de dados devido a subnotificação. Os dados coletados foram analisados sistematizados no Excel e foram apresentados em forma de gráficos e tabelas. Além disso produções bibliográficas foram utilizadas como fonte de dados.

4.1 Perfil de média e alta complexidade hospitalar no Tocantins:

Os atendimentos são definidos por complexidade podendo ser baixa, média e alta. Os atendimentos de baixa complexidade são referenciados a atenção básica, já os atendimentos de média e alta complexidades são referenciados aos hospitais, unidades de pronto atendimentos e ambulatórios. Apesar desse referenciamento os atendimentos não são exclusivos, ou seja, os hospitais por exemplo atendem demandas da atenção básica, isso pode afetar a fila e a qualidade do atendimento.

Figura 8. Divisão das internações hospitalares por causa no Tocantins 2012.



Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (2012).

Esse gráfico apresenta dados coletados no site do Datasus referentes ao ano de 2012, esse período foi o último disponível no site, nota-se que segue a tendência nacional e da região norte citada anteriormente nesse trabalho. Cenas de pacientes em corredores de hospitais são recorrentes no sus e no estado do Tocantins não é diferente,

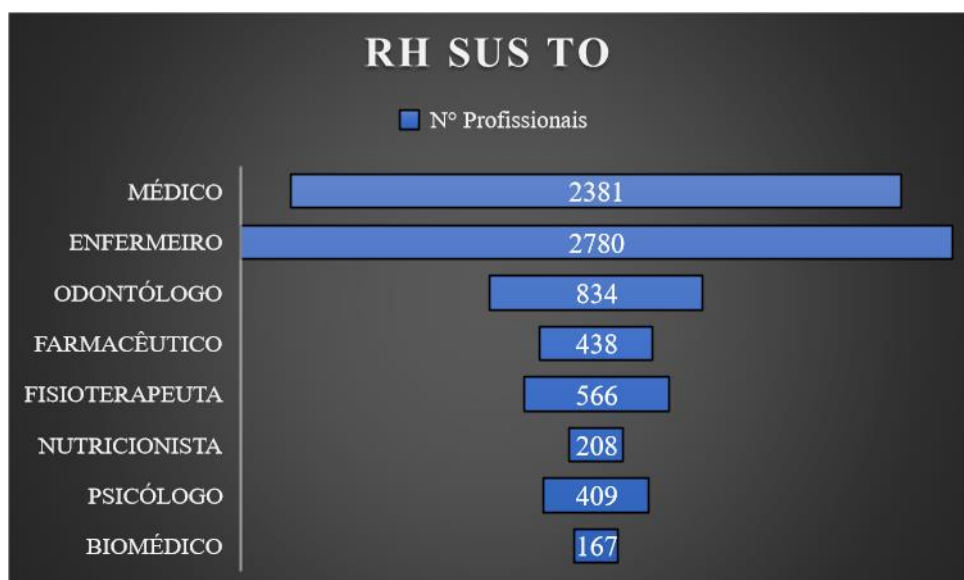
mas como apresentado no gráfico o percentual de atendimentos sensíveis atenção básica é o maior, correspondendo 58% do total, os quais deveriam ser assistidos pela atenção primária auxiliando na demanda das assistências de média e alta complexidade. Este indicador traduz uma provável necessidade de melhor critério dos atendimentos da atenção primária com oferta oportuna dos casos eletivos, cobertura eficiente nas áreas delimitadas de suas ações, e essencialmente com apoio diagnóstico para evolução positiva dos casos, pois a ineficiência da atenção primária que é a porta de entrada do sistema, é considerada termômetro principal para evidenciar uma boa qualidade da atenção à saúde da população. Por outro lado, se torna a ponta do “iceberg” para o desarranjo do SUS.

Importante salientar que a demanda da atenção básica que é atendida nos hospitais não é o único problema do SUS, além disso a falta de materiais, UTI’s, leitos, medicamentos e profissionais ajudam a agravar a qualidade e disponibilidade.

4.2 Perfil dos recursos humanos lotados nos Hospitais

Os recursos humanos de um hospital vão além de profissionais como médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Além de todos os profissionais da saúde também são incluídos os responsáveis pela limpeza, manutenção e administrativa. Em vista disso o Hospital Geral de Palmas, em dezembro de 2019, possuía 2366 colaboradores de acordo com o portal da transparência. No HGP há 472 leitos, sendo assim há aproximadamente cinco profissionais por leito.

Figura 9. Quantidade de profissionais de saúde no SUS, Tocantins, 2020



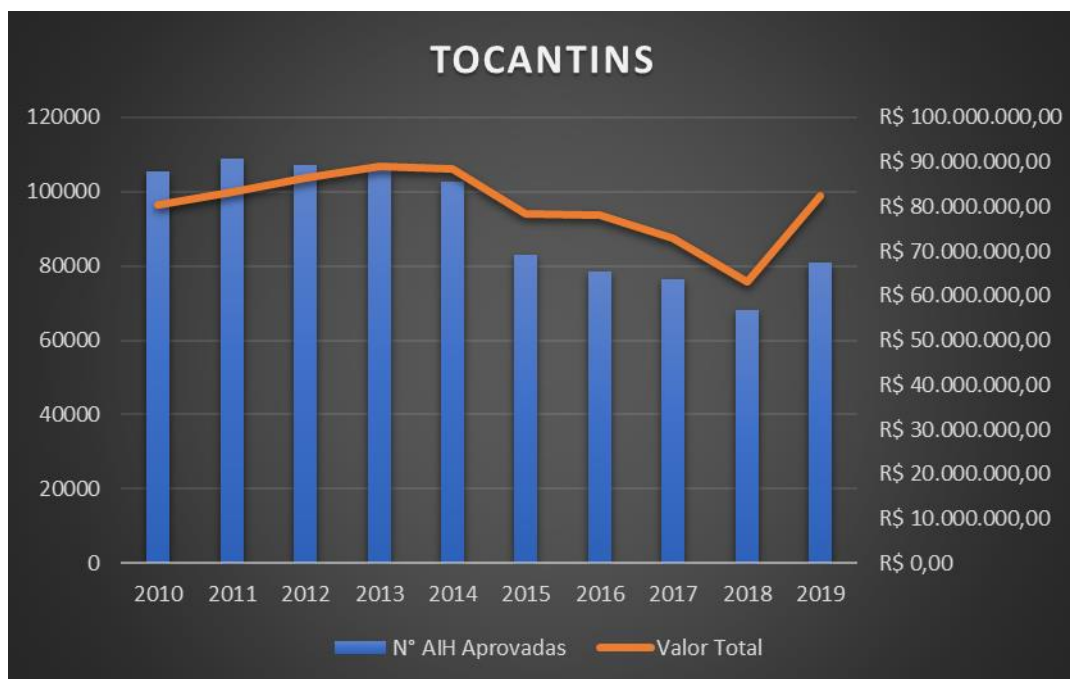
Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (2020).

A figura acima apresenta dados coletados no TABNET de fevereiro de 2020, correspondem ao número de profissionais de nível superior que atendem no SUS em todo estado. Em 2020 de acordo com o CRM-TO há 3148 médicos inscritos e ativos no conselho, mas no período apresentado nota-se um alto número de médicos que pode ser causado pelo acúmulo de cargos por um único profissional, além de ter algumas especialidades de atenção básica. Pelos parâmetros da OMS o Tocantins deveria ter no mínimo 1.497, 2.994 enfermeiros e 998 cirurgiões dentistas. Conforme os dados do DATASUS temos um montante bem próximo ao preconizado, porém mal distribuído os profissionais ficam concentrados nos municípios mais desenvolvidos, pois é sabido que em muitos municípios do Tocantins não possui médicos e ou quando possui apenas alguns dias da semana.

4.3 Custo total e quantitativo de procedimentos hospitalares no Tocantins

No Tocantins entre 2010 a 2019 apresenta 52 estabelecimentos cadastrado no SIH, em dezembro de 2019 foi informado 3091 leitos de internação e 365 leitos complementares. A partir desses recursos fiscais, foi analisado o número de procedimentos hospitalares e o valor total de acordo com o SIH.

Figura 10. Número de procedimentos e valor total empenhado a atenção hospitalar



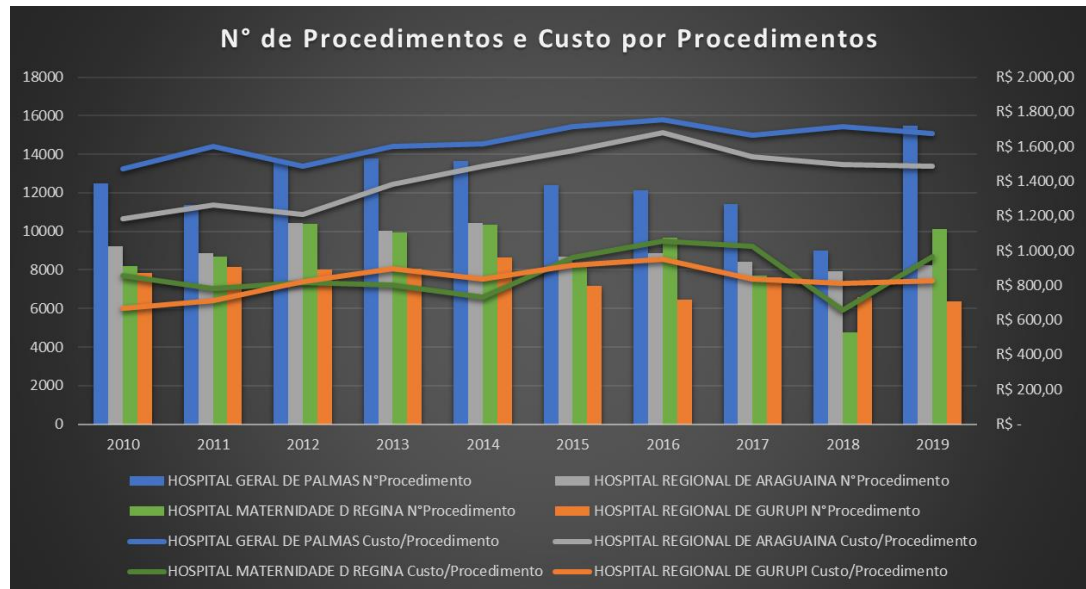
Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (2020).

Foi levantado no Sistema de Informações hospitalares do SUS os números de AIH aprovadas e o custo total no período de janeiro de 2010 a novembro de 2019. Observa-se uma queda evidente iniciando em 2015 e somente em 2019 houve uma recuperação no número de procedimentos. O custo total por ano segue a tendência dos números de procedimentos, apenas nos anos de 2012, 2013 e 2014 que houve uma diferença. O declínio tanto do custo quanto da quantidade de procedimentos entre os anos de 2015 a 2019 não refletem a realidade da necessidade da população, mas o avanço da atenção primária e de suas ações preventivas podem ser um dos fatores que explique isso. Conforme o gráfico acima nota-se que o custo total e o número de procedimentos são diretamente proporcionais de forma geral, porém essa proporcionalidade varia, pois não variam de forma igualitária indicando que há outros fatores.

Pode-se observar também que se compararmos 2014 e 2019, os valores de gastos foram similares, porém com um número bem reduzido em 2019, de mais de 20 mil procedimentos, estes dados levanta hipóteses de possível ineficiência na atenção hospitalar, mas são necessárias mais informações e pesquisas para testar a hipótese.

Dentre os Hospitais do SUS há diferença entre custos e produtividade de cada estabelecimento, dito isto foi feito o gráfico, com base no SIH, comparando os 4 principais hospitais do estado levando em consideração sua produtividade. Também foi excluído o Hospital Don Orione de Araguaína, pois apesar de ser um dos mais produtivos ele é privado.

Figura 11. Custo Procedimentos e número de procedimentos dos maiores hospitais do Tocantins



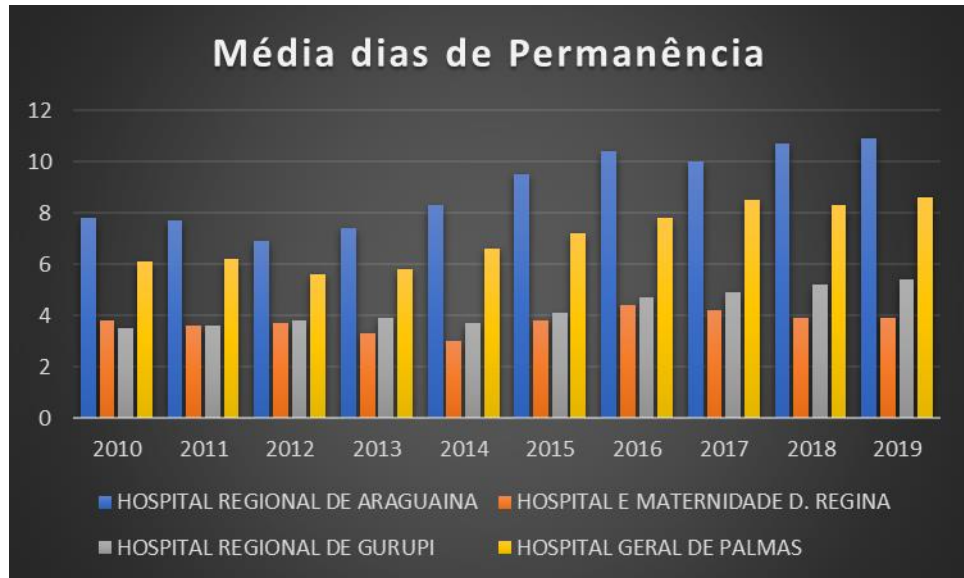
Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (2020).

Na figura acima nota-se que o Hospital Geral de Palmas é o mais produtivo seguido do Hospital Regional de Araguaína, mas também são os de maior custo por procedimento, pois são hospitais de maior complexidade. Essa proporcionalidade entre a produtividade e o custo por procedimento destoa de vários outros ramos da economia, onde normalmente quanto maior a produção menor o custo unitário. Esse gráfico demonstra que quanto mais produtivo maior o custo por procedimentos, isso pode ser explicado de forma macro que os hospitais que produzem mais necessitam de uma estrutura muito maior incluindo UTI's entre outras tornando o custo fixo alto, o qual independe da produtividade.

Pode-se observar também na figura 11, que no ano de 2019, ano que ocorreu o maior número de procedimentos no HGP, foram realizados aproximadamente 16.000 procedimentos no ano, o que reflete em aproximadamente 44 procedimentos diários em um hospital que possui mais de 400 leitos e mais de 2000 profissionais. Estes resultados demonstram que existe um problema sério de faturamento, critérios para realização de procedimentos, o que resulta em um grande número de internações, porém sem resolutividade, onerando o hospital e consequentemente gerando ineficiência de gastos.

Os dados demonstram a necessidade de ampliar o critério para internação, e realização de procedimentos, elaboração de protocolos condizentes com a realidade local e do SUS para obtenção de melhores resultados.

Figura 12. Média em dias de permanência

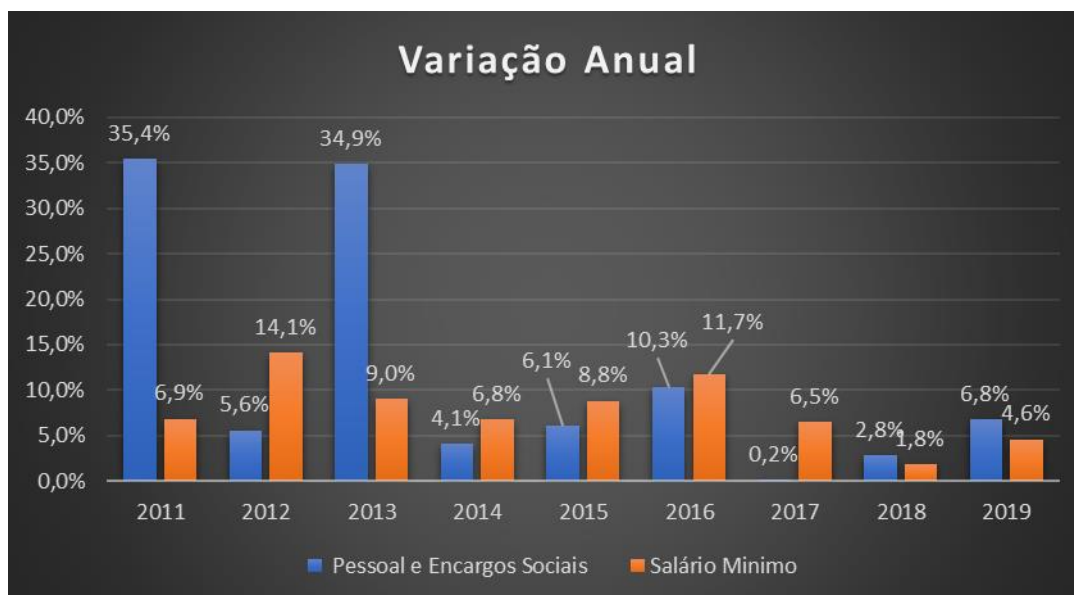


Fonte: Ministério da Saúde/SE/Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS (2020).

A figura 12 refere-se a média de dias de permanência dos principais hospitais do estado, nela observa-se que os hospitais com maior produtividade têm as maiores medias. Isso evidencia que os hospitais que produzem os procedimentos de maior complexidade referenciado por toda a região têm uma alta do custo por procedimento. Esses dias a mais de permanencia são causados pela complexidade dos procedimentos, mas também por falta de materiais e equipamentos.

Servidores públicos tanto concursados como contratados tem reajuste salarial todo ano, que são regulamentados pela DATABASE. Esse reajuste não segue a inflação tão pouco o salário mínimo, mas o intuito desse gráfico produzido através de dados do SIOSP e da secretaria da fazenda é de ter um parâmetro para a variação anual.

Figura 13. Variação anual do salário mínimo e do gasto com pessoal e encargos

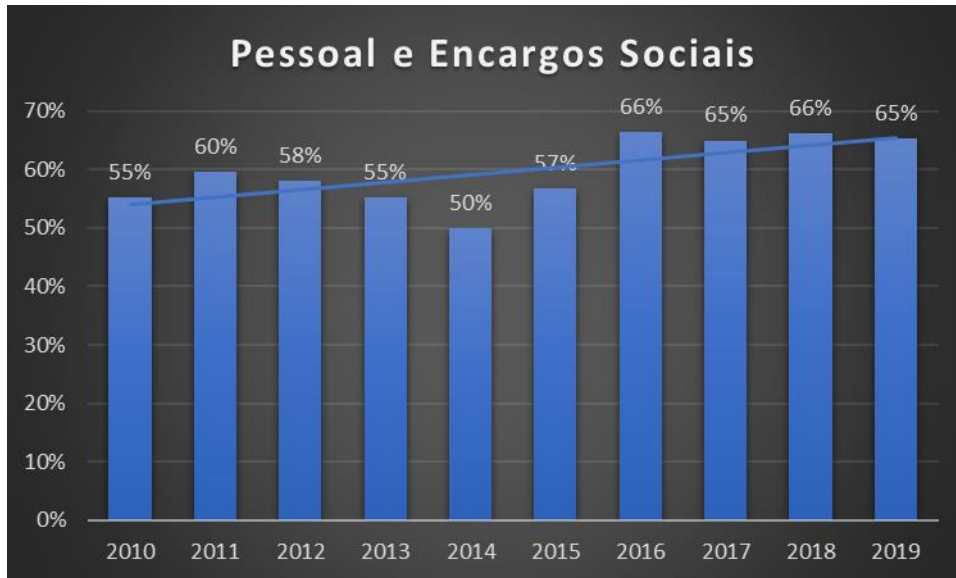


Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (2020).

O gráfico acima demonstra a variação anual partindo de 2010, esse dado foi elaborado a partir do SIOSP onde apresenta o valor liquidado anual destinado a pessoal e encargos e compara com a variação do salário mínimo. Nota-se uma variação considerável nos anos de 2011 e 2013 onde juntos representam um aumento de 70,3%, no intervalo estudado o gasto com saúde cresceu 106,2% e o salário mínimo variou 58,5%. Com isso nota-se que a variação dos servidores é consideravelmente maior que o salário mínimo, isto pode causar ao estado um déficit ao estado ao longo dos anos. O plano de carreira, importante para motivar e valorizar os profissionais, é incompatível com o orçamento público pois apesar do aumento da demanda e custo hospitalares o gasto em saúde destinado ao SUS não tem um aumento considerável.

O valor destinado aos recursos humanos tem grande impacto no orçamento público, como em vários setores da economia o investimento destinado ao RH resulta diretamente na produção. O gráfico abaixo foi elaborado com os dados do SIOSP comprando o valor total liquidado em saúde e foi efetuado o cálculo para definir qual percentual destinado ao RH que está apresentado pelo título de pessoal e encargos.

Figura 14. Percentual destinado a pessoal e encargos sociais no Tocantins

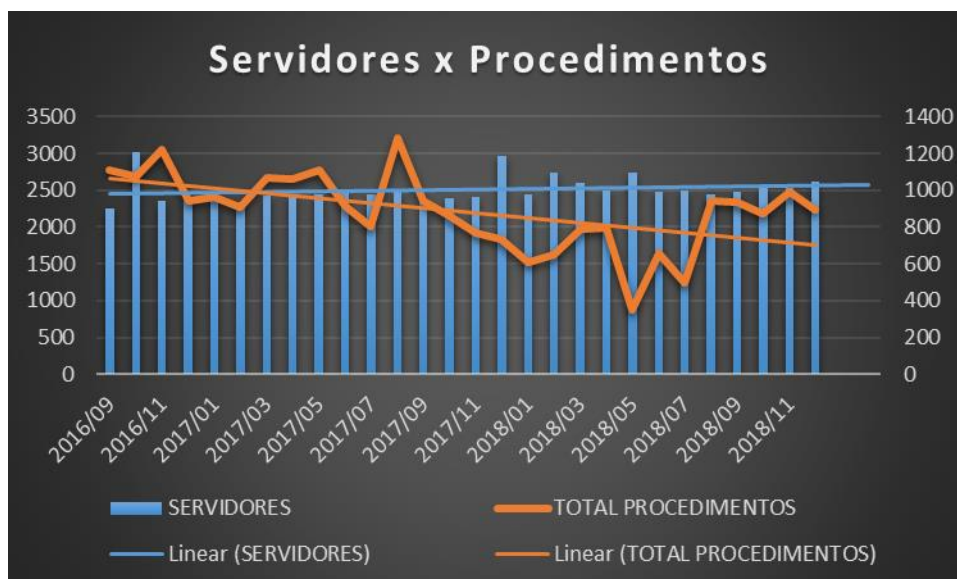


Fonte: Ministério da Saúde- Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS (2020).

De acordo com a revista Fortestecnologia empresas do setor de serviços, o qual tem maior Rh, tem em média 20% dos gastos destinado a folha salarial e seus encargos. Já a Unimed que é o maior plano de saúde privada do Brasil fez um estudo nos anos de 2011 e 2012 e constatou que em média a folha salarial e seus encargos ficou cerca de 26,6%. Não existe regra determinada para o percentual destinado ao RH, mas há necessidade, em todas áreas da economia, de utilizar parte da receita em investimentos o que no SUS tem percentual irrisório. Conforme os dados apresentados no gráfico acima o valor liquidado em saúde no Tocantins tem em média nos anos de 2010 a 2019 60% comprometidos com RH. Esse comprometimento alto do valor total impede novos investimento, ampliações, compra de equipamentos e melhoria na qualidade do atendimento. Esse alto percentual pode estar relacionado principalmente ao baixo investimento e o plano de carreira incompatível com a condição financeira do SUS.

Nos serviços de saúde o profissional é extremamente importante para o atendimento, pois não é possível automatizar totalmente o atendimento, como por exemplo na indústria. Isso faz com que o número e a qualidade do atendimento sejam diretamente relacionados ao profissional, em vista disto foi elaborado um gráfico correlacionando o número de servidores, de acordo com o portal da transparência, e o quantitativo de procedimentos conforme o TABNET.

Figura 15. Comparação número de procedimentos e quantitativo de servidores



Fonte: Portal da Transparência (2018).

A figura acima demonstra o número de servidores entre o mês de setembro de 2016 a novembro de 2018, esse período foi selecionado por conveniência pois é o período disponível no portal da transparência. Foi observado pela folha salarial dos servidores do Hospital Geral de Palmas, o número de servidores e comparados com o quantitativo de procedimentos disponibilizados no TABNET. Nota-se que o número de servidores tem pequena variação, mas já os procedimentos variam a cada mês demonstrando que não tem uma proporcionalidade direta. O número de procedimentos hospitalares é dependente de vários fatores como a necessidade da população, ações preventivas locais, qualidade dos atendimentos e capacidade física e estrutural dos hospitais.

Dito isto os dados acima demonstram que os procedimentos variam muito a cada mês o que impede a padronização de relação número de RH e número de procedimentos e conseqüente impossibilidade de redução de custo da folha salarial por meio de redução de servidores. Apesar disso, há parâmetros evidentes que indicam a quantidade de profissionais por leito ativo, isso faz com que o planejamento operacional de um hospital dependa diretamente da quantidade de leitos e dos procedimentos disponíveis na unidade.

No SUS temos servidores contratados e concursados, esses servidores contratados devem-se pela falta de periodicidade de concursos públicos. A produção desses profissionais varia por diversos motivos, fazendo com que hospitais de mesmo porte produzam quantidades e qualidades diferentes de procedimento. Os cargos de gestão hospitalares assim como da secretaria de saúde são considerados cargos de confiança, por tanto fica a cargo do secretário de saúde e do governador respectivamente a nomeação do profissional. Não há requisitos básicos para a escolha dos gestores como curso superior e nem alguma especialização ou

experiência em gestão. Em contrapartida outros cargos hospitalares necessitam curso superior específico, alguns necessitam até especialização, além disso a maioria dos cargos são submetidos a concursos públicos validando ainda mais a qualidade teórica do profissional.

A figura 15 evidencia um dado muito importante e impactante que merece estudos precisos, pois mostra uma tendência de aumento de recursos humanos e redução de procedimentos realizados, ou seja, é um alerta que existe algo errado, podendo ser influenciado por vários fatores, desde internações desnecessárias, falta de critério para realização de cirurgias e ou outros procedimentos eletivos, realização de procedimentos que não podem ser faturados, uso de tecnologias, terapêuticas e ou medicamentos que não são padronizados pelo SUS, enfim este gráfico nos faz pensar em quais os fatores que levam a esta tendência, pois mostra uma evidente ineficiência do sistema aliada a falta de leitos de UTI, demora em cirurgias eletivas e falta de recursos para investimento e pode nos deixar uma pergunta muito crítica: Porque ter tantos profissionais se os hospitais e ou serviços de saúde não possuem condições estruturais, logísticas e operacionais para realização dos procedimentos ? Um exemplo: existe ter 3 a 4 ortopedistas de plantão sem material para operar, aguardando urgência, o que acontece o paciente entrará em uma fila que não se sabe ao certo quanto tempo durará, ficará no leito podendo está em casa, com toda a equipe profissional à disposição, materiais e medicamentos sendo disponibilizados como atendimento primário e paciente aguardando meses para realizar cirurgia na mão.

5. CONCLUSÃO

O trabalho realizado levou em consideração muitas variáveis como a quantidade de servidores, leitos, custo por procedimento, variação do salário mínimo e do gasto com recursos humanos, perfil por função dos servidores e o valor destinado por atenção. A partir desses dados o trabalho apresenta que o número de servidores tem uma estabilidade que contrasta com o número de procedimentos, mas já o gasto reflete com a produtividade. Os resultados desta pesquisa também demonstraram que a variação do gasto com pessoal e encargos divergem da variação com o salário mínimo. Esse custo em recursos humanos na rede pública varia de acordo com a DATABASE e também com a quantidade de servidores, porém no período estudado não há um aumento considerável no quantitativo de servidores. Dentre os hospitais estudados que foram escolhidos por serem os 4 de maior produção do SUS no Tocantins, notou-se que o Hospital Geral de Palmas têm a maior produção do estado, mas também o maior custo por procedimento, esse dado evidenciou que hospitais de grande porte tem um custo fixo alto devido a estrutura refletindo no custo por procedimento. No período estudado o custo em recursos humanos ficou em média 60% do gasto total em saúde pública, além disso apresenta-se um aumento, em maioria, gradativo a cada ano devido a variação salarial dos servidores já que o número de servidores não acompanha esse aumento. Além disso esse aumento também é causado pelo fato de os recursos destinados a saúde não terem um acréscimo proporcional a essa variação.

Por fim, o presente trabalho aponta vários indicadores que podem subsidiar medidas e ou impulsionar novos trabalhos sobre a custo efetividade por procedimentos e por hospitais, e alerta aos gestores públicos a necessidade de um planejamento técnico e operacional visando melhoria na atenção hospitalar, em vistas a efetividade das ações. É sabido da excelente prestação de serviços de hemodinâmica, de hemodiálise, serviço de transplante, equipamentos de ponta, leitos excelentes de internação, dentre outros, se não existe efetividade nas ações hospitalares com alta média de internação hospitalar, demanda reprimida para cirurgias e UTIs. Este trabalho contribui para apontar possíveis nós na assistência hospitalar que deve ser estudado, resolvido e subsidiar planejamentos mais efetivos para o SUS.

REFERÊNCIAS

MENDES, Aquilas Nogueira. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. 422p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Economia, Campinas, SP. Disponível em: <http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/285934>. Acesso em 31 out. 2019.

SECOLI, Silvia Regina et al. **Avaliação de tecnologia em saúde: II. A análise de custo-efetividade**. Arq. Gastroenterol., São Paulo, v. 47, n. 4, p. 329-333, dez. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032010000400002&lng=pt&nrm=iso. acessos em 24 mar. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0004-28032010000400002>.

CRUZ, Luciane Nascimento et al (ed.). **Dicionário de avaliação de tecnologia em saúde: ATS**. Porto Alegre: Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde, 2014. 37 p. Disponível em: <http://www.iats.com.br/dicionario.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

PINHO, Márcia Cristina Gomes de. **Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz**. Ciências & Cognição, Rio de Janeiro, v. 8, p. 68-87, 2006. Disponível em <<http://cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/582/364>>. Acesso em 31 out. 2019.

ARAÚO, Denizar Vianna. **Farmacoeconomia em Oncologia**. 2018. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/farmacoeconomia_em_oncologia_denizar_viana.pdf. Acesso em 31 out. 2019.

MORAZ, Gabriele et al. **Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3211-3229, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003211&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152010.00962015>.

SIQUEIRA, Alessandra de Sá Earp. **Análise do Impacto Econômico das Doenças Cardiovasculares nos Últimos Cinco Anos no Brasil**. Arq. Bras. Cardiol. São Paulo, v. 109, n. 1, p. 39-46, julho 2017. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2017000700039&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 out. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20170068>.

FERNANDES, Haggéas da Silveira et al. **Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações**. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, S, v. 6, n. 2, p.129-137, 30 mar. 2011. Trimestral. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2011/v9n2/a1829.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2020.

ARAUJO, Edson Carlos de. **Análise da Eficiência do Gasto Público com Saúde** Brasília, maio 2017. Disponível em

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/26/1.a-Banco-Mundial-Eficiencia-do-Gasto-com-Saude-CIT.pdf> acesso em 31 out. 2019.

RONZANI, Telmo Mota. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 23-34, fev. 2008.

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso)

[81232008000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007&lng=en&nrm=iso) acesso em 31 out. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000100007>.

JUNIOR, Roberto Rodney Ferreira. **ABSENTEÍSMO: análise através do custo-efetividade**. Revista Foco, [S.l.], v. 10, n. 2, p. 265-277, jun. 2017. ISSN 1981-223X.

Disponível em <http://revistafocoadm.org/index.php/foco/article/view/345> acesso em: 31 out.

2019. https://doi.org/10.28950/1981-223x_revistafocoadm/2017.v10i2.345.

LONGO, Ezequiel. **Custo das internações hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do hospital Cristo Redentor baseado no método de custeio por atividade (ABC)**.

Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2008. Disponível em

https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos08/235_Artigo%20Arthur%20Confortin%20Seget%20com%20identificacao.pdf acessos em: 31 out. 2019.

MAZON, Luciana Maria. **Eficiência dos gastos públicos em saúde: desafio para municípios de Santa Catarina, Brasil**. Saúde soc., São Paulo, v. 24, n. 1, p. 23-33, Mar. 2015.

Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100023&lng=en&nrm=iso)

[12902015000100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100023&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 31 out. 2019.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100023>.

DUSSAULT, Gilles. **A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências**.

Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8 a 19, mai. 1992. ISSN

1982-3134. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/8792>.

Acesso em: 31 out. 2019.

COSTA, Carlos; LOPES, Sílvia. **Produção hospitalar: a importância da complexidade e da gravidade**. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, v. 4, n. 4, p.35-50, abr. 2004.

Semestral. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/16742>. Acesso em: 25 mar. 2020.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes estratégicas**, 2018. Disponível em

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/pacsauade/diretrizes.php> Acesso em: 31 out. 2019.

BRASIL; PORTAL DA TRANSPARENCIA. **Despesa Pública**, 2018. Disponível em

<http://www.portaltransparencia.gov.br/despesas?ano=2018> Acesso em: 31 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Sistemas e Serviços de Saúde**, 2019. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5874:países-estao-gastando-mais-em-saude-mas-pessoas-ainda-pagam-muitos-servicos-com-dinheiro-do-proprio-bolso&Itemid=843 Acesso em: 31 out.2019.

INDEX MUNDI. **Gasto com Saúde**, 2014. Disponível em <https://www.indexmundi.com/map/?v=2225&l=pt> Acesso em: 31 out.2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIA DE SAÚDE. **Parâmetros para Programação das Ações de Saúde**, 2014. Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=556-parametros-para-programacao-das-acoes-basicas-saude-6&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&Itemid=965 Acesso em: 31 out.2019.

_____. Parâmetros de Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais. São Paulo: Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2006. Disponível em http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/Repertorio_ObservaRH/SES-SP/Parametros_planejamento.pdf acesso em: 31 out. 2019

_____. Ministério da Saúde. . Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2006. Disponível em http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf acesso em: 31 out. 2019

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 221, de 17 de Abril de 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf . Acesso em: 31 out. 2019

GRABOIS, Victor; CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rio de Janeiro: ENSP, 1995. 235p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Gestao_hospitalar_um_desafio_para_o_hospital_brasileiro/52 Acesso em: 31 out. 2019

_____. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde**. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal_uf.php?S=1&UF=17;&Ano=2018&Periodo=2. Acesso em: 25 mar. 2020.

FONTOURA, Rosane Teresinha; Mayer, Cristiane Nunes. Uma breve reflexão sobre a integralidade. Rev. bras. enferm. , Brasília, v. 59, n. 4, p. 532-536, agosto de 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400011&lng=en&nrm=iso0. Acesso em 18 de junho de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400011>.

