

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANDRÉ ALVES DOS SANTOS

**ATENÇÃO HOSPITALAR NA REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL DO
ESTADO DE GOIÁS: ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DE
SETEMBRO DE 2019 A AGOSTO DE 2020**

GOIÂNIA, 2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO (TECA) PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES

E DISSERTAÇÕES NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a [Lei 9.610/98](#), o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo das Teses e Dissertações disponibilizado na BDTD/UFG é de responsabilidade exclusiva do autor. Ao encaminhar o produto final, o autor(a) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

1. Identificação do material bibliográfico

Dissertação Tese Outro*: _____

*No caso de mestrado/doutorado profissional, indique o formato do Trabalho de Conclusão de Curso, permitido no documento de área, correspondente ao programa de pós-graduação, orientado pela legislação vigente da CAPES.

Exemplos: Estudo de caso ou Revisão sistemática ou outros formatos.

2. Nome completo do autor

André Alves dos Santos

3. Título do trabalho

**Atenção Hospitalar na Região de Saúde Central do Estado de Goiás:
Alocação de Recursos Financeiros de Setembro de 2019 a Agosto de 2020**

4. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador)

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante:

a) consulta ao(à) autor(a) e ao(à) orientador(a);

b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo da tese ou dissertação.

O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro;

- Publicação da dissertação/tese em livro.

Obs. Este termo deverá ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.



Documento assinado eletronicamente por **Andre Alves Dos Santos, Discente**, em 21/11/2023, às 22:02, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Passos Cupertino De Barros, Professor do Magistério Superior**, em 22/11/2023, às 08:33, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4207834** e o código CRC **860652EC**.

Referência: Processo nº 23070.032322/2023-94

SEI nº 4207834

ANDRÉ ALVES DOS SANTOS

**ATENÇÃO HOSPITALAR NA REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL DO
ESTADO DE GOIÁS: ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DE
SETEMBRO DE 2019 A AGOSTO DE 2020**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Processos Gerenciais dos Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros

GOIÂNIA, 2023

SANTOS, ANDRÉ ALVES DOS

ATENÇÃO HOSPITALAR NA REGIÃO DE SAÚDE CENTRAL DO ESTADO DE GOIÁS: ALOCAÇÃO DE RECURSOS FINANCEIROS DE SETEMBRO DE 2019 A AGOSTO DE 2020 [manuscrito] / ANDRÉ ALVES DOS SANTOS. - 2023.
CXXI, 121 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE BARROS.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Goiás, Pró reitoria de Pós-graduação (PRPG), Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Profissional), Goiânia, 2023.

Bibliografia. Anexos.

Inclui siglas, mapas, abreviaturas, gráfico, tabelas, lista de figuras, lista de tabelas.

1. REGIONALIZAÇÃO. 2. PLANEJAMENTO EM SAÚDE. 3. GESTÃO EM SAÚDE. I. BARROS, FERNANDO PASSOS CUPERTINO DE,

orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

INSTITUTO DE PATOLOGIA TROPICAL E SAÚDE PÚBLICA

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Ata nº 014/2023 da sessão de Defesa de Dissertação de **André Alves dos Santos**, que confere o título de Mestre em **SAÚDE COLETIVA**, no Programa de Pós Graduação Mestrado Profissional em Saúde Coletiva/IPTSP/UFG, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**.

Aos vinte e oito dias do mês de agosto de dois mil e vinte três, a partir das **08h00**, via plataforma virtual: online - meet.google.com/kvp-fkzy-jdb, realizou-se a sessão pública de Defesa de Dissertação intitulada “**Atenção Hospitalar na Região de Saúde Central do Estado de Goiás: Alocação de Recursos Financeiros de Setembro de 2019 a Agosto de 2020.**” Os trabalhos foram instalados por mim, Professor Doutor **Fernando Passos Cupertino de Barros (PPGSC/IPTSP/UFG)- orientador**, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: **Profa. Dra. Edsaura Maria Pereira (PPGSC/IPTSP/UFG)**, **Prof. Dr. Armando Martinho Bardou Raggio (FIOCRUZ-COREME)**. Em seguida eu **Fernando Passos Cupertino de Barros**, fiz a apresentação formal dos membros da Banca e orientei o candidato sobre como utilizar o tempo durante a apresentação de seu trabalho. A palavra a seguir, foi concedida ao autor da dissertação que, em 30 minutos procedeu à apresentação de seu trabalho. Terminada a apresentação, cada membro da Banca, utilizou o tempo de 20 minutos para argui o candidato, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, a Banca Examinadora reuniu-se em sessão secreta a fim de concluir o julgamento da Dissertação, tendo sido o candidato **aprovado**, pelos seus membros, cumprindo todos os requisitos para fins de obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**, na área de concentração em **Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde**, pela Universidade Federal de Goiás. Proclamados os resultados por mim **Fernando Passos Cupertino de Barros**, Presidente da Banca Examinadora, em seguida foram encerrados os trabalhos e, para constar, Neuracy Moreira Andrade, secretária do PPGSC/IPTSP/UFG, lavrou a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora, aos vinte e oito dias do mês de agosto de 2023.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA



Documento assinado eletronicamente por **Fernando Passos Cupertino De Barros, Professor do Magistério Superior**, em 21/11/2023, às 14:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Edsaura Maria Pereira, Professora do Magistério Superior**, em 21/11/2023, às 17:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Armando Martinho Bardou Raggio, Usuário Externo**, em 05/12/2023, às 11:19, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4207822** e o código CRC **48C9EBDF**.

Referência: Processo nº 23070.032322/2023-94

SEI nº 4207822

DEDICATÓRIA

Aos meus amados pais, **Adivaldo e Joventina**, motivadores e inspiradores na
minha vida.

À **Wilma**, amada companheira e esposa. Mulher, Mãe e que agradeço por estar ao
meu lado todos os dias.

Ao meu filho querido, **Gabriel**, que amo tanto e que com seu sorriso e felicidade me
motiva todos os dias.

A todos que, de várias formas, como **gestores, trabalhadores, prestadores e
usuários do SUS**, lutam para a sobrevivência deste gigante Sistema Público de
Saúde, o SUS.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela luz, saúde e vida.

Ao Professor Dr. Fernando Passos Cupertino de Barros, orientador deste estudo. Professor e Gestor em Saúde e que com muita maestria e habilidade conduziu a orientação deste projeto.

À Professora Dra. Edsaura Maria Pereira, pelas orientações, recomendações e o apoio na participação na Banca Examinadora da minha defesa pública.

Ao Professor Dr. Armando Raggio, com sua vasta experiência em Medicina Preventiva e Saúde Pública, pelas orientações e pelo apoio na participação na Banca Examinadora da minha defesa pública.

Ao meu irmão Robson, sempre pelo incentivo a continuar nesta trajetória.

Ao colega Professor Me. Dante Garcia de Paula, pelos ensinamentos no campo da Gestão em Saúde e no direcionamento relacionado ao tema deste Projeto.

A todos os colegas da Gestão da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás e da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, pelos ensinamentos e aprendizados na Saúde Pública.

Aos professores da Programa de Mestrado Profissional de Saúde Coletiva, pela condução e aprimoramento deste projeto.

Aos colegas da Turma X do Mestrado Profissional, pelo convívio e troca de experiências, mesmo que à distância.

À Associação de Gestão, Inovação e Resultados em Saúde – Agir, pela oportunidade de trabalhar nesta Instituição, na qual tenho grandes ensinamentos e aprendizados.

Ao colega Ricardo da Silva Nunes, profissional da Secretaria de Estado da Saúde, pelo apoio e colaboração referente à base de dados para a execução deste Projeto.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIB/GO	Comissão Intergestores Bipartite de Goiás
CIR	Colegiado Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS/GO	Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Goiás
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde
GT	Grupo de Trabalho
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Atenção de Média e Alta Complexidade
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	Órteses, Próteses e Materiais Especiais
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PGASS	Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde
PPI	Programação Pactuada Integrada
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RENASES	Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SAS/MS	Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

SES	Secretaria de Estado da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SES/GO	Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SIGTAP	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM dos SUS
SIHD	Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SISPPI	Sistema de Programação Pactuada e Integrada
SUS	Sistema Único de Saúde
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões de saúde com os seus respectivos polos em 2019.	44
Figura 2 – População projetada – Goiás 2010-2060.	46
Figura 3 – Índice de Envelhecimento - Brasil e Goiás 2010 a 2060.	46
Figura 4 – Mapa do Estado de Goiás em Macrorregiões e Regiões de Saúde 2021.	48
Mapa 01 – Quantidade de Estabelecimentos de Saúde (Hospitais) no Estado de Goiás – 2023.....	50
Mapa 02 – Quantidade de Leitos SUS por habitante no Estado de Goiás - 2023.	51
Mapa 03 – Quantidade de Leitos Clínicos SUS no Estado de Goiás – 2023.	52
Mapa 04 – Quantidade de Leitos de UTI SUS no Estado de Goiás – 2023.	53
Mapa 05 – Serviços de Atenção Cardiovascular no Estado de Goiás – 2023.	53
Mapa 06 – Serviços de Atenção de Neurologia/Neurocirurgia no Estado de Goiás – 2023.	54
Mapa 07 – Serviços de Atenção de Traumatologia e Ortopedia no Estado de Goiás – 2023.	55
Mapa 08 – Serviços de Diagnóstico por Imagem no Estado de Goiás – 2023.	55
Figura 5 – Imagem da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.	61

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição das Internações por Leito (Média Complexidade).	66
Gráfico 2 – Distribuição das Internações por Leito (Alta Complexidade).	66
Gráfico 3 – Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Goiás.	81
Gráfico 4 – Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Goiás – Representatividade.	82
Gráfico 5 – Programação Municipal de Média e Alta Complexidade por Referência/Especialidade (Anual).	84
Gráfico 6 – Quantitativo de Leitos Clínicos por Especialidade na Região de Saúde Central – Estado de Goiás.	86
Gráfico 7 – Taxa Média de Permanência, no período de Setembro/2019 a Agosto/2020.	96
Gráfico 8 – Internações Sensíveis à Atenção Básica, no período de Setembro/2019 a Agosto/2020.	97

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Evolução dos Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.	27
Quadro 2 – Descrição das Etapas da PGASS, segundo Metodologia, Unidades de Medida e Produtos.	68
Quadro 3 – Objetivos Propostos x Resultados Encontrados.	101
Tabela 1 – Indicadores demográficos por macrorregião em 2021, Goiás.	49
Tabela 2 – Necessidade de Internações Hospitalares por Especialidade (Anual). ...	65
Tabela 3 – Histórico de Entrega de Remessas do SIHD (Setembro/2019 a Agosto/2020).	75
Tabela 4 – Produção Hospitalar de Leitos Clínicos na Região de Saúde Central do Estado de Goiás (Setembro/2019 a Agosto/2020).	77
Tabela 5 – Base Populacional (Base PPI x IBGE).	79
Tabela 6 – Programação Municipal Hospitalar por Referência (Anual) – Leitos Clínicos.	85
Tabela 7 – Pactuação dos Leitos Clínicos por Especialidade no Estado de Goiás.	86
Tabela 8 – Pactuação Financeira de Leitos Clínicos por Referência na Região de Saúde Central – Estado de Goiás.	88
Tabela 9 – Quantitativo de Leitos Clínicos por Município e Especialidade na Região de Saúde Central – Estado de Goiás.	90
Tabela 10 – Porcentagem de Produção hospitalar por município de residência e município de atendimento da Região Central x Programação hospitalar por referência no município de Goiânia.	92
Tabela 11 – Produção hospitalar por município de residência e município de atendimento da Região Central x Programação hospitalar por referência no município de Goiânia.	93
Tabela 12 – Caracterização e fórmula de cálculo dos principais indicadores utilizados neste estudo.	94
Tabela 13 – Taxa de Ocupação Hospitalar (Setembro/2019 a Agosto/2020).	95

DOS SANTOS, A. A. **Atenção Hospitalar na Região de Saúde Central do Estado de Goiás: alocação de recursos financeiros de setembro de 2019 a agosto de 2020.** [Dissertação] Goiânia (GO): Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. 110.p. Goiânia, 2023.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A alocação de recursos financeiros no Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos maiores desafios na saúde pública. No que se refere à alocação de recursos para custeio da atenção à saúde, o que se propõe é um modelo de conformação de redes de serviços regionalizados, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, coordenação e regulação. Esse processo articulado de planejamento deve resultar em uma programação que considere as definições expressas nos planos de saúde, integrando a análise da situação de saúde à estimativa de necessidades da população e à definição de políticas de saúde em cada esfera, como diretrizes orientadoras dos diversos eixos programáticos. Os diversos graus de agregação tecnológica, bem como os mecanismos de referências pactuadas, principalmente entre municípios, serão objeto da Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde (PPI). Em Goiás, essa ferramenta, no que se refere à distribuição de recursos para o custeio da Atenção Hospitalar do SUS, ainda se dá por meio da oferta e do consumo, e não das necessidades da população. **OBJETIVO:** Objetiva-se neste estudo analisar a alocação de recursos financeiros para custeio da atenção hospitalar na região de saúde central do estado de Goiás. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo observacional analítico longitudinal e retrospectivo. Consideraram-se, nas análises, normas e resoluções nacionais e estaduais pactuadas no âmbito do SUS. Os dados são oriundos de bancos de dados oficiais dos Sistemas de Informação em Saúde, do Ministério da Saúde, especialmente os de produção hospitalar, programação em saúde e financeiros. **RESULTADOS:** Os resultados demonstraram uma expressiva concentração da alocação de recursos financeiros da atenção hospitalar no município de Goiânia, em relação ao total de recursos alocados no estado (51,49%). Na região de saúde estudada, verifica-se um déficit acumulado, no período em análise, da ordem de 25 milhões, comparando-se a programação hospitalar frente ao consumo dos atendimentos hospitalares. Com relação aos indicadores de desempenho, a performance média dos municípios da região de saúde mostrou uma média de permanência abaixo de 4 dias e uma taxa de ocupação hospitalar entre 25% e 56%. Ainda, no que se refere à alocação de recursos financeiros, observou-se um grande volume de recursos alocados na Reserva Técnica- PPI (em torno de 20 milhões/ano), ou seja, recursos financeiros sem programação e alocação específica para algum serviço de saúde. **CONCLUSÃO:** Há um cenário de descompasso entre a programação e consumo na área hospitalar, sendo necessária uma distribuição de recursos financeiros com pactuação regional. Essa proposta perpassa pelo redesenho e conformação das redes de atenção à saúde na região de saúde em comento, visualizando e planejando os pontos de atenção da rede assistencial, garantido assim o financiamento com maior resolutividade.

Palavras-chave: Regionalização, Planejamento em Saúde, Gestão em Saúde.

DOS SANTOS, A. A. **Hospital Care in the Central Health Region of the State of Goiás: allocation of financial resources from september 2019 to august 2020.** [Dissertation] Goiânia (GO): Postgraduate Program in Public Health at the Institute of Tropical Pathology and Public Health at the Federal University of Goiás. 110 f. Goiânia; 2023.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The allocation of financial resources in the Unified Health System (SUS) represents one of the biggest challenges in public health. With regard to the allocation of resources to finance health care, what is proposed is a model for the formation of regionalized service networks, based on the institution of planning, coordination and regulation devices. This articulated planning process must result in programming that considers the definitions expressed in health plans, integrating the analysis of the health situation with the estimation of the population's needs and the definition of health policies in each sphere, as guidelines guiding the various axes programmatic. The different degrees of technological aggregation, as well as the agreed reference mechanisms, mainly between municipalities, will be the subject of the Integrated Agreed Program for Health Assistance (PPI). In Goiás, this tool, with regard to the distribution of resources to pay for SUS Hospital Care, still occurs through supply and consumption, and not the needs of the population. **OBJECTIVE:** The aim of this study is to analyze the allocation of financial resources to cover hospital care in the central health region of the state of Goiás. **METHODOLOGY:** This is a longitudinal and retrospective analytical observational study. In the analyses, national and state standards and resolutions agreed within the scope of the SUS were considered. The data comes from official databases of the Health Information Systems of the Ministry of Health, especially those for hospital production, health programming and finance. **RESULTS:** The results demonstrated a significant concentration in the allocation of financial resources for hospital care in the city of Goiânia, in relation to the total resources allocated in the state (51.49%). In the health region studied, there is an accumulated deficit, in the period under analysis, of around 25 million, comparing the hospital schedule against the consumption of hospital care. Regarding performance indicators, the average performance of the municipalities in the health region showed an average length of stay below 4 days and a hospital occupancy rate between 25% and 56%. Furthermore, with regard to the allocation of financial resources, there was a large volume of resources allocated to the Technical Reserve - PPI (around 20 million/year), that is, financial resources without programming and specific allocation for some service. **CONCLUSION:** There is a scenario of mismatch between programming and consumption in the hospital area, requiring a distribution of financial resources with regional agreement. This proposal involves the redesign and configuration of health care networks in the health region in question, visualizing and planning the care network's points of care, thus guaranteeing financing with greater resolution.

Keywords: Regionalization, Health Planning, Health Management.

DOS SANTOS, A. A. **Atención Hospitalaria en la Región Central de Salud del Estado de Goiás: asignación de recursos financieros de septiembre de 2019 a agosto de 2020.** [Disertación] Goiânia (GO): Programa de Posgrado en Salud Pública del Instituto de Patología Tropical y Salud Pública de la Universidad Federal de Goiás. 110 f. Goiânia; 2023.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La asignación de recursos financieros en el Sistema Único de Salud (SUS) representa uno de los mayores desafíos en salud pública. En cuanto a la asignación de recursos para financiar la atención de salud, lo que se propone es un modelo para la formación de redes de servicios regionalizadas, basado en la institución de dispositivos de planificación, coordinación y regulación. Este proceso articulado de planificación debe resultar en una programación que considere las definiciones expresadas en los planes de salud, integrando el análisis de la situación de salud con la estimación de las necesidades de la población y la definición de políticas de salud en cada ámbito, como lineamientos que orienten los diversos ejes programáticos. Los diferentes grados de agregación tecnológica, así como los mecanismos de referencia acordados, principalmente entre municipios, serán objeto del Programa Integrado Concertado de Asistencia en Salud (PPI). En Goiás, esta herramienta, en lo que respecta a la distribución de recursos para pagar la Atención Hospitalaria del SUS, todavía ocurre a través de la oferta y el consumo, y no de las necesidades de la población. **OBJETIVO:** El objetivo de este estudio es analizar la asignación de recursos financieros para cubrir la atención hospitalaria en la región central de salud del estado de Goiás **METODOLOGÍA:** Se trata de un estudio observacional, analítico, longitudinal, retrospectivo. En los análisis se consideraron normas y resoluciones nacionales y estatales acordadas en el ámbito del SUS. Los datos provienen de bases de datos oficiales de los Sistemas de Información en Salud del Ministerio de Salud, especialmente las de producción hospitalaria, programación y finanzas en salud. **RESULTADOS:** Los resultados demostraron una concentración significativa en la asignación de recursos financieros para la atención hospitalaria en la ciudad de Goiânia, en relación al total de recursos asignados en el estado (51,49%). En la región sanitaria estudiada hay un déficit acumulado, en el período analizado, de alrededor de 25 millones, comparando la programación hospitalaria con el consumo de atención hospitalaria. En cuanto a los indicadores de desempeño, el desempeño promedio de los municipios de la región sanitaria mostró una estancia promedio inferior a 4 días y una tasa de ocupación hospitalaria entre 25% y 56%. Además, en lo que respecta a la asignación de recursos financieros, hubo un gran volumen de recursos destinados a la Reserva Técnica - PPI (alrededor de 20 millones/año), es decir, recursos financieros sin programación y asignación específica para algún servicio de salud. **CONCLUSIÓN:** Existe un escenario de desajuste entre programación y consumo en el área hospitalaria, requiriendo una distribución de recursos financieros con acuerdo regional. Esta propuesta implica el rediseño y configuración de las redes asistenciales de la región sanitaria en cuestión, visualizando y planificando los puntos de atención de la red asistencial, garantizando así un financiamiento con mayor resolución.

Palabras clave: Regionalización, Planificación Sanitaria, Gestión Sanitaria..

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	18
2. INTRODUÇÃO	18
3. JUSTIFICATIVA	22
4. OBJETIVOS	24
4.1. Objetivo Geral	24
4.2. Objetivos Específicos	24
5. REFERENCIAL TEÓRICO	25
5.1. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde	25
5.2 Governança: Conceitos e Modalidades	30
5.2.1. A Governança no SUS	33
5.3. A Regionalização da Saúde	36
5.3.1. A Caracterização do Estado de Goiás	45
5.3.2. A Regionalização da Saúde no Estado de Goiás	47
5.3.3. A Capacidade Instalada e a Oferta de serviços de saúde no Estado de Goiás	49
5.4. A Programação Pactuada Integrada	57
5.4.1. A Programação Pactuada Integrada no Estado de Goiás	59
5.4.2. A Estrutura da Programação Pactuada Integrada no Estado de Goiás	60
5.4.3. A Metodologia da Programação Pactuada Integrada	63
5.4.4. O Processo de Repactuação da Programação Pactuada Integrada	64
5.5. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde	67
5.6. A Pandemia da COVID-19 e o Planejamento Regional	68
6. METODOLOGIA	71
6.1. Tipo de Estudo	71
6.2. Público-alvo	72
6.3. Local de Estudo	72
6.4. Coleta de Dados	72
6.5. Aspectos Éticos	74
6.6. Análise de Dados	74
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	75
7.1. Produção Hospitalar	75
7.2. PPI – Programação Hospitalar por Clínicas	78
7.3. Programação Hospitalar de Média Complexidade por Referência – Leitos Clínicos	83

7.4. Programação Pactuada Integrada – Análise Município Encaminhador x Município Executor	87
7.5. Indicadores de Desempenho	93
7.6. Proposição de critérios para alocação de recursos financeiros	97
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
9. REFERÊNCIAS	106
10. ANEXOS	112
ANEXO I - Dos Critérios para Alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação de Atenção à Saúde	112
ANEXO II - Resolução CIR - Dispõe sobre o Estabelecimento de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o Ano de 2015, com Vistas ao Fortalecimento do Planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás	114

1. APRESENTAÇÃO

Sou servidor estatutário, da Secretaria de Estado de Saúde de Goiás (SES), desde o ano de 1998, porém atualmente estou licenciado por motivos particulares. Atuei nas áreas de Planejamento, Regulação, Controle e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS), especificamente em planejamento regional integrado, regulação da atenção à saúde e regulação de acesso, programação das ações e serviços de saúde, sistemas de informação em saúde (processamento e faturamento ambulatorial e hospitalar).

Em 2017, tive a oportunidade de assumir meu primeiro cargo gerencial, a Gerência de Planejamento do SUS, na estrutura da Superintendência de Gestão, Planejamento e Finanças da SES. Entre os principais eixos de atuação, esta Gerência coordenava o processo de Programação Pactuada Integrada (PPI), juntamente com as 18 Regionais de Saúde da SES e os 246 municípios do estado de Goiás.

Este processo de PPI é um importante instrumento de planejamento do SUS, responsável pelas pactuações entre gestores, que visa garantir a referência de atendimentos para seus municípios e para os residentes dos demais municípios do estado, ou seja, a construção de uma programação de ações e serviços de média e alta complexidade.

Durante esta trajetória, tive a oportunidade de discutir e participar da construção das programações, nas instâncias de pactuação regional – Comissão Intergestores Regional (CIR) e Bipartite – Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Da mesma forma, atuei também em discussões junto ao Ministério da Saúde e na Câmara Técnica de Gestão e Financiamento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS).

A oportunidade de apresentar minha trajetória profissional em um Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, permitiu-me uma reflexão sobre todas as atividades realizadas nas áreas em que atuei na Saúde Pública entre 2017 e 2019.

Redigido com maturidade, no transcurso da escrita esta dissertação assinala informações e análises significativas e relevantes quanto à otimização desta programação, buscando a resolutividade na organização dos serviços de saúde do Estado de Goiás.

2. INTRODUÇÃO

A alocação de recursos em sistemas públicos de saúde representa um grande desafio para os governos em todo o mundo. Eventos como a expansão da incorporação tecnológica em saúde, o aumento dos custos na atenção integral, a escassez de recursos e a mudança do perfil epidemiológico tendem, numa escala crescente e abrupta, a extrapolar a capacidade orçamentária e financeira dos países (BRASIL, 2007).

Outra importante influência nesse processo é o que se pode dizer das reconhecidas imperfeições dos mercados. Segundo Castro (2002), a intensidade dessas imperfeições define uma maior ou menor necessidade de intervenção do Estado, que tem como dever garantir o bem-estar na sociedade. Segundo Donaldson e Gerard (1993) *apud* Castro (2002), esse fato parece ser especial em saúde, já que nenhuma das condições de perfeita competição está presente neste setor, e, neste caso, justifica-se uma ação mais intensa do Estado no equilíbrio financeiro dos gastos.

A Constituição Federal de 1988 (CF/88) define que o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser executado de forma tripartite, com recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social e Fiscal, no âmbito federal, e com recursos dos orçamentos fiscais de estados e municípios. Apenas em 2011 o valor mínimo do montante a ser aplicado pela União foi regulamentado, assim como os percentuais mínimos de gastos com a saúde para os estados e municípios, por meio da Emenda Constitucional nº 29/2000 e pela Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012).

Nesse cenário, foi proposto o modelo da conformação de redes de serviços regionalizado, a partir da instituição de dispositivos de planejamento, coordenação e regulação. Essa articulação entre os serviços de diversos graus de agregação tecnológica localizados em um mesmo município, bem como os mecanismos e instrumentos para a definição das referências pactuadas entre os municípios serão objeto de consideração da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI).

A PPI é o instrumento que, em consonância com o processo de planejamento, visa definir e quantificar as ações de saúde para a população residente em cada território, além de nortear a alocação dos recursos financeiros a partir de critérios e

parâmetros pactuados entre os gestores. Deve, ainda, explicitar os pactos de referência entre municípios e definir a parcela de recursos destinados à assistência da própria população e à da população referenciada por outros municípios (BRASIL, 2006b). Sua elaboração e definição foi instituída pela Norma Operacional Básica (NOB) 01/96 e suas diretrizes estão estabelecidas na Portaria GM/MS nº 1.997, de 22 de maio de 2006.

A programação deve procurar integrar as várias áreas de atenção à saúde, em coerência com o processo global de planejamento, considerando as definições anteriores expressas nos planos de saúde e as possibilidades técnicas dos diversos municípios. Essa integração deve partir da análise da situação de saúde e da estimativa de necessidades da população e definição das prioridades da política de saúde em cada esfera, como orientadores dos diversos eixos programáticos. Geralmente as propostas de programação no SUS refletem determinadas intencionalidades, guardando maior ou menor coerência com as orientações das políticas de saúde, buscando reforçar a direcionalidade dessas políticas no campo estrito do custeio da atenção.

Em Goiás, a distribuição dos recursos públicos para custeio da atenção hospitalar do SUS ainda se dá por meio de mecanismos voltados à oferta e ao consumo, e não às necessidades da população, como se pode verificar nos rateios *per capita* e parâmetros assistenciais da atual PPI; nos montantes que privilegiam a capacidade instalada de um município em detrimento de outro; na pactuação intermunicipal e repactuação de saldo devedor decorrente do consumo entre os municípios e as novas perspectivas da Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS).

A atual metodologia da PPI foi implantada no Estado de Goiás em 2011, porém, apesar dessa programação obter a possibilidade de inserção de recursos federais (como por exemplo da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica), estaduais e municipais, a pactuação bipartite condicionou somente a Programação de Recursos Federais, não implementando o restante das programações.

Vale ressaltar que, apesar dos recursos financeiros serem de procedência federal, o Estado de Goiás aporta complemento de recursos financeiros para os municípios, ou seja, há uma política de cofinanciamento da Atenção Básica. Embora a PGASS abranja todas as alocações de recursos financeiros, ela ainda está em fase

de discussão no âmbito nacional. Dessa forma, o presente estudo irá abordar apenas a alocação dos recursos federais.

A Região de Saúde Central será objeto desse estudo, da qual fazem parte 26 municípios: Abadia de Goiás, Anicuns, Araçu, Avelinópolis, Brazabrantes, Campestre de Goiás, Caturai, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapó, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Jesúpolis, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás, Petrolina de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antônio de Goiás, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás e Trindade, totalizando uma população de 1.781.530 habitantes, segundo estimativa do IBGE para o ano 2020. O município com menor população é Jesúpolis, com 2.490 habitantes, e o município com maior população é Goiânia, com 1.516.113 habitantes.

Diante da situação apresentada, qual seria a proposta de financiamento de custeio da atenção hospitalar pública a ser adotada pela gestão do SUS em Goiás para a melhoria do acesso dos usuários da Região de Saúde Central, analisando os indicadores de desempenho hospitalar e considerando a alocação baseada em critérios de regionalização?

3. JUSTIFICATIVA

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011), o financiamento da saúde é um tema relevante, tanto por sua importância social, como pela crescente participação do setor na economia, nas contas públicas e no orçamento familiar. A dinâmica das transferências de recursos que viabiliza o funcionamento do sistema público de saúde é um aspecto estratégico. A partir de sua compreensão, é possível melhorar a gestão financeira do SUS e otimizar os resultados alcançados pelo sistema.

Com a implantação do SUS e a operacionalização dos seus princípios e diretrizes, a autonomia e a responsabilidade dos municípios na organização e prestação de serviços aumentaram consideravelmente. Como o financiamento do sistema se dá de forma triparte, os municípios devem gerenciar a sua rede assistencial de serviços de saúde e fazer uma boa gestão dos recursos advindos das demais esferas de governo.

Ainda nesse enfoque, com a implantação do Decreto nº. 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, os conceitos de regionalização e hierarquização são reforçados. A partir dessa norma, as regiões de saúde passam a ser referência para a transferência de recursos entre os entes federativos, empregando um acordo de colaboração entre esses para a organização das redes interfederativas por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAPS) (BRASIL, 2011), posteriormente foi substituído pelo Planejamento Regional Integrado.

Levando-se em conta o desafio em se alocar recursos em saúde que levem em conta critérios de equidade e as diferentes necessidades nas Regiões de Saúde do Estado de Goiás, questiona-se se os recursos atualmente alocados levam em conta tais necessidades, como também, as reconhecidas desigualdades no acesso por parte dos usuários do SUS.

Partindo da situação vivenciada no último ano em Goiás, em que se reconhece uma crise na atenção hospitalar, em especial pela ausência de leitos públicos e leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI); a pouca resolubilidade regional e a deficiência no financiamento, o que se observa na prática é que as políticas formuladas e pactuadas para solucionar tal situação ainda não são capazes

de enxergar as diferenças entre os que necessitam do sistema, pois os critérios comumente utilizados continuam estruturados em bases convencionais.

No ano de 2018 foi realizada uma ampla discussão bipartite no Estado, com relação à oferta de leitos de UTI, por meio de um monitoramento da Rede de Urgência e Emergência (RUE), coordenado entre Ministério da Saúde (MS), Secretaria de Estado da Saúde (SES) e Secretarias Municipais de Saúde (SMSs). O diagnóstico traçado pelo monitoramento foi o de que o Estado de Goiás tinha leitos de UTI habilitados e com financiamento de recursos federais, mas que não estavam sendo disponibilizados aos usuários do SUS pelos estabelecimentos. Em contrapartida, foi registrada a situação de outros estabelecimentos de saúde que disponibilizavam leitos de UTI aos usuários do SUS, mas que não tinham o aporte de financiamento federal para o custeio.

A decisão bipartite foi a de realizar um remanejamento de habilitação/deshabilitação de leitos de UTI entre os municípios, com a consequente repactuação na alocação de recursos federais. O referido remanejamento foi institucionalizado através da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 253, de 05 de dezembro de 2018 e Portaria GM/MS nº 1.746, de 09 de julho de 2019.

Nesse sentido, a realização de pesquisa e o desenvolvimento de um modelo alternativo que possa servir de intervenção prática nos municípios selecionados, além de ter papel indutor na distribuição de recursos que a gestão do SUS em Goiás aloca na atenção hospitalar, torna-se relevante à consolidação do SUS.

A disponibilidade de dados e fontes de pesquisa; o baixo custo para sua realização; a já reconhecida manifestação de interesse pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES/GO) em se consolidar pactos intermunicipais sustentados por critérios técnicos e os constantes pleitos das gestões municipais para se avançar em projetos que garantam a sustentabilidade e economia de escala hospitalar regional mostram a pertinência, oportunidade e importância deste estudo.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo Geral

Analisar a alocação de recursos financeiros para custeio da Atenção Hospitalar, no período de setembro de 2019 a agosto de 2020, na Região de Saúde Central do Estado de Goiás.

4.2. Objetivos Específicos

Visando atingir o objetivo geral, os seguintes objetivos específicos foram propostos:

- Descrever a distribuição de recursos federais na região em estudo.
- Identificar o volume de consumo de serviços de internação hospitalar e seus limites financeiros aplicados para os municípios da região e no período em estudo.
- Analisar os indicadores de desempenho hospitalar dos municípios da região em estudo.
- Identificar critérios de alocação de recursos de custeio utilizados atualmente na atenção hospitalar pública.
- Propor critérios de alocação de recursos de custeio para o desenvolvimento de uma nova proposta metodológica.

5. REFERENCIAL TEÓRICO

5.1. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde

A Reforma Sanitária Brasileira surgiu em meados da década de 70 como um movimento de democratização da saúde, justamente num período no qual novos sujeitos sociais emergiram nas lutas contra a ditadura. Várias entidades, tais como as de estudantes, professores universitários, setores populares e entidades de profissionais de saúde lutaram em defesa de mudanças na saúde, resultando na criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) em 1976 (FLEURY, 1997).

A partir desse movimento do “Direito à Saúde”, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que favoreceu um conjunto de proposições políticas em prol da saúde pela sociedade brasileira, na qual apontavam para a democratização da vida social e para uma reforma democrática do Estado. Assim, a Reforma Sanitária foi concebida e alinhada com o cenário de crise nacional: crise do conhecimento e da prática médica, crise do autoritarismo, crise do estado sanitário e a crise do sistema de prestação de serviços de saúde, onde:

Discutir a Reforma Sanitária nos seus aspectos conceituais, ideológicos, políticos e institucionais é, atualmente, tarefa fundamental de todos aqueles que, em diferentes países como o Brasil, Itália, Bolívia, Espanha, Portugal, etc., estão comprometidos com a democratização das estruturas políticas e a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Esta tarefa mais que fundamental, torna-se imprescindível para nós que buscamos, nas lutas pela Reforma Sanitária, construir as bases do socialismo democrático que almejamos para o Brasil (AROUCA, 1989b).

Ao analisar os processos de trabalho e a organização social da prática médica, o movimento faz uma leitura sobre a problemática evidenciada pela crise mercantilizada, demonstrando a sua ineficiência como uma organização de sistema de saúde incapaz de responder às demandas prevaletentes. Conforme salienta Fleury (2009, p. 5), a saúde passa a ser vista como um objeto concreto e complexo, síntese de múltiplas determinações, cuja definição de Arouca compreende:

- instituições organizadas para satisfazer necessidades;
- um espaço específico de circulação de mercadorias e de sua produção (empresas, equipamentos e um campo de necessidades geradas pelo fenômeno saúde/enfermidade);

- a produção dos serviços de saúde com sua base técnico-material, seus agentes e medicamentos;
- um espaço de densidade ideológica;
- um espaço de hegemonia de classe, através das políticas sociais que têm a ver com a produção social;
- possuir uma potência tecnológica específica que permite solucionar problemas tanto a nível individual como coletivo.

Em síntese, a Reforma Sanitária Brasileira entendeu a saúde como um valor universal e núcleo subversivo da estrutura social, sendo a primeira compreensão como uma construção privilegiada de alianças suprapartidárias e poli classistas e a segunda como uma possibilidade inacabada em um processo de construção social de uma utopia democrática.

Esse movimento culminou com a criação do SUS pela Assembleia Nacional Constituinte, em 1988, quando foi promulgada a Constituição Federal. Nela ficaram estabelecidos os princípios do SUS como: universalidade do acesso, integralidade da assistência e na distribuição dos serviços e, que estão expressos em seus artigos de 186 a 200. O artigo 196 afirma:

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

De acordo com Sousa (2014) para o alcance desses princípios, estabeleceram-se as seguintes diretrizes organizativas do SUS: integração e hierarquização do sistema; descentralização político administrativa com direção única em cada esfera de governo; o controle social mediante organização dos Conselhos de Saúde entre os usuários e o governo em todos os níveis do sistema. Para o cumprimento ao pressuposto constitucional, tanto a organização como o financiamento do SUS tornaram-se responsabilidades comuns às três esferas de governo.

Para a implementação deste sistema, principalmente nos processos de descentralização e definição do papel de cada esfera de governo, é necessário o enfrentamento de algumas questões: as características do federalismo brasileiro; as

acentuadas desigualdades encontradas no país, e as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde.

Neste contexto, Sousa (2014), buscando enfrentar as especificidades dos problemas e desafios na área da saúde, nos aspectos individuais e coletivos em determinados espaços-populações, define o conceito de modelos de atenção à saúde:

“O Modelo Técnico Assistencial constitui-se na organização da produção de serviços a partir de determinado arranjo de saberes da área, bem como de projetos de ações sociais específicos, como estratégias políticas de determinado agrupamento social. Entendemos desse modo, que os modelos tecno-assistenciais estão sempre apoiados em uma dimensão assistencial e tecnológica, para expressar-se como projeto articulado a determinadas forças e disputas sociais”.

A evolução dos modelos de atenção à saúde no Brasil foi marcada por suas características distintas (Quadro 1).

Quadro 1 – Evolução dos Modelos de Atenção à Saúde no Brasil.

MODELO	CARACTERÍSTICAS
Sanitarismo Campanhista	<ul style="list-style-type: none"> • Exigia do sistema de saúde política e ações de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e erradicação ou controle das doenças que poderiam afetar a exportação. • Este modelo se mostrava através de visão militarista de combate às doenças de massa, de concentração de decisões e de estilo repressivo de intervenção sobre os corpos individual e social.
Liberal Privativista	<ul style="list-style-type: none"> • O importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva. Expandiu-se a partir das décadas de 40 e 60, dando início à compra de serviços privados.
Medicina Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Buscava-se a racionalização para os serviços de saúde, enfatizando-se a regionalização, hierarquização dos serviços, participação comunitária e a introdução de outras categorias profissionais na assistência.
Sistemas Locais de Saúde (SILOS)	<ul style="list-style-type: none"> • Os SILOS se inserem no processo de democratização da sociedade por meio da criação de mecanismos que permitam a participação da sociedade no processo de planejamento, execução e avaliação. • Preconizam a ênfase na intersectorialidade, em atividades no nível local e em todas as esferas do governo.

Modelo de Atenção à Saúde Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Segundo o MS, os princípios organizativos da Estratégia Saúde da Família (ESF) são revelados nos seguintes objetivos: prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, resolutiva, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta; eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.
------------------------------------	---

Fonte: Adaptado pelo autor, 2023.

A criação do SUS ocorreu no bojo do processo de democratização do país. Destacaram-se nesse processo atores que anteriormente tinham menos peso no cenário nacional, como políticos das esferas subnacionais de governo e o “Partido Sanitário”, cuja atuação era legitimada pela forte tradição sanitarista nacional. Na década de 1980, sanitaristas históricos passaram a ocupar posições-chave na estrutura organizacional dos Ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. (CORDEIRO, 1991).

O SUS nasceu na “contramão” de outras reformas setoriais nas décadas de 1980 e 1990. A proposta de atenção universal baseada na concepção da saúde como direito da cidadania e dever de Estado vai de encontro à dinâmica das reformas mundiais (ALMEIDA, 2002).

Para garantia da institucionalização dos governos e da população, via conselhos de saúde (sistemas universalistas), o princípio da descentralização sustenta-se como um desenho institucional. Acontece que, esse arcabouço institucional ainda é débil e o SUS vem sendo reconhecidamente esculpido a “golpes de portaria” (GOULART, 2001).

Após a promulgação da Leis Orgânicas 8.080/1990 e 8.142/1990, foram publicadas várias Normas Operacionais Básicas (NOBs), buscando dar assertividade em vários aspectos operacionais do Sistema, como financiamento, fluxos e poder decisório e modelos de atenção. Essas normativas, ainda contribuíram para o surgimento de estruturas institucionais para atuação no controle das principais decisões, com pesos elevados no gestor federal, às comissões intergestores (Regional, Bipartite e Tripartite).

Para o fortalecimento do Controle Social, esses atores detêm representatividade em estruturas de Conselhos de Saúde e Conferências de saúde.

Os conselhos seriam um importante instrumento para a garantia dos princípios do SUS. Entretanto, Labra (2003) pressupõe longos tempos de maturação política para se tornarem mais atuantes e é possível que não tenham ainda como se contrapor aos sistemas de representações de interesses mais maduros, convergentes ou poderosos que povoam essa arena política.

Aparentemente, na saúde replica-se o déficit democrático da democracia brasileira, expresso pelo predomínio do Executivo, cujo processo de tomada de decisão frequentemente subtrai a formação de opinião tanto dos parlamentares como da sociedade civil (WERNECK VIANA, 2002).

A atual conjuntura histórica sugere que o eixo da ação política da reforma sanitária apresente uma reflexão sobre o sentido de superação de problemas estruturais e setoriais do sistema de saúde, que restringiram o alargamento das diretrizes constitucionais da universalidade, da integralidade e da equidade do SUS.

O que se coloca, como questão de fundo, é atualmente se pensar em novos rumos para a saúde e da experiência da Reforma Sanitária. Seria uma “reforma da reforma” ou uma “contrarreforma”? Segundo Nogueira (2001), a primeira alternativa seria uma condenação a não inovação, e à tendência atual de tecnificação da política. A segunda resgataria a dimensão da política e o conteúdo social da saúde. Em ambos os casos, há que se levar em conta fatores de caráter estrutural e institucional.

Nesse contexto, verifica-se que, dentre os mais de 30 anos de constituição do SUS, observou-se uma tendência de institucionalizar conceitos com conteúdos distintos: universalização como simples expansão de oferta; acesso e acessibilidade como oferta de serviços; acesso: também confundido como cobertura e oferta de serviços; gestão como gerência de serviços; controle social e participação social: ausência na diferenciação do controle da sociedade e promoção/fortalecimento de novos espaços públicos e sujeitos sociais.

Por fim, sugere-se apontar algumas questões de fundo como necessidade de se retomar a discussão sobre os conteúdos da reforma na área da saúde. Uma delas refere-se à focalização como estratégia de universalização, corporificada na Estratégia de Saúde da Família, não apenas na sua dimensão, mas na sua cobertura.

5.2. Governança: Conceitos e Modalidades

O conceito de Governança foi disseminado internacionalmente por meio do Banco Mundial na publicação do documento *Governance and Development*, em 1992, na busca de se estabelecer uma maior efetividade das políticas públicas.

O debate deste conceito designa um conjunto de regras, processos e práticas no exercido do poder, quanto aos aspectos de responsabilidade, transparência, coerência, eficiência e eficácia.

Para Ferrão (2010), o conceito de governança responde a alterações estruturais do Estado moderno e racionalista, relacionadas às reformas administrativas, à reformulação do papel do Estado e às reconfigurações da sociedade na história recente, que pautaram: intervenções de caráter regulatório e estratégico compatíveis com relações diversificadas entre diversos atores, crescentemente organizados em rede; o recurso de parcerias e contratualizações inéditos; a melhoria da eficiência da ação pública através de uma maior proximidade aos cidadãos; o reconhecimento de agendas próprias no contexto de multiplicação de organizações não governamentais; e o aprofundamento da democracia e de formas de responsabilização estatal e social.

A constante evolução das sociedades empresariais levou à separação entre propriedade e gestão. Desde então, começaram a surgir conflitos de interesse entre os “donos” das empresas, detentores da propriedade, e o gestores, contratados para administrá-las. Esse conflito foi um dos principais pontos que contribuiu para o surgimento da governança corporativa.

A governança corporativa envolve um conjunto de regras e atividades sobre o modo pelo qual a empresa deve operar. Através dela, busca-se identificar maneiras de garantir que as decisões sejam tomadas de forma eficaz, sem perder o foco na eficiência operacional e na maximização dos resultados.

“A governança corporativa não é um modismo, mas um sistema de aperfeiçoamento de gestão” (SILVA, 2012). Este sistema evoluiu muito nos últimos anos e pode-se destacar seis fenômenos globais que contribuíram para que o tema se tornasse o principal foco de discussão sobre alta gestão no mundo atual (BECHT, BOLTON e ROELL *apud* SILVEIRA, 2010), sendo:

- Crescimento e maior ativismo dos investidores institucionais;

- Onda de aquisições hostis nos Estados Unidos nos anos 1980;
- Onda de privatizações nos países europeus e em desenvolvimento;
- Desregulamentação e integração global dos mercados de capitais;
- Crises nos mercados emergentes no final do século XX;
- Série de escândalos corporativos nos Estados Unidos e Europa.

Para Silva (2012), “a governança corporativa é um conjunto de práticas que têm por finalidade otimizar o desempenho de uma companhia, protegendo investidores, empregados e credores, facilitando, assim, o acesso ao capital”.

O Instituto Brasileiro de Governança Corporativa (IBGC), fundado em 1995, inicialmente com o nome de Instituto Brasileiro de Conselheiros de Administração, apresenta o seguinte conceito:

Governança corporativa é o sistema pelo qual as empresas e demais organizações são dirigidas, monitoradas e incentivadas, envolvendo os relacionamentos entre sócios, conselho de administração, diretoria, órgãos de fiscalização e controle e demais partes interessadas. As boas práticas de governança corporativa convertem princípios básicos em recomendações objetivas, alinhando interesses com a finalidade de preservar e otimizar o valor econômico de longo prazo da organização, facilitando seu acesso a recursos e contribuindo para a qualidade da gestão da organização, sua longevidade e o bem comum (IBGC, 2015, p. 20).

A governança corporativa está sustentada em quatro princípios fundamentais, que são a transparência (*disclosure*), a integridade ou equidade (*fairness* ou *equity*), a prestação de contas (*accountability*) e o respeito às leis (*compliance*).

- ✓ **Transparência (*disclosure*):** O princípio da transparência envolve a divulgação das informações transmitidas aos principais interessados na organização, especialmente aqueles de alta relevância, que causam impacto nos negócios e que envolve risco ao empreendimento (ANDRADE e ROSSETI, 2014).
- ✓ **Equidade (*fairness*):** caracteriza-se pelo tratamento justo e isonômico de todos os sócios e demais partes interessadas (*stakeholders*), levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas” (IBGC, 2015).

- ✓ Prestação de Contas (*accountability*): os agentes devem prestar contas de sua atuação a quem os elegeu e respondem integralmente por todos os atos que praticarem. A prestação de contas deve ser clara, concisa e compreensível. “Prestação responsável de contas, fundamentada nas melhores práticas contábeis e de auditoria” (ANDRADE e ROSSETTI, 2014).
- ✓ Respeito às Leis (*compliance*): o princípio *compliance* representa a conformidade quanto ao cumprimento de normas reguladoras, expressa nos estatutos sociais, nos regimentos internos, nas instituições legais do País e na legislação em vigor (ANDRADE e ROSSETTI, 2014).

Atualmente, já existe a compreensão de que não apenas as organizações privadas devem adotar as práticas de governança, mas também os governos e as instituições públicas. Marques (2007) afirma que os critérios de governança são valores e padrões éticos que devem permear toda uma sociedade civil, envolvendo as companhias e seus stakeholders, mas também os legisladores, agentes de administração pública, membros do Judiciário, dentre outros. A cobrança de tais valores deve igualmente ser feita por todos os agentes da sociedade civil.

Osborne (2006) afirma que em outros países o setor público encontra-se em ritmo de mudanças. Matias-Pereira (2008) enfatiza que a *middle-range theory* (“nova administração pública”) busca encontrar respostas para enfrentar as questões decorrentes das profundas mudanças que afetam a administração no mundo contemporâneo. As despesas públicas elevadas, baixo nível de eficiência, eficácia e efetividade na administração pública, o crescente nível de insatisfação dos cidadãos com a qualidade dos serviços prestados pela administração pública, a corrupção e falta de lisura e transparência nas ações públicas, são problemas inerentes a quase todos os países.

Para Matias-Pereira (2008), o setor público no Brasil também já se encontra num processo de transformação, mas ainda existem grandes desafios a serem enfrentados. Para esse autor, tais mudanças, geralmente, são morosas porque têm como referencial as organizações privadas e, existem características distintivas entre os dois setores que impedem que tais transformações ocorram mais rapidamente.

Independente das características individuais dos setores público e privado, as funções básicas da governança são as mesmas: a gestão das políticas governamentais, o exercício de poder e o controle na sua aplicação, a participação dos stakeholders, a conciliação dos interesses internos e/ou externos, a transparência e lisura nas ações, a prestação de contas e a equidade, dentre outras (FONTES FILHO, 2003; MELLO, 2006). Desse modo, é possível afirmar que, atualmente, a qualidade de uma administração pública está sendo avaliada mais por critérios técnicos, transparência, ética, eficiência, eficácia, capacidade de melhorar a qualidade de vida etc., e menos por critérios políticos (BRANS, 2003; MATIAS-PEREIRA, 2003, 2010a).

Nesse sentido, é importante ressaltar que muitas organizações públicas já utilizam alguns conceitos oriundos da boa governança corporativa. Os quais incluem o planejamento do negócio e a estratégia, comitês de auditoria, controle de estruturas, incluindo a gestão de risco, avaliação e monitoração do desempenho (incluindo avaliação e revisão).

5.2.1. A Governança no SUS

Ainda nessa perspectiva, Rodrigues (2005) enfatiza a importância da descentralização de responsabilidades para os agentes locais e para os municípios em primeiro lugar, a participação cívica dos cidadãos e a utilização das redes e parcerias para atingir objetivos comuns.

Diante disto, vem ocorrendo ao longo dos anos uma crescente mudança na governança pública, a partir dos processos de descentralização das ações e serviços públicos, com destaque para os seguintes princípios:

- a promoção de autonomia e responsabilidade dos órgãos públicos visando mais eficiência e qualidade;
- eficácia e economicidade; a avaliação e a regulação como recursos que permitem melhorar o plano de segurança e controle e a qualidade dos serviços;
- o controle social pela sociedade civil e a exigência da transparência nos órgãos públicos, além da garantia da proteção dos direitos sociais;
- o diálogo, a negociação, o acordo, a coordenação, e a cooperação.

O Decreto 7.508/2011 destaca a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde, garantindo minimamente um cuidado integral em tempo oportuno.

Carvalho *et al.* (2012), reafirmam que esse processo, explicitando que a recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7.508/11, tem como fundamento principal o respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades de saúde da população, o que implica o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas buscando a melhoria do acesso a ações e serviços de saúde, o fortalecimento do planejamento regional com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde, o aprimoramento dos mecanismos de governança e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Diante disso, o debate sobre a temática da regionalização no SUS vem ganhando novos contornos, principalmente em seu arcabouço normativo. É necessário pensar políticas com enfoque regional, adequados a uma realidade que contemple os processos de gestão, permitindo consolidar um desenvolvimento equânime no SUS.

Com vistas à articulação interfederativa, considerando o regime federativo do Brasil, fica evidente a necessidade de avanços na relação entre a União, estados e municípios, no que tange aos compromissos e responsabilidades perante o processo de regionalização.

Assim, abordar o processo de regionalização atual no Brasil é analisar se as intervenções do setor público contemplam especificidades locais e interações entre atores e setores para a promoção de um planejamento regional integrado e orientado ao desenvolvimento local e regional.

Nesse contexto, a governança regional aponta possibilidades na perspectiva territorial. De acordo com Haesbaert da Costa (2010), em sua origem, o conceito de região está vinculado a relações de poder, e contém em sua raiz - regere – a intenção de comandar, reger.

Böcher (2013) afirma que a revalorização dessa escala de intervenção e das rearticulações políticas e sociais constitutivas da governança na história recente decorrem dos seguintes fatores: aumento da importância da região como nível de coordenação política; redesenho regional baseado em um recorte funcional derivado da dinâmica dos atores e não dos níveis administrativos e/ou limites geográficos estabelecidos; necessidade de cooperação intersetorial nos processos reestruturantes complexos que focam as regiões; necessidade de direcionamento da regionalização por meio de incentivos, instrumentos e novas formas.

Conforme Wright (1997), as relações de autoridade estabelecidas entre as esferas de governo podem ser definidas em três tipos clássicos: a) autoridade coordenada, com grande autonomia e independência entre as esferas de governo, mas com uma necessidade de coordenação conjunta; b) autoridade igual (ou superposta), com equivalências na distribuição do poder institucional e uma relação de negociação entre as esferas de governo; c) autoridade dominante (ou inclusa), com assimetrias na distribuição do poder institucional e com uma clara relação hierárquica entre as esferas de governo.

Assim, a dinâmica política deste processo de regionalização do SUS está totalmente vinculado às relações intergovernamentais e interfederativas das três esferas de poder autônomo. Portanto, requer a busca do equilíbrio, nos processos decisórios compartilhados, a fim de lidar com elementos de solidariedade, cooperação, conflito e competição para efetivar a implantação do SUS.

Diante todo o exposto, deve ser ressaltado o valor da governança na região de saúde. A organização das ações e dos serviços de saúde, por meio da constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), deve ser composta pelos três níveis de atenção e, por conseguinte, a capacidade de oferta dos entes federativos.

Essa organização precisa ter uma estrutura bem pactuada para garantir viabilidade operacional sustentável com a definição clara de responsabilidades e do provimento dos recursos financeiros necessários, de forma tripartite.

Os atos normativos, como a Lei Complementar nº 141/2012 e a Lei nº 8.808/1990, definem as CIB e Comissão Intergestores Tripartite (CIT), como foros de negociação e pactuação entre gestores, para decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em

conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde.

Cabe, portanto, aos gestores do SUS, nas regiões de saúde, coordenar esse ambiente de governança que não deve ser praticada apenas nos fóruns intergovernamentais como a CIB, a CIT ou a Comissão Intergestores Regional (CIR), uma vez que precisam fazer parte dela os atores governamentais e não governamentais situados no território e integrados em propósitos comuns.

Como papel de coordenação estadual, as secretarias estaduais de saúde precisam, cada vez mais, se reestruturar internamente e organizar suas estruturas institucionais para rever rotinas de trabalho, aumentar a integração entre as áreas técnicas e descentralizar tarefas, bem como observar o processo de planejamento regional integrado, a fim de favorecer o exercício do seu papel de coordenação estadual do processo de implantação de ações e serviços na região de saúde, na nova lógica de governança que precisa ser exercida naquele território.

5.3. A Regionalização da Saúde

A regionalização da saúde é um princípio organizativo do SUS desde a sua concepção. Consiste na organização dos serviços de saúde em regiões de saúde. Segundo o Decreto nº 7.508/2011, uma região de saúde pode ser definida como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde” (CIT, 2019).

A instituição do SUS, que trouxe a responsabilização dos municípios pelo fornecimento dos serviços e a organização dos sistemas de saúde, aborda como estratégia principal a descentralização, por meio da regionalização da saúde. Ao longo da caminhada do SUS, essa estratégia obteve força nos documentos oficiais, trazendo instrumentos como a criação de regiões de saúde, as relações cooperativas e solidárias e os pactos intergovernamentais.

Para Santos e Andrade (2008), o SUS é o exemplo mais acabado do federalismo corporativo, no qual os interesses são comuns e indissociáveis e devem ser harmonizados em nome dos interesses local, regional, estadual e nacional.

Segundo Paim e Teixeira (2007), o processo de institucionalização da gestão do sistema pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição Federal de 1988.

Mas é importante destacar que a fragmentação na atenção da saúde vem se tornando crescente. As iniciativas de expansão no acesso e na redução da segmentação entre serviços assistenciais e da fragmentação do cuidado, parecem contrapor as necessidades da população e a integração das ações curativas e preventivas.

De acordo com Mendes (2009), as propostas mais recentes de integração em redes têm origem em experiências realizadas na primeira metade dos anos 1990 nos Estados Unidos – país que tem como características dispor de um sistema de saúde bastante segmentado e com forte hegemonia do setor privado. Segundo esse autor, essas experiências também influenciaram as propostas que posteriormente se desenvolveram na Europa Ocidental e no Canadá, que contam com fortes sistemas públicos com acessibilidade universal.

É importante lembrar de redes como alternativas para o planejamento das políticas, que aprimoram os processos produtivos e associam-se a maior flexibilização, integração e interdependência entre as organizações. Ainda, proporcionam novos modelos de gestão que implicam em parcerias entre estatais e organizações sociais e empresariais.

No Brasil, a construção do SUS reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços de União, estados, municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A consolidação do SUS, além de estabelecer a universalização do acesso, promoveu a descentralização/ regionalização e integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. Sobre isso, destaca Silva (2008):

é importante lembrar que o SUS deve se organizar em redes, conforme determina a Constituição e, portanto, esse tema esteve

presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o seu início.

O processo de descentralização, por meio da municipalização na década de 1990, identificaram a ampliação do acesso aos serviços, a inovação na gestão e o aumento da participação da população como os principais resultados favoráveis da municipalização.

Com publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, aprovado regulamentado pelas portarias ministeriais nº 399 e nº 699, a regionalização torna-se mais forte na agenda do SUS. A ideia era substituir o formato rígido da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) por uma pactuação mais flexível, resultando em construção de arranjos que contribuam principalmente para o aperfeiçoamento de redes.

Nesse sentido, para o MS (BRASIL, 2008), a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, define-se como:

“estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.”

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condições para a efetivação da integralidade e a redução dos custos dos serviços, por imprimir maior racionalidade na utilização dos recursos.

Mattos (2006) e Magalhães Jr. (2006) destacam três aspectos que consideram relevantes:

- O primeiro é o da integralidade no seu sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema.
- O segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo

necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros.

- O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersetorialidade. Ou seja, as RAS não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença.

Considerando o progressivo aumento das doenças crônicas em decorrência do envelhecimento da população mundial, os três aspectos supracitados tornam-se ainda mais relevantes para o significado da integralidade em saúde. A integralidade como um dos princípios dos SUS define como *“atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”* (MATTOS, 2006).

Não obstante, uma das críticas mais recorrentes de Mattos (2006) ao arranjo das práticas de saúde se refere à ênfase à assistência. Assim, existem dois movimentos de defesa: defender o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, em uma rede regionalizada e hierarquizada e; defender que em qualquer nível haja uma articulação entre a lógica da prevenção e da assistencial, de modo que haja sempre uma apreensão para as necessidades de saúde.

Contudo, uma série de mudanças nas práticas e nos arranjos caminham para a busca da concretização da integralidade. É importante trazer a discussão, que nenhuma pessoa entra em um serviço de saúde e deve sair dele sem saber uma resposta concreta deste mesmo serviço. A proposta parte de estratégias de acolhimento, que enfatizam a necessidade de uma escuta atenta por parte de todos os profissionais de saúde, as flexibilizações nas rotinas de fluxos de usuários, permitindo o desenho dos fluxos por linha de cuidado (MATTOS, 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), em 2020 as enfermidades ultrapassariam 60% e deveriam atingir 80% da carga total de doenças nos países em desenvolvimento. O perfil nosológico, caracterizado por uma tripla carga de doença (crônicas, infecciosas e causas externas), ocasionados pelas transições epidemiológicas e demográfica, exigem diferentes respostas dos sistemas de saúde. Portanto, é preciso estabelecer vínculos mais estáveis de duradouros com os usuários e mecanismos como prevenção e promoção, por meio de linhas de cuidado nas RAS.

No aspecto da otimização de recursos, em sistemas complexos e universais, é importante obter economias de escala e escopo na composição e organização dos mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso aos usuários aos diferentes serviços. Neste sentido, as RAS tem sido um fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível.

Para Mendes (2011), os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são: (1) os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; (2) os serviços de saúde “ou pontos da rede” devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; (3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e (4) o sistema de governança.

Este trinômio espaço territorial/população/ serviços de saúde, deve-se enfatizar a importância primordial da atenção primária à saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção.

Os demais serviços que compõem as redes regionalizadas e integralizadas têm como objetivos suprir as necessidades de oferta ambulatorial especializada, hospitalar, de suporte diagnóstico, de assistência farmacêutica e de transporte. Para a organização de toda esta cadeia logística é necessário orientar o acesso e fluxo dos usuários nas malhas e redes, por meio de identificações individuais das pessoas e de suas condições clínicas, cadastramento de profissionais e prestadores de serviço. Ainda, como complementaridade, deve-se definir normas para a regulação do acesso e o fluxo dos usuários, utilizando-se de protocolos técnico-assistenciais.

Ainda como mecanismo de organização das RAS, tem-se os sistemas de governança, que compreendem o conjunto dos arranjos institucionais necessários para a cooperação das instituições, organizações e atores sociais e políticos que participam das RAS. A governança regional abrange as atividades de coordenação, gerenciamento e financiamento da saúde na região e visa construir propostas que motivem os participantes para a integração e transparência na gestão e execução das ações de saúde, possibilitando o controle da sociedade sobre os processos (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, ocorreram vários instrumentos regulatórios federais, tendo como objetivo induzir o princípio da regionalização à prática. O conjunto de leis e normas, visando determinar as regras e os mecanismos para este processo foram os seguintes: Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080 e nº 8.142 de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde (01/2001 e 01/2002), Pacto pela Saúde de 2006 (VIANA *et al.*, 2008). Ainda em complemento a estas normativas, têm-se o Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e mais recentemente, por meio das Resoluções da CIT:

- **Resolução CIT nº 23/2017:** estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das RAS no âmbito do SUS.
- **Resolução CIT nº 37/2018:** dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.
- **Resolução CIT nº 44/2019:** define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

As NOBs, apesar de não tratarem diretamente da regionalização da saúde, criaram fundamentos mecanismos importantes: as CIBs nos estados, a CIT no âmbito nacional e a PPI.

As comissões são espaços intergovernamentais (aspectos políticos e técnicos), que acontecem o planejamento, a negociação e a implantação das políticas de saúde. A PPI surgiu como um instrumento de planejamento regional, definindo tanto as responsabilidades de cada município na provisão de saúde para suas populações quanto o encaminhamento de pacientes entre os municípios. Ela foi negociada e aprovada pelas CIBs e foi usada como instrumento de regionalização do SUS até ser extinta pelo Decreto nº 7.508/2011.

Como resultado das NOBs, a gestão da atenção básica já havia se tornado efetivamente municipal em 2000, quando municípios respondiam por 89% da produção ambulatorial e 84% da rede ambulatorial (Arretche e Marques 2007; Arretche,2003). Em relação ao novo mecanismo de financiamento, após se habilitarem nos modelos de gestão municipal previstos nas NOBs, 5.450 municípios

recebiam recursos fundo a fundo em dezembro de 2000, abrangendo 99,7% da população nacional (Simões et al. 2004).

O processo veio acompanhado de uma importante expansão da saúde básica no país e estruturação do SUS. Contudo, a municipalização da saúde também deixou um legado de forte dependência dos municípios com o governo federal e em detrimento dos estados, que tiveram o seu papel de planejadores e articuladores regionais do SUS enfraquecidos (YUNES 1999; ALBUQUERQUE, 2013).

Além disso, em um sistema muito fragmentado, grande parte dos municípios não é capaz de arcar com os serviços necessários para um atendimento de maior complexidade e integral (SERVO *et al.*, 2020).

Diante disto, a NOAS criou dois instrumentos de gestão e planejamento: o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que define o desenho das regiões e das redes de referências e o Plano Diretor de Investimento (PDI), com a descrição dos investimentos necessários para o provimento dos serviços de saúde. Contudo, apesar dos avanços que tais instrumentos representavam, as dificuldades relativas à articulação entre os entes federativos e à implantação de instrumentos de cooperação e ao estabelecimento de regiões de saúde capazes de superar o isolamento político e institucional da vasta maioria dos municípios persistiram (QUEIROZ, 2004).

No intuito de fortalecer o processo regionalização, já abarcado pela NOAS, foi instituído em 2006, o Pacto pela Saúde. Os avanços em relação a NOAS foram a integração entre municípios e melhor governança regional, por meio dos Colegiados de Gestão Regionais (CGRs). Os CGRs eram instâncias de negociação intergovernamental entre municípios da região e o estado. Favoreciam assim a definição de objetivos compartilhados e uma lógica voltada para as necessidades regionais de saúde na provisão dos serviços (Lima et al. 2012).

Além de manter os três principais instrumentos de planejamento regional (PDR, PDI e PPI), o Pacto pela Saúde propôs outros três:

- ✓ **Cinco grandes blocos de financiamento:** Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade (MAC), Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS;
- ✓ **Termo de Compromisso de Gestão:** assinado pelos estados e municípios para fins de repasse financeiro federal, conforme objetivos e metas definidos;

- ✓ **Os indicadores de monitoramento do Termo de Compromisso de Gestão:** execução de metas expressas.

Todavia, alguns autores sugerem que as relações entre a implementação da regionalização e a assinatura dos Termos de Compromisso de Gestão não estavam claras, de forma que os governos subnacionais poderiam aderir ao Pacto sem que a regionalização fosse de fato avançada (LIMA *et al.*, 2012).

Diante desta contínua necessidade de organização dos serviços e das possibilidades de superar a fragmentação da atenção e gestão nas regiões de saúde, foi publicada, em dezembro de 2010, a Portaria nº 4.279. Esta Portaria introduziu as RAS, trabalhando as diretrizes para a sua estruturação nas regiões de saúde. A proposta foi a implantação de redes temáticas, visando a integração das ações e serviços de saúde, ganhando espaço e força posteriormente, na estruturação do planejamento regional integrado.

As redes estabelecidas dividem-se em: Rede Cegonha (Portaria nº 1.459/11); Rede de Urgência e Emergência – RUE (Portaria GM/MS nº 1.600/11); Rede de Atenção Psicossocial – RAPS (Portaria GM/MS nº 3.088/11), para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências – Viver Sem Limites (Portaria GM/MS nº 793/12); e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (Portaria GM/MS nº 438/14).

Outro importante marco na política nacional de saúde foi o Decreto nº 7.508/2011. Uma de suas maiores inovações deveria ter sido o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), um acordo firmado entre os gestores das três esferas do governo definindo responsabilidades, indicadores e metas para o provimento de serviços de saúde, e com valor jurídico reconhecido, passível de penalidades caso não seja cumprido. Contudo, mais de oito anos após a publicação do Decreto nº 7.508/2011, apenas os estados do Ceará e Mato Grosso do Sul assinaram o COAP, mas que posteriormente foi revogado pela Resolução CIT nº 44/2019, substituindo o instrumento pelo Planejamento Regional Integrado.

A partir do Decreto nº 7.508/2011, a região de saúde passou a ser definida como um “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios

limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde”. Foi estipulado também um rol de ações e serviços mínimo a serem cobertos pela região de saúde: (a) atenção primária; (b) urgência e emergência; (c) atenção psicossocial; (d) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e (e) vigilância em saúde. Além disso, a região de saúde deveria ser capaz de estruturar as RAS e ser solidária com outras regiões. Como resultado, em 2017, havia 437 regiões de saúde, distribuídas de acordo a Figura 1.



Nota: Regiões de Saúde em 2019, obtidos na Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE). Municípios-polo (sombreados) são definidos como aqueles com o maior número de leitos UTIs segundo dados da AMS de 2002.

Figura 1 – Regiões de saúde com os seus respectivos polos em 2019.
Fonte: ROCHA, RACHE e NUNES (2022).

Contudo, percebeu-se que as regiões de saúde não eram espaços suficientes para o suprimento integral dos níveis secundário e terciários de atenção à saúde. Diante da necessidade de revisão do processo de regionalização, foi acordado, em março de 2018, a resolução CIT nº 37. Nela foram instituídas as macrorregiões de saúde, definidas como espaços ampliados e resolutivos com capacidade de organizar a RAS em todo o país. Cada macrorregião deveria apresentar uma estrutura de

serviços de alta complexidade para atender um mínimo de 700 mil habitantes, exceto para os estados da Região Norte, que deveria ser uma população mínima de 500 mil habitantes. Esses espaços estão sendo acordados pelos estados e municípios (MATTOS, 2006).

Acontece que, mesmo com os avanços normativos e grandes esforços dos gestores, a regionalização efetivamente ainda não está inserida na agenda prioritária. Segundo Brasil (2011), o modelo de atenção não pode avançar de forma desvinculada do modelo de gestão. Ao contrário, define-se um modelo de governança regional, em um processo de cogestão das redes de saúde no território (MATTOS, 2006).

Ainda como fator estruturante, o envolvimento dos papéis da União, quanto a do Estado, somado às dificuldades organizativas dos municípios, tornam-se grandes desafios para a conformação do arcabouço regional e da consolidação dos acordos de governança em torno do COAP (Brasil, 2013), e que posteriormente foi substituído pelo Planejamento Regional Integrado, conforme Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019 (MATTOS, 2006).

5.3.1. A Caracterização do Estado de Goiás

Quanto aos aspectos demográficos, a análise da dinâmica populacional é de extrema importância para a construção de políticas públicas. Deste modo, neste capítulo serão apresentadas algumas informações sobre a dinâmica demográfica do Estado de Goiás e suas macrorregiões.

Os indicadores demográficos apresentados serão a evolução estimada da população, projetada para o Estado, a Razão do Sexo e demais indicadores. É importante, ressaltar que alguns indicadores carecem de ausência de atualizações de dados censitários.

O Estado de Goiás situa-se na Região Centro-Oeste do país, ocupando uma área de 340.242 km², com uma população estimada – 2023 de 7,3 milhões de pessoas, com cerca de 1,5 milhão de crianças e adolescentes de até 14 anos e em torno de 667 mil pessoas de 65 anos ou mais. É o sétimo estado em extensão territorial, limitando-se ao norte com o Estado do Tocantins, ao sul com Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a leste com a Bahia e Minas Gerais e a oeste com o Mato

Grosso. A população do Estado chegará a 9,2 milhões em 2060, com perspectiva de estabilização demográfica, conforme Figura 2.

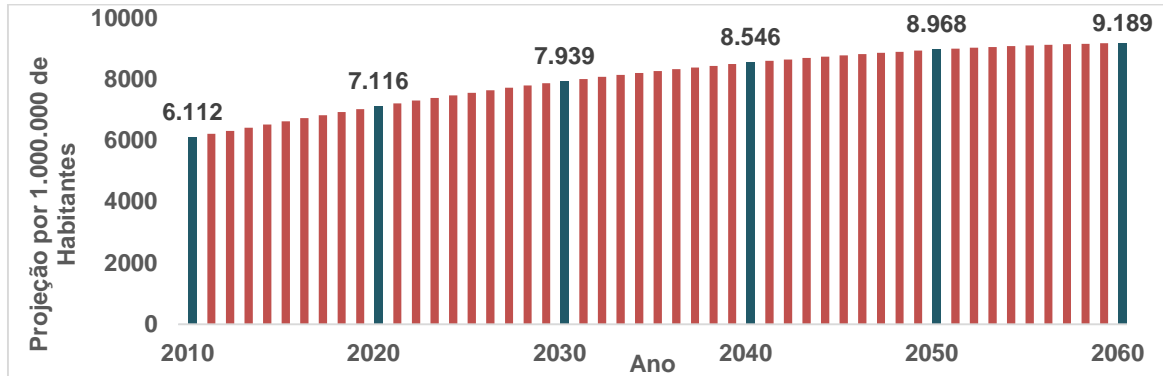


Figura 2 – População projetada – Goiás 2010-2060.

Fonte: IBGE. Projeção de População 2018.

O aumento da expectativa de vida no país e nos estados tem crescido vertiginosamente. Este fato, relaciona-se com o aumento relativo de idosos na população, tendo como resultado a diminuição da fecundidade das mulheres já em algumas décadas, acentuada pela pandemia.

No Estado de Goiás, estima-se que em 2030 a razão de idosos para cada 100 pessoas até 15 anos, será no quantitativo de 57 idosos, com uma crescente evolução após décadas seguintes (Figura 3). Mas, vale ressaltar que o ritmo de envelhecimento populacional no Estado se manterá inferior aos parâmetros nacionais.

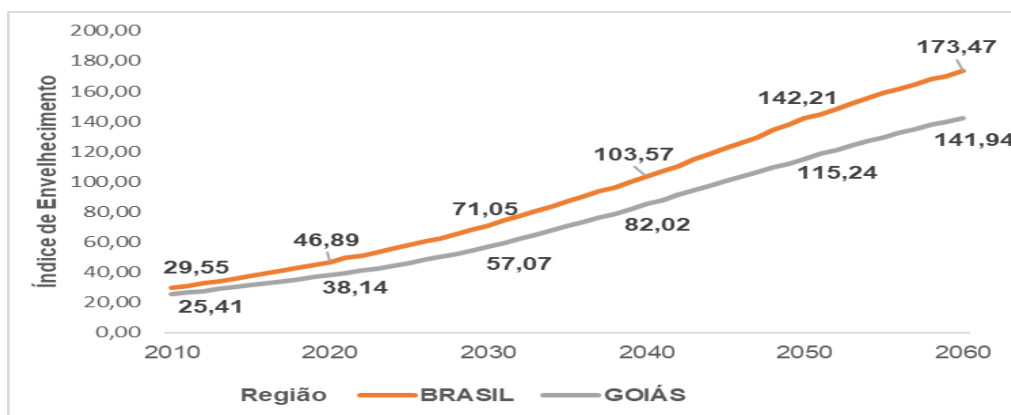


Figura 3 – Índice de Envelhecimento – Brasil e Goiás 2010 a 2060.

Fonte: IBGE. Projeção de População 2018.

Nota: Índice de Envelhecimento corresponde à razão entre população de 65 anos ou mais pela população de até 15 anos, multiplicado por 100.

Ainda neste cenário, evidencia-se que o envelhecimento populacional será acompanhado pela diminuição da população economicamente ativa, seja no Estado de Goiás, assim como no país. A perda de capacidade de sustentação econômica das famílias é de extrema preocupação. Esta situação, só não é mais afetada devido a ampla cobertura da previdência junto a população idosa no país e a existência de um sistema público de saúde.

Com relação à concentração populacional, o estado de Goiás tem uma grande concentração na região central. Em torno de 2,6 milhões de habitantes concentra-se na região metropolitana de Goiânia, representando mais de 30% do total da população do estado – 7,2 milhões (2021).

Ainda, como um aspecto característico do estado é a população na região do entorno do Distrito Federal – 1,5 milhão, fazendo com que os usuários tenham acesso a serviços públicos, seja em Goiás e no Distrito Federal. Em contrapartida, vale ressaltar que cerca de 75% dos municípios detêm população abaixo de 20 mil habitantes, ou seja, pequeno porte e a maioria 60,2% com população de até 10 mil habitantes (IBGE, 2018).

5.3.2. A Regionalização da Saúde no Estado de Goiás

Segundo o Plano Diretor de Regionalização (PDR), cuja última alteração foi em 2014, o estado de Goiás está dividido em 18 (dezoito) regiões de saúde, agrupadas em cinco Macrorregiões, todas com sedes administrativas denominadas Regionais de Saúde e constituem a instância administrativa intermediária da SES-GO.

Essas unidades estão sediadas nos municípios de maior referência para as regiões, com exceção da Centro Sul, cuja sede funciona cumulativamente com a da Região Central (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS, 2013a).

Enquanto gestora estadual do SUS, a SES/GO está reconhecida pela Lei Estadual 20.491/2019 e regulamentada pelo Decreto N° 9.595/2020. Tem como missão a formulação e execução da política estadual de saúde pública, promoção da educação profissional e tecnológica, visando à formação, capacitação, qualificação e a outros processos educacionais voltados para o serviço público na área da saúde; exercício do poder de polícia sobre as atividades relacionadas com serviços de saúde, produção de alimentos, drogas e medicamentos e, ainda, a gestão, coordenação e

fiscalização do SUS no Estado (GOVERNO DE GOIÁS. SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL, 2019, 2020).

Com relação à divisão das macrorregiões e regiões, o Estado de Goiás está da seguinte forma: Macrorregiões: Nordeste, Centro-Oeste, Centro-Norte, Centro-Sudeste e Sudoeste. Essas macrorregiões estão subdivididas em 18 Regiões: (Norte, Serra da Mesa, São Patrício I, São Patrício II, Pireneus, Nordeste I, Nordeste II, Entorno Norte, Entorno Sul, Rio Vermelho, Oeste I, Oeste II, Central, Sudeste I, Sudoeste II, Centro Sul, Estrada de Ferro e Sul), conforme mapa a seguir.

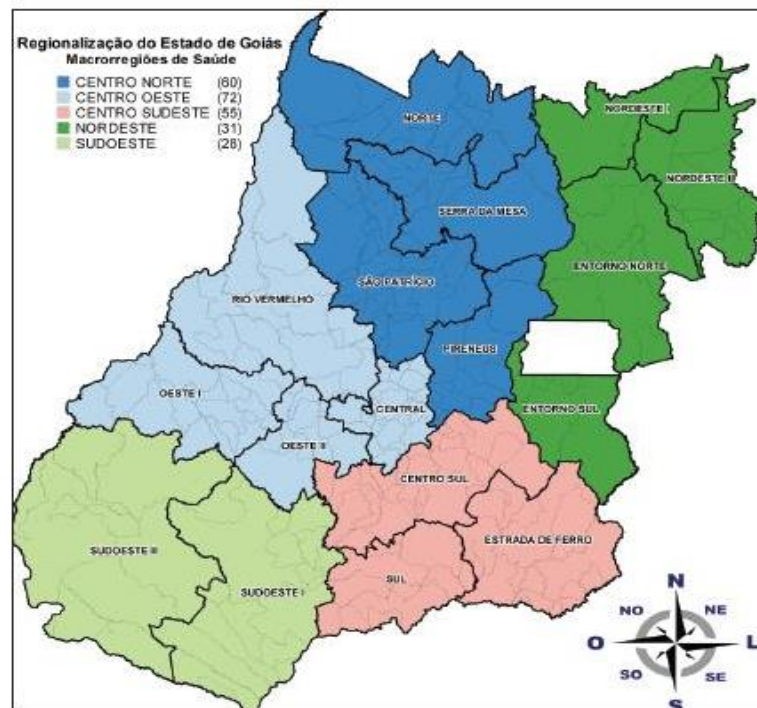


Figura 4 – Mapa do Estado de Goiás em Macrorregiões e Regiões de Saúde, 2021. Fonte: Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em <<http://goo.gl/wKFspd>>, Acesso em 04 de ago 2021.

A população nas macrorregiões no estado, ocorre algumas diferenças entre os indicadores, quanto a razão do sexo, índice de envelhecimento e distribuição do PEA (Tabela 1). Quanto a razão do sexo, a mais elevada está na macrorregião Centro-Oeste (106,6) e as menores no Centro-Norte (99,5) e Sudoeste (93,6). No que se refere ao índice de envelhecimento a macrorregião Nordeste detém o menor índice (21,4), sendo maior na macrorregião Centro-Oeste, com estrutura etária mais jovem no estado. O impacto destas diferenças nos indicadores entre as macrorregiões,

quanto ao perfil demográfico, se reflete em demandas diferenciadas por serviços de saúde, seja como gastos e como oferta dos mesmos.

Tabela 1 – Indicadores demográficos por macrorregião em 2021, Goiás.

Indicadores/ macrorregião de saúde	CENTRO- NORTE	CENTRO- OESTE	CENTRO SUDESTE	NORDESTE	SUDOESTE	Total
População_estimada	1.155.598	2.391.502	1.560.613	1.376.371	722.505	7.206.589
Razão do Sexo	99,5	106,6	101,2	100,6	93,6	101,6
Índice de envelhecimento	47,2	50,9	38,7	21,4	38,5	39,7
Participação PEA (%)	69,77	70,84	70,26	69,09	70,35	70,16

Fonte: IBGE. Estimativas Municipais e elaboração própria.

Com a extinção, em 2019, da Gerência de Planejamento do SUS, a SES/GO deixou de ter um órgão interno específico para conduzir a política de planejamento do SUS, motivo pelo qual a Gerência de Planejamento Institucional foi indicada para coordenar e articular o processo de implantação do Planejamento Regional Integrado, integrada com as demais superintendências.

5.3.3. A Capacidade Instalada e a Oferta de serviços de saúde no Estado de Goiás.

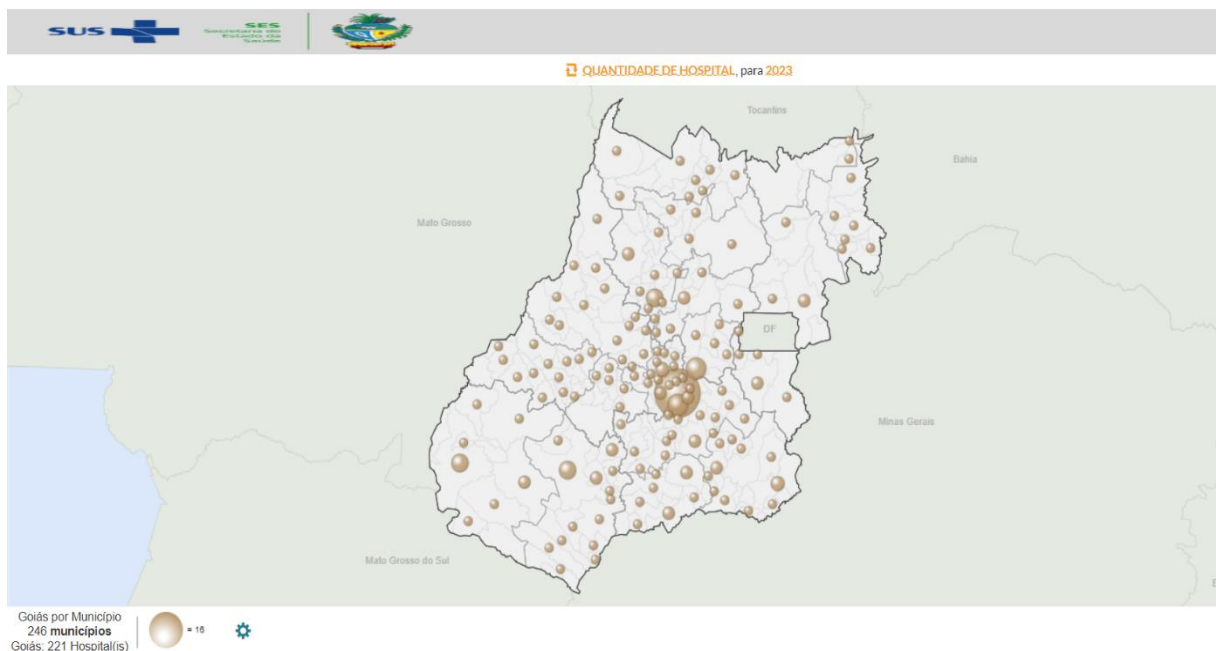
A descentralização da saúde apresentou inúmeros avanços às esferas subnacionais nas gestões municipais de saúde, e que em certa medida, ampliou a cobertura e o acesso da população a serviços de saúde.

Mas o processo de regionalização da saúde no Brasil é um fenômeno ainda mais complexo. Algumas questões como as dimensões continentais, o número de usuários potenciais (acima de 200 milhões), as desigualdades e diversidades regionais, a abrangência do Estado na saúde e a multiplicidade de agentes (governamentais e não governamentais públicos e privados) envolvidos na condução e prestação da atenção à saúde são algumas das características que exemplificam essa complexidade (Dourado; Elias 2011).

Neste sentido, é importante demonstrar o delineamento da organização de serviços de saúde no Estado de Goiás, no intuito de avaliar a disponibilidade no território. Os dados analisados são os seguintes:

- Quantidade de Hospitais (totais e por região de saúde)
- Quantidade de Leitos SUS (totais e por região de saúde)
- Quantidade de Letos Clínicos SUS (totais e por região de saúde)
- Quantidade de Leitos UTI SUS
- Serviço de Atenção Cardiovascular (totais e por região de saúde)
- Serviço de Neurologia/Neurocirurgia (totais e por região de saúde)
- Serviço de Ortopedia e Traumatologia (totais e por região de saúde)
- Serviço de Diagnóstico por imagem

A fonte de dados utilizada foi a ferramenta Mapa da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, onde aborda indicadores de capacidade instalada, oferta e cobertura, além de outras informações assistenciais, trazendo uma série histórica dos anos de 2009 a 2023.



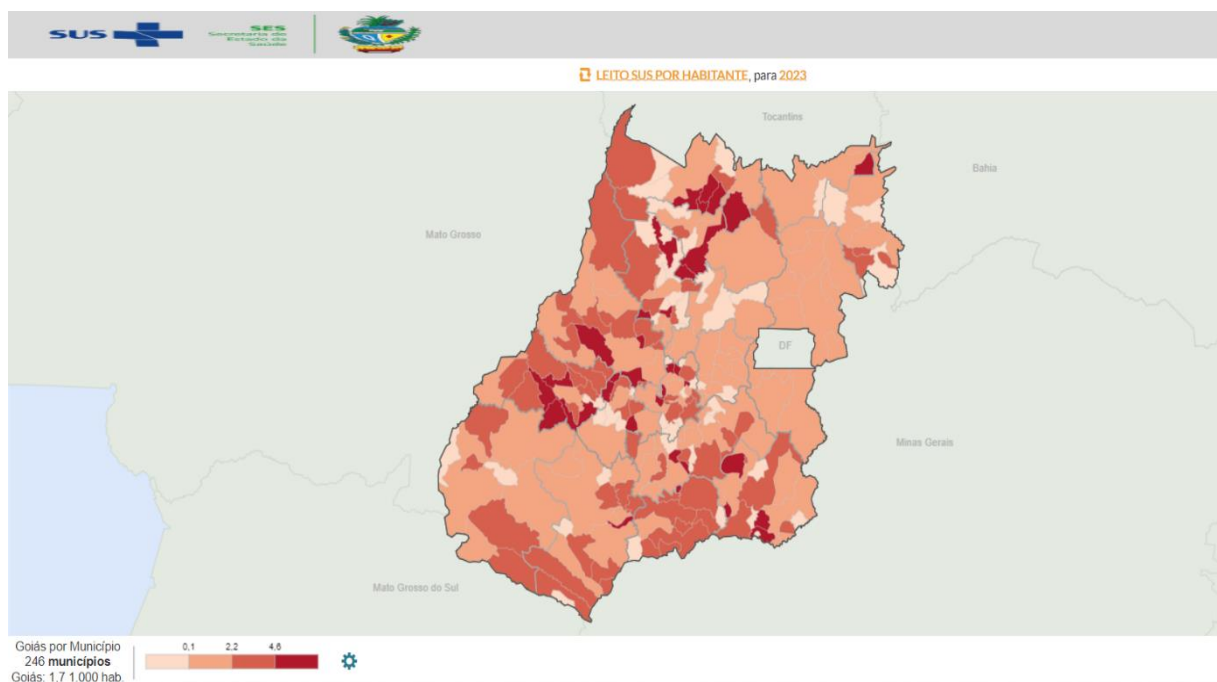
Mapa 01 – Quantidade de Estabelecimentos de Saúde (Hospitais) no Estado de Goiás – 2023.

Fonte: SIH, 2023.

Fórmula: total de Hospitais com produção registrada no SIH.

A distribuição dos estabelecimentos de saúde (hospitais) por região de saúde (Mapa 01) está da seguinte forma: Central (51), Centro Sul (24), Sudoeste I (19), Rio Vermelho (15) e os demais que detêm o quantitativo de 112 unidades hospitalares, totalizando 221 no Estado de Goiás. Assim, a região de saúde Central representa 23% do total do Estado, tendo o município de Goiânia o quantitativo de 34 unidades hospitalares.

Já a distribuição de Leitos SUS no Estado de Goiás (Mapa 02) está no patamar de 1,7 leitos/1.000h habitantes. A região de saúde Serra da Mesa está com 4,1, seguida pelas regiões São Patrício I (2,6), Central/Oeste I/Sul (2,3/por região) e as demais regiões de saúde que estão com valores entre – Entorno Sul (0,4) e Norte (2,2). O caderno do Ministério da Saúde que aborda os critérios e parâmetros assistenciais para o planejamento de ações e serviços de saúde do SUS, define o quantitativo de leitos hospitalares por serviço, ou seja, não há um parâmetro geral estabelecido.

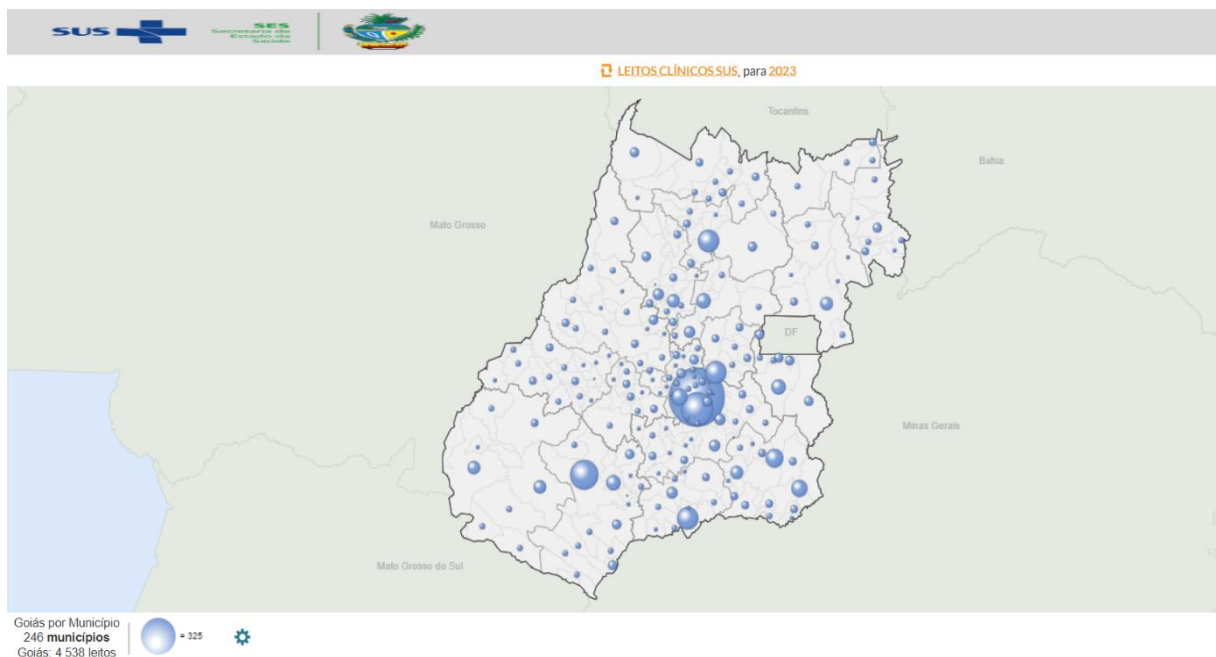


Mapa 02 – Quantidade de Leitos SUS por habitante no Estado de Goiás - 2023.

Fonte: CNES.

Definições: leitos públicos e privados, vinculados ao sistema Único de Saúde – SUS, por 1.000 habitantes, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

O Estado de Goiás detém o quantitativo de 4.538 leitos clínicos SUS (Mapa 03). A região de saúde Central dispõe de 1.116/leitos, seguida pelas regiões Centro Sul (523), Sudoeste I (454), Estrada de Ferro (347), Sul (246) e as demais regiões com o total de 1.852/leitos. A região de saúde Nordeste é a que menos oferta leitos clínicos SUS à população, com o quantitativo de 47/leitos. Assim, a região de saúde Central tem a representatividade na oferta de 24,59% do total de leitos no Estado, sendo que o município de Goiânia oferta 846/leitos.

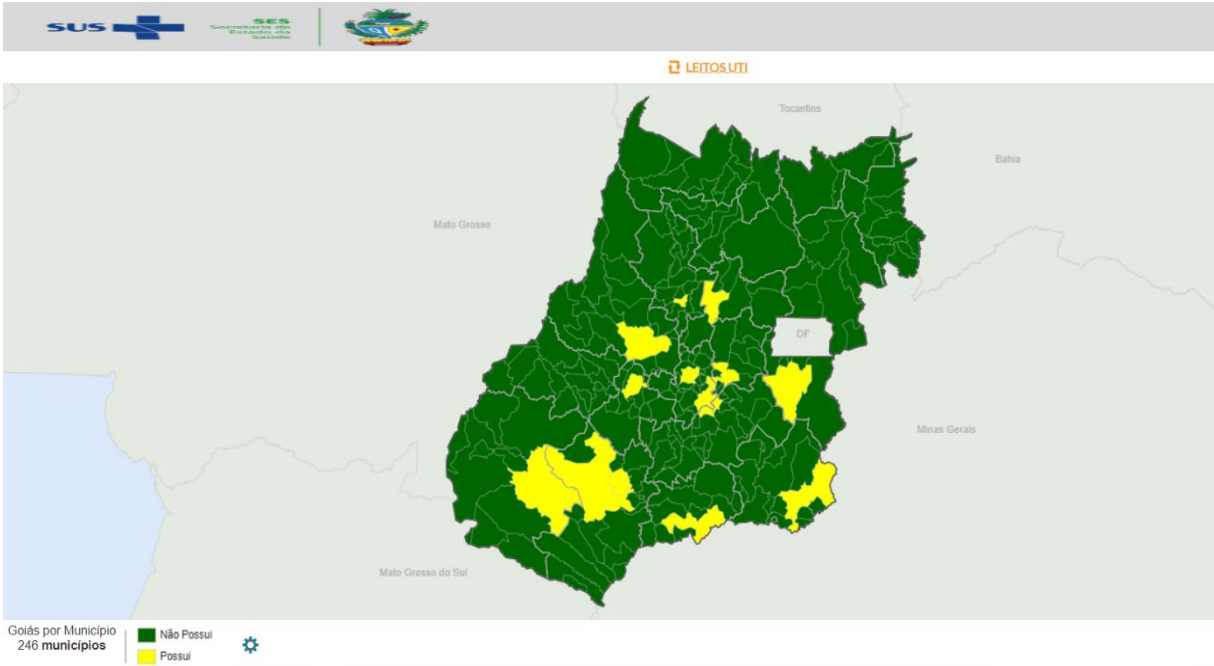


Mapa 03 – Quantidade de Leitos Clínicos SUS no Estado de Goiás – 2023.

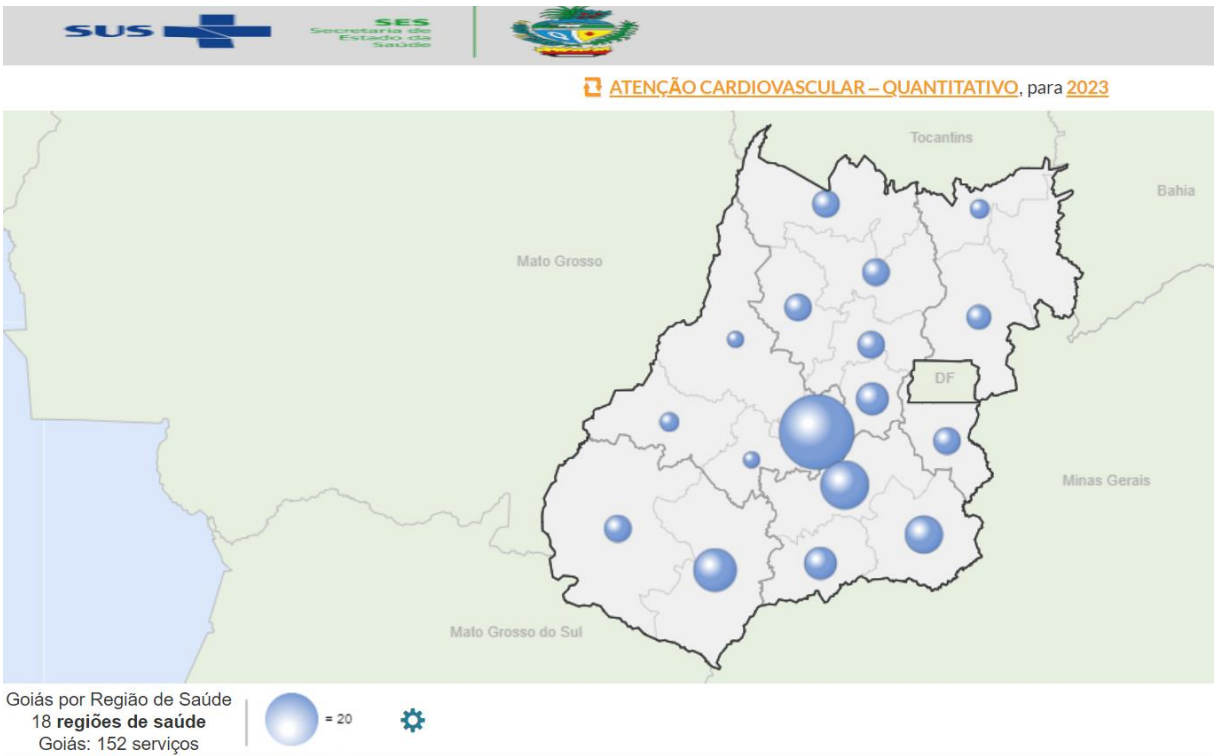
Fonte: CNES.

Definições: número de leitos clínicos públicos e privados, vinculados ao sistema Único de Saúde – SUS, em determinado espaço geográfico, no período considerado.

Do total de 246 municípios no Estado de Goiás, apenas 6,5% (16) dos municípios detêm de oferta de leitos de UTI ofertados à população. No Mapa 4, observa-se a concentração em algumas regiões do Estado. É importante ressaltar, que a oferta de leitos de UTI exige um grande aporte de recursos financeiros que, muitas das vezes, agravado pelo porte dos municípios do Estado, os gestores não dispõem de financiamentos para tais investimentos.

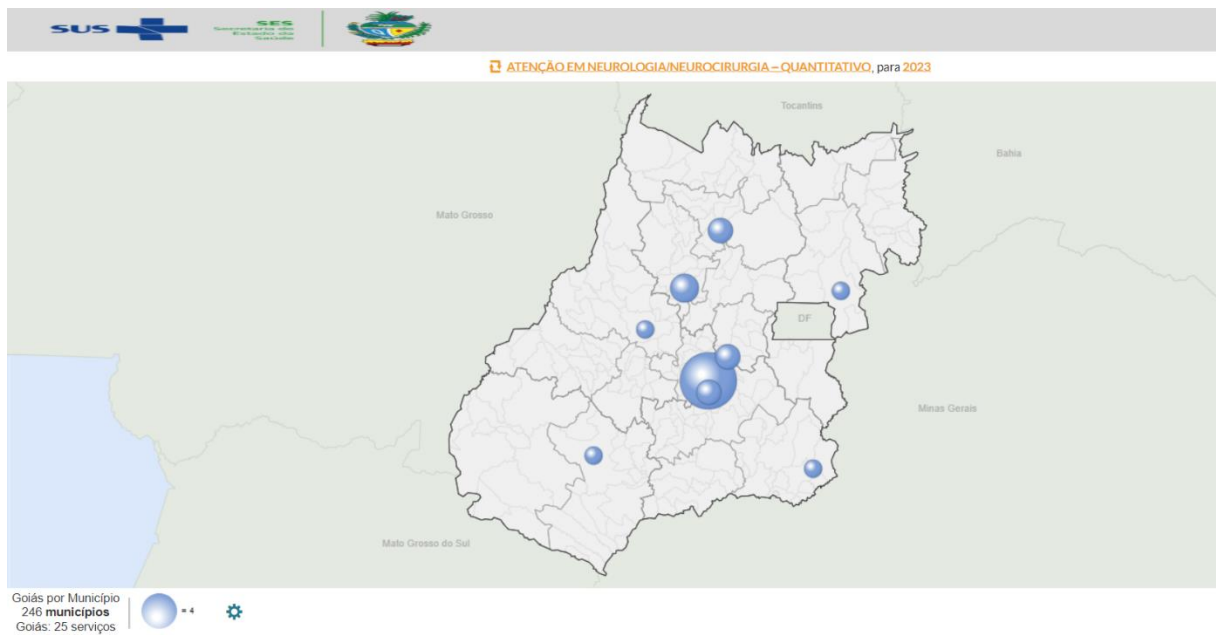


Mapa 04 – Quantidade de Leitos de UTI SUS no Estado de Goiás – 2023.
Fonte: SES-GO.



Mapa 05 – Serviços de Atenção Cardiovascular no Estado de Goiás – 2023.
Fonte: CNES.

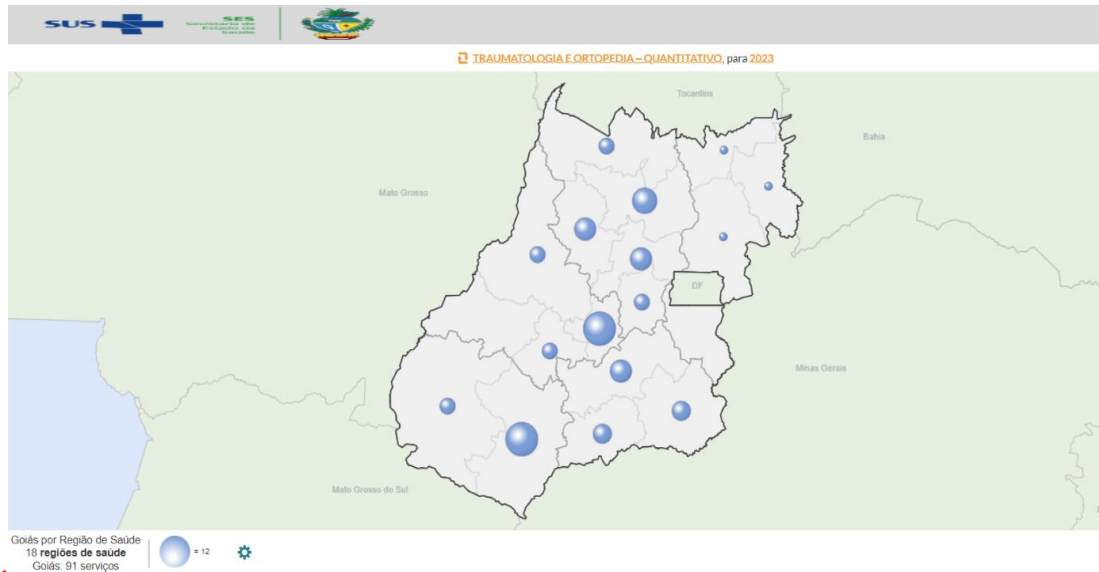
A distribuição de serviços de atenção cardiovascular está da seguinte forma: região de saúde Central (46), seguida pelas regiões Centro Sul (16), Sudoeste I (13), Estrada de Ferro (10) e as demais regiões que somam 67 serviços, totalizando no Estado 152 serviços ofertados à população, sendo que a região de saúde Nordeste é a única região do Estado a não ofertar este serviço. O município de Goiânia detém 37 serviços.



Mapa 06 – Serviços de Atenção de Neurologia/Neurocirurgia no Estado de Goiás – 2023.

Fonte: CNES.

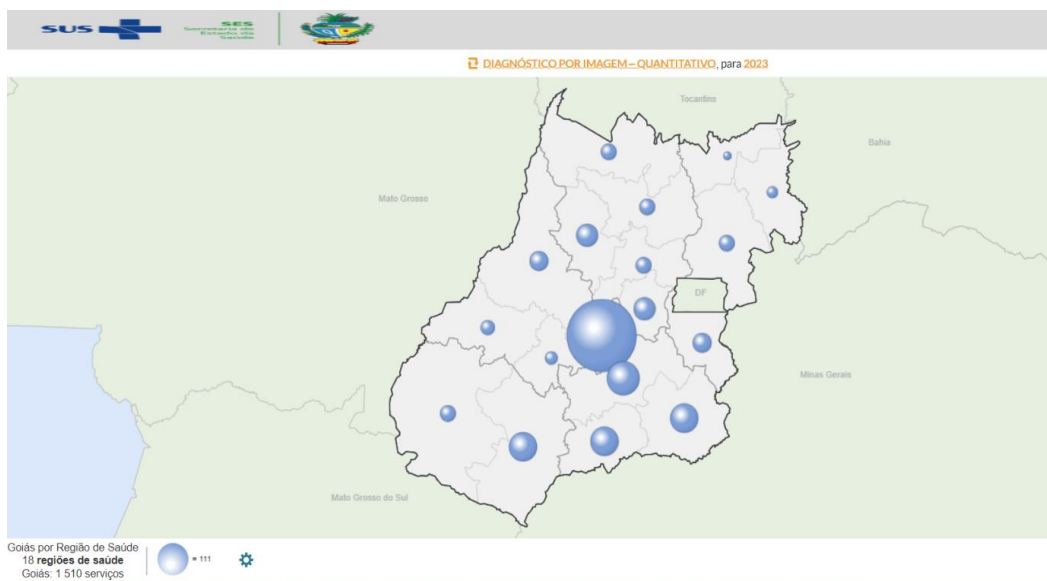
A distribuição de serviços de atenção Neurologia/Neurocirurgia está da seguinte forma: região de saúde Central (12), seguida pelas regiões São Patrício I (03), Serra da Mesa/Pirineus/Centro Sul (02 por região), Sudoeste I/Estrada de Ferro Entorno Norte/Rio Vermelho (01/por região). As regiões de saúde – Sul/São Patrício II/Sudoeste II/Oeste I/Entorno Sul/Nordeste I/Nordeste II/Norte/Oeste II, não dispõem de tais serviços. O total de serviços ofertados à população no Estado é de 25 serviços, sendo que o município de Goiânia detém 12 serviços.



Mapa 07 – Serviços de Atenção de Traumatologia e Ortopedia no Estado de Goiás – 2023.

Fonte: CNES.

A distribuição de serviços de Traumatologia e Ortopedia está da seguinte forma: região de saúde Central (17), seguida pelas regiões Sudoeste I (14), Serra da Mesa (08), São Patrício I e São Patrício II (07 por região). As demais regiões de saúde somam 38 serviços, totalizando 91 serviços ofertados à população. As regiões de saúde Oeste I e Entorno Sul não dispõem de oferta de tais serviços. O município de Goiânia detém de 13 serviços.



Mapa 08 – Serviços de Diagnóstico por Imagem no Estado de Goiás – 2023.

Fonte: CNES.

A distribuição de serviços de Diagnóstico por Imagem está da seguinte forma: região de saúde Central (655), seguida pelas regiões Centro Sul (124), Estrada de Ferro (96), Sudoeste I (93) e Pirineus (61). As demais regiões de saúde somam 385 serviços, totalizando 1.510 serviços ofertados à população. O município de Goiânia detém de 594 serviços.

Com os dados apresentados, diversos instrumentos e diretrizes devem ser amplamente e discutidas para impulsionar a configuração das regiões de saúde e a sua consolidação, incentivando a integração e o acesso resolutivo das ações e serviços de saúde, com foco na construção de redes de atenção à saúde e a introdução de instâncias de governança em nível regional.

Contudo, ainda há diversos desafios para a efetivação da regionalização da saúde no Estado de Goiás. A disposição de recursos e serviços nos ajudam a avaliar este processo de regionalização no Estado. A crescente migração (fluxo) para as regiões centrais do Estado de forma direcionada a outros municípios das regiões e macrorregiões, especialmente para municípios-pólo, em grande maioria para o município de Goiânia, em detrimento do município de residência dos pacientes.

Esse reordenamento perpassa por várias causas:

- A priorização de hospitais de grande e médio porte nos polos das regiões e macrorregiões em detrimento de hospitais de pequeno porte no município de residência (indicação de ganhos de escala);
- A existência de padrões empíricos que sugerem que a reorganização de recursos e fluxos podem não ser uma resposta ao esforço normativo, mas sim um movimento espontâneo ou uma resposta mecânica à expansão natural do sistema.

Neste sentido, quais seriam as soluções para mitigar tal cenário? As soluções devem passar pelo maior financiamento, assim como mais eficiência no gasto e no compartilhamento e coordenação no uso destes recursos em nível regional. Este aporte de mais financiamento e recursos (físicos e humanos) deve ser vinculado à coordenação entre municípios.

Esta coordenação perpassa por um modelo que induza de fato a governança e a autonomia na gestão de recursos em nível regional que podem e devem levar à superação dos obstáculos institucionais postos à regionalização. Este modelo é

direcionado a um planejamento regional perene e imune ao ciclo político e partidário, promovendo o conhecimento da realidade sanitária regional.

5.4. A Programação Pactuada Integrada

A Programação Pactuada Integrada (PPI) é uma ferramenta da gestão pública de saúde, que, em consonância com o processo de planejamento regionalizado e hierarquizado, compõe definições e delimitações das ações de saúde para atender as necessidades da população adstrita em cada território, seja municipal, regional, estadual e interestadual, mediante pactos intergestores estabelecidos, com fins de garantir o acesso aos serviços de saúde à população.

A PPI tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios (BRASIL, 2006).

Os principais objetivos do processo de pactuação integrada são:

- Buscar a equidade de acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde pela lógica de atendimento às necessidades de saúde da população;
- Definir que os limites financeiros para a assistência de média e alta complexidade de todos os municípios serão compostos por parcela destinada ao atendimento da população do próprio município em seu território e pela parcela correspondente à programação das referências de outros municípios;
- Possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais, destinados ao custeio de ações de assistência à saúde;
- Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Contribuir para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde;
- Possibilitar a transparência dos pactos intergestores resultantes do processo de programação pactuada e integrada da assistência e assegurar que estejam

explicitados no Termo de Compromisso para Garantia de Acesso, conforme Anexo I da Portaria GM/MS nº 1.097, de 22 de maio de 2006.

Ainda neste sentido, as principais Diretrizes da PPI são as seguintes:

- A programação é realizada prioritariamente por áreas de atuação, a partir das ações básicas de saúde, para compor o rol de ações de maior complexidade;
- A tabela unificada de procedimentos deve orientar a programação do sistema SISPPi, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas;
- A programação da assistência deve buscar a integração com a programação da vigilância em saúde;
- O processo de programação deve contribuir para a garantia de acesso aos serviços de saúde, subsidiando o processo regulatório da assistência;
- A programação deve ser realizada a cada gestão de governo, revisada periodicamente e sempre que necessário, em decorrência de alterações no fluxo de atendimento ao usuário, na oferta de serviços, na tabela de procedimentos e no teto financeiro;
- A programação pactuada e integrada deve subsidiar a programação físico-financeira dos estabelecimentos de saúde;
- A programação pactuada e integrada deve ter relação com o desenho da regionalização da saúde.

A lógica orientadora do processo de planejamento e programação está fundamentada nos seguintes princípios:

- A organização do sistema visando a hierarquização dos serviços de saúde, considerando os níveis de complexidade visando a integralidade;
- Estabelecer patamares mínimos de demanda orientada pelos problemas e estratégias da atenção básica, não apenas na dimensão assistencial, mas também de promoção e prevenção;
- Programação orientada por prioridades;

- As prioridades constantes no Pacto pela Vida (Portaria GM/MS nº 325 de 21/02/08).

O limite financeiro para Programação da Média Complexidade Ambulatorial de cada município é definido de forma per capita, dentro do recurso alocado para tal fim. Com relação às Aberturas Programáticas, estas podem ser entendidas como níveis de agregação das ações de saúde, a atribuição de metas e a alocação de recursos financeiros disponíveis para o seu custeio. Para as Internações Hospitalares foi definida utilizando-se as especialidades cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) e disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS).

5.4.1. A Programação Pactuada Integrada no Estado de Goiás

A PPI foi implantada pela primeira vez no Estado de Goiás no ano de 2002. Nesta época, foi utilizado um software desenvolvido pelo MS, denominado SISPPPI. Acontece que, esta ferramenta não conseguiu acompanhar as mudanças necessárias frente a programação voltada às demandas do Estado. Além disso, o MS publicava um grande volume de atualizações de valores, quantidades e parâmetros, sendo que a ferramenta não acompanhava tal atualizações.

Neste sentido, o Estado de Goiás, diante destes entraves, optou por realizar pactuações em formato de Ajuste CIB, o que ocasionou um distanciamento entre a programação necessária as demandas dos usuários do SUS e da garantia das referências intermunicipais.

Em nível nacional, o MS estava disponibilizando um novo sistema também chamado SISPPPI, com uma visão técnica e maior flexibilidade e assertividade na programação. A adesão do Estado de Goiás a nova ferramenta foi decidida em 2009, mas implantando efetivamente no início de 2012.

Desta forma, formou-se um Grupo de Trabalho (GT) composto por representantes da SES/GO e de técnicos do Conselho de Secretários Municipais de Saúde de Goiás (COSEMS/GO). O objetivo deste GT foi a elaboração de uma proposta para repactuação da PPI no Estado de Goiás, aprovada em Reunião

Ordinária da CIB/GO, realizada em 19 de julho de 2012, conforme Resolução nº 290/2012-CIB. Este grupo trabalhou na configuração do módulo estadual, programação das áreas estratégicas, a parametrização da média e alta complexidade e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e a configuração dos serviços que seriam por abrangências, conforme orientações da nova lógica de programação.

Em 2012, foi realizado um Encontro de Sensibilização para os Gestores Municipais, tendo o objetivo de sensibilização dos mesmos sobre o processo de implantação do novo SISPPi. Neste sentido, em deliberação bipartite, provocado pelas instâncias SES/GO e o COSEMS/GO decidiram realizar a repactuação da PPI. Nesta repactuação foram considerados os seguintes aspectos:

- Capacidade instalada dos serviços de saúde no Estado;
- Necessidade qualificar o acesso a população às ações e serviços de saúde.

Portanto, a PPI vigente no Estado é a ferramenta implantada em 2012, sendo homologada pela Resolução da CIB nº 420/2012. Esta ferramenta passou por revisões pontuais deste ano, mas apesar dos avanços, não reflete ainda as necessidades das regiões de saúde do Estado de Goiás, gerando muitas solicitações de repactuações por parte dos gestores, e até de maneira intempestiva.

5.4.2. A Estrutura da Programação Pactuada Integrada no Estado de Goiás

A PPI vigente no Estado de Goiás estabelece os limites financeiros de Média e Alta Complexidade dos 246 municípios do Estado e do gestor estadual, compostos por valores transferidos pela União, por meio do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde Municipais e Estaduais.

A base da organização da PPI é a Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e que é agregada aos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS (SIA/SIH/SUS). Além disto, têm-se os tipos de leitos de internação e os serviços existentes. A tabela está estruturada em quatro níveis de agregação, sendo: Grupo, Subgrupo, Forma de Organização e Procedimentos (Figura 3).

Figura 5 – Imagem da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS.
 Fonte: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

De acordo com BRASIL (2007), a estrutura da Tabela SIGTAP tem as seguintes definições:

- **Grupo:** abrange o maior nível de agregação da tabela – primeiro nível. Agrega os procedimentos por determinada área de atuação, de acordo com a finalidade das ações a serem desenvolvidas.
- **Subgrupo:** segundo nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por tipo de área de atuação.
- **Forma de organização:** terceiro nível de agregação da tabela. Agrega os procedimentos por diferentes critérios: área anatômica; diferentes sistemas do corpo humano; por especialidades; por tipos de exame; por tipos de órtese e prótese; por tipos de cirurgias; outros.
- **Procedimento:** é o menor nível de agregação da tabela ou quarto nível. É o detalhamento do método, do processo, da intervenção ou da ação que será realizada no usuário, no ambiente e ainda no controle ou acompanhamento dos atos complementares e administrativos ligados direta ou indiretamente ao

atendimento de usuários no SUS. Cada procedimento tem atributos definidos que os caracterizam de forma exclusiva.

A PPI no Estado de Goiás está organizada, logicamente pautada nas definições da Tabela SIGTAP, da seguinte forma:

➤ **Ambulatório:**

- Média complexidade por abrangência
- Média complexidade por referência
- Alta complexidade por abrangência

➤ **Internação:**

- Média complexidade por abrangência
- Média complexidade por referência
- Alta complexidade por abrangência
- Unidade Convencional Intermediária (UCI) por abrangência
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por abrangência
- Reserva Técnica
- Incentivo
- Ajuste

Os procedimentos ambulatoriais de Média Complexidade foram organizados em grupos que conformam os *Agregados*, pois o rol de procedimentos da Tabela SIGTAP é em torno de 1.500 procedimentos. O Agregado tem como objetivo facilitar a pactuação, simplificando o processo.

Para os procedimentos ambulatoriais de Alta Complexidade foram organizados por finalidade diagnóstica e por serviços, sendo a estrutura da seguinte forma:

➤ **Procedimentos por finalidade diagnóstica**

- Cardiologia Intervencionista
- Densitometria Óssea
- Medicina Nuclear (Cintilografia)
- Tomografia

- Ressonância Magnética
- Radiologia Intervencionista.

➤ **Procedimentos por serviços (conforme definições da Política de Alta Complexidade)**

- Bolsas para Ostomizados
- Exames complementares de média complexidade para nefrologia (diálise e hemodiálise)
- Hemoterapia
- Litotripsia
- Oncologia
- Reabilitação Física
- Saúde Auditiva

Com relação à Reserva Técnica e Incentivos, estes são compostos por recursos federais estabelecidos por portarias ministeriais para os municípios e para Estabelecimentos de Saúde. Na indefinição destes recursos para o Estado de Goiás e por não especificar a utilização dos recursos será necessária uma resolução da CIB para a definição da distribuição dos mesmos.

O Ajuste foi definido pela CIB para recomposição dos limites financeiros federais dos municípios (como por exemplo a reserva para compensação municipal).

5.4.3. A Metodologia da Programação Pactuada Integrada

Os procedimentos ambulatoriais e de internação foram programados da seguinte forma:

- **Abrangência:** ocorre quando existem poucos prestadores, concentrados em algumas regiões, e/ou não é demandado por toda população. Ex: a nefrologia. Vale ressaltar que para esta forma de programação não são estabelecidas cotas por município, sendo a demanda ofertada através de protocolos clínicos e o acesso por meio de regulação.

- **Referência:** estabelecidos os parâmetros é atribuído um quantitativo físico para cada município. A partir daí, o gestor municipal define quais serviços serão executados no seu próprio território e quais serão encaminhados para outros municípios que, comprovadamente, tenham a oferta necessária para atender além da sua população.
- **Alocação específica:** engloba a reserva técnica, o incentivo e ajuste, sendo:
 - **Reserva Técnica** é composta de recurso para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), Tratamento Fora do Domicílio (TFD), Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD), dentre outros;
 - **Incentivo** é composto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Incentivo de Apoio à Contratualização (IAC), INTEGRASUS e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

5.4.4. O Processo de Repactuação da Programação Pactuada Integrada

Após análise realizadas pelo Grupo Técnico PPI (Bipartite) e considerando a realidade atual do sistema de serviços de saúde do SUS no Estado, foram consideradas as seguintes premissas:

- Como o MS não estava aportando recursos novos para a repactuação da PPI dos estados, desta forma, serão utilizados os recursos financeiros federais existentes na PPI 2011 do Estado de Goiás;
- A região de saúde terá autonomia para definir os serviços alocados no território regional, visando a integralidade da atenção à saúde da população, e a CIR será responsável pelo acompanhamento da pactuação realizada e pelas repactuações quando forem necessárias;
- A solicitação do comando único é facilitadora do processo de remanejamento de recursos, pois desta forma o município poderá elaborar Ficha de Programação Orçamentária (FPO) e, também, registrar produção nos sistemas para comprovar a existência do serviço.

- O período de 12 meses anteriores a reprogramação foi considerado para a realização dos estudos de abrangência realizados pelo GT;
- Ainda de acordo com as discussões municipais, estudos técnicos e de pactuação no âmbito bipartite no ano de 2011, o parâmetro definido pela CIB para internação hospitalar no Estado de Goiás foi pactuado em 6,08%, conforme Resolução CIB nº 420/2012, ou seja, o percentual da população que em algum momento necessitaria de uma internação hospitalar pelo SUS.

Esse parâmetro calculado sobre o total da população, conforme estimativa do Tribunal de Contas da União (TCU) 6.080.738, gerou um total anual de 369.712 internações hospitalares, divididas entre internações de Média e Alta Complexidade, conforme demonstrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Necessidade de Internações Hospitalares por Especialidade (Anual).

COMPLEXIDADE	MÉDIA	ALTA
CIRÚRGICOS	52.861	10.145
CLÍNICOS	153.494	1.711
HOSPITAL-DIA	1.177	27
OBSTÉTRICOS	52.545	
OUTRAS ESPECIALIDADES	23.841	
PEDIATRIA CIRÚRGICA	12.990	564
PEDIATRIA CLÍNICA	60.035	322
TOTAL	356.943	12.769

Fonte: SISPP/Ministério da Saúde (Referência: outubro, 2020).

Diante do exposto, verifica-se que a maior distribuição de internações por leito, na Média Complexidade, está nos Leitos Clínicos com 43,00%, seguidos de Pediatria Clínica com 16,82%, Cirúrgicos com 14,81%, Obstétricos com 14,72%, Outras Especialidades com 6,68% (Psiquiatria), Pediatria Cirúrgica com 3,64% e Hospital-Dia com 0,33% (Gráfico 1).

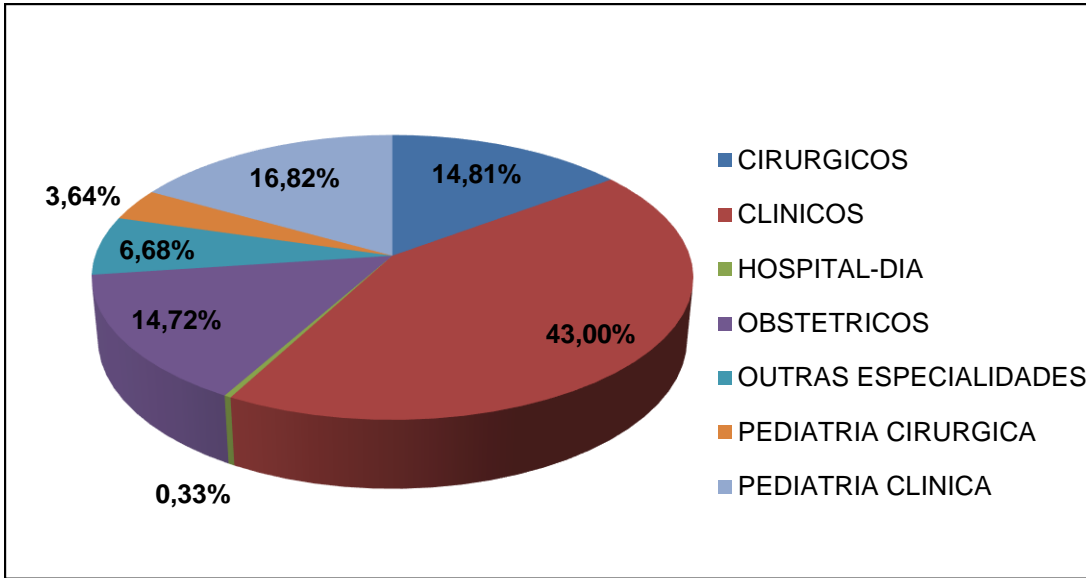


Gráfico 1 – Distribuição das Internações por leito (Média Complexidade).

Fonte: Elaborador pelo autor, 2023 (Referência: outubro/2020).

Na Alta Complexidade, observa-se a seguinte distribuição de leitos: 79,45% cirúrgicos, 13,40% clínicos, 4,42% de pediatria cirúrgica, 2,52% de pediatria clínica e 0,21% de Hospital-Dia.

Em síntese, tem-se na programação hospitalar no Estado de Goiás um total de 96,55% de recursos federais alocados na Média Complexidade e 3,45% na Alta Complexidade, conforme o Limite Financeiro estabelecido na ferramenta de PPI, referente a outubro de 2020.

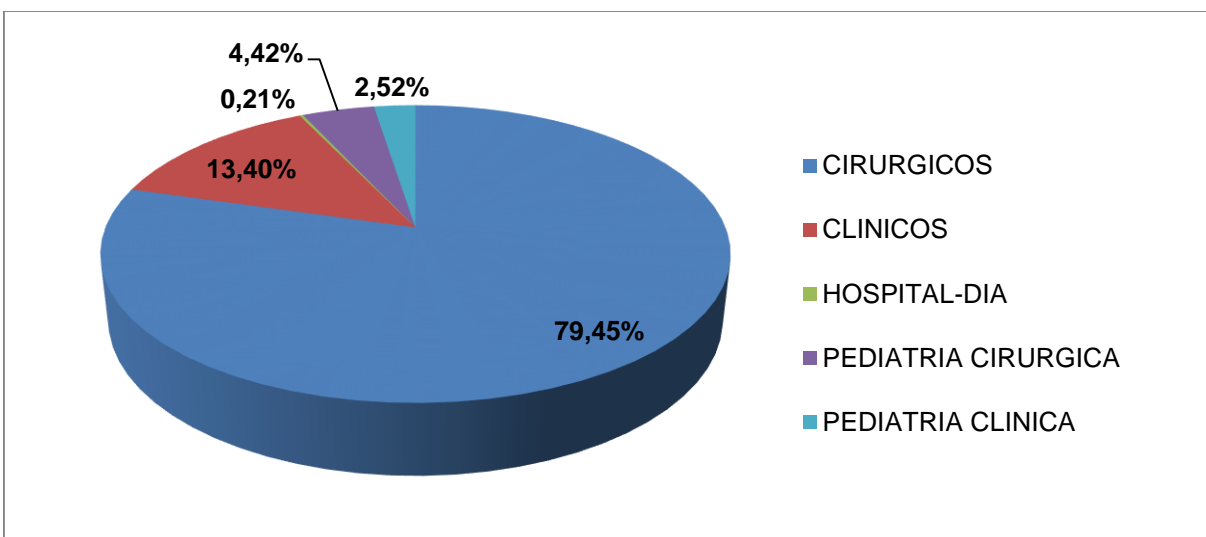


Gráfico 2 – Distribuição das Internações por Leito (Alta Complexidade).

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023 (Referência: outubro/2020).

5.5. A Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei 8.080/90, definiu um processo de planejamento ascendente e integrado, tendo como locus as Regiões de Saúde, na qual são espaços programáticos assistências que abrangem um conjunto de municípios. No ano de 2012, ocorreram significativas mudanças no planejamento do SUS, obrigando a reformulação do planejamento e da programação das ações e serviços de Saúde. Além do Decreto, este processo foi impulsionado pela Lei Complementar nº 141/2012.

Neste contexto, o processo de programação deve refletir a necessidade de saúde da população goiana, tendo coerência com a realidade das ações e serviços existentes no Estado. A programação deve abordar as seguintes premissas:

- Identificação e priorização de investimentos necessários para a conformação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)
- Articulação com a Programação Anual de Saúde (PAS) de cada ente presente na região, dando visibilidade aos objetivos e metas estabelecidos no processo de Planejamento Regional Integrado (PRI), bem como os fluxos de referência para sua execução.

Assim, o MS propõe a Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde (PGASS), que consiste em um processo de negociação e pactuação entre os gestores abrangendo as ações de assistência à saúde, de promoção, de vigilância (sanitária, epidemiológica e ambiental) e de assistência farmacêutica.

A metodologia da PGASS é subdividida em quatro etapas (Quadro 2).

Quadro 2: Descrição das Etapas da PGASS, segundo Metodologia, Unidades de Medida e Produtos.

	Etapa I	Etapa II	Etapa III	Etapa IV
Metodologia	•Registro informatizado das diretrizes, objetivos e metas dos planos de saúde, dos três entes federados.	•Modelagem de redes/ações temáticas e estratégicas.	• Programação das ações e serviços de saúde (aberturas programáticas, pacotes de serviços, redes...).	•Compatibilização entre dimensionamento das etapas anteriores;
Unidades de medida/informações correlacionadas	Informações dos planos de saúde.	Equipamentos, leitos, serviços, equipes/profissionais de saúde/infraestrutura	Ações e serviços por região de saúde.	Ações e serviços por estabelecimento de saúde.
Produtos	• qualificação do processo de Planejamento regional integrado.	•Planos de Ação das Redes Temáticas informatizado e de acesso a todos municípios;	•Quadro de referências regionais, interregionais e interestaduais;	•Subsídios para a formalização de contratos e PCEPs;
		•Subsídios para um plano de investimentos na região;	•Limites financeiros estadual e municipal das ações de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar;	•Subsídios para a operacionalização dos complexos reguladores do acesso;
		•Estimativa de recursos de custeio;	•Memória do déficit de custeio;	•Apoio na elaboração da FPO.
		•Incorporação da AF.	•Consolidação dos recursos na região;	

Fonte: MS, 2014.

A discussões da PGASS no Estado de Goiás avançaram a partir do ano de 2017, com a ampliação dos conceitos, metodologia e os resultados positivos para a o processo de construção do Planejamento Regional Integrado. Entre os anos de 2017 a 2019, a metodologia foi apresentada aos Municípios, por meio de reuniões nas Comissões Intergestores Regional (CIR), abordando a lógica da programação de ações e serviços de saúde, implantada atualmente no Estado e as novas perspectivas para um planejamento ascendente e integrado.

Atualmente, o Estado de Goiás utiliza esta metodologia para a construção do Planejamento Regional Integrado, sendo uma das etapas para de elaboração dos Planos Macrorregionais.

5.6. A Pandemia da COVID-19 e o Planejamento Regional

No final de 2019, o surgimento de um novo coronavírus, o COVID-19, fez com que o mundo ficasse em alerta. Após três meses, a doença se caracterizou com uma pandemia mundial, sendo o primeiro caso diagnosticado no Brasil em fevereiro de 2020. Esse cenário ocasionou uma crise sanitária no país e diversos debates com

divergências entre o governo federal e os entes estaduais e municipais no que se referiu às medidas de prevenção, controle e tratamento dos casos relacionado à pandemia.

No que diz respeito às questões relacionadas com o sistema de saúde, a pandemia revelou a necessidade urgente de novos recursos, com ampliação de investimentos, no intuito de reduzir as desigualdades de acesso nas regiões do País.

Para a World Health Organization (2010), se o financiamento adequado é uma necessidade do sistema de saúde, essa situação torna-se crucial neste momento de crise sanitária gerado pela pandemia.

Ao se discutir o financiamento do SUS, intensificado pela recessão econômica em 2015 e 2016, atrelado à estagnação econômica, a recessão do segundo trimestre de 2020 e ao cenário pós-covid, o financiamento das ações e serviços públicos de saúde passa intensamente a depender de ampliação de recursos, principalmente do governo federal, pois de fato tem-se as seguintes situações: há atribuições da política econômica que são exclusivas do governo federal; a maior parte da arrecadação tributária está concentrada na União; o SUS já estava subfinanciado há anos, apesar da ampliação da participação de estados e, principalmente, de municípios desde os anos 2000; o subfinanciamento foi agravado por medidas de limitação do gasto público adotadas pelo governo federal (RACHE *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a primeira medida adotada para o financiamento federal das ações e serviços de saúde, foi a Medida Provisória Nº 924, de 13 de março de 2020, que não apresentou um aumento de recursos, mas um remanejamento financeiro do orçamento do MS do ano 2020 (FUNCIA, BENEVIDES e OCKÉ-REIS, 2020).

O grande volume da execução orçamentária aconteceu somente a partir da segunda quinzena de maio. Essa baixa execução evidencia-se quando analisamos as transferências fundo a fundo para estados e municípios, que dependem apenas de pactuações entre gestores na CIT, ou seja, sem embaraços de aplicação direta de recursos.

Durante esse período, verificou-se que a descentralização dos recursos para a COVID-19 obteve maior direcionamento para os municípios, com menor participação dos estados. Em contrapartida, necessitou-se ainda mais de investimentos para cobrir vazios assistenciais, nos segmentos da atenção hospitalar

e da alta complexidade, em que o papel dos estados é central. Acontece que o caminho dos recursos federais transferidos não seguiu conforme articulação entre estados e municípios, por meio da organização de redes regionalizadas. Tal fato indica a falta de planejamento em um momento de crise sanitária, com necessidade clara de se avançar na regionalização da saúde (LIMA, 2020).

6. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional analítico longitudinal e retrospectivo. O recorte da competência outubro de 2020, foi realizado devido ao fato que a ferramenta sistêmica (SISPPI) não disponibiliza o histórico de competência de forma detalhada para o atendimento e qualificação das discussões explanadas neste trabalho. Desta forma, este período foi o marco para definição das bases de dados a serem utilizadas neste estudo.

Para as internações hospitalares foi utilizada uma série histórica dos 12 meses anteriores (setembro/2019 a agosto/2020) ao período da programação hospitalar - SISPPI. O objetivo do levantamento dos dados nos períodos selecionados foi evidenciar o consumo de internações hospitalares frente a um retrato posterior de programação (alocação) de recursos financeiros federais, de média complexidade, na região em estudo.

É importante destacar que a trajetória profissional do autor se deu no ambiente das áreas de planejamento, controle, avaliação e regulação no âmbito do SUS. Esta trajetória perpassou pelos cenários das esferas estadual, quanto municipal (Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia). Assim, houve a oportunidade de vivenciar a experiência de participação nas instâncias colegiadas – CIR e CIB, principalmente nos assuntos relacionados à programação das ações e serviços de saúde.

6.1. Tipo de Estudo

O presente estudo não teve a necessidade de ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois foram utilizados apenas dados secundários de domínio público.

Para os levantamentos documentais foram identificados os dados da SES, das SMSs na região pesquisada e do MS. As fontes são arquivos públicos (documentos oficiais, publicações administrativas e documentos jurídicos), assim como os dados estatísticos (demográficos, sociais, econômicos, financeiros, de produção hospitalar e situação de saúde).

Na revisão da literatura foram descritas as formas utilizadas para o processo de alocação de recursos considerando os critérios: indicadores de saúde, indicadores

sociais, indicadores econômicos, indicadores por sexo, indicadores demográficos (estrutura etária) e consumo histórico de recursos.

A base para essa abordagem foram as políticas nacional, estaduais e municipais do SUS, a legislação estruturante desse sistema, os modelos alternativos publicados pelas unidades da federação, as referências de estudos já produzidos e publicados em portais da internet para bases de dados primários e secundários, como também, em periódicos.

6.2. Público-alvo

A pesquisa teve foco nos dados oriundos dos bancos oficiais do SUS, especialmente os sistemas de registro da produção, faturamento e programação, assim como nos dados epidemiológicos, demográficos, socioeconômicos e financeiros.

6.3. Local de Estudo

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da Região de Saúde Central, incluindo a CIR Central. A Região de Saúde Central é o maior pólo tecnológico e de disponibilidade de capacidade instalada aos usuários do SUS no Estado de Goiás, além de dispor do maior volume de recursos federais alocados na PPI.

6.4. Coleta de Dados

A coleta de dados teve como fonte as diretrizes e orientações para elaboração do Planejamento Regional Integrado, estabelecidas em normas, resoluções, portarias e manuais específicos para o tema, emanados do MS, da CIT, da SES e da CIB.

Os documentos selecionados foram os seguintes:

- Decreto Federal 7.508/2011;
- Resolução CIT N° 01/2011 (estabelece diretrizes para constituição de regiões de saúde nos termos do Decreto Federal 7.508/11);
- Resolução CIT N° 2/2012 (estabelece diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde - RENASES);

- Lei Complementar nº 141/2012 (Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e Nº 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências);
- Resolução CIT Nº 10/2016 (dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do SUS);
- Resolução CIT Nº 23/2017 (estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das RAS no âmbito do SUS);
- PRC Nº 1/GM/MS/2017 (estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS);
- Resolução CIT Nº 37/2018 (dispõe sobre o Processo de Planejamento Regional Integrado e a organização das macrorregiões de saúde).

Ainda foram utilizadas fontes secundárias relacionadas à alocação de recursos, de séries históricas do Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISPPPI) e Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Também foram explorados os sítios do DATASUS, do MS e da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, além do banco de dados oficiais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no período de setembro de 2019 a outubro de 2020.

Em resumo, este estudo contempla o processo de gestão estratégica da alocação de recursos federais de Média e Alta Complexidade, por meio da ferramenta de PPI, sendo conduzido e pactuado entre a SES/GO, COSEMS e Gestores Municipais de Saúde (Secretários de Saúde) da Região de Saúde Central do Estado de Goiás.

6.5. Aspectos Éticos

O presente estudo prescindiu de submissão a um Comitê de Ética em Pesquisa por trabalhar com dados públicos documentais, não havendo envolvimento com seres humanos ou com dados resguardados por sigilo profissional.

6.6. Análise de Dados

Para análise dos dados foram adotados métodos comparativos, estatísticos e quantitativos na definição das variáveis: número de internações, média de permanência, taxa de ocupação, média valor internação, e internações sensíveis a atenção básica, pactuação e valor programado por referência.

O tratamento e estruturação dos dados deu-se por meio de ferramentas de tabulação (Tabwin/TabwinCNES/DATASUS), arquivos REDUZIDAS DE AIH (RD) e planilha eletrônica Excel.

Os indicadores selecionados foram os seguintes:

1 – Produção Hospitalar: Remessas de Processamento Hospitalar enviadas ao MS – setembro/2019 a agosto/2020;

2 – Programação Pactuada Integrada – PPI: Programação Hospitalar por Clínicas (Análise);

2.1 Programação Pactuada Integrada: Programação Hospitalar de Média Complexidade por Referência – Leitos Clínicos (Competência - Outubro/2020);

2.2 Programação Pactuada Integrada – Município Encaminhador x Município Executor (Análise);

3 – Indicadores de Desempenho – Leitos Clínicos (Taxa de Ocupação Hospitalar e Tempo Médio de Permanência).

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

7.1. Produção Hospitalar

Dos 26 municípios que compõem a Região de Saúde Central, apenas 18 municípios têm o perfil hospitalar, ou seja, possuem algum estabelecimento cadastrado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no Módulo Básico Atendimento Prestador – Hospitalar (Tabela 3). Para os oito municípios restantes não há estabelecimentos de saúde com o mesmo perfil de atendimento. Diante disto, justifica-se a ausência de informação, sendo eles: Abadia de Goiás, Brazabrantes, Campestre de Goiás, Guapó, Itaguari, Jesópolis, Ouro Verde de Goiás e São Francisco de Goiás.

Tabela 3 – Histórico de Entrega de Remessas do SIHD (Setembro/2019 a Agosto/2020).

HISTÓRICO DE ENTREGA DE REMESSAS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES HOSPITALAR (setembro/2019 a agosto/2020)													
UF GESTOR	% Envio	set/19	out/19	nov/19	dez/19	jan/20	fev/20	mar/20	abr/20	mai/20	jun/20	jul/20	ago/20
GO 520130 ANICUNS	-	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF
GO 520160 ARACU	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 520280 AVELINOPOLIS	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 520520 CATURAI	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 520680 DAMOLANDIA	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 520870 GOIANIA	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 520880 GOIANIRA	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 521000 INHUMAS	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 521140 ITAUCU	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 521440 NAZARIO	-	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF
GO 521450 NEROPOLIS	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 521500 NOVA VENEZA	-	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF
GO 521680 PETROLINA DE GOIAS	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 521910 SANTA BARBARA DE GOIAS	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 521950 SANTA ROSA DE GOIAS	100,00	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	JUSTIF	OK	OK	OK	OK
GO 521973 SANTO ANTONIO DE GOIAS	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 522100 TAQUARAL DE GOIAS	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK
GO 522140 TRINDADE	100,00	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK	OK

Fonte: sihd.datasus.gov.br / Situação em 25/09/2022 - 11:08 hrs

Ainda neste contexto, no período de setembro de 2019 a agosto de 2020, verificou-se que dos 18 municípios autorizados a enviar remessas de Processamento Hospitalar ao MS, por meio do site do Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD), apenas três municípios não registraram a ocorrência de internações hospitalares no período supracitado, sendo eles: Anicuns, Nazário e Nova Veneza. Destaca-se que o município de Santa Rosa de Goiás não registrou a ocorrência de internações nos primeiros oito meses do período supracitado, encaminhando normalmente os meses seguintes. O restante dos municípios manteve

a regularidade no envio das informações. A remessa “JUSTIF” se contabiliza como remessa enviada, mas com a ocorrência de justificativas da Gestão Municipal junto ao MS, informando o motivo pelo qual não houve internações no município durante esse período.

Com relação ao período de produção hospitalar apurado, verifica-se que o mês de Setembro de 2020 não compõe o período do estudo, pois na data em que foi realizada a coleta de informações no site do SIHD em 25/09/2022, faz-se consonância com o período da base de dados do Sistema de Programação Pactuada Integrada (SISPPi) – outubro de 2020, pois o último mês disponível para acesso às informações de produção, até o mês de outubro de 2020, é o mês de agosto de 2020 (processamento hospitalar finalizando em setembro de 2020). O mês de setembro ainda estava em período de processamento dos dados hospitalares pelos Gestores Municipais, com prazo de envio ao MS até do dia 30/10/2020.

É importante trazer à baila que o período de pesquisa na base de dados do DATASUS (setembro de 2019 a agosto de 2020), referente controle de remessas de processamento hospitalar encaminhadas ao MS, foi atualizado no ano de 2022, conforme ilustrado na Tabela 3. Estas atualizações se fazem necessárias, pois são permitidas pelo MS para a devida atualização da produção hospitalar. Desta forma, a fim de não causar vieses na análise, optou-se por esta atualização das informações.

Vale ressaltar que, no município de Trindade constam os registros da Unidade Vila São José Bento Cottolengo (CNES 2535939), pois trata-se de um estabelecimento de saúde sob a gestão estadual, ou seja, o processamento das suas informações ambulatoriais e hospitalares é realizado pela SES/GO e não pela SMS de Trindade. Ainda neste cenário, acrescenta-se que as pactuações e programações referentes aos serviços ofertados pelo estabelecimento supracitado, também estão sob a gestão estadual.

O encaminhamento das remessas de processamento hospitalar traz a produção hospitalar de leitos clínicos de média complexidade (Tabela 4).

Tabela 4 – Produção Hospitalar de Leitos Clínicos na Região de Saúde Central - Estado de Goiás (Setembro/2019 a Agosto/2020).

Município gestor	2019/Set	2019/Out	2019/Nov	2019/Dez	2020/Jan	2020/Fev	2020/Mar	2020/Abr	2020/Mai	2020/Jun	2020/Jul	2020/Ago	Total
520160 Araçu	14	15	21	13	23	14	16	15	19	8	18	16	192
520280 Avelinópolis	1	1	4	3	1	1	3	1	1	1	1	3	21
520520 Caturai	5	9	5	4	8	6	12	1	6	2	1	5	64
520680 Damolândia	13	26	9	11	9	19	28	9	20	12	20	14	190
520870 Goiânia	5.092	5.338	4.997	5.008	5.114	5.028	5.245	4.676	4.720	4.686	5.177	5.354	60.435
520880 Goianira	89	80	111	99	110	116	110	119	111	111	108	101	1.265
521000 Inhumas	42	47	53	37	69	31	55	66	33	56	25	51	565
521140 Itaçu	40	30	30	30	32	31	31	18	12	17	15	13	299
521450 Nerópolis	143	136	130	124	137	125	160	96	126	141	119	122	1.559
521680 Petrolina de Goiás	84	90	89	85	84	84	86	79	88	77	86	74	1.006
521910 Santa Bárbara de G	12	14	11	12	6	6	11	3	5	-	-	8	88
521950 Santa Rosa de Goiç	2	2	2	2	2	1	2	4	-	-	-	-	17
521973 Santo Antônio de G	21	24	33	22	10	15	10	5	13	16	2	4	175
522100 Taquaral de Goiás	17	4	11	10	3	8	1	2	7	2	12	3	80
522140 Trindade	35	45	51	66	62	79	70	30	53	84	107	52	734
Total	5.610	5.861	5.557	5.526	5.670	5.564	5.840	5.124	5.214	5.213	5.691	5.820	66.690

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

Notas:

Situação da base de dados nacional em 29/04/2016.

Dados de janeiro de 2015 até março de 2016 sujeitos a retificação.

A partir do processamento de junho de 2012, houve mudança na classificação da natureza e esfera dos estabelecimentos. Com isso, temos que:

Até maio de 2012 estas informações estão disponíveis como "Natureza" e "Esfera Administrativa".

De junho de 2012 a outubro de 2015, estão disponíveis tanto como "Natureza" e "Esfera Administrativa", como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

A partir de novembro de 2015, estão disponíveis como "Natureza Jurídica" e "Esfera Jurídica".

Em análise ao período supracitado, destaca-se que a produção hospitalar de leitos clínicos (média complexidade), representou em torno de 37,39% do total de internações no Estado de Goiás (178.370), no mesmo período. Mas, é importante destacar que para uma análise de representatividade mais analítica, é necessário estudar o encaminhamento das remessas de processamento hospitalar do restante dos municípios do Estado ao MS. Portanto, reforça-se a discussão sobre o processo de alimentação das bases de dados, junto ao MS, pelos gestores municipais de saúde.

Neste sentido e diante desse cenário, o registro de informações nos sistemas de informação em saúde é de extrema importância, uma vez que a informação subsidia o processo decisório e proporciona o conhecimento sobre as condições de saúde, mortalidade e morbidade, fatores de risco, condições demográficas entre outras (ALMEIDA FILHO e ROUQUAYROL, 2006).

No Estado de Goiás, a regularidade do envio de informações ao MS, através do Sistema de Informação Hospitalar, sempre conheceu situações de inconsistência, apesar de que, nos últimos anos, os gestores de saúde parecem estar mais conscientes da importância das informações para subsidiarem o processo decisório. É de responsabilidade do gestor de saúde zelar pela alimentação mensal e sistemática dos bancos de dados dos Sistemas de Informações em Saúde junto ao

MS, conforme Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 – Capítulo III, Seção II, conforme descrito no Anexo I, que informa os critérios para alimentação dos bancos de dados ao MS.

7.2. PPI – Programação Hospitalar por Clínicas

A programação da média complexidade hospitalar deve ser orientada pela distribuição de leitos registrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), por clínica. Na programação da média complexidade hospitalar, a lógica de programação será ascendente, onde os municípios programam as internações de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, nos casos para os quais não possuam oferta, seja por insuficiência, seja por inexistência de capacidade instalada, mantendo consonância com o processo de regionalização (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que a programação hospitalar tem como referencial as variáveis População – Estimativa 2011 e a série histórica de produção hospitalar dos municípios referente ao ano de 2010, apesar de que as atualizações de Teto Financeiro Municipal de recursos de média e Alta Complexidade vêm sendo realizadas por meio de recursos financeiros da Reserva Técnica – PPI, ou seja, como forma de recomposição.

Apesar dessas atualizações, verifica-se que o cenário está em desacordo com a atual realidade, ou seja, um cenário divergente da atualidade, onde se têm um novo parâmetro populacional e novas produções hospitalares das gestões municipais, pois nesse período ocorreram diversas alterações na rede assistencial hospitalar do Estado de Goiás, inclusive com mudanças no perfil epidemiológico da população. Portanto, não seguido os critérios de Regionalização do SUS.

Assim, justifica-se uma nova discussão e conseqüente reprogramação das ações e serviços de saúde, principalmente com o advento das novas publicações relacionadas à regionalização em saúde, desde o Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, trazendo conceitos importantes tais como Região de Saúde; Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde (COAP), regulamentado pela Resolução CIT nº 44, de 25 de abril de 2019; Portas de Entrada; Comissões Intergestores; Mapa de Saúde; RAS; Serviços Especiais de Acesso Aberto; Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas e Planejamento em Saúde.

A evolução da população desde a última reprogramação geral da PPI até o ano 2020 (Tabela 5) demonstra que no total, a população da Região de Saúde Central de Goiás teve um crescimento de 16,39%, onde o município de Goiânia representa 79,35% do total da população da Região de Saúde. O município de Santo Antônio de Goiás destaca-se pelo maior crescimento da Região de Saúde (33,58%) e o município de São Francisco de Goiás com o menor crescimento (2,42%). Destaca-se que 6 municípios tiveram resultado negativo: Araçu, Avelinópolis, Ouro Verde de Goiás, Petrolina de Goiás, Santa Rosa de Goiás e Taquaral de Goiás.

Tabela 5 – Base Populacional (Base PPI x IBGE).

MUNICÍPIO	BASE PPI	IBGE	EVOLUÇÃO
Abadia de Goiás	7.017	8.958	27,66%
Anicuns	20.361	21.981	7,96%
Araçu	3.784	3.486	-7,88%
Avelinópolis	2.450	2.409	-1,67%
Brazabrantes	3.254	3.746	15,12%
Campestre de Goiás	3.399	3.649	7,36%
Caturaí	4.703	5.101	8,46%
Damolândia	2.754	2.953	7,23%
Goiânia	1.318.142	1.536.097	16,54%
Goianira	34.852	45.296	29,97%
Guapó	13.976	14.207	1,65%
Inhumas	48.579	53.259	9,63%
Itaguari	4.513	4.685	3,81%
Itauçu	8.593	8.960	4,27%
Jesópolis	2.306	2.506	8,67%
Nazário	7.980	9.260	16,04%
Nerópolis	24.643	30.395	23,34%
Nova Veneza	8.261	10.018	21,27%
Ouro Verde de Goiás	4.015	3.723	-7,27%
Petrolina de Goiás	10.282	10.261	-0,20%
Santa Bárbara de Goiás	5.809	6.634	14,20%
Santa Rosa de Goiás	2.870	2.252	-21,53%
Santo Antônio de Goiás	4.821	6.440	33,58%
São Francisco de Goiás	6.119	6.267	2,42%
Taquaral de Goiás	3.540	3.521	-0,54%
Trindade	106.261	129.823	22,17%
TOTAL	1.663.284	1.935.887	16,39%

Fonte: SISSPI/Ministério da Saúde (Referência: outubro/2020); IBGE (Estimativa 2020).

Como particularidade do Estado de Goiás, é importante destacar que a composição é de 246 municípios, sendo 101 deles com menos de 5.000 habitantes (41%) e 13 municípios acima de 100.000 habitantes (5%), ou seja, uma importante representatividade de municípios pouco populosos.

Conforme nota técnica do IBGE **Popclock Projeção 2013**, as projeções de população são elaboradas com base nas informações sobre as componentes da dinâmica demográfica (mortalidade, fecundidade e migração), investigadas nos Censos Demográficos, Pesquisas Domiciliares por Amostra e oriundas dos registros administrativos de nascimentos e óbitos. Cada revisão da projeção incorpora, à época de sua realização, informações mais recentes sobre esses componentes, e/ou mudanças metodológicas de cálculo da projeção, devidamente explicitados nas respectivas Metodologias (*Resumo Metodológico para obtenção de estimativas mensais da população com data de referência nos dias 1º de cada mês*).

Essas projeções têm fundamental importância para o cálculo de indicadores sociodemográficos, bem como alimentam as bases de informações de Ministérios e Secretarias Estaduais de diversas áreas, para a implementação de políticas públicas e posterior avaliação de seus respectivos programas. Além disso, das projeções populacionais derivam as estimativas municipais de população que, em conjunto, constituem o principal parâmetro para a distribuição, conduzidas pelo TCU, das quotas partes relativas ao Fundo de Participação de Estados e Municípios.

Assim, a alteração do parâmetro populacional na atual ferramenta da PPI ocasionaria um cenário de aumento na necessidade de internações hospitalares, ou seja, com impacto direto no financiamento das ações e serviços de saúde.

Acontece que, em 2010, o Estado de Goiás dispunha de um Limite Financeiro Anual para a MAC de R\$ R\$ 712.727.202,50 (setecentos e doze milhões, setecentos e vinte e sete mil, duzentos e dois reais e cinquenta centavos). Com os dados populacionais do ano de 2010, ao consolidar todas as reprogramações municipais, o Estado de Goiás obteve um déficit para a MAC em torno de R\$ 150.000.000,00 (Anual). Tal situação foi discutida com o MS, com a perspectiva de aporte de recursos federais, mas não sem êxito na recomposição financeira.

No intuito de realizar as reprogramações dentro do limite financeiro disponível na época, o Grupo Condutor Estadual, posteriormente pactuado na CIB, deliberou por contingenciar o parâmetro CIB, definindo o percentual de 6,08% do total da população.

Nesse contexto, a programação atual contingenciada de financiamento do Estado de Goiás impede um planejamento voltado às necessidades da população, ou seja, na contramão do processo de regionalização em saúde. A proposta em questão seria otimizar os recursos disponíveis atualmente, reprogramando as ações e serviços, em uma perspectiva de visualizar o real déficit, a fim de se possa buscar novas formas de financiamento.

Atualmente, o Limite Financeiro de Média de Alta Complexidade (Anual) do Estado de Goiás é de R\$ 1.443.698.322,97 (um bilhão, quatrocentos e quarenta e três milhões, trezentos e vinte e dois mil e noventa e sete centavos), referência Setembro de 2021, representados nos percentuais a seguir.

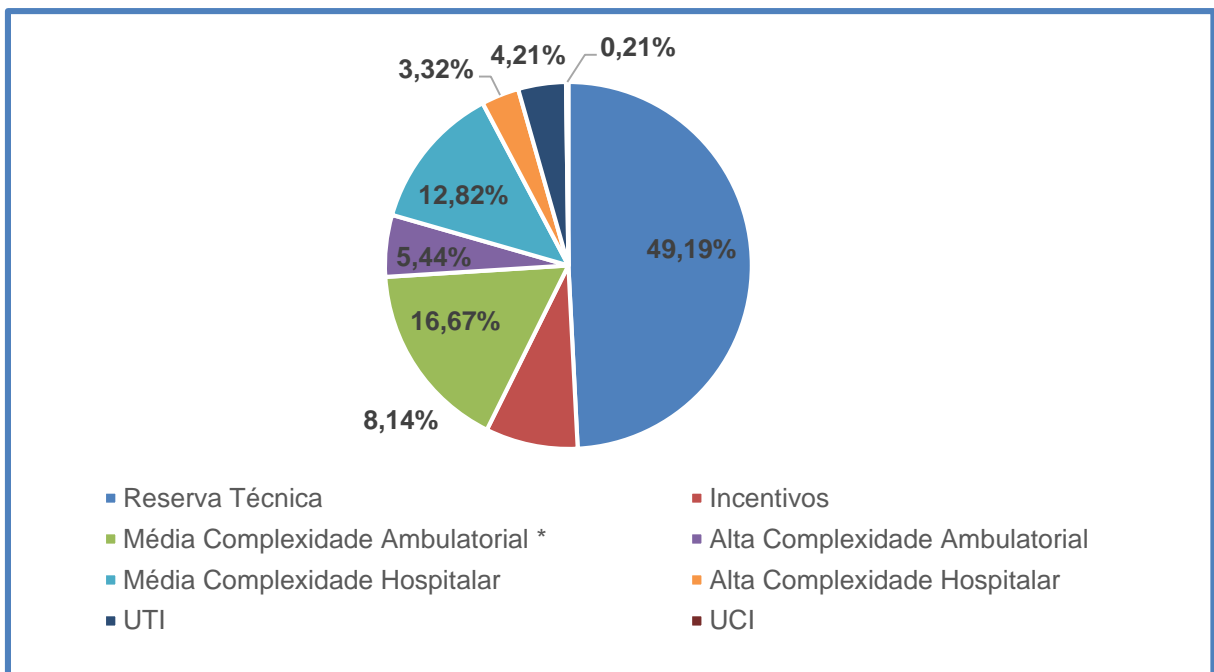


Gráfico 3 – Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Goiás.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

Na representatividade da programação anual da assistência de Média e Alta Complexidade, verificamos a seguinte situação: Média Complexidade Ambulatorial – 16,67% (R\$ 239.640.156,65), Média Complexidade Hospitalar – 12,82% (R\$

184.281.910,93), Incentivos – 8,14% (R\$ 117.058.964,59 - SAMU, CEO, dentre outros), Alta Complexidade Ambulatorial – 5,44% (R\$ 78.204.009,20), UTI/UCI – 4,42% (R\$ 63.480.539,52) e Alta Complexidade Hospitalar – 3,32% (R\$ 47.699.420,55). O que é mais relevante é o alto percentual de Recursos não Programados – 49,19% (R\$ 706.976.532,46), destinados como Reserva Técnica.

Esses recursos estão alocados nos limites para a MAC dos municípios e da Gestão Estadual, mas que não têm uma destinação específica na alocação, ou seja, são recursos que compõem o limite financeiro para a MAC, mas que não têm uma transparência em sua programação. É um cenário preocupante, pois não existe um alinhamento entre a programação e a destinação específica de uso dos recursos, seguindo a lógica da regionalização em saúde.

Analisando-se a distribuição por município, observa-se no Gráfico 4 uma grande concentração de recursos financeiros para a MAC em 3 polos, representando 57,72% de recursos programados: Goiânia com 37,66% (R\$ 543.699.436,80), Aparecida de Goiânia com 12,80% (R\$ 184.728.579,85), Anápolis com 7,26% (R\$ 104.827.446,36) e demais municípios (243) com 28,91% (R\$ 417.436.924,08).

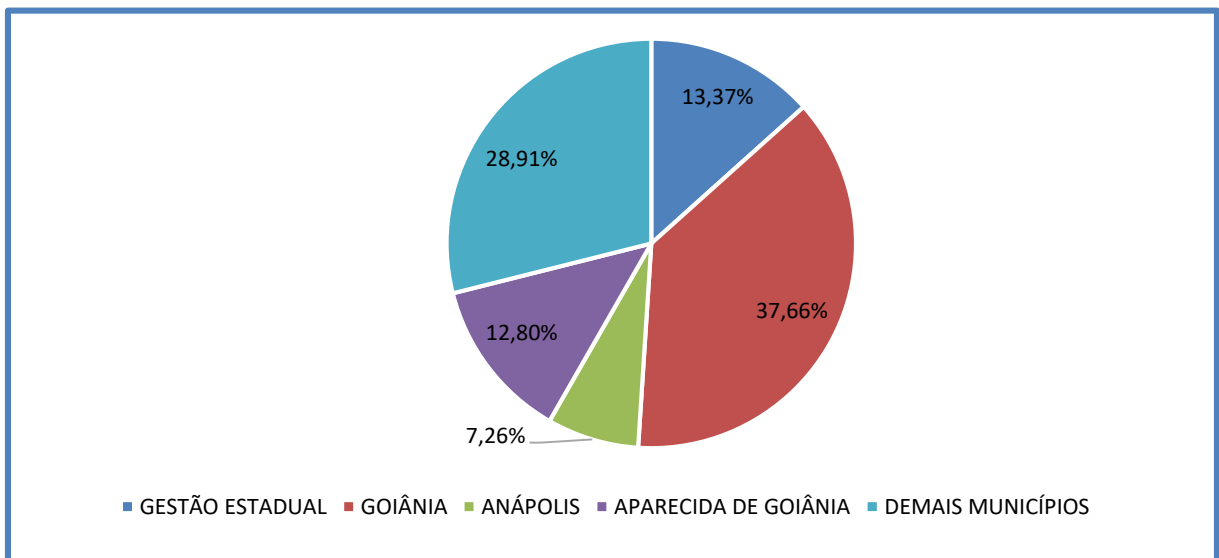


Gráfico 4 – Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade do Estado de Goiás – Representatividade.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023 (Referência: setembro/2021).

Nesse contexto impõe-se a seguinte indagação: essa concentração está alinhada com a oferta de serviços das Regiões de Saúde do Estado de Goiás? Há

recursos alocados nesses 3 municípios de serviços que podem ser ofertados à população nas demais Regiões de Saúde do Estado, proporcionando o acesso mais oportuno?

Essas questões devem ser debatidas de maneira mais profunda nas Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e deliberadas em uma nova lógica de programação na Comissão Intergestores Bipartite.

Em síntese, a composição do limite financeiro para a MAC de cada município é a soma dos limites financeiros para a população própria e referenciada, mais os valores contidos na Reserva Técnica. As referências interregionais dentro e fora do Estado devem seguir a mesma metodologia.

Conforme Manual de Diretrizes da Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde, da Série Pactos pela Saúde (2006), a consolidação dos limites financeiros municipais, que compõe o limite financeiro do Estado de Goiás, será realizada através das informações dos quadros da Programação Pactuada Integrada, identificando os limites financeiros supracitados, incluindo a parcela relativa à população de outros Estados. Essa consolidação deverá ser objeto de decisão da CIB, dando publicidade em órgão oficial no estado e, posteriormente, encaminhada ao MS para publicação e início da vigência.

A atualização das programações deverá acompanhar os processos de planejamento e mudanças motivadas por abertura e fechamento de serviços, formalização de novos pactos de referência, incremento de limites financeiros, alterações nos valores de tabela, devendo vislumbrar sempre ajuste periódicos. Essa atualização é fundamental para a coerência das funções de regulação, avaliação e controle. No Estado de Goiás, a atualização das referências acontece trimestralmente, conforme pactuação CIB, por meio da Resolução CIB nº 56/2021 e Portaria GM/MS nº 1097/2006. Porém, caso tenha necessidade esta atualização poderá ocorrer mensalmente.

7.3. Programação Hospitalar de Média Complexidade por Referência – Leitos Clínicos

O presente estudo limitou-se a analisar os dados e informações da Programação Pactuada Integrada dos Leitos Clínicos de Média Complexidade, sendo

o modelo de pactuação por Referência, dos municípios da Região de Saúde Central do Estado de Goiás. No Gráfico 5 demonstra-se a programação municipal para a MAC por referência de atendimento e especialidade.

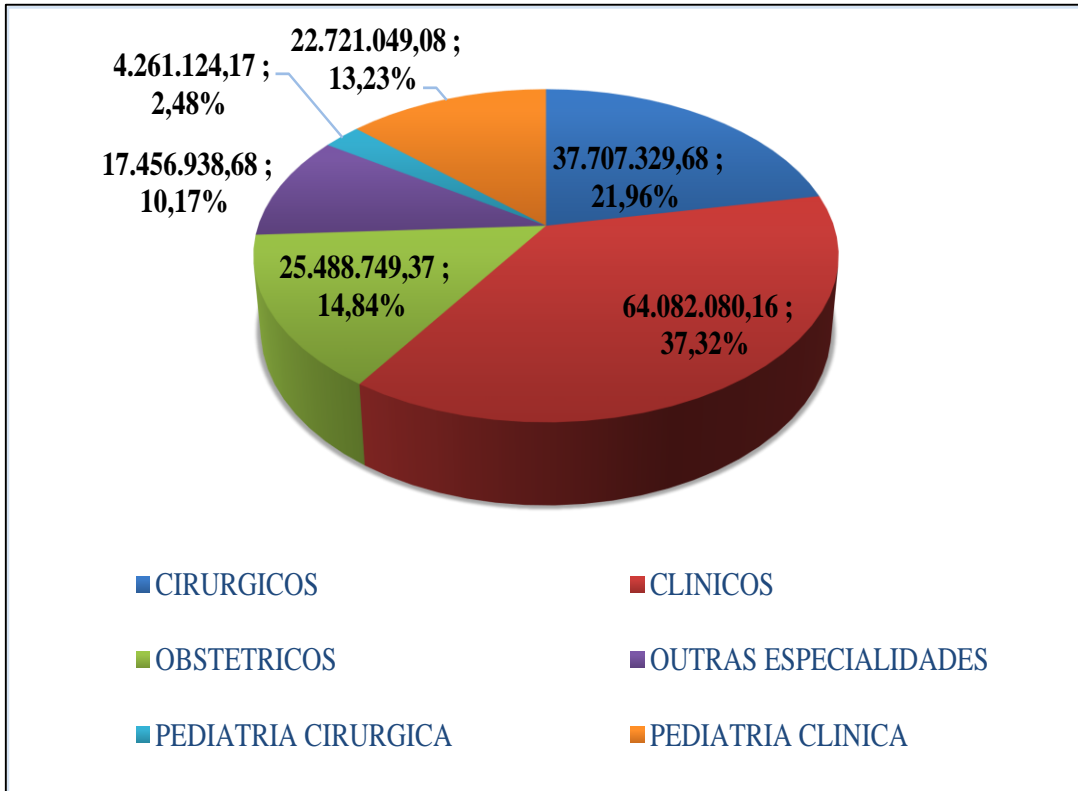


Gráfico 5 – Programação Municipal de Média e Alta Complexidade por Referência/Especialidade (Anual).

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023 (Referência: outubro/2020).

Na programação de Média Complexidade por Referência de leitos Clínicos, o Estado de Goiás tem o valor total (anual) de R\$ 64.082.080,16 para custeio de recursos federais das ações e serviços de saúde. Os municípios da Região de Saúde Central representam 51,49% deste montante, sendo o município de Goiânia com 95,24% do total de recursos programados na região de Saúde.

A Tabela 6 mostra que o município de Anicuns possui recursos federais programados, porém não teve nenhuma produção hospitalar informada. O município de Nova Veneza teve 8 remessas justificadas de processamento hospitalar e 4 remessas não enviadas ao DATASUS. Os valores anuais programados para estes municípios são da ordem de R\$ 125.681,31 e R\$ 10.173,81, respectivamente.

Tabela 6 – Programação Municipal Hospitalar por Referência (Anual) – Leitos Clínicos.

MUNICÍPIO EXECUTOR	FINANCEIRO
Anicuns	125.681,31
Araçu	21.245,87
Avelinópolis	13.508,37
Caturai	16.777,94
Damolândia	7.644,89
Goiânia	31.425.270,57
Goianira	118.939,88
Inhumas	371.906,49
Itauçu	19.507,42
Nerópolis	213.533,82
Nova Veneza	10.173,81
Petrolina de Goiás	75.879,89
Santa Bárbara de Goiás	26.360,52
Santa Rosa de Goiás	16.821,56
Santo Antônio de Goiás	18.297,89
Taquaral de Goiás	16.943,86
Trindade	497.713,35
Total	32.996.207,44

Fonte: SISPP/Ministério da Saúde (Referência: outubro/2020).

A pactuação por especialidades para os leitos clínicos, no estado de Goiás, está distribuída conforme a Tabela 7. O fato de as outras especialidades não estarem contempladas em Leitos Clínicos, não quer dizer que não exista alguma programação específica, podendo ter sido objeto de alocação de recursos para o restante dos leitos (Cirúrgicos, Obstétricos, Outras Especialidades, Pediatria Clínica e Pediatria Cirúrgica).

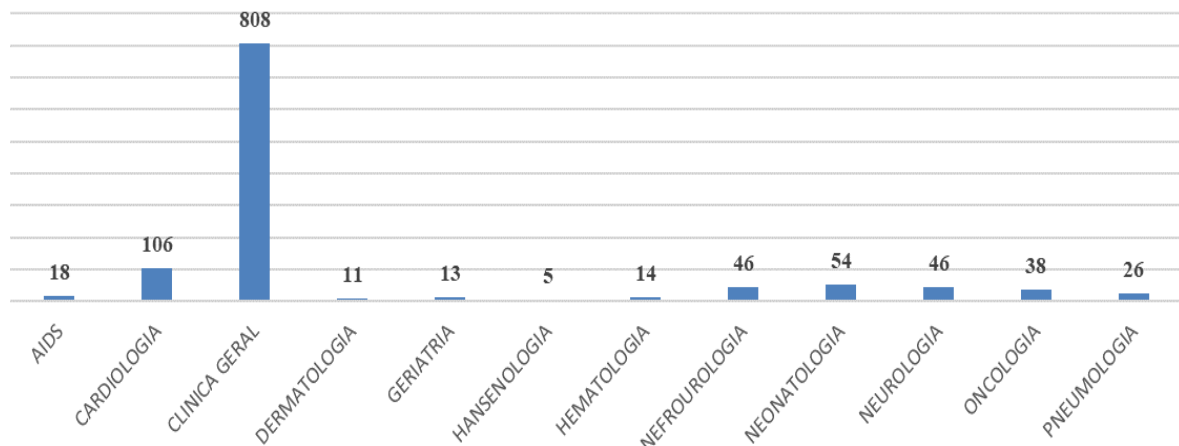
O Grupo Condutor Estadual, com representatividade da SES e do COSEMS, através de estudos técnicos e vislumbrando a escassez de recursos federais disponíveis, trabalhou na definição de quais leitos/especialidades, no âmbito da Programação Hospitalar, seriam objeto de oferta e custeio para a população do Estado de Goiás. A época, as especialidades para programação na PPI foram selecionadas conforme os seguintes critérios: especialidades que contemplavam RAS prioritárias, leitos com demandas específicas, sendo os demais leitos não contemplados anteriormente agregados nas especialidades de Clínica Geral e/ou Cirurgia Geral.

Tabela 7 – Pactuação dos Leitos Clínicos por Especialidade no Estado de Goiás.

LEITOS	PPI – Referência	PPI – Abrangência
AIDS		X
CARDIOLOGIA		
CLÍNICA GERAL	X	X
DERMATOLOGIA		X
GERIATRIA		
HANSENOLOGIA		
HEMATOLOGIA		
LEITO/DIA		
NEFRO/UROLOGIA	X	
NEONATOLOGIA		
NEUROLOGIA	X	X
ONCOLOGIA		X
PNEUMOLOGIA		
SAÚDE MENTAL		
QUEIMADO ADULTO		
QUEIMADO PEDIÁTRICO		

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023 (Referência: outubro/2020).

Com relação ao cenário de oferta de Leitos Clínicos por Especialidade, nos municípios da Região de Saúde Central, tem-se a seguinte situação (Gráfico 6):

**Gráfico 6 – Quantidade de Leitos Clínicos por Especialidade na Região de Saúde Central – Estado de Goiás.**

Fonte: TABWINCNES/DATASUS/MS. Competência: outubro de 2020.

É importante destacar que a lógica da programação na ferramenta Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SISSPI) é realizada conforme

encaminhamentos das internações, onde os Gestores Municipais pactuam entre si, através do Termo de Compromisso de Acesso, a garantia das referências de atendimentos nas diferentes especialidades. O cálculo da programação dar-se-á pelo quantitativo de internações encaminhadas pelo município encaminhador, multiplicado pelo valor médio da internação hospitalar do município no qual o paciente será atendido, ou seja, o município executor.

O valor médio da internação do município executor não fica disponível na programação em nível municipal e, sim, somente na programação estadual, uma vez que a gestão estadual do SUS é o ente que coordena e consolida as pactuações intermunicipais. Esse valor está parametrizado na ferramenta conforme produção hospitalar aprovada e enviada ao MS, no ano de 2010, pelos municípios.

Desse modo, verifica-se a importância do registro qualificado dos dados e o envio das remessas de processamento hospitalar ao MS, pois se torna um dos subsídios para a tomada de decisão do gestor, verificando a disponibilidade de capacidade instalada no município executor.

O resultado do valor programado dos atendimentos a serem realizados fora do município será automaticamente remanejado do Limite Financeiro para a MAC do Município Encaminhador para o Limite Financeiro para a MAC do Município Executor.

Diante desse fato, fica evidente que o gestor deve munir-se de informações para subsidiar suas pactuações com outros municípios, pois caso contrário poderá encaminhar pacientes para municípios que não detêm capacidade instalada para ofertar os devidos serviços de saúde, gerando desassistência aos seus munícipes.

7.4. Programação Pactuada Integrada – Análise Município Encaminhador x Município Executor

Analisando as pactuações dos 26 municípios da Região Central do Estado de Goiás, verifica-se que todos os municípios possuem pactuação com o Município de Goiânia, revelando o alto grau de dependência em relação ao município-polo. Esse grau de dependência demonstra a ausência de oferta de leitos clínicos para a população da Região de Saúde.

Ainda nas pactuações, observam-se algumas referências em dois municípios-polo de outras Macro/Regiões de Saúde: Anápolis e Aparecida de Goiânia. Dentre os municípios, apenas 4 deles possuem 100% de encaminhamentos de internações hospitalares, tendo como referência o município de Goiânia. Os demais dividem suas referências para Anápolis, Aparecida de Goiânia, Nerópolis e Goiânia. No município de Nerópolis, existe grande oferta de serviços, pois tem-se uma contratualização com um estabelecimento de saúde privado, sem fins lucrativos, o Hospital Sagrado Coração de Jesus, sendo referência nos atendimentos de Média e Alta Complexidade Hospitalar, inclusive para outras Macrorregiões de Saúde do Estado de Goiás.

Com relação à programação hospitalar, no aspecto financeiro, do valor total programado no Município de Goiânia de R\$ 31.425.270,57, o montante de 56% dos recursos provém de outros municípios, que referenciaram seus atendimentos de internações em Leitos Clínicos para a Capital. É importante ressaltar que o município de Goiânia é um grande comprador de serviços da rede privada, pois não possui rede própria suficiente para o atendimento hospitalar. As pactuações financeiras para a oferta de Leitos Clínicos dos municípios da Região de Saúde Central são detalhadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Pactuação Financeira de Leitos Clínicos por Referência na Região de Saúde Central – Estado de Goiás.

Município Encaminhador	Município Executor	Financeiro	% Referência
Abadia de Goiás	Goiânia	92.946,97	100,00%
Anicuns	Anicuns	125.681,31	68,27%
	Goiânia	58.420,94	31,73%
Araçu	Araçu	21.245,87	82,90%
	Goiânia	4.381,00	17,10%
Avelinópolis	Avelinópolis	13.508,37	69,89%
	Goiânia	5.819,64	30,11%
Brazabrantés	Goiânia	29.183,66	76,72%
	Goianira	8.855,25	23,28%
Campestre de Goiás	Goiânia	45.110,83	100,00%
Caturai	Caturai	16.777,94	48,68%
	Goiânia	17.687,78	51,32%
Damolândia	Damolândia	7.644,89	30,97%
	Goiânia	17.039,58	69,03%
Goiânia	Goiânia	15.243.732,79	100,00%
Goianira	Goiânia	299.948,23	73,15%
Goianira	Goianira	110.084,63	26,85%
Guapó	Goiânia	185.893,93	100,00%

Inhumas	Goiânia	150.136,00	28,76%
	Inhumas	371.906,49	71,24%
Itaguari	Goiânia	59.795,17	100,00%
	Goiânia	58.735,26	75,07%
Itauçu	Itauçu	19.507,42	24,93%
	Anápolis	12.053,64	41,62%
	Goiânia	14.768,79	50,99%
Jesúpolis	Nerópolis	2.139,17	7,39%
	Goiânia	106.014,09	100,00%
Nazário	Goiânia	79.462,46	32,31%
	Nerópolis	166.472,04	67,69%
Nova Veneza	Goiânia	89.901,88	89,83%
	Nova Veneza	10.173,81	10,17%
	Anápolis	24.142,52	50,17%
Ouro Verde de Goiás	Goiânia	9.003,78	18,71%
	Nerópolis	14.974,20	31,12%
	Anápolis	8.862,70	8,08%
	Aparecida de Goiânia	2.697,44	2,46%
Petrolina de Goiás	Goiânia	12.017,97	10,95%
	Nerópolis	10.268,03	9,36%
	Petrolina de Goiás	75.879,89	69,15%
Santa Bárbara de Goiás	Goiânia	34.119,75	56,41%
	Santa Bárbara de Goiás	26.360,52	43,59%
Santa Rosa de Goiás	Goiânia	4.202,41	19,99%
	Santa Rosa de Goiás	16.821,56	80,01%
Santo Antônio de Goiás	Goiânia	35.372,29	65,91%
	Santo Antônio de Goiás	18.297,89	34,09%
	Anápolis	29.945,50	40,17%
São Francisco de Goiás	Goiânia	24.924,51	33,43%
	Nerópolis	19.680,38	26,40%
Taquaral de Goiás	Goiânia	18.516,68	52,22%
	Taquaral de Goiás	16.943,86	47,78%
Trindade	Goiânia	903.817,15	64,49%
	Trindade	497.713,35	35,51%
TOTAL		19.249.592,21	

Fonte: Elaborado pelo autor (Referência: outubro/2020).

Ao se comparar a Pactuação de Leitos Clínicos por Referência (Tabela 8) com a oferta de Leitos Clínicos por Especialidade nos municípios da Região de Saúde Central (Tabela 9), verifica-se a concentração de pactuação e referência de atendimento no município de Goiânia.

Tabela 9 – Quantitativo de Leitos Clínicos por Município e Especialidade na Região de Saúde Central – Estado de Goiás.

Município	AIDS	CARDIOLOGIA	CLINICA GERAL	DERMATOLOGIA	GERIATRIA	HANSENOLOGIA	HEMATOLOGIA	NEFROUROLOGIA	NEONATOLOGIA	NEUROLOGIA	ONCOLOGIA	PNEUMOLOGIA	Total
520130 Anicuns	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
520160 Araçu	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
520280 Avelinópolis	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
520520 Caturai	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10
520680 Damolândia	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
520870 Goiânia	18	100	572	11	13	5	14	44	54	45	36	25	937
520880 Goianira	0	4	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
521000 Inhumas	0	0	27	0	0	0	0	0	0	0	2	0	29
521140 Itaçu	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6
521440 Nazário	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
521450 Nerópolis	0	2	13	0	0	0	0	2	0	1	0	1	19
521680 Petrolina de Goiás	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
521910 Santa Bárbara de Goiás	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
521950 Santa Rosa de Goiás	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7
521973 Santo Antônio de Goiás	0	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
522100 Taquaral de Goiás	0	0	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
522140 Trindade	0	0	66	0	0	0	0	0	0	0	0	0	66
Total	18	106	808	11	13	5	14	46	54	46	38	26	1.185

Fonte: TABWINCNES/DATASUS/MS - Competência Setembro de 2020

Observa-se que há leitos SUS disponíveis na região de saúde, mas não há programação específica na PPI, em especialidades como Cardiologia, Geriatria, Hansenologia, Hematologia, Neonatologia e Pneumologia nos municípios, exceto no município de Goiânia, ou seja, um completo esvaziamento das demais especialidades na Região de Saúde Central. Diante disto, é necessária uma discussão e planejamento adequado para a proximidade destas especialidades nos demais municípios.

Assim, existe uma ausência de planejamento entre a atual oferta de leitos na Região de Saúde e o que está programado e financiado nas ações e serviços de saúde. É importante ressaltar que os leitos disponíveis no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), podem não refletir a realidade, por diversos fatores:

- Ausência de uma atualização regular e contínua pelo Gestor da Unidade de Saúde na base do CNES;
- Rotatividade de profissionais de saúde lotados na Gestão, ocasionando um lapso temporal para as devidas atualizações;
- Existência de uma cultura no CNES alinhada aos aspectos de faturamento (aprovação de produção ambulatorial e hospitalar nos Sistemas de Informação em Saúde) e repasse de recursos federais aos gestores estaduais e municipais (o CNES auxilia o MS no dimensionamento da

capacidade instalada da rede assistencial; identificação de demandas de serviços; e controle de repasses do governo aos estabelecimentos).

Um fator importante a ser considerado em uma pactuação de serviços de saúde, entre município encaminhador e município executor, é o comportamento dos encaminhamentos dos atendimentos entre os municípios da região de saúde.

Somente os municípios de Goiânia e Trindade possuem quantitativo acima de 50 Leitos Clínicos disponíveis ao SUS (Tabela 8), significando baixa resolubilidade e má relação custo-efetividade; onde, via de regra, as unidades não se caracterizam como um ponto de atenção em rede, ou seja, não possuem um papel claro de sua missão na rede em que estão inseridas.

Como agravante deste cenário, nos municípios em que há Hospitais de Pequeno Porte, estes apresentam índices bem abaixo do ideal e, por realizarem mais procedimentos de média complexidade, o retorno financeiro acaba sendo menor, resultando em maior custo para sua manutenção.

Conforme dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde/CNES, o Estado de Goiás atualmente possui 194 hospitais públicos, totalizando 7.200 leitos SUS ofertados à população. Desse total, 164 unidades hospitalares possuem menos de 50 leitos SUS ofertados à população, ou seja, um índice de 84% de hospitais de pequeno porte

A Tabela 10 demonstra o comparativo da produção hospitalar (atendimentos) e quantitativo programado para atendimento do município executor. A referência selecionada foram os atendimentos e pactuações de serviços de saúde do município de Goiânia.

Tabela 10 – Porcentagem de produção hospitalar por município de residência e município de atendimento da Região Central x Programação hospitalar por referência no município de Goiânia.

Município de Residência / Município de Atendimento	520160 Araçu	520280 Avelinópolis	520520 Caturai	520680 Damolândia	520870 Goiânia	520870 Goiânia - Pactuação	Goiânia - % (Produção x Pactuação)	520880 Goianira	521000 Inhumas	521140 Itaçu	521450 Nerópolis	521680 Petrobrás	521910 Santa Bárbara de Goiás	521950 Santa Rosa de Goiás	521973 Santo Antônio de Goiás	522100 Taquaral de Goiás	522140 Trindade	Total
520005 Abadia de Goiás	0	0	0	0	663	171	287,72%	0	0	0	1	0	0	0	0	0	62	900
520130 Anicuns	5	0	0	0	605	115	426,09%	0	0	0	3	0	0	0	0	0	67	799
520160 Araçu	141	0	2	0	155	9	1622,22%	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	327
520280 Avelinópolis	1	18	0	0	111	11	909,09%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	156
520360 Brazabrantes	0	0	1	0	153	54	183,33%	42	5	0	1	0	0	0	1	0	1	260
520460 Campestre de Goiás	0	0	0	0	130	83	56,63%	0	0	0	4	0	0	0	0	0	76	294
520520 Caturai	0	0	45	0	219	34	544,12%	2	1	0	2	0	0	0	0	0	28	336
520680 Damolândia	0	0	0	187	125	32	290,63%	2	3	0	8	0	0	0	0	0	0	360
520870 Goiânia	4	2	4	2	61.568	32.476	89,58%	2	1	0	51	0	0	0	2	0	208	94.321
520880 Goianira	4	0	1	0	2.513	558	350,36%	1.434	2	0	9	0	0	0	1	0	177	4.703
520920 Guapó	3	0	0	0	734	342	114,62%	0	0	0	3	0	0	0	0	0	7	1.090
521000 Inhumas	16	0	6	0	1.455	294	394,90%	0	1.185	0	213	0	0	0	1	1	35	3.210
521056 Itaguari	0	0	0	0	210	110	90,91%	0	0	0	3	0	0	0	0	0	17	341
521140 Itaçu	4	0	0	0	234	110	112,73%	0	1	299	5	0	0	0	0	0	46	700
521205 Jesópolis	0	0	0	0	58	27	114,81%	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	89
521440 Nazário	0	0	0	0	297	195	52,31%	0	0	0	2	0	0	0	0	0	44	539
521450 Nerópolis	0	0	0	0	672	151	345,03%	0	2	0	1.044	0	0	0	1	1	2	1.876
521500 Nova Veneza	0	0	0	0	300	166	80,72%	1	0	0	26	0	0	0	1	0	0	495
521540 Ouro Verde de Goiás	0	0	0	0	57	17	235,29%	0	0	0	10	0	0	0	0	0	1	87
521680 Petrobrás	0	0	0	0	209	24	770,83%	0	0	0	32	1.005	0	0	0	0	4	1.282
521910 Santa Bárbara de Goi	2	0	0	0	268	63	325,40%	0	0	0	6	0	89	0	0	0	45	476
521950 Santa Rosa de Goiás	0	0	0	0	98	8	1125,00%	1	0	0	1	1	0	17	0	0	9	146
521973 Santo Antônio de Goi	0	0	0	0	289	66	337,88%	0	1	0	7	0	0	0	160	0	0	526
521990 São Francisco de Goi	0	0	0	0	118	47	151,06%	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	180
522100 Taquaral de Goiás	2	0	0	0	72	35	105,71%	0	0	0	0	0	0	0	0	70	4	184
522140 Trindade	0	0	1	0	4.303	1.682	155,83%	0	0	0	48	0	0	0	1	0	5.956	11.993
Total	182	20	60	189	75.616	36.880	105,03%	1.484	1.204	299	1.495	1.006	89	17	168	72	6.796	125.670

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

Ao comparar a execução dos atendimentos no município de Goiânia com a pactuação e referência de atendimentos dos municípios da Região de Saúde Central, observa-se um quantitativo acima do pactuado, conforme ferramenta SISPPi, ou seja, o município de Goiânia atende usuários de outros municípios com quantitativos bem divergentes, conforme pactuação entre os gestores de saúde.

Este cenário, ainda implica em outros resultados, como um déficit entre os gastos hospitalares (atendimentos) frente aos recursos alocados na programação hospitalar no município de Goiânia. Estes resultados demonstram que foi gerado um déficit de recursos hospitalares nos períodos do estudo (Tabela 11) na ordem de R\$ 25.330.163,78 (vinte e cinco milhões trezentos e trinta mil e cento e sessenta e três reais e setenta e oito centavos).

Tabela 11 – Produção hospitalar por município de residência e município de atendimento da Região Central x Programação hospitalar por referência no município de Goiânia.

Município	Programação	Reserva	Total***	Produção Hospitalar	Programação / Produção Hospitalar****
ABADIA DE GOIAS	-	3.499,27	3.499,27		3.499,27
ANICUNS	125.681,31	1.697,59	127.378,90		127.378,90
ARACU	21.245,87	69.784,08	91.029,95	49.802,08	41.227,87
AVELINOPOLIS	13.508,37	10.296,78	23.805,15	5.125,22	18.679,93
BRAZABRANTES	-	2.871,57	2.871,57		2.871,57
CAMPESTRE DE GOIAS	-	2.030,73	2.030,73		2.030,73
CATURAI	16.777,94	76.456,60	93.234,54	33.312,31	59.922,23
DAMOLANDIA	7.644,89	67.970,12	75.615,01	47.143,03	28.471,98
GOIANIA*	31.425.270,57	11.649.084,29	43.074.354,86	67.820.116,19	-24.745.761,33
GOIANIRA	118.939,88	37.100,43	156.040,31	623.592,00	-467.551,69
GUAPO	-	483.700,81	483.700,81		483.700,81
INHUMAS	371.906,49	3.016.674,66	3.388.581,15	189.827,21	3.198.753,94
ITAGUARI	-	6.822,50	6.822,50		6.822,50
ITAUCU	19.507,42	1,60	19.509,02	112.615,84	-93.106,82
JESUPOLIS	-	8.366,59	8.366,59		8.366,59
NAZARIO	-	125.881,57	125.881,57		125.881,57
NEROPOLIS	213.533,82	2.196.994,67	2.410.528,49	7.913.384,07	-5.502.855,58
NOVA VENEZA	10.173,81	10.890,05	21.063,86		21.063,86
OURO VERDE DE GOIAS	-	1.900,00	1.900,00		1.900,00
PETROLINA DE GOIAS	75.879,89	10.478,74	86.358,63	477.365,12	-391.006,49
SANTA BARBARA DE GOIAS	26.360,52	946,22	27.306,74	34.559,67	-7.252,93
SANTA ROSA DE GOIAS	16.821,56	2.883,46	19.705,02	6.025,24	13.679,78
SANTO ANTONIO DE GOIAS	18.297,89	54.099,08	72.396,97	67.791,48	4.605,49
SAO FRANCISCO DE GOIAS	-	16.679,24	16.679,24		16.679,24
TAQUARAL DE GOIAS	16.943,86	29.676,97	46.620,83	30.693,96	15.926,87
TRINDADE**	497.713,35	2.800.003,66	3.297.717,01	1.601.809,08	1.695.907,93
Total Geral	32.996.207,44	20.686.791,28	53.682.998,72	79.013.162,50	-25.330.163,78

* Incluída Produção Rede Própria SES

** Incluído Produção Cottolengo

*** Programação Média Complexidade Referência- Leito Clínico; Reserva Técnica: "SALDO"; "SALDO PPI"; "RESERVA PARA COMPENSAÇÃO MUNICIPAL"

****Produção: Set/19 a Ago/20

7.5. Indicadores de Desempenho

Ao se falar em gestão em saúde é importante destacar a análise de indicadores. Através deles é possível avaliar a oferta de serviços, gerando resultados na qual a Gestão poderá deliberar alguma intervenção. O indicador, portanto, dever servir para a melhoria contínua para dos processos de planejamento.

O cálculo de um indicador é apenas um começo do processo. É necessário que a informação seja constantemente atualizada e disponibilizada para as equipes das Unidades Hospitalares e da Gestão. A seguir serão trabalhados dois indicadores de desempenho hospitalar: Taxa de Ocupação Hospitalar e Tempo Médio de Permanência.

A utilização desses indicadores permite a aferição de produção e qualidade e são ferramentas importantes no planejamento e na tomada de decisões dos gestores. Ainda descrevem a realidade, ajudando a identificar problemas, mudanças e tendências, além de possibilitar comparar diferentes realidades. A Tabela 12 detalha as características dos indicadores, bem como a fórmula utilizada para esse estudo.

Tabela 12 – Caracterização e fórmula de cálculo dos principais indicadores utilizados neste estudo.

Indicador	Objetivo	Definição	Cálculo	Unidade
Taxa de Ocupação Hospitalar (TxOH)	Medir o grau de ocupação do hospital	Relação porcentual entre o número de pacientes-dia e o número de leitos-dia em determinado período	$\frac{\text{Número de pacientes-dia}}{\text{Número de leitos-dia}} \times 100$	Porcentagem
Média de Permanência (MP)	Acompanhar o tempo de internação de pacientes por clínica/ serviço	Relação entre o número de pacientes/dia por clínica e total de saídas por clínica em determinado período. Representa o tempo médio de permanência (dias) que os pacientes ficaram internados em cada clínica	$\frac{\text{Número de pacientes/dia}}{\text{Total de saídas}}$	Dias de Permanência

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

O período em análise foram os meses de setembro de 2019 a agosto de 2020. Os dados sobre produção hospitalar foram coletados nas bases de dados oficiais do MS, por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) – *Mês Internação*. Sobre os leitos operantes nos Municípios, utilizou-se a base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Conforme dados disponibilizados na Tabela 13, verifica-se uma baixa taxa de ocupação hospitalar em todos os municípios da Região de Saúde Central do Estado de Goiás, variando entre 24,78% e 55,82%. Uma das causas que podem influenciar nesse resultado são os meses sem envio de remessas de processamento hospitalar ao MS, principalmente pelos municípios de Anicuns e Nazário, apesar de terem leitos clínicos cadastrados no CNES.

Ainda, a Taxa de Ocupação Hospitalar representa o grau de utilização dos leitos disponíveis, de forma que, em geral valores muito baixos associam-se a menores níveis de eficiência. Entretanto, taxas elevadas podem indicar alta prevalência de comorbidades, baixa resolubilidade, pouca reserva para emergência e desequilíbrio entre oferta e demanda. Além disto, como os indicadores de utilização de leito são estritamente relacionados entre si, a taxa de ocupação hospitalar pode

ser influenciada pelo tempo médio de permanência e pelo índice de rotatividade de leitos.

Tabela 13 – Taxa de Ocupação Hospitalar – Setembro/2019 a Agosto/2020.

Município gestor	2019/Set	2019/Out	2019/Nov	2019/Dez	2020/Jan	2020/Fev	2020/Mar	2020/Abr	2020/Mai	2020/Jun	2020/Jul	2020/Ago
520130 Anicuns	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
520160 Araçuaçu	30,00%	9,26%	7,78%	8,15%	5,93%	8,15%	7,78%	4,07%	4,81%	3,70%	-	-
520280 Avelinópolis	1,43%	1,43%	7,14%	2,38%	0,95%	1,43%	2,86%	1,43%	3,33%	1,43%	-	2,38%
520520 Caturai	3,67%	2,67%	3,33%	4,67%	3,67%	5,33%	4,00%	-	1,33%	1,33%	0,33%	2,33%
520680 Damolândia	7,50%	18,33%	5,83%	5,00%	7,50%	15,00%	10,00%	7,08%	9,17%	8,33%	15,42%	6,67%
520870 Goiânia	64,52%	68,56%	70,37%	67,93%	67,80%	67,63%	48,59%	43,93%	45,12%	44,26%	51,20%	27,46%
520880 Goianira	39,17%	61,17%	24,83%	56,50%	55,67%	75,17%	48,17%	56,33%	72,67%	63,67%	56,67%	38,00%
521000 Inhumas	8,19%	12,36%	11,39%	14,86%	14,86%	6,39%	13,33%	9,72%	8,89%	6,44%	6,90%	5,52%
521140 Itaçu	68,33%	49,44%	57,22%	48,89%	80,00%	34,44%	65,00%	22,78%	25,56%	17,22%	25,56%	-
521440 Nazário	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
521450 Nerópolis	8,70%	6,09%	2,75%	5,51%	6,09%	5,80%	4,35%	3,04%	2,17%	6,96%	4,64%	4,91%
521500 Nova Veneza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
521680 Petrolina de Goiás	67,54%	53,51%	58,25%	47,19%	63,51%	64,04%	83,51%	63,16%	38,77%	55,79%	56,67%	43,33%
521910 Santa Bárbara de Goiás	15,33%	32,00%	18,67%	12,67%	14,00%	14,67%	15,33%	2,67%	-	-	-	26,00%
521950 Santa Rosa de Goiás	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
521973 Santo Antônio de Goiás	20,74%	20,37%	14,81%	30,74%	7,78%	22,59%	4,81%	5,56%	-	-	-	-
522100 Taquaral de Goiás	7,67%	5,00%	3,17%	3,50%	1,50%	3,33%	1,33%	0,67%	2,50%	0,33%	-	-
522140 Trindade	25,24%	20,60%	24,17%	26,01%	34,88%	35,36%	40,36%	21,25%	27,74%	43,04%	45,83%	25,05%
Total	52,88%	55,62%	55,60%	54,60%	55,72%	55,82%	42,88%	38,21%	39,39%	39,45%	44,92%	24,78%

Fonte: TABWINCNES/DATASUS/MS; TABWIN/DATASUS/MS.

A Tabela 13 demonstra a oscilação e tendência da Taxa de Ocupação nos 18 municípios da Região de Saúde Central. Fica evidente a necessidade de discussão e reformulação da Assistência Hospitalar no Estado de Goiás, tendo por escopo a qualidade da assistência, o cumprimento de metas contratualizadas, a eficiência e a transparência, o planejamento participativo, o papel das RAS, os fluxos regulatórios e os critérios de monitoramento e avaliação.

Da análise geral da Lei nº 8.080/1990, desponta ainda a responsabilidade das esferas de gestão que especificam as competências das Secretarias Estaduais de Saúde frente às metas e prioridades para a atenção hospitalar, o cofinanciamento, a contratualização e o monitoramento ou avaliação.

O período médio de permanência representa a duração da internação hospitalar, onde observa-se que este indicador costuma variar de acordo com o diagnóstico e o perfil do paciente, além do desenvolvimento tecnológico e os mecanismos de remuneração. De uma forma geral, pagamentos por procedimentos incentivam a redução dos prazos de permanência, situação oposta à remuneração por diária de internação.

Em tese, quanto maior a média de permanência, maior o consumo de recursos e menor a produtividade. Alguns fatores sociais e questões administrativas podem estar associados a grandes períodos de permanência:

- Infecção Hospitalar
- Atrasos na execução de procedimentos
- Falta de leitos complementares ou de retaguarda

Em contrapartida, menores prazos de internação podem associar-se a altas antecipadas, óbitos precoces, transferências externas e baixa resolubilidade, determinando a dispensa precoce de pacientes.

Com base na Portaria nº 1.631/2015/GM/MS, tem-se que a média da variação recomendada para o tempo médio de permanência nas internações em leitos gerais é de: clínica médica, 7,9 dias, considerando 7,5 (variação: 6,5 – 8,5) na faixa etária de 15 a 59 anos e de 8,5 dias (variação: 7,4 – 9,7) para os pacientes a partir de 60 anos.

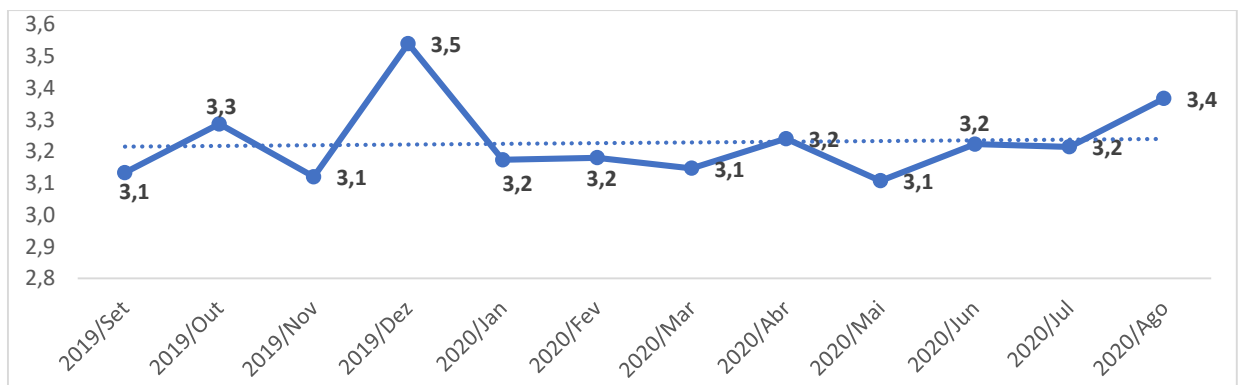


Gráfico 7 – Taxa Média de Permanência, no período de setembro/2019 a agosto/2020.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

No Gráfico 7 evidencia-se um média de permanência entre 3,1 e 3,5, ou seja, bem abaixo do preconizado. A baixa resolatividade dos Hospitais de Pequeno Porte também é verificada neste indicador, com um Tempo Médio de Permanência menor que 4 dias de internação. A pico evidenciado neste Gráfico (dezembro/2020), refere-se a ocorrência de taxas elevadas de média permanência hospitalar nos municípios de Nerópolis – 7,8 e Santa Rosa de Goiás – 8,0. Outra situação relevante é o número de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (Gráfico 8).

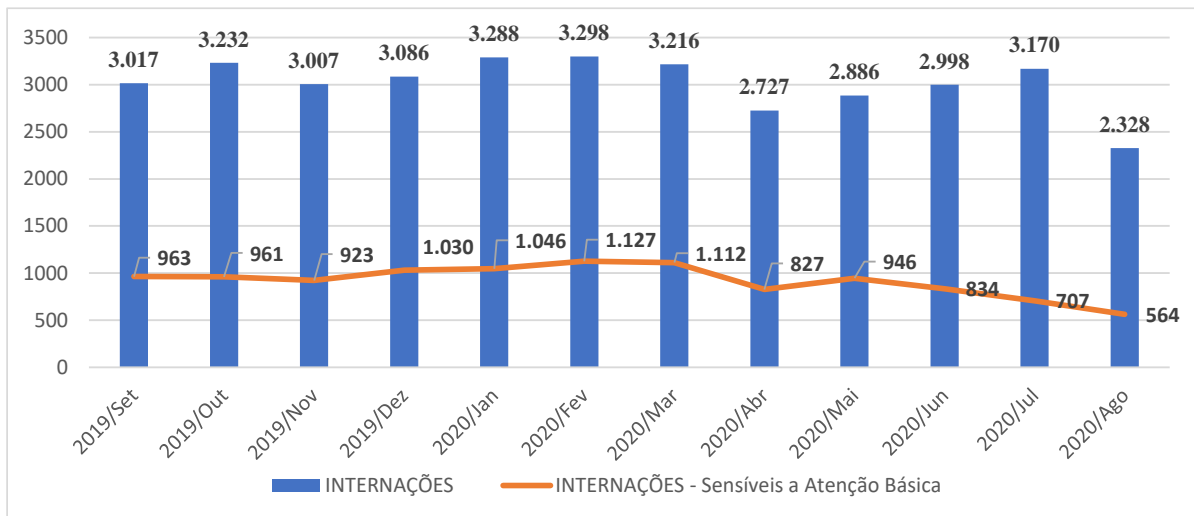


Gráfico 8 – Internações Sensíveis à Atenção Básica, no período de setembro/2019 a agosto/2020.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

É de amplo conhecimento que altas taxas de internação por condições sensíveis à atenção primária estão associadas a deficiências na cobertura dos serviços e/ou à baixa resolubilidade da atenção primária para determinados problemas de saúde, que consequentemente onera os outros níveis de complexidade.

Apesar desse indicador não fazer parte do “Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – SISPACTO” do MS, o Estado de Goiás pactuou a continuidade do acompanhamento deste indicador por meio da Resolução CIB nº 317/2014 e Resoluções CIR (Anexo II, que trata do modelo de pactuação regional), pois evidenciam problemas de saúde que necessitam de melhor avaliação e coordenação na implementação de políticas de saúde.

7.6. Proposição de critérios para alocação de recursos financeiros

A regionalização da saúde é um princípio organizativo do SUS, desde a sua concepção. O objetivo, em linhas gerais, é permitir uma maior coordenação de esforços entre entes da federação (municípios e o ente estadual), com ganhos de eficiência e na provisão da saúde.

Apesar de vários instrumentos regulatórios com a finalidade de colocar em prática os princípios da regionalização, começando pela NOAS 2001; o Pacto pela

Saúde (2006); o Decreto nº 7.508/2011 e a Resolução CIT nº 37/2018, algumas questões importantes ainda devem ser indagadas: em que medida a regionalização avançou no país? A regionalização foi induzida de fato pela normativas federais? Quais são os fatores que têm induzido ou restringido o movimento do sistema em direção à organização regional?

Neste estudo, buscar-se-á, também, concatenar elementos que auxiliem a uma análise empírica, com critérios para a otimização da alocação dos atuais recursos financeiros federais de média complexidade, visando à reorganização do sistema num desenho regional, alinhado à movimentação relacionada às normativas supramencionadas.

Dentre os inúmeros critérios que devem ser abordados, destacam-se:

- **Recursos físicos:** análise se houve a expansão de serviços de saúde na região de saúde em estudo, bem como a diminuição das distâncias médias entre pacientes e serviços (exemplo: expansão da Estratégia Saúde da Família – cobertura; a distância média para serviços de atenção básica, de urgência e emergência e de média complexidade). Esse cenário pode trazer a observação de aumento/diminuição nas desigualdades entre municípios de uma mesma região. Um aumento linear de recursos em direção a alguns municípios, em detrimento de outros, pode estar relacionado a um processo não coordenado de regionalização.
- **Evasão de internações:** é importante analisar o percentual de internações que acontecem fora do território do município, caso seja dentro da região ou mesmo em outra região de saúde. Em particular as internações com equipamentos mais especializados tendem a ocorrer mais fora do território ou mesmo da região. O aprofundamento da análise torna-se importante quando o resultado da realocação de internações ocorre de forma mais expressiva entre internações por condições não sensíveis à atenção primária ou entre condições de consideradas sensíveis à atenção primária. Os hospitais de pequeno porte tendem a responder pela queda de internações no município de residência, cedendo lugar a internações em polos e em hospitais de grande porte.
- **Fluxos de internação:** a reorganização dos fluxos de internações hospitalares é um ponto a ser destacado, pois pode ocorrer de forma mais direcionada a

outros municípios da região, especialmente no município-polo, em detrimento do município de residência dos pacientes. Essa indicação poderia acontecer na ocorrência de ganhos de escala?

Os estudos em geral analisam também a dispersão de recursos físicos por complexidade entre municípios, notando uma concentração de recursos de alta complexidade em poucos municípios e maior dispersão de recursos de menor complexidade. Viacava *et al.* (2019) reportam os municípios de internação ou atendimento mais frequentes e mapeiam os deslocamentos para diversas condições e procedimentos, para o período de 2010 a 2012.

O principal resultado na literatura em âmbito nacional é que a proporção de internações dentro do município de residência diminuiu nas últimas décadas e, com isso, aumentou a distância média até o município de hospitalização. Servo *et al.* (2020) encontram uma redução na proporção de hospitalizações no Brasil que ocorreram no município de residência do paciente de 76,7% em 2002 para 70,7% em 2015, com um aumento na distância média de 22 km para 32 km no mesmo período. Segundo Viacava *et al.* (2019), os municípios mais importantes para realização de uma listagem de procedimentos, parte da identificação dos polos nacionais a partir de fluxos de alta complexidade (associados a uma maior distância percorrida por pacientes hospitalizados), e polos intra-estaduais (associados a menor distância percorrida), em fluxos de baixa e média complexidade.

A base de dados principal da propositura deve ser construída ao nível da região de saúde, tomando-se como exemplo o período de setembro de 2019 a agosto de 2020, com as seguintes informações: proporção de internações de residentes por local de ocorrência e causa da internação, disponibilidade de serviços assistenciais e recursos físicos, entre outras características sociodemográficas e assistenciais.

- **Região de Saúde:** Usa-se a relação de municípios e sua respectiva região de saúde, publicada nos bancos de dados oficiais dos Sistemas de Informação em Saúde/MS. Com esta relação, pode-se calcular estatísticas sobre os dados descritos— fluxos hospitalares, serviços de saúde e recursos — de acordo com o local de ocorrência ou disponibilidade no território, do ponto de vista dos municípios e a região de saúde.

- **Serviços de Saúde:** Para retratar a disponibilidade de serviços de saúde de diversos níveis de complexidade, usamos primeiro dados de cobertura populacional por município dos programas Estratégia Saúde de Família (ESF) nos meses supracitados. Em seguida, olhamos para a existência de atendimento em caráter de emergência no SUS, a partir do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES/Datasus), no mesmo período.
- **Fluxos hospitalares:** Os Fluxos de internações hospitalares intermunicipais podem ser obtidos por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/Datasus), agregando o número de internações segundo a variável município de residência-ocorrência para os meses supracitados. Tanto o total quanto internações por diferentes causas — identificada pelo código CID10 do diagnóstico principal — podem ser analisados. Com o objetivo de capturar heterogeneidades por diferentes condições e complexidades, as causas de hospitalização também podem ser divididas de acordo com três categorias: (i) condições sensíveis (CSAP) e não sensíveis à atenção primária; (ii) por causas específicas de hospitalização, separando diabetes, maternas (gravidez, parto e puerpério), cardiovasculares, câncer, infecciosas, causas externas e outras; (iii) por tipo de leito utilizado (leitos clínicos); (iv) por porte do estabelecimento hospitalar, considerando hospitais de pequeno porte (HPP) aqueles com até 50 leitos, médio porte (HMP) entre 51 e 150 leitos, e de grande porte (HGP) aqueles que possuem a partir de 151 leitos. Para cada ano, tipo de internação e município, medimos também a distância média percorrida por seus residentes até o município de internação a partir da distância linear entre as sedes administrativas do município de residência e de internação.

Nesse sentido, faz-se importante nessa proposta, três extensões importantes. A primeira é trabalhar com dados em painel “Gestão à Vista”. A segunda extensão consiste em analisar heterogeneidades para diferentes causas, porte hospitalar, tipo de leito utilizado e região geográfica em estudo, além de internações totais. A terceira é analisar a taxa de evasão nos tipos diferentes de destinos: (i) internações no próprio município de residência; (ii) internações em municípios-polo da região, fora do município de residência; (iii) em municípios não-polos dentro da região, fora do

município de residência. Assim, é possível estimar o modelo acima, separadamente para cada tipo de destino.

Em se tratando da complexidade do tema, vale ressaltar a importância de expansão da análise para as demais regiões e macrorregiões de saúde do Estado de Goiás, tanto para os recursos já alocados e programados no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade, como para o grande volume de recursos financeiros alocados na Reserva Técnica dos municípios.

De tudo o que foi explanado neste trabalho, é importante destacar que o advento da pandemia da COVID-19 pode impactar nas análises descritas anteriormente. Esta pandemia gerou uma elevada demanda emergencial e crescente ao SUS, principalmente na estrutura assistencial hospitalar brasileira, que historicamente já estava em um cenário de insuficiência, com ausência de integração aos sistemas locais e regionais e geograficamente mal distribuída, levando assim ao contestamento de seus indicadores de desempenho.

Ainda, além da severidade do subfinanciamento crônico, o que fazer para suprir essa impactante demanda por um grande número de leitos hospitalares (gerais e de Unidade de Terapia Intensiva – UTI), para o cuidado das vítimas acometidas pelo coronavírus?

O comparativo entre os objetivos propostos e os resultados/discussão no presente trabalho são evidenciados no Quadro 3, com o detalhamento das devidas informações.

Quadro 3. Objetivos Propostos X Resultados Encontrados.

Objetivos	Resultados Encontrados
Descrever a distribuição de recursos federais na região em estudo.	Na Programação de Média Complexidade por Referência de Leitos Clínicos, o Estado de Goiás tem o valor total (anual) de R\$ 64.082.080,16 para custeio de recursos federais das ações e serviços de saúde. Os municípios da Região de Saúde Central representam 51,49% deste montante, sendo o município de Goiânia com 95,24% do total de recursos programados na região de Saúde.

<p>Identificar o volume de consumo de serviços de internação hospitalar e seus limites financeiros aplicados para os municípios da região e no período em estudo.</p>	<p>Pactuação de leitos por Referência: praticam entre todos os municípios tem referência para Goiânia com índices acima de 50%. Observa-se um déficit financeiro entre o volume de consumo de recursos e os limites financeiros na ordem de R\$ 25.330.163,78 sendo o maior déficit no município de Goiânia, seguido pelo município de Nerópolis.</p>
<p>Analisar os indicadores de desempenho hospitalar dos municípios da região em estudo.</p>	<p>Baixa taxa de ocupação hospitalar em todos os municípios da Região de Saúde Central do Estado de Goiás, variando entre 24,78% e 55,82%; média de permanência entre 3,1 e 3,5, ou seja, bem abaixo do preconizado.</p>
<p>Identificar critérios de alocação de recursos de custeio na atenção hospitalar pública.</p>	<p>Alocação de recursos conforme oferta e consumo e não pela necessidade da população; concentração de recursos financeiros na região em estudo; Municípios com recursos financeiros alocados sem disponibilidade de Unidades de Saúde com perfil hospitalar.</p>
<p>Propor critérios de alocação de recursos de custeio para o desenvolvimento de uma nova proposta metodológica.</p>	<p>Redistribuir os recursos alocados/programados no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade e programados na Reserva Técnica dos municípios, considerando os critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos Físicos • Serviços de Saúde • Fluxo Hospitalares

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar os dados apresentados, visualiza-se um desarranjo na distribuição de recursos financeiros para custeio da atenção hospitalar na Região de Saúde Central do Estado de Goiás, no período estudado. Observam-se montantes de recursos que privilegiam a capacidade instalada de um município em detrimento de outro, com baixas taxas de ocupação hospitalar, confirmando uma resolutividade de atendimento insuficiente para o sistema público brasileiro.

Na programação de Média Complexidade por Referência de Leitos Clínicos, o Estado de Goiás tem um montante alocado de recursos federais de Média Complexidade de R\$ 64.082.080,16 (anual), para o custeio dos referidos leitos. Ocorre que 48,51% deste montante estão alocados no município de Goiânia, ou seja, observa-se uma concentração de recursos alocados para a capital do Estado de Goiás. É importante notar que os municípios de Anicuns, Brazabrantas, Campestre de Goiás, Guapó, Itaguari, Jesópolis, Nazário, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás e São Francisco de Goiás detêm recursos alocados em seus respectivos Limites Financeiros para a MAC, porém não há registro de atendimentos hospitalares em seu território. Esses recursos totalizam o montante de R\$ 775.631,91/ano, sendo então distribuídos na Programação Hospitalar e na Reserva Técnica.

Com relação às pactuações entre os municípios da Região de Saúde Central, destaca-se um descompasso entre o que está planejado e o consumo de recursos de média complexidade – leitos clínicos por referência. Como primeiro cenário, ficou evidente o direcionamento de atendimentos por especialidade para o município de Goiânia, retratando a dificuldade dos demais municípios em dispor de profissionais especialistas em seu território.

Para o enfrentamento dessa situação, é necessária uma discussão locorregional para contratação de tais profissionais, a fim de que ocorra a atratividade e consequentemente o acesso mais oportuno da população aos serviços de saúde. Ainda no comparativo entre o pactuado e a produção hospitalar, verificou-se um quantitativo divergente entre as duas variáveis. Mas vale ressaltar que é importante estudar a forma de entrada desses pacientes, ou seja, a forma de acesso aos atendimentos na capital, podendo ser de caráter de urgência ou eletivo.

Esses fatores resultaram em um déficit financeiro entre os recursos alocados na programação hospitalar frente ao consumo dos atendimentos hospitalares na

região em estudo, gerando um montante de R\$ 25.330.163,78. Nesse sentido, cabe lembrar que o financiamento do SUS ainda é considerado um dos maiores entraves para o sistema, pois tem-se uma Tabela de Procedimentos, Medicamentos e Órteses e Próteses que não retrata os custos reais dos serviços de saúde.

Em contrapartida a esse cenário descrito, é importante registrar que a busca pela excelência é um dos grandes desafios para as organizações hospitalares. A escassez de recursos na saúde faz com que as administrações hospitalares busquem ferramentas para auxiliar a sua gestão, na intenção de reduzir os custos e aumentar a eficiência nas organizações.

O presente estudo traz uma análise geral dos indicadores de desempenho (Taxa Média de Permanência Hospitalar; Taxa de Ocupação Hospitalar; Internações Sensíveis à Atenção Básica) de todas as Unidades Hospitalares da Região de Saúde Central, independente da natureza jurídica e do quantitativo de leitos ofertados a população.

Ficou evidente a existência de um baixo índice nos indicadores de média de permanência e da taxa de ocupação hospitalar, demonstrando não estar em conformidade com as normativas do SUS e com estudos de eficiência no âmbito hospitalar, que apontam para uma média de permanência abaixo de 4 dias e uma taxa de ocupação hospitalar entre 25% e 56%.

Com relação ao indicador de Internações Sensíveis à Atenção Básica, verifica-se que os quantitativos chegaram a 30% do volume total de internações no período do estudo, porém o percentual pactuado deste indicador é de 26,41%, conforme a Resolução nº 166/2017-CIB/GO. Nesse cenário é importante abordar que há necessidade de aprofundar a análise dos dados da Atenção Primária de Saúde (APS), na perspectiva da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios da Região de Saúde Central.

A reestruturação da APS se dá a partir da configuração do modelo pautado na ESF, fazendo-se necessária a avaliação da efetividade dessa estratégia nos distintos espaços onde se encontra instalada. Esse tipo de avaliação torna-se importante no nível municipal, uma vez que é de sua responsabilidade monitorar e avaliar a efetividade dos cuidados de saúde ofertados.

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, dispõe que o financiamento da saúde aconteça de forma tripartite, ou seja, União, Estados e Municípios devem aplicar valores mínimos na Saúde, o que acarreta maior ônus do

financiamento para os Estados e Municípios, que devem aplicar respectivamente, 12% e 15% da arrecadação anual dos impostos. A União deve aplicar o valor empenhado no exercício financeiro anterior com acréscimo do percentual relativo ao produto interno bruto do ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Diante de tudo que foi exposto, é necessário elencar alguns critérios para a otimização na alocação dos recursos de média complexidade na região em estudo. Como verificado, a Região de Saúde Central detém um grande volume de recursos alocados na reserva técnica (R\$ 20.686.791,28/ano), ou seja, sem programação e alocação específica para algum serviço de saúde. É necessário entender e detalhar a forma como foram construídos esses recursos e propor nova pactuação regional, com uma distribuição locorregional.

Essa proposta perpassa pelo redesenho e conformação das RAS na região de saúde, a fim de visualizar e planejar os pontos de atenção da rede assistencial e, conseqüente distribuir o financiamento conforme a resolutividade.

É importante ampliar essa discussão em fóruns regionais e macrorregionais, a fim de que os recursos financeiros, ainda que escassos, possam ser alocados de forma mais otimizada.

A complexidade desse tema requer mais estudos para o devido aprofundamento sobre os aspectos aqui abordados, pois há que se desvendar entraves para possíveis indicações de estratégias na saúde pública, com vistas a fortalecer a regionalização como processo inovador na implementação das políticas de saúde.

Evidencia-se que as agendas de discussão precisam ser ampliadas para que haja distribuição e alocação de recursos de forma mais equânime e que resultem em melhor resolubilidade ao sistema público de saúde. Nesse sentido ficam algumas indagações e desafios para o SUS: como será reconfigurado o financiamento do SUS? Quais serão os possíveis rearranjos federativos de financiamento e das responsabilidades assistenciais?

9. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, C. M.; MEDEIROS, M. B.; SILVA, P. H. F. **Gestão de finanças públicas**. Gestão Pública: Brasília. 2006. 492 p.
- ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo. 2013.
- ALMEIDA, C. " Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad em América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90". *Cadernos de Saúde Pública*, 2002, v.18, n.4, p.905-925.
- ALMEIDA FILHO, N. e ROUQUAYROL, M. Z. **Introdução à Epidemiologia**. 4. ed. Rio de Janeiro. Guanabara- Koogan, 2006.
- ANDRADE, A.; ROSSETTI, J. P. **Governança Corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências**. São Paulo: Atlas, 2014.
- ARRETCHE, M.; MARQUES, E. **“Condicionantes locais da descentralização das políticas de saúde”**. Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. p.173-204.
- BÖCHER, M. **The concept of Regional Governance in different national funding programmes**. [acessado 2013 mar 18]. Disponível em: http://www.regionenaktiv.de/bilder/paper_boecher_hagen.pdf.
- BRANS, M. **Comparative public administration: from general theory to general frameworks**. In: PETERS, B. G.; PIERRE, J. (Ed.). *Handbook of public administration*. London: Sage, 2003. p. 424-439.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS – O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, v.3. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Informações para a Gestão Estadual do SUS – Goiás**. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS – O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS. v.3. 2007.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ciência e Tecnologia em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. In: *Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS*. Brasília: CONASS, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – Promulgada em 5 de outubro de 1988**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: Manual Básico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8080/90**. Lei Orgânica da Saúde – 1990. In: Manual do Gestor SUS. Rio de Janeiro: Lidador.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8142/90**. In: Manual do Gestor SUS. Rio de Janeiro: Lidador.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do SUS 01/1996** – Portaria MS nº 2.203, 05 de novembro de 1996. In: Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica SUS 01/1993** – Portaria MS nº 545, 20 de maio de 1993. In: Manual do gestor SUS. Rio de Janeiro: Lidador.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2006. 72 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 699/GM**, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União 2006; 3 abr.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Financiamento e Transferência de Recursos Federais** – Portaria GM/MS nº 204, de 31 de janeiro de 2007. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação**. Versão para debate. Brasil, nov. 2008. (mimeo, p. 54.).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Governança regional no SUS**. Brasília: MS; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temático Regionalização da Saúde**. Brasília: MS; 2013. (Painel de Indicadores do SUS; v. 5, n. 8)

CARVALHO, G. C. M. **O Financiamento Público Federal do Sistema Único de Saúde 1988 – 2001**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: São Paulo, 2002.

CARVALHO, A. L. B.; SOUZA, M. F.; SHIMIZU, H. E.; SENRA, I. M. V. B.; OLIVEIRA, K. C. **A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica**. Ciência & Saúde Coletiva 2012; 17(4):901-911.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução n. 10, de 8 de dezembro de 2016**. Dispõe complementarmente sobre o planejamento integrado das despesas

de capital e custeio para os investimentos em novos serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução n. 23, de 17 de agosto de 2017.** Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução n. 37, de 22 de março de 2018.** Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde.

COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Resolução n. 44, de 25 de abril de 2019.** Define que o acordo de colaboração entre os entes federados, disposto no inciso II do art. 2º do Decreto nº 7.508/2011, é resultado do Planejamento Regional Integrado.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011.

FERRÃO, J. **Governança e Ordenamento do Território.** Reflexões para uma Governança Territorial Eficiente, Justa e Democrática. Prospectiva e Planejamento, 2010, v.17.

FLEURY, S. **Reforma sanitária brasileira:** dilemas entre o instituinte e o instituído. Ciência & Saúde Coletiva. v.14, n.3, 2009.

FONTES FILHO, J. R. **Governança organizacional aplicada ao setor público.** In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 8., 2003, Panamá. Anales. Panamá: CLAD, 2003. 1 CD-ROM.

FUNCIA, F. R.; BENEVIDES, R. P.S.; OCKÉ-REIS, C. O. **Boletim da Comissão de Orçamento e Financiamento do Conselho Nacional de Saúde - Cofin/CNS de 28/10/2020.** 2020. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/images/comissoes/cofin/boletim/Boletim_2020_1028_Tab1-4_Graf1_ate_27_RB-FF-CO_VFINAL.pdf

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas. 2002.

GOULART, F. A. "Esculpindo o SUS a golpes de portaria: considerações sobre o processo de formulação das NOBs". 2001 Ciência & Saúde Coletiva, 2001. v.6, n.2, p.292-300.

HAESBAERT-DA- COSTA, R. **Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea.** Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. **Código das melhores práticas de governança corporativa.** São Paulo: IBGC, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 7. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LAPPONI, J. C. **Estatística usando Excel.** São Paulo: Lapponi Treinamento e Editora, 2000.

- LIMA, L. D.; QUEIROZ, L. F. N.; MACHADO, C. V. e VIANA, A. L. A. **“Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil”**. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012. n.17; p.1903-1914.
- LIMA, L.D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. **Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19**. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36(7):e00185220.
- MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte [tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 2006.
- MARQUES, M. C. C. **Aplicação dos princípios da governança corporativa ao sector público**. *Revista de Administração Contemporânea*, Curitiba, v.11, n.2, p.11-26, abr./jun. 2007.
- MATIAS-PEREIRA, J. **Administração pública comparada**. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 61-82, jan./fev. 2008.
- MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p.39-64.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MELLO, G. R. **Governança corporativa no setor público federal brasileiro**. 2006. 127 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Metodologia de alocação equitativa de recursos**: uma proposta para Minas Gerais. Belo Horizonte: SES/MG, 2004.
- MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
- NOGUEIRA, M. A. **Em defesa da política**. São Paulo: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial; 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: Organização Mundial da Saúde; 2003.
- OSBORNE, S. P. **The new public governance**. *Public Management Review*, London, v. 8, n. 3, p. 377-387, 2006.
- UGÁ, M. A. *et al.* **Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Rio de Janeiro, 2002.
- PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C.F. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2007; 12(Supl.):1819-1829.

QUEIROZ, L. F. N. **“A regionalização da assistência à saúde no Brasil: avanços e dificuldades na implantação da NOAS-SUS”**. *Revista de Políticas Públicas e Gestão Governamental*. 2004. v.1, n.1, p.9-36.

RACHE, B., ROCHA, R., NUNES, L., SPINOLA, P., MASSUDA, A. **Para além do custeio: necessidades de investimento em leitos de UTI no SUS sob diferentes cenários da Covid-19**. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. 2020. (Nota Técnica 7). Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-NT7.pdf>

ROCHA, R., RACHE, B., NUNES, L. **A Regionalização da Saúde no Brasil**. 2022. Estudo Institucional n.7. São Paulo: Instituto de Estudos para Políticas de Saúde. Disponível em: https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2022/06/IEPS_Estudo_Institucional_07.pdf

RODRIGUES, W. **Planeamento e governança territorial**. Uma Reflexão Sociológica a partir do terreno. *Cidades, comunidades e territórios* 2005; 10:23-34.

SANTOS, L., ANDRADE, L. O. M. **Rede interfederativa de saúde**. In: SILVA, S. F., organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS*. Campinas: IDISA; 2008. p. 5-65.

SERVO, L. M. S. *et al.* **“O processo de regionalização da saúde no Brasil: acesso geográfico e eficiência”**. 2020.

SILVA, S. F. organizador. **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: Idisa/Conasems; 2008.

SILVA, E. C. **Governança corporativa nas empresas: guia prático de orientação para acionistas, investidores, conselheiros de administração e fiscal, auditores, executivos, gestores, analistas de mercado e pesquisadores**. São Paulo: Atlas, 2012.

SILVEIRA, A. D. M. **Governança Corporativa no Brasil e no Mundo: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

SIMÕES, R., GUIMARÃES, C., GODOY, N., VELLOSO, T., ARAÚJO, T., GALINARI, R. e CHEIN, F. **Rede Urbana da Oferta de Serviços de Saúde: Uma Análise Espacial Multivariada para Minas Gerais**. Relatório técnico. 2004.

SOUSA, M. F. **A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde**. *Tempus – Actas de Saúde Coletiva*. 2014, v.8, n.1, p.11-16.

Viacava, Francisco, Josue Laguardia, Monica Martins, Ricardo Oliveira, Carolina Carvalho et al. **“Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017)”**. 2019.

VIANA, A. L. d'Á. *et al.* **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

VIANA, Ana Luiza D'Avila et al. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. *São Paulo em Perspectiva*, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. 2008.

YUNES, J. 1999. **“O SUS na lógica da descentralização”**. *Estudos avançados*. v.13, n.35, p.65-70.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Monitoring the building blocks of health systems**: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneve. 2010.

9. ANEXOS

ANEXO I

Seção II

Dos Critérios para Alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde

Art. 293. Estabelecer critérios para alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação da Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 1º)

Art. 294. Fica definido a obrigatoriedade de alimentação mensal e sistemática dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), Sistema de Informação Hospitalar (SIH/SUS), Comunicação de Internação Hospitalar e Ambulatorial (CIHA), Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e Conjunto Mínimo de Dados (CMD). (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2148/2017)

§ 1º A alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos sistemas de que trata o caput deste artigo é de responsabilidade dos estados, municípios e do Distrito Federal, conforme a gestão dos estabelecimentos. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 1º)

§ 2º A alimentação do Banco de Dados Nacional com a base dos sistemas referidos neste artigo será realizada somente por meio do Módulo Transmissor Simultâneo, obtido no endereço eletrônico do sistema <http://transmissor.datasus.gov.br>, excetuando-se o SISVAN, o SISAB e o Conjunto Mínimo de Dados (CMD), os quais não se enquadram nessa forma de transmissão. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 2º) (com redação dada pela PRT MS/GM 2148/2017)

§ 3º Os envios das remessas de atualização dos Sistemas de Informação, por meio do Módulo Transmissor Simultâneo, à Base de Dados Nacional por Estados, Municípios e Distrito Federal deverão obedecer ao cronograma anual publicado pela Secretaria de Atenção à Saúde. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 2º, § 3º)

Art. 295. Definir a sistemática de alimentação dos Bancos de Dados Nacionais dos Sistemas de Informação em Saúde SIA, SIH e SCNES, conforme descrito a seguir: (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º)

I - cabe ao gestor municipal, estadual e do Distrito Federal, após a transmissão das bases de dados da competência processada sob sua gestão, verificar a situação de envio e situação carga definitiva da remessa na base de dados por meio dos endereços eletrônicos dos Sistemas de Informação: SIA/SUS - <http://sia.datasus.gov.br/>, SIH/SUS - <http://sihd.datasus.gov.br/> e CNES - <http://cnes.datasus.gov.br/> a fim de verificar se a base de dados foi enviada e carregada com sucesso no Banco de Dados Nacional; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, I)

II - havendo qualquer falha no envio das remessas ou na carga definitiva da remessa da competência vigente, na Base de Dados Nacional o gestor deverá obrigatoriamente: (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II)

a) identificar e efetuar a correção dos erros apresentados de envio ou carga definitiva; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, a)

b) gerar novo arquivo de remessa para a competência nos sistemas de produção; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, b)

c) transmitir novamente a base de dados da competência usando o Módulo Transmissor; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, c)

d) repetir o processo de verificação de situação de envio e carga definitiva da remessa da competência. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, II, d)

III - a aceitação de arquivo remessa, referente à competência de produção ambulatorial e/ou hospitalar de cada gestão terá como requisito a validação da remessa da competência imediatamente anterior, atestada por meio de comprovação no endereço eletrônico de cada um dos sistemas, obedecendo, assim, à ordem cronológica de envio; (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, III)

IV - havendo necessidade de envio de base de competência anterior será observada a condição de gestão naquela competência que define a responsabilidade de envio da remessa ambulatorial e/ou hospitalar; e (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, IV)

V - o arquivo de remessa ambulatorial e/ou hospitalar de cada competência será enviado e validado pelas regras vigentes de pactuação entre gestores e pelas regras de sistemas contidas nas versões da competência a ser corrigida da época. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, V)

Parágrafo Único. O arquivo, referente à competência vigente de produção, a ser enviado ao Banco de Dados Nacionais só será aceito obedecendo à ordem de transmissão sequencial das bases de dados, a partir do envio da produção referente à competência de janeiro 2011. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 3º, Parágrafo Único)

Art. 296. Determinar que a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS adote as providências necessárias quanto à suspensão da transferência de recursos financeiros a estados, municípios e Distrito Federal quando o Banco de Dados Nacional de um dos Sistemas de Informação em Saúde, estabelecidos como obrigatórios para cada gestão, não forem alimentados e devidamente validados por 3 (três) competências consecutivas. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 4º)

Parágrafo Único. Compete à ANVISA informar ao Fundo Nacional de Saúde, conforme ato específico do Ministério da Saúde, a suspensão da transferência dos recursos financeiros do Componente da Vigilância Sanitária do Bloco de Vigilância em Saúde, a partir do monitoramento dos dados relativos ao SCNES e SIA-SUS. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 4º, Parágrafo Único) (dispositivo acrescentado pela PRT MS/GM 475/2014)

Art. 297. Determinar que a atualização do SCNES siga o disposto na Portaria SAS/MS nº 2, de 3 de janeiro de 2008, em que o envio de atualização de base de 100% dos estabelecimentos sob sua gestão ocorre por atualização ou por Certidão Negativa. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 5º)

Art. 298. Para os sistemas citados no art. 294, tornam-se sem efeito o art. 1130, III, alínea b da Portaria de Consolidação nº 6; o inciso I do item 5, Capítulo 3, do Anexo da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, e o art. 1152, I da Portaria de Consolidação nº 6. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 6º)

Art. 299. Determinar que o DATASUS adote as medidas necessárias para adequação do Módulo Transmissor e relatórios de acompanhamento de remessas nos endereços eletrônicos do SIA e SIH, para efetivação das medidas estabelecidas nesta Seção. (Origem: PRT MS/GM 3462/2010, Art. 7º)

ANEXO II



COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

Resolução CIR/XXX N° 000 de XX de XXXX de 2015.

Dispõe sobre pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para o ano de 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado de Goiás

A COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL XXXXXXXXXXXX, no uso de suas atribuições legais e considerando:

I – O Decreto N° 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

II – A Resolução CIT N° 5, de 19 de junho de 2013, que dispõe sobre as regras do processo de pactuação de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2013 - 2015, com vistas ao fortalecimento do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a implementação do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

RESOLVE:

Art. 1º - Aprovar a pactuação das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores para os anos de 2015, dos municípios (citar todos os municípios) da Região de Saúde XXXXXXXX do Estado de Goiás, conforme Anexo Único desta Resolução.

Art. 2º - Esta Resolução entra em vigor na data de sua assinatura.

Local/GO, XX de XXXX de 2015.

Coordenador da CIR/XXXX



COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

ANEXO ÚNICO - RESOLUÇÃO CIR Nº XXX DE XXX DO XXX DE 2014 (Preencher um anexo para cada município) PACTUAÇÃO DE DIRETRIZES, OBJETIVOS, METAS E INDICADORES

ANO: _____ RS: _____
MUNICÍPIO: _____

Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores 2014 Município: _____				
Diretriz 1 - Garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política de atenção básica e da atenção especializada.				
Objetivo 1.1 - Utilização de mecanismos que propiciem a ampliação do acesso da atenção básica.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
1	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA.		%
2	U	PROPORÇÃO DE INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO BÁSICA (ICSAB)		%
3	U	COBERTURA DE ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA		%
4	U	COBERTURA POPULACIONAL ESTIMADA PELAS EQUIPES BÁSICAS DE SAÚDE BUCAL.		%
5	U	MÉDIA DA AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL SUPERVISIONADA		%
6	U	PROPORÇÃO DE EXODONTIA EM RELAÇÃO AOS PROCEDIMENTOS		%
Objetivo 1.2 - Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, mediante aprimoramento da política da atenção especializada.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
7	U	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE		/100
8	U	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE MÉDIA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE		/100
9	E	RAZÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE E POPULAÇÃO RESIDENTE		/100
10	E	RAZÃO DE INTERNAÇÕES CLÍNICO-CIRÚRGICAS DE ALTA COMPLEXIDADE NA POPULAÇÃO RESIDENTE		/1000
11	E	PROPORÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES COM CONTRATO DE METAS FIRMADO.		%
Diretriz 2 - Aprimoramento da Rede de Atenção às Urgências, com expansão e adequação de Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), de prontos-socorros e centrais de regulação, articulada às outras redes de atenção.				
Objetivo 2.1 - Implementação da Rede de Atenção às Urgências.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
12	U	NÚMERO DE UNIDADES DE SAÚDE COM SERVIÇO DE NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E OUTRAS VIOLÊNCIAS IMPLANTADO		N Absoluto



COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

13	E	PROPORÇÃO DE ACESSO HOSPITALAR DOS ÓBITOS POR ACIDENTE		%
14	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS NAS INTERNAÇÕES POR INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO (IAM)		%
15	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS, EM MENORES DE 15 ANOS, NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)		%
16	E	COBERTURA DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU 192)		%
Objetivo 2.2 - Fortalecimento de mecanismos de programação e regulação nas redes de atenção à saúde do SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
17	E	PROPORÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA REGULADAS		%
Diretriz 3 - Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da "Rede Cegonha", com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.				
Objetivo 3.1 - Fortalecer e ampliar as ações de Prevenção, detecção precoce e tratamento oportuno do Câncer de Mama e do Colo de útero.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
18	U	RAZÃO DE EXAMES CITOPATOLÓGICOS DO COLO DO ÚTERO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS E A POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA		Razão
19	U	RAZÃO DE EXAMES DE MAMOGRAFIA DE RASTREAMENTO REALIZADOS EM MULHERES DE 50 A 69 ANOS E POPULAÇÃO DA MESMA FAIXA ETÁRIA		Razão
Objetivo 3.2 - Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
20	U	PROPORÇÃO DE PARTO NORMAL		%
21	U	PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS DE MÃES COM 7 OU MAIS CONSULTAS DE PRE-NATAL.		%
22	U	NÚMERO DE TESTES DE SÍFILIS POR GESTANTE.		Razão
23	U	NÚMERO DE ÓBITOS MATERNS EM DETERMINADO PERÍODO E LOCAL DE RESIDÊNCIA.		N Absoluto
24	U	TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL.		/1000
25	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INVESTIGADOS		%
26	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNS INVESTIGADOS		%
27	U	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL (MIF) INVESTIGADOS		%
28	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE SÍFILIS CONGÊNITA EM MENORES DE UM ANO DE IDADE		N Absoluto
Diretriz 4 - Fortalecimento da rede de saúde mental, com ênfase no enfrentamento da dependência de crack e outras drogas.				
Objetivo 4.1 - Ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral, de forma articulada com os demais pontos de atenção em saúde e outros pontos intersetoriais				



COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
29	E	COBERTURA DE CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)		/100.000
Diretriz 5 - Garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa e dos portadores de doenças crônicas, com estímulo ao envelhecimento ativo e fortalecimento das ações de promoção e prevenção.				
Objetivo 5.1 - Melhoria das condições de Saúde do Idoso e Portadores de Doenças Crônicas mediante qualificação da gestão e das redes de atenção.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
30	U	TAXA DE MORTALIDADE PREMATURA (<70 ANOS) PELO CONJUNTO DAS 4 PRINCIPAIS DCNT (DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO, CÂNCER, DIABETES E DOENÇAS RESPIRATÓRIAS CRÔNICAS)		/100.000
Diretriz 6- Implementação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o SUS, baseado no cuidado integral, com observância às práticas de saúde e as medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.				
Objetivo 6.1- Articular o SUS com o subsistema de Atenção à Saúde Indígena, com observância às práticas de saúde e às medicinas tradicionais, com controle social, garantindo o respeito às especificidades culturais.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
31	E	PERCENTUAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS <7 ANOS DE IDADE COM ESQUEMA VACINAL COMPLETO		%
32	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS E FETAIS INDÍGENAS INVESTIGADOS		%
33	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS MATERNOs EM MULHERES INDÍGENAS INVESTIGADOS		%
34	E	PROPORÇÃO DE ÓBITOS DE MULHERES INDÍGENAS EM IDADE FÉRTIL(MIF) INVESTIGADOS		%
Diretriz 7 - Redução dos riscos e agravos à saúde da população, por meio das ações de promoção e vigilância em saúde.				
Objetivo 7.1 - Fortalecer a promoção e vigilância em saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
35	U	PROPORÇÃO DE VACINAS DO CALENDÁRIO BÁSICO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA COM COBERTURAS VACINAIS ALCANÇADAS		%
36	U	PROPORÇÃO DE CURA DE CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE PULMONAR BACILÍFERA		%
37	U	PROPORÇÃO DE EXAME ANTI-HIV REALIZADOS ENTRE OS CASOS NOVOS DE TUBERCULOSE		%
38	U	PROPORÇÃO DE REGISTRO DE ÓBITOS COM CAUSA BÁSICA DEFINIDA		%
39	U	PROPORÇÃO DE CASOS DE DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA IMEDIATA (DNCI) ENCERRADAS EM ATÉ 60 DIAS APÓS NOTIFICAÇÃO		%
40	U	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM CASOS DE DOENÇAS OU AGRAVOS RELACIONADOS AO TRABALHO NOTIFICADOS.		%
41	U	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS QUE EXECUTAM AS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA CONSIDERADAS NECESSÁRIAS A TODOS OS MUNICÍPIOS		%
42	U	NÚMERO DE CASOS NOVOS DE AIDS EM MENORES DE 5 ANOS		N Absoluto
43	E	PROPORÇÃO DE PACIENTES HIV+ COM 1º CD4 INFERIOR A 200CEL/MM3		%



COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

44	E	NÚMERO DE TESTES SOROLÓGICOS ANTI-HCV REALIZADOS		N Absoluto
45	E	PROPORÇÃO DE CURA DOS CASOS NOVOS DE HANSENIASE DIAGNOSTICADOS NOS ANOS DAS COORTES		%
46	E	PROPORÇÃO DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS NOVOS DE HANSENIASE EXAMINADOS		%
47	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR LEISHMANIOSE VISCERAL		N Absoluto
48	E	PROPORÇÃO DE CÃES VACINADOS NA CAMPANHA DE VACINAÇÃO ANTIRRÁBICA CANINA		%
49	E	PROPORÇÃO DE ESCOLARES EXAMINADOS PARA O TRACOMA NOS MUNICÍPIOS PRIORITÁRIOS		%
50	E	INCIDÊNCIA PARASITÁRIA ANUAL (IPA) DE MALÁRIA		/1000
51	E	NÚMERO ABSOLUTO DE ÓBITOS POR DENGUE		N Absoluto
52	E	PROPORÇÃO DE IMÓVEIS VISITADOS EM PELO MENOS 4 CICLOS DE VISITAS DOMICILIARES PARA CONTROLE DA DENGUE		%
Objetivo 7.2 - Implementar ações de saneamento básico e saúde ambiental para a promoção da saúde e redução das desigualdades sociais com ênfase no Programa de aceleração do crescimento.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
53	U	PROPORÇÃO DE ANÁLISES REALIZADAS EM AMOSTRAS DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO QUANTO AOS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, CLORO RESIDUAL LIVRE E TURBIDEZ		%
Diretriz 8 - Garantia da assistência farmacêutica no âmbito do SUS.				
Objetivo 8.1 - Ampliar a implantação do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica - HORUS como estratégia de qualificação da gestão da assistência farmacêutica no SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
54	E	PERCENTUAL DE MUNICÍPIOS COM O SISTEMA HORUS IMPLANTADO		%
Objetivo 8.2 - Qualificar os serviços de Assistência Farmacêutica nos municípios com população em extrema pobreza..				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
55	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS DA EXTREMA POBREZA COM FARMÁCIAS DA ATENÇÃO BÁSICA E CENTRAIS DE ABASTECIMENTO FARMACÊUTICO ESTRUTURADOS		%
Objetivo 8.3 - Fortalecer a assistência farmacêutica por meio da inspeção nas linhas de fabricação de medicamentos, que inclui todas as operações envolvidas no preparo de determinado medicamento desde a aquisição de materiais, produção, controle de qualidade, liberação, estocagem, expedição de produtos terminados e os controles relacionados, instalações físicas e equipamentos, procedimentos, sistema da garantia da qualidade.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
56	E	PERCENTUAL DE INDÚSTRIAS DE MEDICAMENTOS INSPECIONADAS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA, NO ANO		%
Diretriz 11 - Contribuição à adequada formação, alocação, qualificação, valorização e democratização das relações do trabalho dos profissionais de saúde.				
Objetivo 11.1 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
57	E	PROPORÇÃO DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE IMPLEMENTADAS E/OU REALIZADAS		%
58	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA DE MEDICINA DA		%



COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL

		FAMÍLIA E COMUNIDADE E DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA/SAÚDE COLETIVA		
59	E	PROPORÇÃO DE NOVOS E/OU AMPLIAÇÃO DE PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM PSIQUIATRIA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL		%
60	E	NÚMERO DE PONTOS DO TELESSAÚDE BRASIL REDES IMPLANTADOS		N Absoluto
Objetivo 11.2 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Desprecarizar o trabalho em saúde nos serviços do SUS da esfera pública na Região de Saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
61	U	PROPORÇÃO DE TRABALHADORES QUE ATENDEM AO SUS, NA ESFERA PÚBLICA, COM VÍNCULOS PROTEGIDOS		%
Objetivo 11.3 - Investir em qualificação e fixação de profissionais para o SUS. Estabelecer espaços de negociação permanente entre trabalhadores e gestores da saúde na Região de Saúde.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
62	E	NÚMERO DE MESAS OU ESPAÇOS FORMAIS MUNICIPAIS E ESTADUAIS DE NEGOCIAÇÃO PERMANENTE DO SUS, IMPLANTADOS E/OU MANTIDOS EM FUNCIONAMENTO		N Absoluto
Diretriz 12 - Implementação de novo modelo de gestão e instrumentos de relação federativa, com centralidade na garantia do acesso, gestão participativa com foco em resultados, participação social e financiamento estável.				
Objetivo 12.1 - Fortalecer os vínculos do cidadão, conselheiros de saúde, lideranças de movimentos sociais, agentes comunitários de saúde, agentes de combate às endemias, educadores populares com o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
63	U	PROPORÇÃO DE PLANO DE SAÚDE ENVIADO AO CONSELHO DE SAÚDE		N Absoluto
64	U	PROPORÇÃO DE CONSELHOS DE SAÚDE CADASTRADOS NO SISTEMA DE ACOMPANHAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE - SIACS		N Absoluto
Diretriz 13 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Objetivo 13.1 - Qualificação de instrumentos de execução direta, com geração de ganhos de produtividade e eficiência para o SUS.				
Nº	Tipo	Indicador	Meta 2014	Unidade
65	E	PROPORÇÃO DE MUNICÍPIOS COM OUVIDORIAS IMPLANTADAS		%
66	E	COMPONENTE DO SNA ESTRUTURADO		N Absoluto
67	E	PROPORÇÃO DE ENTES COM PELO MENOS UMA ALIMENTAÇÃO POR ANO NO BANCO DE PREÇO EM SAÚDE		N Absoluto