A REGULAÇÃO NA SAÚDE EM GOIÁS

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE: desafios, avanços e oportunidades

2ª EDIÇÃO

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE GOIÁS

UFG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS/UFG

Angelita Pereira de Lima
Reitora

Jesiel Freitas Carvalho
Vice-Reitor

Felipe Terra Martins
Pró-Reitor de Pós-Graduação

Flávia Aparecida de Oliveira
Diretora do Instituto de Patologia
Tropical e Saúde Pública

Vicente da Rocha Soares Ferreira
Secretário de Planejamento Avaliação e
Informações Institucionais da UFG

Maria Lucia Kons
Diretora do Cegraf UFG

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE GOIÁS/TCE GO

Conselheiro Edson José Ferrari
Presidente

Conselheiro Kennedy de Sousa Trindade
Vice-Presidente

Conselheiro Saulo Marques Mesquita
Diretor-Geral da Escola Superior
de Controle Externo | Escoex

Jaqueline Gonçalves do Nascimento
Coordenadora da Escoex

Ana Paula de Araújo Rocha
Secretária de Controle Externo

Cláudio Márcio Rocha
Analista de Controle Externo do TCE-GO
Assessor da Secretaria de Controle Externo

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

Instituto de patologia tropical e saúde pública

Secretaria de Planejamento Avaliação e Informações Institucionais da UFG

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE GOIÁS

A REGULAÇÃO NA SAÚDE EM GOIÁS

Organização e gestão dos serviços de saúde: desafios, avanços e oportunidades

Organizadores:

Edsaura Maria Pereira

Fabio Nogueira de Lucena

Manuel Eduardo Ferreira

Paulo de Martino Jannuzzi

Vicente da Rocha Soares Ferreira

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE GOIÁS

UFG

Cegraf UFG

© Edsaura Maria Pereira; Fabio Nogueira de Lucena; Manuel Eduardo Ferreira; Paulo de Martino Jannuzzi; Vicente da Rocha Soares Ferreira, 2022
© Cegraf UFG, 2022

FICHA TÉCNICA

COORDENAÇÃO UFG
Vicente da Rocha Soares Ferreira
Edsaura Maria Pereira
Fabio Nogueira de Lucena
Manuel Eduardo Ferreira

COORDENAÇÃO TCE GO
Ana Paula de Araújo Rocha
Cláudio Márcio Rocha

COORDENAÇÃO DE PESQUISA E REDAÇÃO
Edsaura Maria Pereira

EQUIPE DE REDAÇÃO
Ana Carla Moreira Miranda
Carla Guimarães Alves
Domenico Uhng Hur
Edsaura Maria Pereira
Elias Rassi Neto
Fabio Nogueira de Lucena
Flávio Guimarães de Abreu Azevedo
Linamar Teixeira de Amorim
Manuel Eduardo Ferreira
Marco Antonio Catussi Paschoalotto
Maria Aparecida Rodrigues de Andrade
Paulo de Martino Jannuzzi
Rita Gorete Amaral
Rherison Tyrone Silva Almeida
Verônica Savatin Wottrich
Vicente da Rocha Soares Ferreira
Vitor Lucena Carneiro

EQUIPE DE APOIO
Amanda Souza Vitor
Ana Clara de Santana Batista
Juliana Mendes Santos
Natália dos Santos Barros
Pedro Manuel Rodrigues Lima de Moura
Raphael Brandao Pereira
Wanderson da Silva Marques

COORDENAÇÃO EDITORIAL
Juliana Barbosa e Queiroz

PROJETO GRÁFICO E DIREÇÃO DE ARTE
Géssica Marques de Paulo

CAPA
Julyana Aleixo Fragoso

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

GPT/BC/UFG

U58 Universidade Federal de Goiás. Instituto de patologia tropical e saúde pública.
A regulação na saúde em Goiás : organização e gestão dos serviços de saúde : desafios, avanços e oportunidades [Ebook]. / Instituto de patologia tropical e saúde pública, e Secretaria de Planejamento Avaliação e Informações Institucionais da UFG ; organizadores, Edsaura Maria Pereira... [et al.]. - 2. ed. - Dados eletrônicos (1 arquivo : PDF). - Goiânia : Cegraf UFG, 2022.

Inclui bibliografia
ISBN : 978-85-495-0602-3

1. Saúde pública - Legislação - Goiás (Estado). 2. Administração dos serviços de saúde - Goiás (Estado). 3. Política de saúde - Goiás (Estado). I. Título. II. Pereira, Edsaura Maria .
CDU: 614.2(817.3)

Bibliotecário responsável: Enderson Medeiros / CRB1: 2276

Sumário

Prefácio **8**

Apresentação **11**

1. Panorama socioeconômico do Estado de Goiás **17**

1.1 Aspectos demográficos 19

1.2 Mercado de Trabalho e Condições de Vida 25

1.3. Estrutura e Desenvolvimento Econômico 34

2. A saúde pública em Goiás **41**

2.1 Breve nota sobre a Saúde Pública no Brasil 43

2.2 Acesso e Avaliação da Saúde pela população goiana 46

2.3 Condições de saúde da população 50

3. A regulação da saúde **57**

3.1 Programação Pactuada e Integrada (PPI) 61

3.1.1 Introdução e base legal 61

3.1.2 Definição e objetivo 62

3.1.3 Eixos orientadores da programação pactuada integrada 63

3.1.4 Programação 63

3.1.5 Monitoramento 64

3.1.6 A execução da PPI assistencial em Goiás ano de 2019, 2020 e 2021 65

3.2 Implantação e funcionamento dos Complexos Reguladores do Estado de Goiás 79

3.3 Sistemas de Informação 92

3.3.1 Pilares da transformação digital da regulação 93

3.3.2 Tópicos conclusivos 101

4. A rede assistencial e o desempenho do sistema de saúde 124

4.1 Quantificação dos Estabelecimentos de Saúde com vínculo SUS no Estado de Goiás 126

4.1.2 Georreferenciamento e quantificação dos estabelecimentos de saúde com vínculo SUS no Estado de Goiás, por complexidade, para o ano de 2021 128

4.1.2.1 Estimativa polulacional e pontos de atenção básica 128

4.1.2.2 Pontos de atenção de Média Complexidade 129

4.1.2.3 Pontos de atenção de Alta Complexidade 130

4.2 Análise das internações no Estado de Goiás e Distrito Federal 131

4.2.1 Total de internações hospitalares realizadas por municípios de Goiás e Distrito Federal 131

4.2.2 Internações hospitalares por município de residência do paciente realizadas no próprio município 133

4.2.3 Internações hospitalares realizadas em Goiânia, por município de residência do paciente 135

4.2.4 Internações hospitalares realizadas em Aparecida de Goiânia, por município de residência do paciente 137

4.2.5 Internações hospitalares realizadas em Anápolis, por município de residência do paciente 138

4.2.6 Internações hospitalares realizadas no Distrito Federal, por município de residência do paciente 140

4.2.7 Internações hospitalares realizadas no Estado de Goiás, por região de saúde e residência do paciente 141

4.2.8 Internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), por município de residência do paciente no Estado de Goiás 143

4.3 Análise dos indicadores da saúde no estado de Goiás 145

4.3.1 A construção da Matriz de Avaliação 153

5. Desafios da gestão - com a palavra, os secretários 162

Considerações finais 175

PREFÁCIO

Fruto de mais uma proveitosa parceria entre a Universidade Federal de Goiás e o Tribunal de Contas do Estado de Goiás, esta Avaliação da Política de Regulação de Saúde no Estado de Goiás tem como objetivo entregar ao Estado e à sociedade goiana um completo diagnóstico, a avaliação e recomendações para o aperfeiçoamento do Sistema de Saúde de Goiás, tendo como foco o processo de regulação. É um trabalho que combina a expertise da academia, com sua missão de gerar, sistematizar e socializar o conhecimento e o saber, com as competências de natureza pedagógica e preventiva atribuídas aos órgãos de controle externo, para além daquelas de fiscalização e sanção, as mais conhecidas.

Assim, o Tribunal de Contas atua não como fiscal e sim para induzir o gestor a adotar as melhores alternativas para a formatação das políticas públicas ou para o aperfeiçoamento daquelas que já existem. A avaliação das políticas públicas, tal como defende o maior especialista brasileiro no tema, conselheiro Sebastião Helvécio, deve merecer primazia do controle externo, seguindo a convergência internacional puxada pela França.

A ampla pesquisa levada a efeito nesta avaliação, tendo como interveniente junto à UFG a Fundação de Apoio à Pesquisa, FUNAPE, abrangeu o sistema de saúde, com levantamento de dados, análise da pactuação celebrada integrada da assistência à saúde, dos processos de regulação, de implementação e funcionamento dos complexos estaduais, mapeamento da demanda e oferta dos serviços, para, ao final, apresentar recomendações para uma boa gestão dos serviços de saúde do Estado.

Esse trabalho consiste em importante contribuição para a identificação das dificuldades, avanços, lacunas e os mais diversos problemas e oportunidades na oferta de serviços de saúde à população usuária do SUS em Goiás. Sem nenhum caráter que implique em julgamento de legitimidade, a avaliação oferece aos responsáveis pela gestão desse setor vital, os insumos relevantes para a correção de rumos e o consequentemente aperfeiçoamento dos serviços ofertados à população, com ganhos em termos de efetividade, otimização dos recursos existentes e até de abrangência. Isso tudo em uma área essencial e que, por isso mesmo, recebeu previsão constitucional, que é o direito à saúde.

Em um contexto de desafios que tem se mantido ao longo da história do SUS, como as fontes de financiamento, o acesso universalizado, a vastidão do território, a diversidade das diferenças regionais e socioeconômicas,

entre as grandes e pequenas cidades, as áreas de campo e as urbanas, pelo critério científico com que são realizadas, conferem às avaliações das políticas um papel de relevo tanto para os que estão incumbidos da gestão quanto para os públicos aos quais se destinam.

Conselheiro Edson Ferrari
Presidente do Tribunal de Contas
do Estado de Goiás

Voltar ao sumário

APRESENTAÇÃO

Políticas públicas são processos complexos, propostos, coordenados e/ou operados por agentes públicos e outros *stakeholders*, para atender demandas coletivas, promover valores cívicos e mitigar problemas sociais, econômicos e ambientais. São construções bastante recentes na história, datando do final do século XIX quando passaram não apenas a garantir a segurança individual dos cidadãos, mas também a defesa contra invasões externas e regular o comportamento dos agentes econômicos e sociais; e se vertebraram em ações governamentais efetivas para assegurar educação, proteção social e saúde à coletividade, ao ritmo e abrangência específicas em cada sociedade pelo mundo, conforme valores públicos e pacto de solidariedade compartilhados (KERSTERNESKY, 2013).

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 é um marco na trajetória das políticas públicas no país e, em especial, na garantia do acesso da população à Saúde. Até então o atendimento aos serviços públicos de saúde que não os de natureza marcadamente higienistas como a vacinação, só era assegurado aos empregados com carteira assinada ou do setor público, deixando mais da metade da população brasileira à mercê dos serviços, certamente meritórios, prestados por organizações filantrópicas mantidas principalmente com recursos privados. O direito universal e integral à Saúde enfim era assegurado como um direito de cidadania, mais de 40 anos depois de já assegurado nos países centrais (MENICUCCI; GOMES, 2019). No final dos anos 1940, Reino Unido, França, Alemanha e outros países, arrasados por duas grandes guerras, firmaram pactos civilizatórios mais abrangentes e lograram constituir sistemas públicos – ou subsidiados- de saúde que, tendo enfrentado dificuldades de financiamento e operação em suas primeiras décadas, vieram a se tornar referência de organização e prestação de serviços primários e mais complexos do que outros países pelo mundo. Portugal e Espanha só vieram a estruturar serviços semelhantes ao final dos anos 1970, depois da queda dos regimes autocráticos de Salazar e Franco, respectivamente, e da emergência de governos eleitos com agendas progressistas de atendimento a demandas populares (JANNUZZI, 2021). O desempenho desses países na pandemia da Covid-19 é revelador da maturidade institucional, da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde depois de 70 anos de investimento público e aprimoramento técnico.

Essa breve contextualização é oportuna para destacar a importância da criação do

Sistema Único de Saúde (SUS) no país como um dos marcos da trajetória civilizatória que caracterizam o desenvolvimento de países centrais – e que se constituem como referência político-institucional para o Brasil (BARROSO, 2018)- e também a incipiência de sua estruturação. Afinal, são apenas pouco mais de 30 anos desde a promulgação da Lei 8080/1990 - Lei Orgânica da Saúde que estabeleceu as diretrizes de estruturação do SUS, em um país muito desigual em termos de capacidade de financiamento público, de oferta de serviços, de capacidade gerencial e de disponibilidade de equipes multiprofissionais de saúde.

Para além desses desafios, nesse período, o SUS tem convivido com disputas irresolutas por recursos, subsídios e/ou ressarcimento de serviços com a Medicina Privada, de ambiguidade de focos em Atenção Básica preventiva e de Medicina curativa, de forte concentração de formação básica e profissional da miríade de profissionais de saúde, de fixação dos mesmos em quantidade suficiente pelo vasto território brasileiro, para citar alguns dos principais (MENEZES *et al.*, 2019). No entanto, mesmo frente à brevidade de seu tempo de existência e ao contexto de implementação desafiador, o SUS tem proporcionado avanços significativos na situação de saúde no país nas últimas décadas, como demonstrado por vários indicadores e publicações - técnicas e científicas - e uma enorme diferença no enfrentamento da pandemia Covid-19 (BOUSQUAT *et al.*, 2021).

Há certamente muito por se aperfeiçoar no SUS como em vários domínios das políticas públicas no país, também bastante incipientes em sua implementação pelos estados e municípios do país. A melhoria do atendimento e maior efetividade dos serviços de saúde, dos mais básicos aos mais complexos, requerem esforços continuados em várias frentes, no que avaliações realizadas pelo poder público, auditorias dos órgãos de controle e estudos acadêmicos cumprem papel fundamental.

O presente ebook, resultado da parceria do Tribunal de Contas do Estado de Goiás (TCE) com a Universidade Federal de Goiás (UFG), insere-se nesse esforço de contribuir para identificar avanços, dificuldades, lacunas, problemas e oportunidades na oferta de serviços de saúde à população goiana. Tratou-se aqui de realizar um estudo avaliativo com finalidades de produzir insumos relevantes para o aprimoramento das políticas públicas em saúde no estado, não um "julgamento de mérito" acerca da legitimidade e continuidade das mesmas. Avaliações como a presente - que partem da premissa de que políticas públicas são relevantes em si, pela previsão constitucional ou pelo compromisso político-eleitoral assumido - têm propósitos formativos, destinados a produzir conhecimento para aperfeiçoamento das políticas, de seus programas e serviços.

Nesse sentido, se o propósito da contribuição avaliativa é o aprimoramento de políticas públicas em saúde – ou de qualquer outro

Voltar ao sumário

campo programático – o estudo não pode desconsiderar a heterogeneidade estrutural do território nacional ou, no caso, goiano. O contexto de vulnerabilidade de públicos-alvo de políticas e serviços, a infraestrutura de serviços e de pessoal técnico e a capacidade de gestão é bastante diferente ao Norte e ao Sul do país ou do estado, entre a capital e os municípios do interior, entre o centro das cidades, as periferias e a área rural. Essas diferenças estruturais são particularmente intensas em Goiás, entre Goiânia, o aglomerado urbano do Entorno do Distrito Federal e os muitos municípios de pequeno porte no interior e no Nordeste do estado. Em contextos tão diferenciados não se pode esperar que políticas e programas possam entregar os mesmos produtos, serviços e produzir os mesmos resultados e impactos. Avaliar políticas públicas requer, pois, consideração dos contextos diferenciados em que são implementadas.

Dessa forma, no Capítulo 1 é apresentado um "Panorama Socioeconômico" de Goiás e suas regiões, sistematizando os aspectos centrais da dinâmica demográfica, emprego, pobreza e desenvolvimento econômico, delineando o contexto de análise para a "Avaliação da Política de Regulação de Saúde no Estado de Goiás" demandada neste estudo. O Capítulo 2 inicia-se com notas sobre o contexto da Saúde Pública no Brasil ressaltando a conquista do SUS, sob a perspectiva das Políticas de Saúde como reflexo da resposta social do Estado frente aos problemas de saúde da população. Nestas notas, tem destaque a legislação do SUS que formula os princípios de descentralização e regionalização como garantias para a oferta de serviços de qualidade ao usuário, com menor custo social, econômico e sanitário possível, o que envolve a distribuição de poder de decisão em um delicado sistema de interdependência entre diversos atores sociais – governos, organizações públicas e privadas e cidadãos – em espaços geográficos delimitados, tendo como contexto contraditório, o plano de reforma do Estado iniciado na década de 1990, que teve como pressuposto a desresponsabilização do Estado para com os direitos sociais conquistados. A seguir é apresentado em três seções, aspectos relacionados ao acesso, cobertura e condições de saúde no estado e cinco macrorregiões – ou regiões intermediárias na denominação do IBGE – do Estado.

No Capítulo 3, sobre a regulação da saúde em Goiás, destacam-se três seções: a Programação Pactuada e Integrada (PPI); a implantação e funcionamento dos complexos reguladores e a última seção que trata do sistema de informação na saúde. Este capítulo aponta para a importância e o desafio da atuação do Estado, na promoção da equidade na garantia da integralidade nos diversos níveis da atenção, a despeito de que o modo de produzir e reproduzir a vida material no País encontra no mercado o meio mais comum para satisfazer a relação de oferta de demanda de bens e serviços, de forma livre. Porém, considerando as diferenças socioeconômicas características

Voltar ao sumário

da sociedade brasileira e as singularidades do setor saúde, entende-se a importância da atuação do Estado no sentido de buscar estratégias, que visem mitigar esses aspectos e atender as necessidades da população em cada território, tanto municipal, regional, estadual ou interestadual.

A presente pesquisa aponta que um dos caminhos consiste em os gestores da saúde estabelecerem pactos, com o objetivo de garantir à população o acesso aos serviços de saúde. Dessa forma, o leitor poderá compreender, por meio da apresentação da PPI, que é realizada no Estado nos últimos anos, da descrição sobre a realidade atual da implementação dos complexos reguladores do Estado e, dos avanços, lacunas e insuficiências do sistema de informação da saúde, e de que forma estes instrumentos estão concorrendo para o acesso integral aos serviços da rede assistencial, favorecendo ou não a compatibilização da oferta e da demanda em saúde para a sua população no Estado.

O capítulo 4 aborda o desempenho do sistema de saúde quanto à estrutura organizativa no campo assistencial, focando a Regulação como operadora da conexão entre os serviços de saúde e os usuários. No primeiro item, a regulação na saúde é analisada tendo como referência três princípios do SUS, a integralidade, que aborda as necessidades e interesses do paciente na sua singularidade, e a universalidade e a equidade que dizem respeito à dimensão coletiva. Realizou-se a análise temporal de 47 indicadores, por meio de uma matriz de julgamento dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde nas dimensões efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade. Estas análises confirmam o comportamento observado nos sistemas de saúde no Brasil, onde a oferta de novos serviços voltados ao atendimento de demandas reprimidas costuma também gerar novas demandas, dificultando o estabelecimento de um equilíbrio entre oferta e demanda, obstando ainda mais a percepção de satisfação dos usuários. A série temporal dos indicadores analisados indicam que parte desse comportamento pode ser resultado de um histórico de desatenção à saúde no Estado. Como exemplo dessas situações, os intensos fluxos direcionados aos serviços de urgência e emergência denotam a construção de "atalhos" percebidos e percorridos por expressivas populações, ao identificarem que esses serviços podem acessar o alcance da atenção de especialidades e mesmo de serviços complementares de diagnóstico e tratamento antes inalcançáveis ou com uma grande latência temporal. Esse capítulo traz outra abordagem apresentando de forma georreferenciada a quantificação dos estabelecimentos de saúde com vínculo SUS no Estado de Goiás por complexidade, para o ano de 2021, a estimativa populacional e pontos de atenção básica, os pontos de atenção de média complexidade, os pontos de atenção de alta complexidade, a análise das internações no Estado de Goiás e Distrito Federal e o total de internações hospitalares realizadas

Voltar ao sumário

por município de Goiás e no Distrito Federal. Esse panorama possibilitou a compreensão da distribuição da oferta da assistência no estado, nos últimos anos, demonstrando os vazios assistenciais, assim como a concentração dos serviços em Goiás.

O Capítulo 5 tratou das representações dos gestores municipais e estaduais acerca da política de regulação em saúde. Essa pesquisa com os gestores foi de extrema importância ao retratar, por meio das falas desses, a complexidade do tema na perspectiva da diversidade regional no estado de Goiás. As variações das condutas e das experiências dos participantes revelaram as distintas subjetivações da política pública estudada, favorecendo a compreensão de que outras relações estão presentes na implementação de políticas, como as interações humano-políticas, humano-sistemas e humano-máquinas. Para a escuta dos atores sociais desta pesquisa, foram realizados cinco grupos focais na modalidade on-line, aglutinando os gestores por regiões, considerando o sistema nos diferentes níveis institucionais, como por exemplo, o legislador, o gestor, o técnico de saúde, o atendente e a comunidade. Das falas dos gestores foram destacados aspectos como a incipiente implementação da regionalização do sistema de saúde em Goiás, apontando para a necessidade de melhoria dos instrumentos e das ferramentas que garantam a atenção e o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo analisar a política de regulação de saúde no Estado de Goiás, descrever a realidade dos complexos reguladores regionais e estadual, facilidades, dificuldades e integração, conhecer a capacidade instalada dos serviços públicos e contratados para os atendimentos ambulatorial e hospitalar nas regiões do Estado de Goiás, verificar se a Programação Pactuada e Integrada - PPI entre municípios está garantindo o acesso adequado da população ao sistema de saúde (ambulatorial e hospitalar) e apresentar recomendações para uma boa gestão dos serviços de saúde do Estado.

Voltar ao sumário

1. PANORAMA SOCIOECONÔMICO DO ESTADO DE GOIÁS

Avaliações diagnósticas são insumos fundamentais para análise e formulação de estratégias de enfrentamento de problemas sociais. Um diagnóstico socioeconômico que se proponha a ser útil e propositivo para Políticas Públicas deve se caracterizar como um estudo da situação social de uma determinada população, com textos descritivos ou analíticos, tabelas de dados, cartogramas e indicadores específicos. O termo 'propositivo' é aqui empregado para diferenciá-los dos diagnósticos de escopo mais geral, elaborados normalmente em agências estatísticas, instituições não governamentais e organismos multilaterais, destinados a apresentar um balanço da mudança social ou das condições de vida ou saúde da população. O que os diferencia – os diagnósticos de condições de vida dos diagnósticos para políticas e programas sociais – é o compromisso mais geral e descritivo do primeiro tipo de documento – certamente útil e relevante para o público geral e para a defesa de uma temática social na agenda de políticas – e o foco mais circunscrito do segundo, que apresenta o contexto mais específico, os condicionantes e determinantes 'manejáveis' da problemática social de interesse da intervenção pública.

Nesse sentido, neste capítulo é apresentado um Panorama Socioeconômico de Goiás, não exaustivo, com o propósito de delinear o contexto de análise para a "Avaliação da Política de Regulação de Saúde no Estado de Goiás". Em função da pandemia Covid-19, da conjuntura econômica e de decisões acerca das políticas públicas nos últimos anos, é de se supor que as condições de saúde da população goiana foram impactadas em algum sentido, e de forma diferente pelas diversas regiões do estado. Assim, na primeira seção apresentam-se os indicadores demográficos estimados pelo IBGE para o estado e suas macrorregiões, de modo a permitir o dimensionamento da pressão por serviços de saúde e especificar a natureza da oferta em função das demandas específicas segundo perfil etário da população. Segue-se uma seção para sistematizar aspectos do mercado de trabalho e condições de vida no estado, valendo-se da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios e da Relação Anual de Informações Sociais. Na última seção, aponta-se um conjunto de indicadores das potencialidades e fragilidades da economia por regiões do estado, coletados a partir de várias pesquisas e fontes de dados, de modo a contextualizar a capacidade de financiamento público municipal e a infraestrutura de serviços públicos e privados para atendimento em saúde.

1.1 Aspectos demográficos

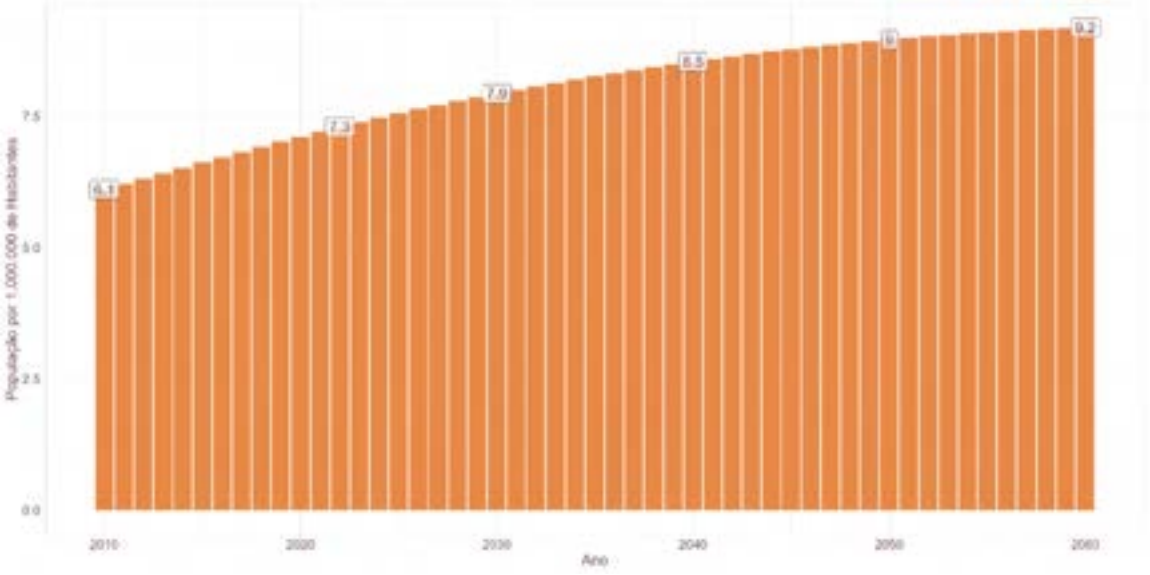
A análise da dinâmica populacional constitui um tema de indiscutível relevância nas avaliações de políticas públicas, em especial em saúde. Deste modo, neste tópico são apresentadas considerações acerca da dinâmica demográfica em Goiás e suas macrorregiões. São apresentados indicadores demográficos que permitem compor um painel sobre os aspectos relativos à evolução da população projetada do estado de Goiás, a Razão de Sexo, o Índice de Envelhecimento e a distribuição de Municípios por porte de população. A ausência de dados censitários atualizados por conta do adiamento do Censo Demográfico 2020 para 2022 é certamente uma grande limitação nessa seção.

Vale registrar inicialmente que o Estado de Goiás situa-se na Região Centro-Oeste do país, ocupando uma área de 340.086 km². Sétimo estado em extensão territorial, limita-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. Possui 246 municípios, em grande medida de pequeno porte. Além da capital, Goiânia, estão entre as cidades mais populosas do estado e com mais de 100.000 habitantes os municípios de Aparecida de Goiânia, Anápolis, Rio Verde, Águas Lindas de Goiás, Luziânia, Valparaíso de Goiás, Trindade, Formosa, Novo Gama, Senador Canedo, Catalão e Itumbiara. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) Estadual é de 0,735, ocupando o 8º lugar no ranking nacional e a taxa de analfabetismo para pessoas de 10 anos acima é de 5,6% da população. Goiás contava em 2021 com 92% de sua população vivendo em cidades.

Segundo as informações disponibilizadas pelo IBGE (2018), o estado de Goiás tem uma população estimada em 7,2 milhões de pessoas, com cerca de 1,5 milhão de crianças e adolescentes de até 14 anos e 610 mil pessoas de 65 anos ou mais. Tal como observado para o país, Goiás segue a tendência de redução de taxas de crescimento, com níveis abaixo de 1% ao ano nas próximas décadas. Essa redução da taxa de crescimento populacional se deve a uma intensa diminuição da natalidade no estado, ao aumento da mortalidade como consequência do envelhecimento populacional e da estabilização da dinâmica migratória. Ainda assim, Goiás tende a ter um crescimento populacional um pouco mais elevado que a média nacional, por se tratar de um estado ainda com mais entradas do que saídas de migrantes. A população do estado deverá chegar a 9,3 milhões em 2060, com perspectivas de estabilização demográfica somente mais à frente, ao contrário do país, que deve ter sua população estabilizada em 233 milhões de pessoas por volta de 2050 (Figura 1.1). A pressão populacional por serviços de saúde deve, portanto, manter-se acima da média nacional nas próximas décadas.

Voltar ao sumário

Figura 1.1 - População projetada – Goiás 2010 - 2060



Fonte: IBGE. Projeção de População 2018.

Como resultado da continuidade de fluxos migratórios de outros estados, bem menos intensos do que já foram há mais de 50 anos, a distribuição de homens e mulheres é quase igual, diferente do que ocorre no país. Em 2010, no Brasil viviam 104 mulheres para cada 100 homens; em Goiás, 101 mulheres cada 100 homens. Contudo, essa razão deve aumentar para patamar acima de 103 nas próximas décadas, em função da ampliação dos diferenciais já significativos de esperança de vida. De fato, em 2020, as mulheres do estado tinham uma expectativa de vida ao nascer de 78 anos, 6 anos a mais do que os homens (72 anos). A menos que ações específicas em Saúde para população masculina sejam realizadas essa diferença tende a aumentar pelos riscos de saúde e mortalidade, estilos de vida e perfil de atividades ocupacionais a que os dois grupos populacionais estão sujeitos.Vale observar que, pelos níveis e padrões de mortalidade dos estados da Região Sul e Sudeste, a esperança de vida média no Brasil é cerca de 2 anos superior a de Goiás: em 2020 estima-se que a esperança de vida de mulheres no país era de 80,5 anos e entre homens, 73,5 anos. Vale observar que, em função do elevado número de óbitos de idosos durante os dois anos da pandemia, é provável que haja uma diminuição conjuntural da esperança de vida no país e estados.

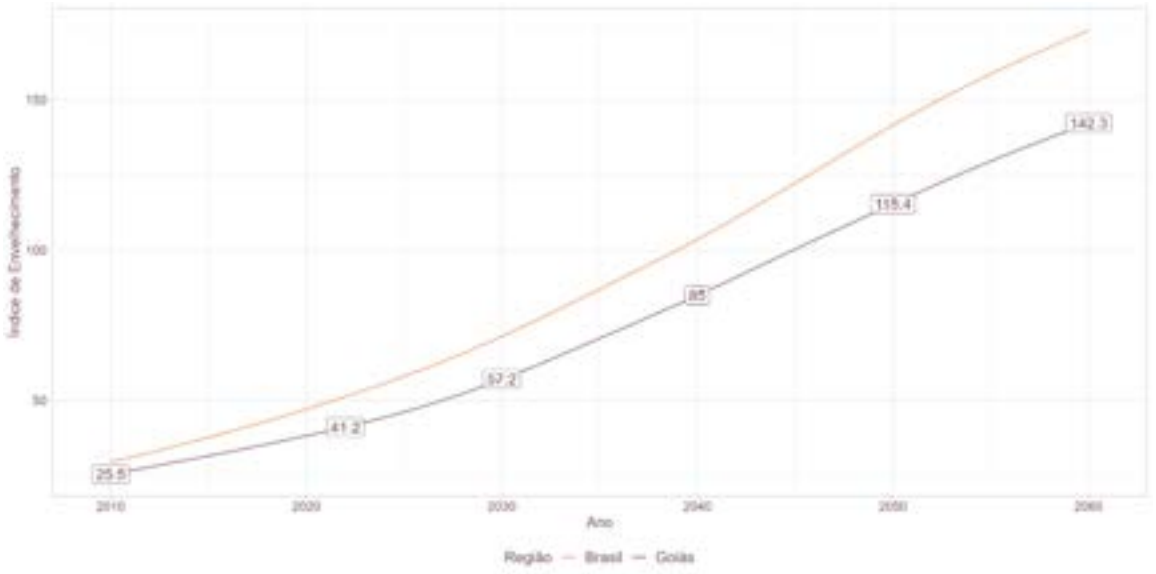
O aumento da expectativa de vida de homens e mulheres nas próximas décadas levará

Voltar ao sumário

a uma participação crescente de idosos na população, alterando, assim, de forma significativa as razões de dependência atuais. O aumento relativo de idosos na população goiana também é um resultado da diminuição da fecundidade das mulheres já há algumas décadas, acentuada na pandemia. Com isso, o número de crianças e adolescentes vem se estabilizando no estado, refletindo em uma menor pressão de oferta de serviços públicos para esse segmento e criando oportunidades de criação ou expansão de novos programas (educação infantil, jornada escolar estendida, prevenção da gravidez na adolescência etc). Em 2010, havia 25 idosos de 65 anos ou mais para cada 100 crianças e adolescentes de até 15 anos em Goiás. Em 2030, essa razão será de 57 idosos para cada 100 pessoas até 15 anos, acelerando-se nas décadas seguintes (Figura 1.2). Nesse ano, estima-se que a população idosa de 65 anos ou mais será de quase 900 mil pessoas, enquanto que a população de até 15 anos se manterá estável em torno de 1,5 milhão de crianças e adolescentes. Em 2050 os idosos totalizarão cerca de 1,7 milhão de pessoas para um quantitativo de 1,45 milhão de crianças e adolescentes. Ainda assim, o ritmo do envelhecimento populacional em Goiás se manterá inferior ao índice nacional.

Voltar ao sumário

Figura 1.2 - 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

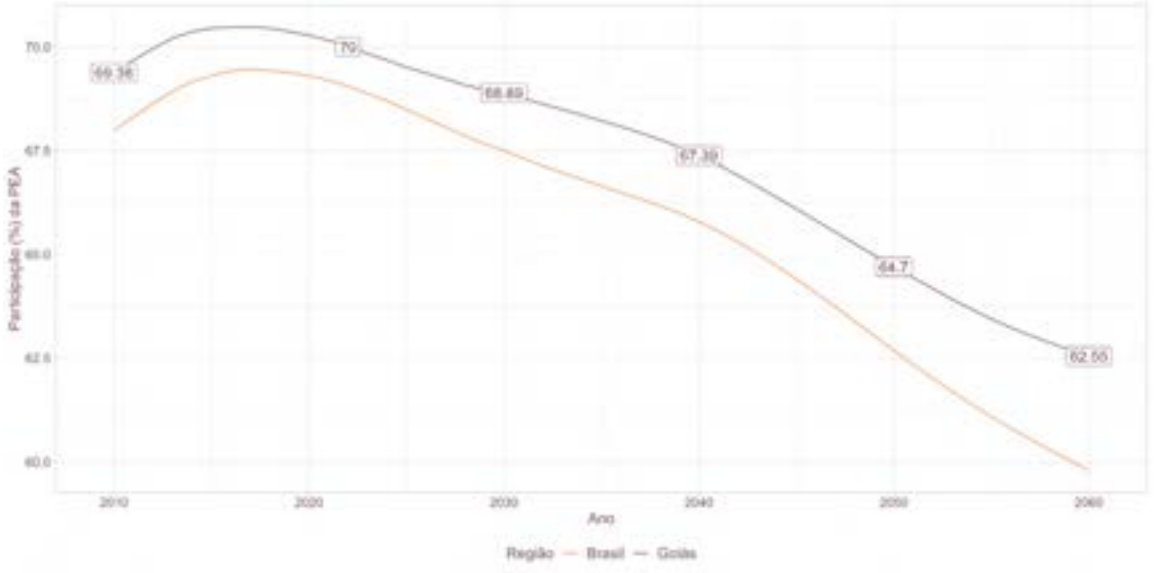
Essas tendências demográficas - em grande medida inexoráveis, apontam para uma pressão crescente por serviços de saúde voltados para população idosa nos próximos anos e décadas, assim como o impacto potencial sobre a previdência pública e sobre os serviços de assistência social voltados a esse segmento (serviços de convivência, de cuidados e terapia ocupacional etc). Ações de saúde preventiva são cada vez mais importantes para que os recursos para financiamento à Saúde Pública no estado tenham crescimento compatível com a disponibilidade de recursos do tesouro estadual e dos municípios, frente às restrições impostas pelo teto de gastos federais no financiamento das políticas públicas no país. Ademais, vale registrar que, no estado, a relativa estabilidade populacional do contingente de crianças e adolescentes não significará o arrefecimento dos recursos públicos em Educação. Afinal há ainda necessidade de atendimento das demandas reprimidas de creches e educação infantil, assim como os esforços de ampliação da jornada escolar e de melhoria no desempenho dos estudantes.

O envelhecimento populacional vai ser acompanhado pela diminuição da população economicamente ativa (PEA) no estado, as-

Voltar ao sumário

sim como no país. Depois de aumentar seguidamente pelo ingresso de número crescente de jovens, particularmente de mulheres, no mercado laboral, a força de trabalho tende a se estabilizar e gradativamente diminuir no estado (Figura 1.3). Não fosse a ampla cobertura da previdência junto à população idosa no país e a existência de um sistema público de saúde, esse decréscimo da PEA seria preocupante pela potencial perda de capacidade de sustentação econômica das famílias. Naturalmente, é preciso cuidar para que as oportunidades de emprego sejam suficientes e garantam um padrão adequado de remuneração para a população ativa, inclusive pelos efeitos indiretos na arrecadação de tributos advindos do consumo e do recolhimento sobre a folha de pagamento para financiamento da previdência.

Figura 1.3 - Participação da força de trabalho no mercado laboral - Brasil e Goiás 2010 a 2060



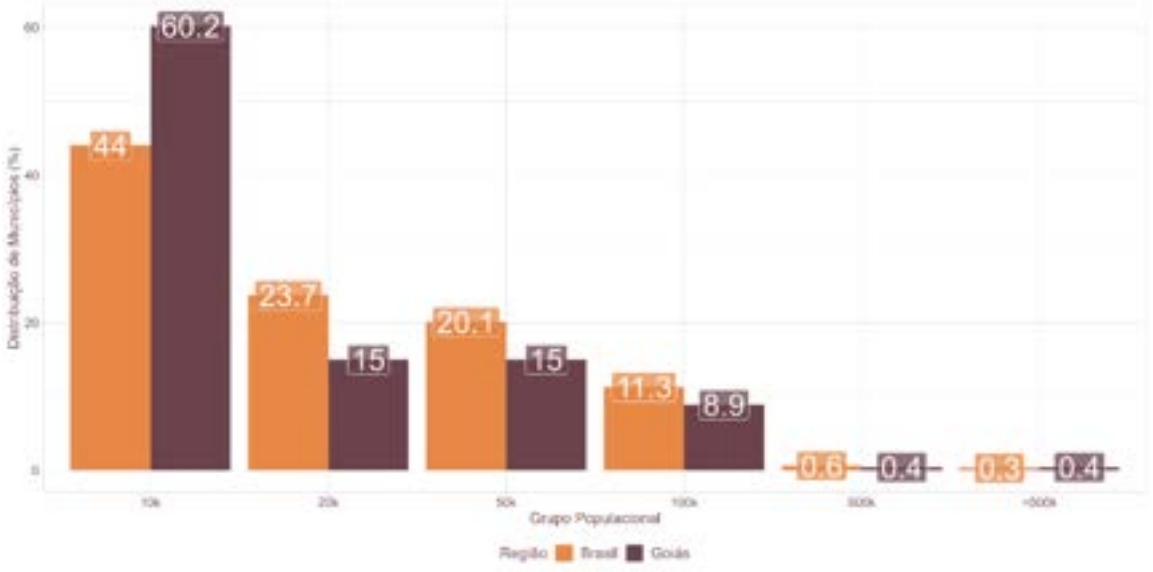
Fonte: IBGE. Projeção de População 2018 e elaboração própria.

O estado de Goiás é marcado por forte concentração populacional na sua região central. Mais de um terço da população do estado – 2,6 milhões de um total de 7,2 milhões em 2021- reside na Região Metropolitana de Goiânia. Outra parcela expressiva de população goiana – cerca de 1,5 milhão - concentra-se na região conexa, no entorno do Distrito Federal. Se tal concentração facilita o acesso potencial a serviços públicos, especialmente os de maior complexidade na Saúde, por outro, traz dificuldade de estruturação de serviços básicos

Voltar ao sumário

pelo interior do mesmo. Cerca de 75% dos municípios do estado são de pequeno porte (até 20 mil residentes), e a maioria - 60,2% - possuem população de até 10 mil habitantes, uma característica mais acentuada que a da realidade nacional (Figura 1.4).

Figura 1.4 - Distribuição de Municípios por porte de população - Brasil e Goiás 2021



Fonte: IBGE. Estimativas Populacionais.
Nota: O porte está expresso por 100.000 habitantes.

Quando desagregados pelas 5 macrorregiões do estado, os indicadores demográficos deixam entrever as diferenças quanto à razão de sexo, índice de envelhecimento e distribuição da PEA (Tabela 1.1). No que se refere à razão de sexo, a mais elevada é constatada na macrorregião Centro-Oeste do estado (106,6); as menores no Centro-Norte (99,5) e Sudoeste (93,6), mas sujeitas à migração de outros estados. A macrorregião que apresenta o menor Índice de Envelhecimento é a Nordeste (21,4), com estrutura etária mais jovem no estado; a que apresenta maior participação relativa de idosos é a macrorregião Centro-Oeste (com razão entre idosos e crianças de 50,9). Essas diferenças de perfil demográfico certamente se refletem em demandas diferenciadas por serviços de saúde, assim como de gastos *per capita*, pela natureza da oferta dos mesmos. Com relação à força de trabalho há grande proximidade de perfil demográfico entre as macrorregiões, com cerca de 70% da população ativa.

Voltar ao sumário

Tabela 1.1 - Indicadores demográficos por macrorregião em 2021, Goiás.

Indicadores	Centro-Norte	Centro-Oeste	Centro Sudeste	Nordeste	Sudoeste	Goiás
População Total	1155598	2391502	1560613	1376371	722505	7206589
Razão de Sexo	99.5	106.6	101.2	100.6	93.6	101.8
Razão de Dependência - Jovens	29.4	27.3	30.5	36.9	30.4	30.4
Razão de Dependência - Idosos	13.9	13.9	11.8	7.9	11.7	12.1
Razão de Dependência - Total	43.3	41.2	42.3	44.7	42.1	42.5
Ìndice 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.

1.2 Mercado de Trabalho e Condições de Vida

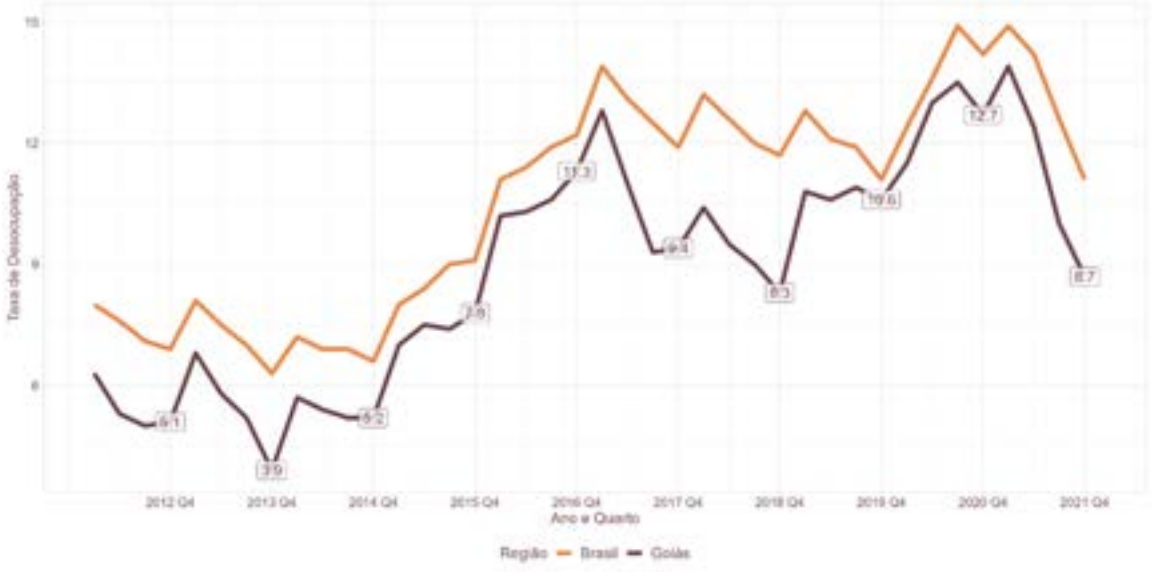
Parcela expressiva do rendimento domiciliar no Brasil provém da ocupação exercida no mercado de trabalho (cerca de 70% na média no país). Indicadores de mercado de trabalho são, pois, importantes para avaliar e monitorar as condições de vida da população. Taxa de Desocupação, Taxa de Participação, Taxa de Informalidade, Rendimento Médio do Trabalho são alguns dos principais indicadores usados para apresentar o panorama do mercado de trabalho e são aqui sistematizados a partir da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC), disponibilizada pelo IBGE.

Goiás apresenta uma taxa de desocupação ligeiramente mais baixa que a taxa nacional, de cerca de um ponto percentual mais baixa, com evolução tendencial muito próxima a da taxa de desocupação nacional. A taxa de desocupação corresponde à parcela de pessoas desocupadas, procurando trabalho, dentre aquelas da força de trabalho. Em 2013, a taxa de desocupação no estado era de 4%, vindo

Voltar ao sumário

a crescer nos anos seguintes até 2016, quando chega a 11%. Entre 2017 e 2018 há pequena queda para 8%, retomando a tendência de crescimento até o primeiro ano da pandemia (2020), quando atinge 13%. A partir de 2021 a desocupação começa a cair, chegando ao final de 2021 abaixo de 9% e assim tem se mantido no primeiro semestre de 2022 (Figura 1.5).

Figura 1.5 - Evolução da Taxa de Desocupação, Brasil e Goiás 2012-2021

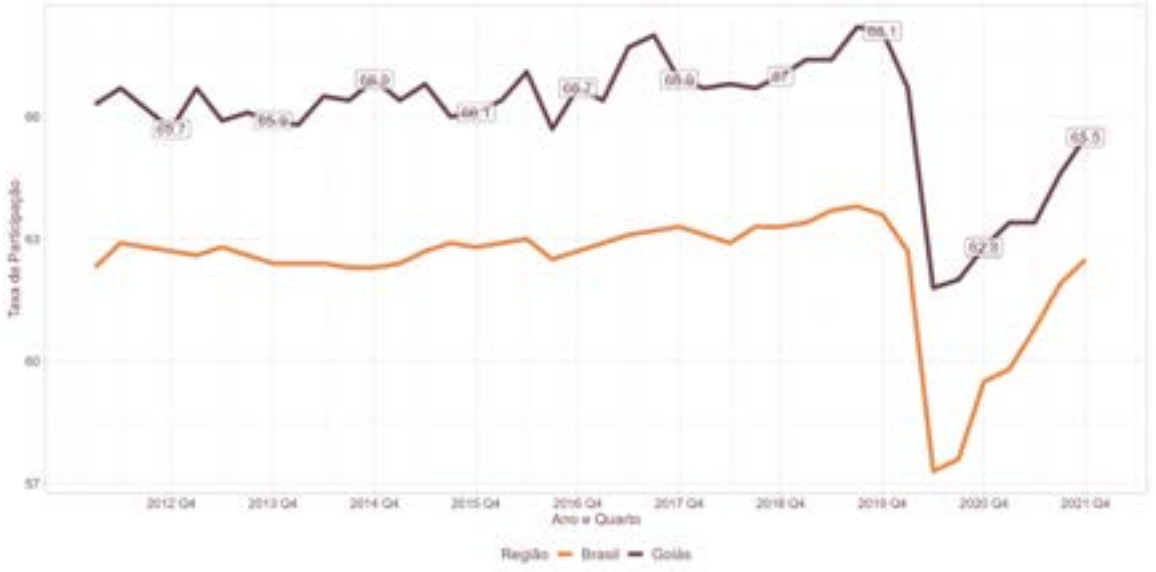


Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral, IBGE.

Pela presença de população adulta ligeiramente maior do estado em relação ao país e pelas características da economia estadual, a taxa de participação em Goiás é mais alta que a média nacional. Esse indicador - taxa de participação- dimensiona a parcela de pessoas em idade de trabalhar que estão efetivamente disponíveis e dispostas a trabalhar ou procurar emprego. Essa taxa é de cerca de 66% entre 2012 e 2019 no estado, contra 63% no período no país. Durante a pandemia, com o desaquecimento da economia, houve uma perda de 8 milhões de ocupações no país, além da interrupção pela busca de empregos. A força de trabalho do estado foi severamente afetada pela pandemia, com perda de postos de trabalho e rendimento, em uma intensidade próxima à constatada no país.A taxa de participação caiu para abaixo de 63% no estado (e 59% no país) em 2020, vindo a se recuperar parcialmente a partir do final desse ano (Figura 1.6).

Voltar ao sumário

Figura 1.6 - Evolução da Taxa de Participação, Brasil e Goiás 2012-2021

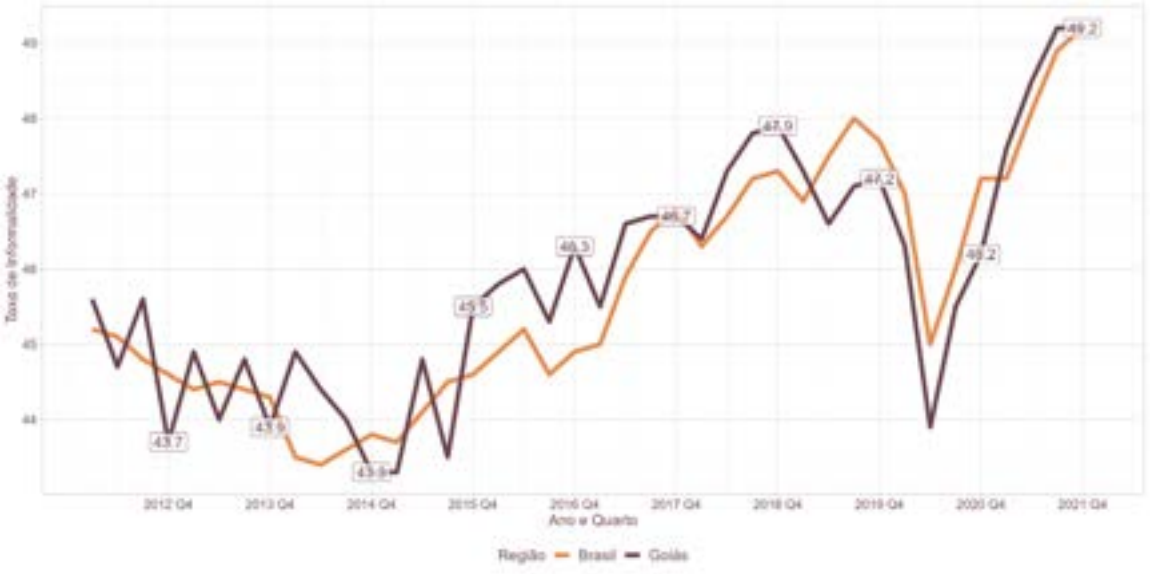


Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral, IBGE.

A informalidade no mercado de trabalho goiano é alta, próxima da nacional, tendo aumentado de 44% para 49% entre 2014 e 2021 (Figura 1.7). A Taxa de Informalidade considera em seu cômputo, entre os ocupados, aqueles que são empregados no setor privado sem carteira de trabalho assinada, empregado doméstico sem carteira de trabalho assinada, trabalhador por conta própria e trabalhador familiar auxiliar. Assim, não deixa de ser surpreendente que seja alta pela estrutura econômica relativamente diversa no estado, nível de urbanização e concentração populacional. Fato é que cerca de metade da força de trabalho ocupada no estado está desassistida quanto aos direitos trabalhistas e previdenciários. Não fosse a universalidade do SUS, esses trabalhadores e suas famílias estariam também desprotegidos quanto à prevenção e riscos efetivos na saúde.

Voltar ao sumário

Figura 1.7 - Evolução da Taxa de Informalidade, Brasil e Goiás 2012-2021

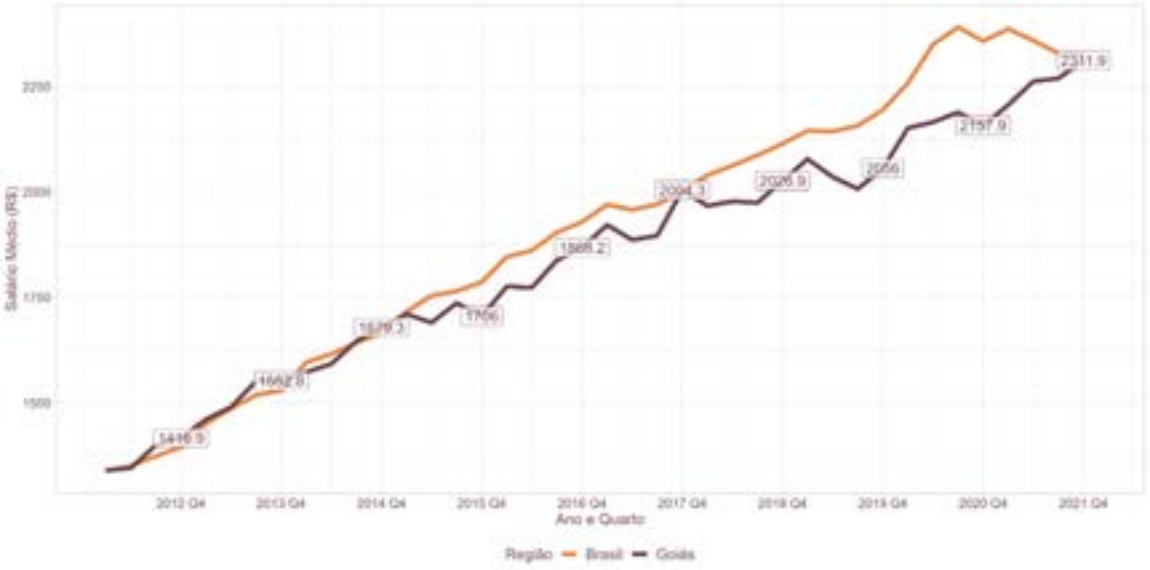


Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral, IBGE.

O rendimento médio do trabalho em Goiás era de cerca de 2.300 reais no final de 2021, próximo da média nacional (Figura 1.8). Ao longo dos últimos 10 anos houve certo descolamento do rendimento médio no estado em relação à média do país, recuperado nos anos da pandemia. Enquanto no país houve perda nominal- e naturalmente real- do valor de compra do rendimento do trabalho- além da perda expressiva de ocupações acima apontada- no estado, o nível salarial das pessoas que permaneceram ocupadas manteve-se crescendo. O emprego público e as ocupações na agropecuária certamente contribuíram para isso, seja preservação de ocupações, seja pela manutenção dos níveis salariais.

Voltar ao sumário

Figura 1.8 - Evolução do Rendimento médio nominal do Trabalho, Brasil e Goiás 2012-2021

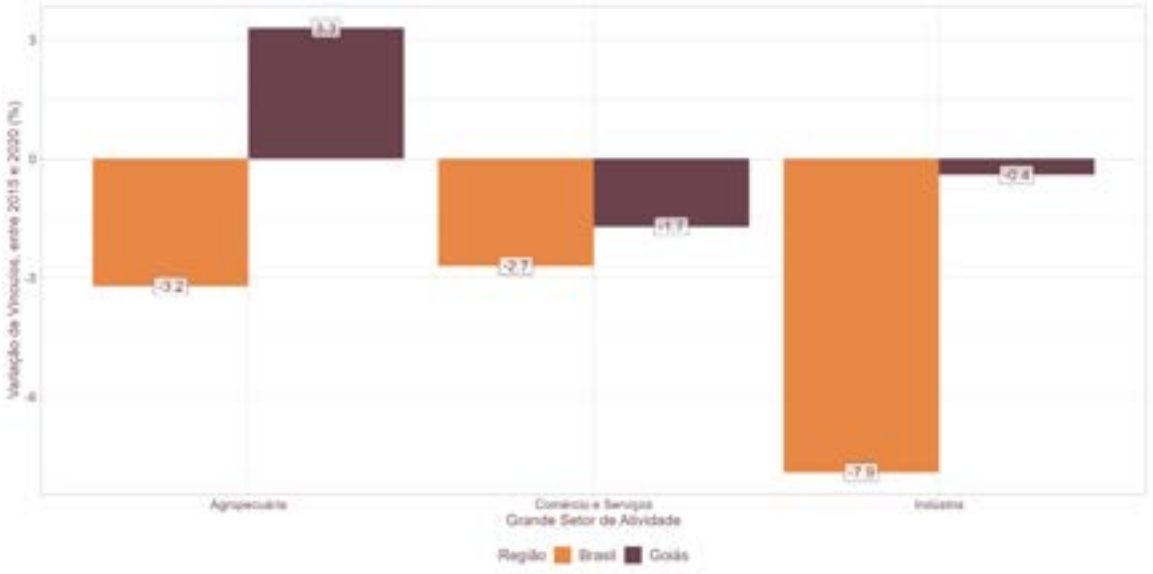


Fonte: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral, PNADC, IBGE.

Dados da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS) corroboram essa interpretação de que a agropecuária e o emprego público conseguiram escapar de parte dos efeitos deletérios da recessão da pandemia, assim como da recessão de 2015-2016. Embora essa fonte de dados não contemple o registro de todo tipo de emprego no país, mas somente os vínculos celetistas dos estabelecimentos privados e os empregos do setor público, ela é usada para análises mais específicas- setoriais e regionais- do mercado de trabalho. Assim, pelos registros da RAIS, a agropecuária apresentou aumento de 3,3% de empregos entre 2015 e 2020, contra uma perda de igual intensidade (mas em sinal trocado) no país (Figura 1.9). O emprego industrial em Goiás também apresentou uma queda bem menos intensa nesse período no Estado que no país: -0,4% de ocupações perdidas no estado entre 2015 e 2020, contra -8% no país. No Comércio e Serviços, as perdas de ocupações em Goiás foram também menos intensas que na média do país.

Voltar ao sumário

Figura 1.9 - Variação dos Vínculos de Emprego Formal por grandes setores de atividades entre 2015 e 2020, Brasil e Goiás.



Fonte: Relação Anual de Informações Sociais, RAIS, Ministério da Economia.

A análise da evolução do emprego formal pelas macrorregiões do estado revela diferenças significativas. A macrorregião Centro-Oeste, onde está situada a capital do estado, é a região que agrega quase metade dos empregos formais no estado. Foi a que apresentou maior queda de ocupações entre 2015 e 2020, com diminuição de quase 5% dos vínculos, e pela concentração de empregos no Comércio e Serviços, foi uma das regiões mais afetadas pela pandemia. As macrorregiões com atividades econômicas na agropecuária, especialmente ao Sul e Norte, tiveram expansão de emprego formal no período. Vale destacar, nesse sentido, a macrorregião Nordeste com expansão de 4,4% de empregos e a Centro-Sudeste com 2,6% entre 2015 e 2020. Não fossem os efeitos da pandemia, o desempenho do mercado de trabalho seria ainda mais positivo.

Voltar ao sumário

Tabela 1.2 - Indicadores do mercado de trabalho formal por macrorregião, Goiás.

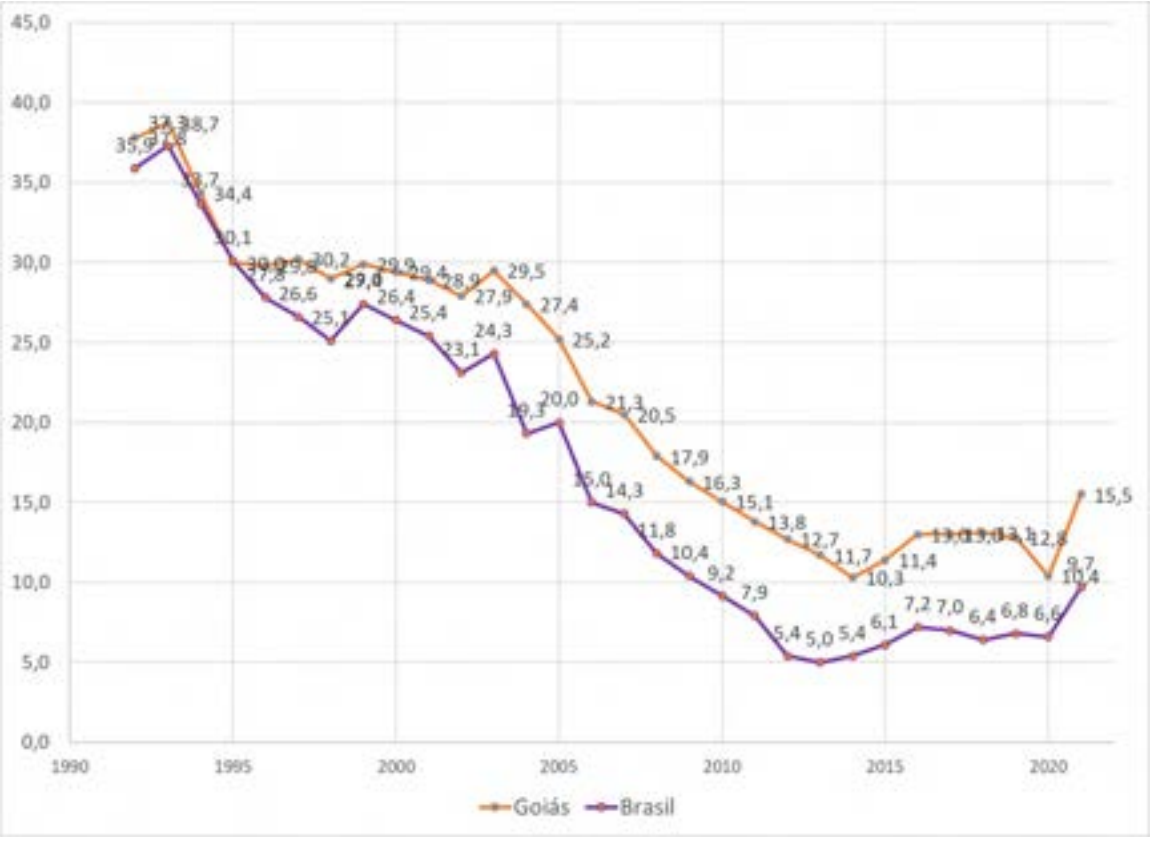
Macrorregião	Vínculos (2015)	Vínculos (2019)	Vínculos (2020)	Participação da Macro (2020)	Variação entre 2020 e 2015	Variação entre 2020 e 2019	PIA (2020)	Vínculos por PIA (2020)
Centro-Norte	205.593	211.451	207.116	14,0	0,7	-2,1	801.050	258,6
Centro-Oeste	725.273	716.353	692.009	46,6	-4,6	-3,4	1.679.945	411,9
Centro Sudeste	298.694	311.042	306.318	20,6	2,6	-1,5	1.081.472	283,2
Nordeste	118.260	128.038	123.493	8,3	4,4	-3,5	936.301	131,9
Sudoeste	153.577	157.420	155.324	10,5	1,1	-1,3	500.430	310,4

Fonte: Relação Anual de Informações Sociais, RAIS, Ministério da Economia.

A dinâmica do mercado de trabalho ao longo dos últimos sete anos teve impacto significativo sobre as condições de vida e pobreza no estado. Desde 2014 a pobreza e a extrema pobreza têm aumentado em Goiás, interrompendo uma trajetória histórica de 30 anos de queda, como também no país (JANNUZZI; OLIVEIRA, 2022). Em 1992, a pobreza, medida pela linha internacional adotada na Agenda 2030 de 3,2 dólares *per capita* por dia, ajustada ao poder de compra dos Estados Unidos (3,2 ppp) era superior a 35%, próximo do patamar médio do país. Em 2013, a pobreza atingiu seu ponto menor na série, de cerca de 5%, metade da cifra média do país. Contudo, com o aumento do desemprego e da informalidade no mercado de trabalho, com a interrupção dos ganhos reais do salário mínimo e a desarticulação das políticas sociais a pobreza aumentou para 7% no Estado já em 2015, chegando a 10% na pandemia. Em 2021 eram cerca de 700 mil pessoas nessa condição de pobreza no estado, quantitativo de treze anos atrás, em 2008. A recuperação do emprego a partir de 2022 pode ter amenizado o quadro de pobreza, mas ele é certamente preocupante, com claras repercussões sobre a disponibilidade de aquisição de alimentos e das condições de saúde por parte desse público.

Voltar ao sumário

Figura 1.10 - Evolução da Taxa de Pobreza Monetária (Linha internacional de 3,2 ppp) - Brasil e Goiás 1992 a 2021



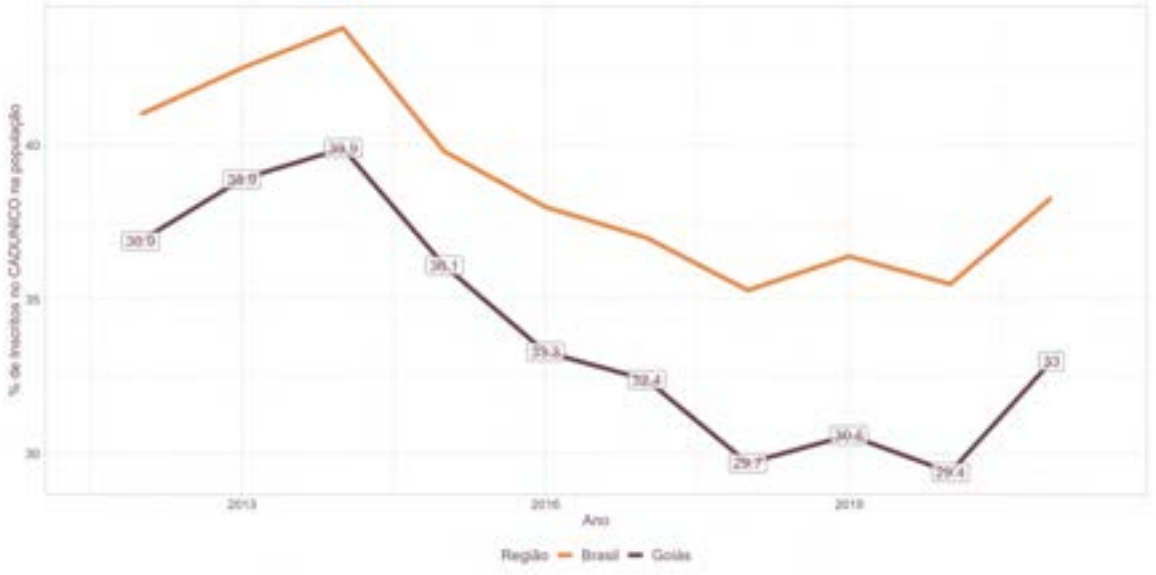
Fonte: JANNUZZI, OLIVEIRA (2022). Processamentos adicionais com base na PNAD e PNADC.

A análise das inscrições no Cadastro Único de Programas Sociais nos últimos anos não parece refletir a prioridade governamental na mitigação desse aumento de população em situação de pobreza. Desde que o governo federal passou a excluir sistematicamente os registros de famílias com mais de 4 anos sem atualização cadastral em 2013, tem havido uma diminuição expressiva do contingente de pessoas elegíveis aos programas sociais de natureza redistributiva como Bolsa Família, Auxilio Brasil etc. Contudo, não deixa de ser curioso que, mesmo com o agravamento da pobreza a partir de 2015, a parcela de inscritos no Cadastro continue caindo ou mesmo se estabilizando em torno de 30% por volta de 2018 (Figura 1.11). Somente a partir dos últimos anos, já na pandemia que o esforço de

Voltar ao sumário

cadastramento parece ser mais significativo. Esse movimento reflete-se na diminuição do número de beneficiários do programa Bolsa Família no mesmo período em que a pobreza começa a se ampliar. De fato, o número de famílias beneficiárias do programa Bolsa Família em Goiás chegou em dezembro de 2019 a seu mais baixo patamar, de 277 mil famílias, cerca de 70 mil famílias a menos que as 348 mil famílias atendidas em 2013, ano de menor incidência da pobreza do estado, como mostrado anteriormente.

Figura 1.11 - Evolução da proporção de população inscrita no Cadastro Único - Brasil e Goiás 2013-2020



Fonte: Cadastro Único de Programas Sociais

A desarticulação dos programas sociais federais parecem também se revelar pelos resultados apontados quanto ao aumento da insegurança alimentar na Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2017/2018. Entre 2013 e 2018 ampliou-se o contingente de pessoas em insegurança alimentar: a insegurança alimentar moderada, que compreende a parcela de pessoas residentes em domicílios em que um adulto deixou de se alimentar adequadamente nos últimos 3 meses, passou de 3,5% para 7,8%; a insegurança alimentar grave, medida aproximada da fome entre crianças, passou de 2,6% para 5,0% dos domicílios. Tão ou mais grave que essa evolução negativa é o fato de que, em um dos principais estados produtores de alimentos e commodities do país, os indicadores estaduais de insegurança alimentar são

Voltar ao sumário

próximos à média nacional. Preocupa ainda mais o fato dessas estatísticas de insegurança alimentar serem anteriores à pandemia, quando então as dificuldades de aquisição e acesso aos alimentos se ampliaram significativamente. Esse legado de alimentação insuficiente e inadequada entre crianças e adultos tem implicações gravosas nas condições de vida e saúde da população que o SUS deverá estar pronto a mitigar nos próximos anos.

Felizmente, as condições de acesso à água e esgotamento sanitário do estado mantiveram tendência de expansão, mesmo em municípios mais pobres. Essa é uma boa notícia pela importância dessas condições sanitárias para a Saúde Pública. A cobertura do acesso à água para população urbana de Goiás é praticamente universal (Tabela 1.3). Já o esgotamento sanitário tem uma cobertura expressiva, com diferenças regionais mais expressivas.

Tabela 1.3 - Indicadores do mercado de trabalho formal por macrorregião, Goiás

Macrorregião	% de População urbana com abastecimento de água	% de População urbana com esgotamento sanitário
Centro-Norte	99,9	77,5
Centro-Oeste	99,9	89,9
Centro Sudeste	99,5	87,7
Nordeste	100,0	93,1
Sudoeste	96,8	87,4

Fonte: Sistema Nacional de Informações Sanitárias

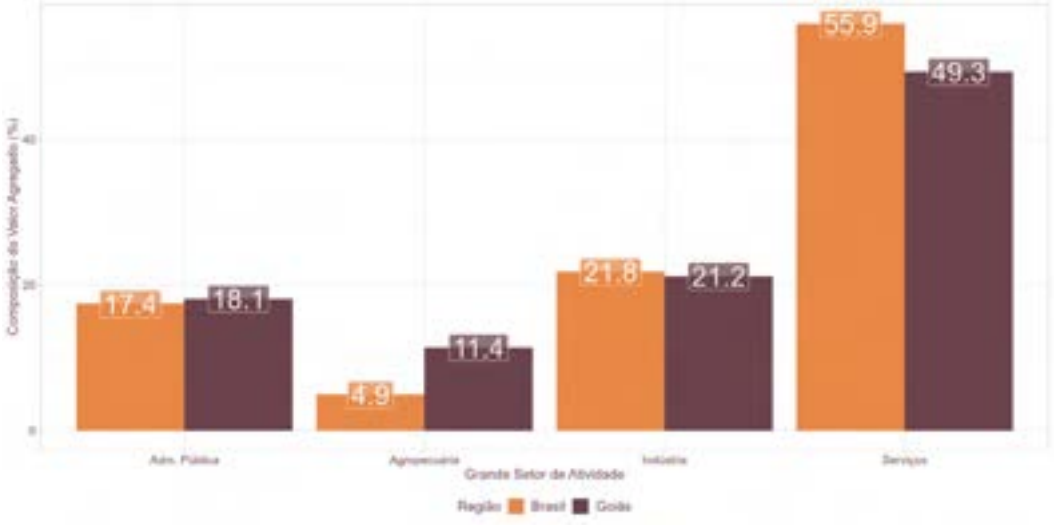
1.3. Estrutura e Desenvolvimento Econômico

Goiás figura entre os dez estados mais desenvolvidos do país em termos econômicos, resultado da importância do agronegócio e da diversificação do setor industrial de sua base produtiva. O Produto Interno Bruto (PIB) do estado, isto é, o valor da produção de todos os bens e serviços finais produzidos em um ano, avaliados aos preços em que chegam ao consumidor, era de cerca de 209 bilhões de reais em 2019, representando cerca de 3% do PIB brasileiro (de 7,6 trilhões de reais à época). A análise da distribuição do Produto Interno Bruto (PIB) em grandes setores de atividade econômica evidencia que a Agropecuária representa 11% do valor agregado total do estado, cerca de 2 vezes superior à média nacional (Figura 1.12). A Indústria tem uma participação na economia estadual próxima da média

Voltar ao sumário

nacional (21%), assim como a Administração Pública (18% do PIB). Ainda que o setor agropecuário tenha menor participação no valor agregado do estado, ele têm estreita ligação com a Indústria de Alimentos - processamento de carnes, derivados de leite e de soja, molhos de tomates, condimentos etc- bem como na produção sucroenergética.

Figura 1.12 - Composição por Setor de Atividade do Valor Agregado Bruto em 2019, Brasil e Goiás.



Fonte: Sistema de Contas Regionais, IBGE.

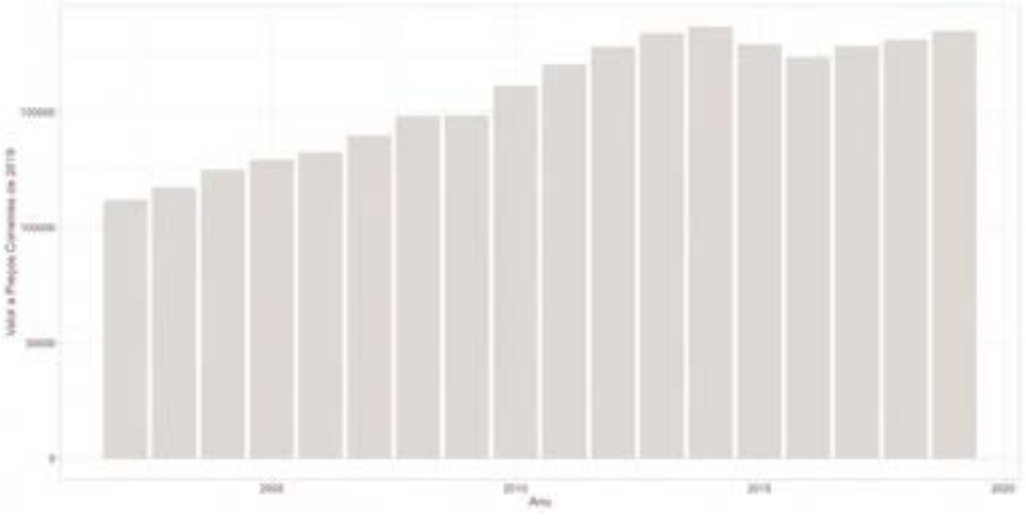
A produção agrícola continua sendo uma atividade econômica importante em Goiás, uma vez que a produção de grãos impulsiona as exportações brasileiras. Com uma produção em torno de 22,815 milhões de toneladas, o que representa 9,5% da produção de grãos brasileira, o estado de Goiás é o quarto produtor nacional de grãos. O estado possui uma pauta agrícola diversificada, mas a produção de soja, milho e cana de açúcar se destacam. Também é expressiva a produção de alimentos típicos na cozinha do brasileiro (feijão, tomate, cebola etc), o que poderia garantir, em tese, maior segurança alimentar à população do estado (pelos custos de transporte e distribuição mais baixos). A produção de agro-commodities para exportação está presente em todas as regiões do estado, especialmente do Sudeste. Nas demais macrorregiões alternam-se as culturas de banana, feijão, sorgo, algodão herbáceo, melancia e tomate. A pecuária goiana também ocupa posição de destaque e relevância no país, o que contribui para que o estado configure entre os maiores produtores do país. O efetivo

Voltar ao sumário

desses rebanhos foi incrementado a partir dos anos 2000 mediante a chegada das empresas que atuam no setor de carnes. A distribuição da pecuária pelas macrorregiões mostra a preponderância da criação avicultura, em especial, dos galináceos, seguido por bovinos, igualmente em todas as macrorregiões.

Ao longo dos últimos 20 anos, a produção econômica do estado teve crescimento sistematicamente positivo até 2014 (Figura 1.13). Entre 2002 e 2008, as taxas anuais de crescimento do PIB foram quase sempre superiores a 3% até que, em 2009, em função da crise econômica internacional, desabaram para próximo de zero. Já em 2010, a economia do estado, assim como a nacional tem forte recuperação, com taxas positivas de crescimento até 2014. A instabilidade política e as decisões econômicas contracionistas do Ministério da Fazenda nos anos seguintes levaram o país e Goiás a uma forte retração do PIB, com diminuição de mais de 3% negativos do PIB em 2015 e 2016. A retomada econômica a partir de 2017 não logrou que o estado viesse a recuperar até 2019 o valor do PIB de 2014.

Figura 1.13 - Evolução Produto Interno Bruto, Goiás 2002-2019



Fonte: Sistema de Contas Regionais, IBGE.

O desempenho setorial da economia goiana é mais diverso nesse período. De modo geral, todos os setores econômicos foram afetados nos anos de 2009 e entre 2014-2017 (Tabela 1.4). Alguns setores apresentaram maior volatilidade das taxas de crescimento entre 2002 e 2009, como a Indústria de Transformação, a Agropecuária e setores ligados ao Comércio.

Voltar ao sumário

Comportamento mais estável apresentaram o setor Financeiro, o Imobiliário, as atividades de Educação, Saúde e Administração Pública. Esses últimos setores têm demandas menos elásticas e investimentos mais estáveis, contribuindo para amenizar as variações conjunturais de outros setores da economia. Serviços educacionais e de saúde, públicos ou privados, tendem a seguir o comportamento menos volátil que outros setores, com efeitos multiplicadores e estabilizadores na economia. De um lado, os níveis salariais desses setores são em geral mais elevados, em função da qualificação técnica dos trabalhadores. De outro, a demanda por esses serviços mantém certa regularidade ditada pelo crescimento demográfico inercial. Por fim, o volume e regularidade dos investimentos nesses setores acabam gerando encomendas significativas sobre outros setores econômicos. Sem dúvida, o SUS tem efeitos econômicos importantes na economia estadual, tão maiores quanto mais presentes os serviços e os subsetores industriais associados à Saúde.

Tabela 1.4 - Variação por Setor de Atividade Detalhado, Goiás 2003-2019

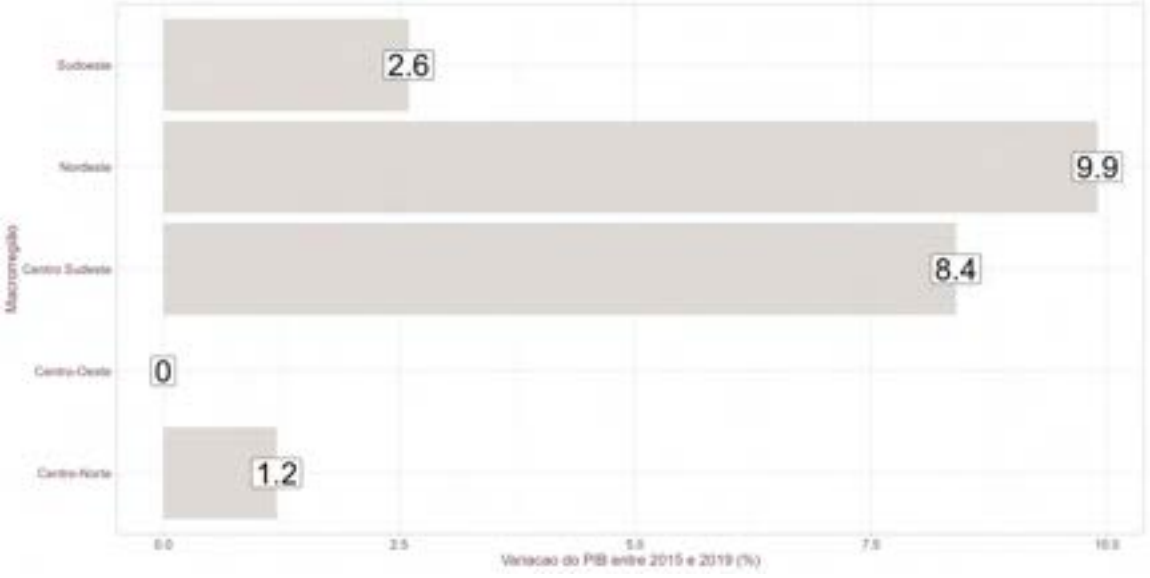
Atividade por Ano	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Agropecuária	11.1	-2.8	9.5	-6.9	4.0	12.5	2.3	6.2	10.8	8.8	1.2	-1.0	-4.9	0.4	19.2	1.8	1.4
Indústrias extrativas	18.0	10.1	-10.1	-7.7	12.3	17.2	5.6	7.5	-5.6	-6.6	9.2	3.1	-4.5	-16.9	2.5	-2.6	-4.6
Indústrias de Transformação	14.1	8.5	3.7	1.2	4.9	7.6	-2.1	12.3	6.5	-0.4	6.3	5.1	1.4	-3.1	4.4	-3.9	4.1
Eletricidade e gás, água, esgoto, atividades de gestão de resíduos e descontaminação	7.0	11.6	1.7	-1.0	3.7	-4.7	-15.6	17.2	9.5	8.9	-9.5	-1.1	-3.6	0.1	-4.6	8.5	3.7
Construção	-5.7	17.5	-4.8	7.3	14.1	0.6	7.7	17.4	10.1	1.3	5.8	-1.3	-13.3	-8.3	-7.6	-1.6	0.7
Comércio e reparação de veículos automotores e motocicletas	1.3	6.9	5.4	6.9	6.7	8.3	-4.0	12.7	3.2	3.5	3.9	-0.4	-12.0	-10.6	-6.7	2.4	0.4
Transporte, armazenagem e correio	-5.7	7.3	1.3	3.7	-0.2	14.6	-5.7	13.6	3.9	8.6	7.5	5.7	-6.9	-11.2	0.3	0.1	1.3
Alojamento e alimentação	-1.0	8.7	2.1	1.1	5.4	7.2	1.3	14.6	5.9	8.1	1.4	7.4	-5.3	-1.1	7.0	6.1	3.8
Informação e comunicação	5.0	15.0	10.4	-0.5	5.2	12.9	6.1	-7.4	-3.7	6.6	-18.9	11.0	-3.5	-4.2	9.7	-5.6	1.0
Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados	1.3	3.6	6.6	7.4	14.0	17.1	11.1	11.0	12.2	18.6	4.5	9.5	3.3	-1.5	8.2	4.3	0.7
Atividades Imobiliárias	4.3	8.8	2.5	4.9	8.5	2.3	1.3	7.0	3.8	6.1	4.8	0.2	-2.1	-0.6	3.5	3.3	3.9
Atividades profissionais, científicas e técnicas, administrativas e serviços complementares	3.6	2.4	8.8	3.9	6.2	9.3	4.3	8.8	9.4	7.2	7.1	1.2	-2.4	3.0	4.8	3.3	2.8
Administração, defesa, educação e saúde públicas e seguridade social	3.1	3.6	0.4	3.5	3.0	0.1	2.7	2.9	2.1	1.9	2.3	1.0	0.4	0.4	1.0	1.2	1.2
Educação e saúde privadas	3.5	11.3	-0.5	3.2	4.6	5.4	-0.7	-3.0	6.3	2.4	1.9	1.9	3.8	0.8	-0.1	2.3	1.1
Outras atividades de serviços	-5.0	13.9	-3.0	6.7	-2.8	4.1	4.8	-4.1	2.8	1.2	6.6	1.7	1.2	-1.2	0.4	3.2	5.8
Total das Atividades	4.7	6.6	3.3	2.7	5.5	6.0	0.2	8.6	5.8	4.4	3.3	1.5	-4.1	-3.0	2.8	1.5	2.1

Fonte: Sistema de Contas Regionais, IBGE.

Voltar ao sumário

A análise da composição do PIB pelo estado revela que a macrorregião Centro-Oeste é a que possui maior participação na economia estadual, com participação de 35% do PIB estadual, seguido da macrorregião Centro-Sudeste (24,8%). A macrorregião Nordeste participa com pouco mais de 10,2% . Em termos de dinamismo econômico, a análise da evolução do PIB entre 2015 e 2019 corrobora a análise já apresentada acerca do emprego formal: macrorregiões Nordeste e Centro-Sudeste destacam-se na expansão da produção econômica estadual (Figura 1.14).

Figura 1.14 - Variação do PIB por Macrorregião entre 2015 e 2019 em Goiás.



Fonte: Sistema de Contas Regionais, IBGE.

Tópicos conclusivos

Esse capítulo procurou fazer um panorama dos principais aspectos demográficos, sociais e econômicos do estado e suas macrorregiões, de modo a oferecer um contexto de referência para avaliação da regulação dos serviços de saúde.

Com relação à dinâmica demográfica, vale destacar que o estado de Goiás tende a crescer a taxas cada vez menores, mas acima da média nacional. Tal fato se deve ao dinamismo de sua economia e do mercado de trabalho, que faz com que os municípios goianos se mantenham como destino migratório de homens

Voltar ao sumário

e famílias de estados vizinhos. No horizonte dos próximos 40 anos, a população do estado ultrapassará 9 milhões de pessoas, significando um acréscimo de mais de 25% de seu contingente demográfico. O número de idosos de 65 anos ou mais tende a crescer a um ritmo mais elevado, passando a totalizar quase 2 milhões de pessoas no final do horizonte delineado, três vezes maior que o levantado atualmente. Por conta dos efeitos indiretos da migração, o número de crianças e adolescentes de até 15 anos se manterá, por bom período, em torno de 1,5 milhões de pessoas. A demanda de serviços de saúde e assistência social para idosos tende a ter crescimento mais acelerado nos próximos anos e décadas, em um contexto em que os recursos para outras políticas públicas caminham para arrefecer, uma vez que as transferências federais estarão limitadas ao teto de gastos públicos criado em 2016.

À luz da evolução dos dados do emprego formal que a RAIS permite acompanhar, o mercado de trabalho no estado tem se revelado um pouco mais dinâmico que o nacional, especialmente nas macrorregiões Nordeste e Centro-Sudeste. Dados da PNADC também apontam que as taxas de desocupação seguem um pouco mais baixas que a média nacional, mas a informalidade e o rendimento do trabalho seguem próximas em nível e tendências do país, em que pese o padrão de modernização da agropecuária exportadora, da agro-indústria e segmentos da indústria de transformação presentes no estado. Mas o crescimento do emprego e as ações em políticas sociais no estado não têm sido suficientes para conter o aumento da pobreza e a insegurança alimentar no estado. A pandemia acabou agravando essa situação, levando a taxa de pobreza a quase 10% da população goiana em 2021, percentual do final da década de 2000. Cerca de 13% da população do estado estava em insegurança alimentar moderada ou grave em 2018, cifra similar à do país. Não deixa de ser contraditório que um estado produtor de alimentos e commodities conviva com tal patamar de inadequação no consumo de alimentos, que traz implicações futuras em termos de saúde para crianças mais pobres.

A economia do estado tem tido uma evolução positiva ao longo dos últimos 20 anos, movida pelos investimentos da agropecuária, agro-indústria e diversificação do parque industrial. O setor de Educação e Saúde também tem aportado investimentos, com efeitos positivos em outros setores da economia estadual. A macrorregião Nordeste vem crescendo a taxas mais elevadas que as demais, o que pode significar maior capacidade de investimento municipal em políticas públicas e de saúde nos próximos anos. Isso pode ser um fator positivo no contexto desafiador de expandir serviços de saúde - básicos e os mais complexos- pelo território estadual, face a existência de um número muito expressivo de pequenos municípios (75% deles com até 20 mil habitantes).

Voltar ao sumário

Referências

BARROSO, L.R. Trinta anos da Constituição Federal: a República que ainda não foi. Revista Consultor Jurídico, 6 de outubro de 2018.

BOUSQUAT,A. *et al*. Pandemia Covid 19: O SUS mais necessário do que nunca. Revista USP, São Paulo, n.128, p.13-26, jan/mar 2021.

IBGE. **Projeção de População**: revisão 2018. Rio de Janeiro, 2018.

JANNUZZI,P.M. Economia Política e Avaliação em Políticas Públicas no Brasil pós-2014. Cadernos de Saúde Coletiva (UFRJ), v. 29, p. 1-11, 2021.

JANNUZZI,P.M.; OLIVEIRA,A.T. R. Dinâmica populacional e Desigualdade. Dossiê Abrasco sobre a Pandemia Covid 19. Abrasco: Rio de Janeiro, 2022.

KERSTENETZKY, Célia Lessa. O Estado do bem-estar social na idade da razão: a reinvenção do Estado social no mundo contemporâneo. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

MENICUCCI, Telma; GOMES, Sandra. Políticas sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018.

MENEZES, A.P.R *et al*. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 43, N. especial 05, p. 58-70, dez 2019.

Voltar ao sumário

2. A SAÚDE PÚBLICA EM GOIÁS

Políticas públicas existem para responder às demandas coletivas em Saúde, Educação, Proteção Social e vários outros domínios. Não existem apenas para solucionar problemas de ação coletiva, que exigem a mediação de um agente reconhecido como legítimo para tanto, ou para mitigar externalidades e questões que o mercado gera ou não consegue resolver satisfatoriamente. No Brasil, atendimento à saúde de forma integral e universal, com qualidade e prontidão não é apenas um problema de ação coletiva, mas uma demanda pública, constitucional inclusive, para o qual todos os esforços de gestão devem ser empreendidos para que cumpram os compromissos de eficiência, eficácia, efetividade e sustentabilidade dos seus efeitos.

Vale lembrar que sistemas públicos de saúde são criações recentes na história. Como componentes centrais do Estado de Bem-Estar estruturados ao século XX, serviços públicos de saúde de larga cobertura de público e de oferta de serviços foram implantados no pós-guerra. Reino Unido, França e Europa ocidental estão arrasadas pela Guerra, com suas populações fragilizadas pela fome, doenças, mutilações e desassistência. Essa realidade, vale registrar, já vinha bem antes da 2a. Guerra, como apontou o Relatório Beveridge, documento escrito em 1942 por parlamentar inglês sobre as condições de vida no Reino Unido para que as cinco chagas que acometiam o então Império Britânico - pobreza, desemprego, doença, insalubridade e ignorância- não se repetissem no futuro (BEVERIDGE, 1942).

Depois de uma guerra em que os pobres perderam suas vidas no front de batalhas ou pela fome e doenças, em que a classe média perdeu seus empregos e bem-estar e que as elites perderam propriedades e patrimônio era preciso que a vida fosse diferente, levando a que governos progressistas fossem guindados ao poder e viessem implantam programas serviços públicos mais abrangentes. A criação do National Health Services, o sistema público de saúde britânico, em 1946 e do programa de construção de moradias populares no Reino Unido é uma iniciativa paradigmática desse novo momento e de estruturação do Estado de Bem-Estar para outros países europeus.

Na Europa Ibérica e nas Américas, distantes do teatro de destruição provocado pelas batalhas, a urgência de constituição de sistemas públicos de saúde e de outras políticas públicas universais vieram se materializar bem mais tarde. Portugal e Espanha só vieram a fortalecer seus sistemas públicos de saúde após a queda de Salazar e Franco nos anos 1970. Nos Estados

Unidos tal sistema não foi criado até os dias atuais, em que pesem as iniciativas dos governos democratas de Clinton e Barack Obama. No Brasil, só se materializa com a Constituição Federal de 1988 (MENICUCCI; GOMES, 2018).

Com tal contextualização, esse capítulo não poderia deixar de apresentar uma breve sistematização histórica da criação do Sistema Único de Saúde no Brasil, tema tratado na primeira seção do mesmo. Segue-se depois, duas seções em que se apresenta uma análise situacional das condições de saúde em Goiás, de modo a oferecer o quadro mais geral em que opera o SUS no estado.

2.1 Breve nota sobre a Saúde Pública no Brasil

A Constituição Federal (CF) de 1988 inaugurou uma nova fase de democratização das ações e das funções do Estado brasileiro. No que se refere à saúde, ao colocá-la no Título II (artigos 196 a 200 da CF de 1988), no rol de direitos e garantias fundamentais, reafirma o caráter imprescindível do acesso aos serviços de saúde e como um bem de natureza pública que deve ser prestado pelo Estado, através de um sistema público e universal, o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988).

Esta conquista é resultado do movimento da reforma sanitária brasileira, cujo marco se deu em 1979, com o lançamento do documento intitulado "A Questão Democrática na Área da Saúde" e consolidado na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e sua institucionalização em 1988. As diretrizes do SUS estão elencadas no artigo 198 da CF e são elas: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. As leis orgânicas nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990, regulamentaram o SUS, respeitando os preceitos formais e materiais impostos pela CF (BRASIL, 1990). Sua dinâmica de funcionamento se dá mediante pactuações entre as esferas federal, estadual e municipal, que é chamado de pacto interfederativo da gestão executiva.

Os princípios de regionalização e hierarquização marcam a forma descentralizada de gestão do SUS, em que as responsabilidades dos serviços são transferidas para os municípios, numa tentativa de superar a fragmentação dos serviços de saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014). O objetivo fundamental da regionalização é a garantia de serviços de qualidade ao usuário do SUS, com menor custo social, econômico e sanitário possível. Envolve a distribuição de poder de decisão em um delicado sistema de interdependência entre diversos atores sociais – governos, organizações públicas e privadas e cidadãos – em espaços geográficos delimitados (SILVA; GOMES, 2013).

Por determinação da Lei 8.080/1990 e da Lei 8.142/1990 e recomendações da Resolução 02 do Conselho Nacional de Saúde, foi instituída, em 1991, a Comissão Técnica em nível nacional com o objetivo de responder à

Voltar ao sumário

necessidade de articulação e coordenação entre os gestores governamentais. Esta comissão foi posteriormente denominada Comissão Intergestores Tripartite (CIT). As Comissões Intergestores Bipartite (CIB) foram criadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e estruturadas em todos os estados do país.

Entretanto, em 1995, foi elaborado o plano de reforma do Estado, tendo como matriz, a reforma neoliberal, iniciada na década de 1990, que teve como pressuposto a desresponsabilização do Estado para com os direitos sociais conquistados. Foi inaugurado então, o período de um novo modelo de gestão, que o Estado denominou de "administração gerenciada", em que atribuiu à sociedade civil o dever de prestar serviços públicos. Inicia-se, assim, uma supervalorização do terceiro setor, que é aquele composto por entidades da sociedade civil, sem fins lucrativos e de finalidade pública. Alguns serviços públicos de saúde, em especial os de atenção especializada e ambulatorial, passam a ser prestados, em larga escala, por essas entidades (MENDES *et al.*, 2011). Isso acaba rompendo com a intenção da integralidade na saúde.

Dessa forma, insere-se um cenário contraditório no Brasil, onde de um lado encontra-se a CF recém-aprovada, que amplia os direitos sociais e, do outro, as medidas neoliberais que já vinham se consolidando mundialmente. Portanto, a implementação da saúde no Brasil é configurada, desde o início, em dois campos distintos operados por duas lógicas: uma publicista, que como processo irreversível, busca viabilizar o SUS e outra privatista, explicitando, dessa forma, a consolidação de um sistema de saúde dual no Brasil, evidenciando o distanciamento entre as concepções iniciais da reforma e o desenho de como foi sendo implementado o SUS no Brasil (MENICUCCI *et al.*, 2007).

A descentralização com direção única em cada esfera de governo é uma das principais diretrizes do SUS, desde a promulgação da CF (BRASIL, 1988). Este movimento que se desenvolveu principalmente a partir da década de 1990, registra a passagem de um sistema extremamente centralizado nos aspectos político, administrativo e financeiro, para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir como atores fundamentais no campo da saúde, ocasionando uma redistribuição das responsabilidades gestoras entre os três níveis de governo (LAVRAS, 2001).

Com a necessidade de avanços no acesso da população às ações e serviços de saúde de maior complexidade, a partir dos anos 2000, tornou-se fundamental retomar a agenda da regionalização dos serviços. O marco dessa retomada foi o lançamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006) e a edição do Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011), em 2011, que reafirmaram e ampliaram o papel das comissões intergestores, ao nível regional, por meio da diretriz do planejamento integrado, viabilizado pelo contrato organizativo da ação pública (COAP) e considerando a região de saúde como um espaço efetivo de sua operacionalização (BRASIL, 2010; 2016).

Voltar ao sumário

Nesse contexto, a gestão em saúde no Brasil e no estado de Goiás vem sofrendo mudanças significativas nos processos e nos instrumentos a serem utilizados pelos gestores. Dentre os pressupostos que orientam o novo modelo de gestão e atenção em saúde, destaca-se o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990. Esse decreto institucionaliza a estrutura organizativa do SUS e orienta a região de saúde como espaço geográfico, constituído por grupos de municípios limítrofes, delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados. O Decreto nº 7.508 tem ainda, o papel destacado de regular a estrutura organizativa do SUS, o planejamento de saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, entre outros aspectos (BRASIL, 2011).

A região de saúde, portanto, passa a ser essencial para a integração das ações e dos serviços de saúde dos entes federativos, a fim de potencializar a gestão do SUS e assegurar a integralidade (SANTOS; CAMPOS, 2015). A região fortalecida, com novos acordos políticos entre os gestores na organização do sistema, pode favorecer a superação da fragmentação, não retirando do gestor municipal o seu papel de integrar o sistema de saúde público e dele participar de forma efetiva no campo político, financeiro e técnico (BRASIL, 2016; SANTOS; CAMPOS, 2015; MENDES, 2009; SANTOS, 2017).

O decreto 7.508/2011 destaca a importância do planejamento regional integrado e ascendente, além de reafirmar a assistência à saúde organizada pela rede de atenção à saúde (RAS). Na articulação interfederativa, o colegiado de gestão regional (CGR) é substituído pela CIR como instância de articulação dos gestores municipais, com a participação da Secretaria do Estado da Saúde (SES). Além disso, reafirma que a iniciativa privada pode participar do SUS de forma complementar e que as ações e serviços são executadas pelos entes federados de forma direta ou indireta, o que pode contribuir para o aumento da dicotomia entre ações de prevenção e curativas e para a desarticulação da rede de saúde. Define, ainda, que o mapa da saúde deve fazer a descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, e que será utilizado na identificação das necessidades de saúde e orientará o planejamento integrado dos entes federativos, contribuindo para o estabelecimento de metas de saúde.

Ao definir a RAS, o decreto permite que as comissões intergestores pactuem a criação de novas portas de entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da região de saúde. Esse é um aspecto preocupante, uma vez que a atenção primária, que é considerada a ordenadora do cuidado e garantidora do acesso universal e igualitário, pode ter dificuldades para exercer esse papel, já que poderá ser muito abrangente as formas de entrada no sistema de saúde.

O referido decreto amplia os instrumentos de implantação da regionalização ao reforçar a importância das CIR e CIB como espaços

Voltar ao sumário

fundamentais de articulação federativa. Nesse sentido, a regionalização é compreendida como eixo importante para organização do SUS estruturada em redes regionalizadas e hierarquizadas. O avanço proposto pelo decreto foi a ampla participação da gestão municipal nas decisões, por meio da CIR, que prevê o planejamento regional integrado e ascendente. Desse modo o planejamento estabelece a CIR como espaço de articulação e pactuação entre os entes federativos, com discussões propositivas de aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2011; MEDEIROS *et al.*, 2017).

2.2 Acesso e Avaliação da Saúde pela população goiana

Dentre as políticas públicas, o campo programático da Saúde é certamente um dos que mais tem evoluído em termos de disponibilidade de dados para diagnósticos, monitoramento e avaliação. O esforço de estruturação do Sistema Único de Saúde nesses trinta anos, a qualificação técnica dos profissionais na área e a especialização temática dos programas públicos na área explicam a preocupação em organizar, levantar e disponibilizar publicamente informações com escopo mais amplo, de modo mais regular, tempestivo e granular. Os dados de Vigilância Epidemiológica são uma amostra nesse sentido, ao disponibilizar evidências oportunas, específicas e fundamentais para a tomada de decisões durante a pandemia Covid-19.

Outra fonte para levantamentos diagnósticos que reflete a maturidade da gestão pública na área é a Pesquisa Nacional de Saúde, criada em 2013 e replicada em 2019. Por meio dessa pesquisa financiada pelo Ministério da Saúde e conduzida pelo IBGE é possível diagnosticar uma série de aspectos fundamentais acerca das condições de vida, da avaliação autorreferida das condições de saúde da população assim, como da cobertura, uso e efetividade dos serviços públicos e privados de saúde, com desagregação de informações em nível nacional, estadual e para as capitais estaduais.

Assim, pela edição de 2019 da pesquisa é possível apresentar um panorama geral desses aspectos, sistematizados a seguir.

Pela pesquisa 65% da população goiana de 18 anos ou mais avaliavam sua condição de saúde como boa ou muito boa, um pouco abaixo da média nacional (Tabela 2.1). Na capital, a autoavaliação positiva é um pouco maior (68%). Como era de se esperar, em qualquer contexto regional, em geral a autoavaliação positiva diminui com a idade do grupo referido. Assim, se entre os jovens de 18 a 29 anos de Goiás 78% avaliam sua saúde como boa ou muito boa, entre os idosos de 65 a 74 anos a parcela equivalente cai para 36%. Entre os mais ricos é significativamente maior: no estado, entre aqueles com 18 anos ou mais com renda *per capita* acima de 5 salários mínimos, 75% avaliavam sua condição de saúde boa ou muito boa; entre os mais aqueles com renda até 2 salários mínimos, 62% assim se auto avaliavam em 2019.

Voltar ao sumário

Tabela 2.1 - Pessoas de 18 anos ou mais de idade com autoavaliação de saúde boa ou muito boa segundo grupos etários (%) – Brasil 2019

Região	Total	18 a 29	30 a 59	60 a 64	65 a 74	75 ou mais
Brasil	66,1	80,7	67,7	52,0	47,0	41,1
Goiás	64,8	78,2	67,0	47,0	36,3	44,3
Goiânia (GO)	67,7	78,9	71,9	51,2	47,9	39,3

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

A análise da percepção quanto à saúde segundo condições socioeconômica revela, como era de se esperar, que a autoavaliação positiva entre os mais ricos é significativamente maior: no estado, entre aqueles com 18 anos ou mais com renda *per capita* acima de 5 salários mínimos, 75% avaliavam sua condição de saúde boa ou muito boa; entre os mais aqueles com renda até 2 salários mínimos, 62% assim se auto avaliavam em 2019 (Tabela 2.2). Padrão semelhante se reproduz em Goiânia.

Tabela 2.2 - Pessoas de 18 anos ou mais de idade com autoavaliação de saúde boa ou muito boa segundo segmento de renda domiciliar *per capita* (%) – Brasil 2019

Região	Total	até 2 sm	2 a 5 sm	Mais 5 sm
Brasil	66,1	62,4	78,4	86,4
Goiás	64,8	62,0	79,3	74,7
Goiânia (GO)	67,7	64,3	74,8	77,9

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

Essa autoavaliação mais positiva entre pessoas de renda mais elevada está certamente associada a uma série de fatores relacionados às condições de vida, alimentação e, em particular, ao acesso aos serviços médicos (Tabela 2.3). De fato, no estado, 85% das pessoas com renda *per capita* acima de 5 salários mínimos fizeram pelo menos uma consulta médica nos últimos 12 meses, cifra significativamente superior à média da população (73%) e, naturalmente, da população de renda mais baixa (72%, entre aqueles com renda até 2 sm *per capita*).

Voltar ao sumário

Tabela 2.3 - Pessoas que consultaram um médico nos últimos 12 meses segundo segmento de renda domiciliar *per capita* (%) – Brasil 2019

Região	Total	até 2 sm	2 a 5 sm	Mais 5 sm
Brasil	76,2	74,2	83,9	89,6
Goiás	73,1	71,8	79,4	84,7
Goiânia (GO)	75,5	72,7	82,9	82,9

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

Dispor de um plano privado de saúde parece poder explicar a maior utilização de serviços médicos pela população de renda mais elevada. Cerca de 26% da população de Goiás é coberta por um plano privado de saúde, proporção idêntica à média nacional, com diferença expressiva entre os segmentos de renda: entre famílias com renda até 2 sm, somente 20% dispõem de plano de saúde; entre aquelas de renda mais elevada, 84% dispõem de plano privado (Tabela 2.4). Em Goiânia a parcela de famílias com plano médico é expressivamente maior (41% de cobertura), diferencial que se explica pela adesão de famílias de renda mais baixa e média aos planos privados.

Tabela 2.4 - Pessoas cobertas por plano de saúde médico segundo segmento de renda domiciliar *per capita* (%) – Brasil 2019

Região	Total	até 2 sm	2 a 5 sm	Mais 5 sm
Brasil	26,1	17,1	59,5	86,8
Goiás	26,2	20,1	55,1	84,0
Goiânia (GO)	41,0	28,7	69,3	85,7

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

Esses dados revelam a importância da existência de serviços públicos de saúde no país. Afinal, 90% das pessoas que procuraram atendimento à saúde nas últimas duas semanas anteriores à data do levantamento de campo foram atendidas, percentual muito semelhante entre os segmentos de renda, mais ricos ou mais pobres, seja no estado, seja em Goiânia (Tabela 2.5). A efetividade no acesso ao Sistema Único de Saúde no estado é, inclusive, um pouco maior que a média nacional entre aqueles com renda domiciliar *per capita* até 2 sm (de 90% contra 86% no país).

Voltar ao sumário

Tabela 2.5 - Pessoas que conseguiram atendimento dentre as que procuraram serviços de saúde nas duas últimas semanas anteriores à data da pesquisa (%) – Brasil, 2019

Região	Total	até 2 sm	2 a 5 sm	Mais 5 sm
Brasil	86,1	86,0	86,7	86,1
Goiás	90,1	90,4	87,6	92,8
Goiânia (GO)	90,6	90,1	91,1	93,6

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

A importância do SUS se revela também, além da garantia de acesso ao atendimento primário à saúde, pela distribuição de medicamentos e acesso à hospitalização (Tabela 2.6). Entre as pessoas que informaram terem sido internadas ao longo de doze meses anteriores à realização da pesquisa- 13,7 milhões no país (IBGE 2020)- cerca de 65% declararam que o foram em hospitais públicos ou conveniados ao SUS. Em Goiás essa parcela é menor mas muito expressiva, de 61%. Em Goiânia, talvez pela maior adesão a planos privados de saúde, a parcela de hospitalizações no SUS é de 47%. Entre as pessoas em domicílios com renda de até 1 sm *per capita*, a participação do SUS na hospitalização atingiu 75% no contexto nacional e cerca de dois terços no estado e na capital. O acesso a medicamentos, ainda que apresente um viés de equidade ao atender principalmente as pessoas de renda mais baixa, revela uma efetividade baixa no país e ainda menor do estado. Entre as pessoas que vivem em domicílios com renda até 2 sm no estado, somente 21% conseguiram obter medicamentos no SUS; em Goiânia, somente 15%.

Voltar ao sumário

Tabela 2.6 - Pessoas atendidas por serviços e programas do SUS (%) – Brasil, 2019

Região	Total	até 2 sm	2 a 5 sm	Mais 5 sm
Proporção de pessoas que conseguiram obter no serviço público de saúde pelo menos um dos medicamentos receitados no último atendimento				
Brasil	30,5	34,7	18,1	7,1
Goiás	18,3	21,0	7,5	0,0
Goiânia (GO) 14,3 15,5 5,1				0,0
Proporção de pessoas que ficaram internadas em hospitais conveniados ao SUS entre aqueles internados por 24 horas ou mais nos doze meses anteriores à pesquisa				
Brasil	64,6	75,4	27,9	6,8
Goiás	60,9	66,4	30,1	21,4
Goiânia (GO)	47,2	67,0	8,7	5,4

Fonte: IBGE - Pesquisa Nacional de Saúde

2.3 Condições de saúde da população

Embora Goiás seja o nono estado em termos de produção econômica no Brasil, medido pelo Produto Interno Bruto, sua performance quanto à saúde pública não o coloca em posição de destaque. Se empregada a esperança de vida como indicador síntese de condições de saúde, Goiás fica na 15ª posição dentre as 27 unidades da federação. Segundo estimativas do IBGE (2018), realizadas antes da pandemia, a esperança de vida no Estado seria de 75 anos, abaixo dos 77 anos da média nacional. Se for usada a taxa de mortalidade infantil como indicador, a posição do estado mudaria pouco: em 2019 seria o 13º na classificação de estados com menores taxas no país, com cerca de 13 óbitos de crianças até 1 anos por mil nascidas vivas, contra 12 óbitos por mil no conjunto do país. Fato é que, embora a mortalidade infantil venha caindo no estado, a taxa média tem oscilado em torno da média nacional (Figura 2.1).

Voltar ao sumário

Figura 2.1 - Taxa de mortalidade infantil – Brasil e Goiás 2010-2020

Fonte: DataSus. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e Sistema de Informação sobre Mortalidade

A proximidade das medidas-síntese de condições de saúde – esperança de vida e mortalidade infantil- entre Goiás e a média nacional talvez se explique pela similaridade do perfil epidemiológico dos óbitos (Tabela 2.7). As principais causas de mortalidade que vitimam a população do estado são as mesmas observadas no país, com incidência muito próximas. De fato, Doenças do Aparelho Circulatório, Doenças Infecciosas e Parasitárias, Neoplasmas, Causas Externas, Doenças Respiratórias e Doenças Endócrinas e Nutricionais estão entre as principais causas de mortalidade no estado e no país, vitimando parcelas muito semelhantes nos dois contextos. É o que mostra o indicador QL, que é a razão entre as participações relativas de óbitos por causas entre Goiás e Brasil. Mortalidade por Causas Externas – homicídios, atropelamentos, quedas etc- é uma das poucas causas com incidência mais diferente, maior no estado que no país. Nas macrorregiões do estado verifica-se um padrão muito semelhante de causas e incidências relativas.

Voltar ao sumário

Tabela 2.7 - Distribuição relativa dos óbitos por Capítulos da Classificação Internacional de Doenças – Brasil e Goiás, 2020

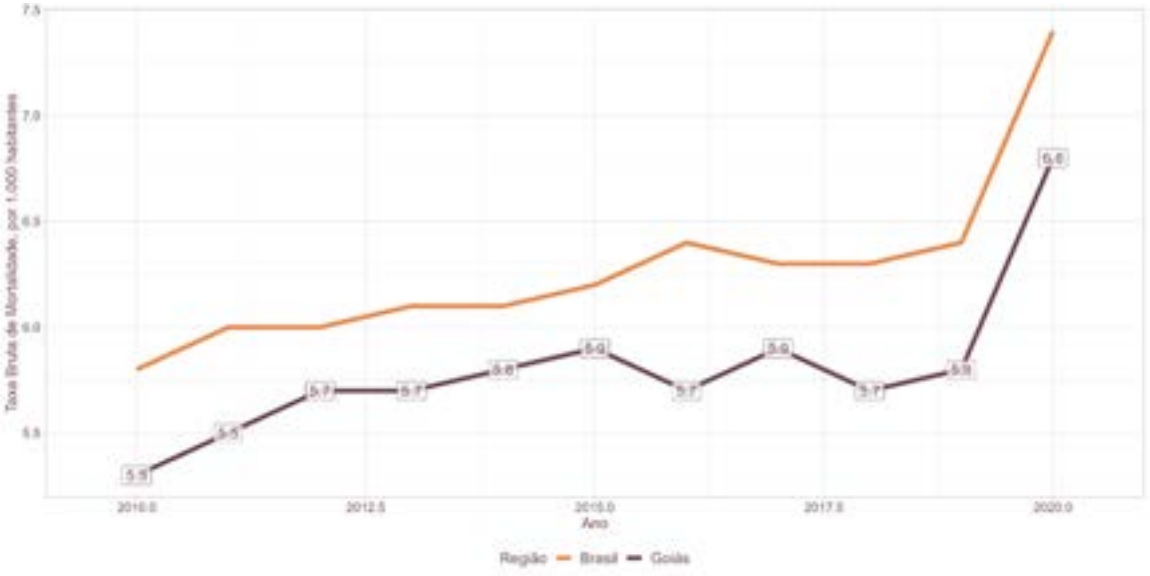
Capítulo CID10	Óbitos totais	Participação (%)	Participação (%) Brasil	QL	Capítulo CID10	Óbitos totais	Participação (%)	Participação (%) Brasil	QL
Doenças do aparelho circulatório	11.010	22,8	23,0	1,0	Algumas afecções originadas no período perinatal	625	1,3	1,2	1,1
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9.320	19,3	17,2	1,1	Transtornos mentais e comportamentais	581	1,2	1,1	1,1
Neoplasmas [tumores]	6.768	14,0	14,7	1,0	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	360	0,7	0,6	1,2
Causas externas de morbidade e de mortalidade	6.058	12,5	9,4	1,3	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	168	0,3	0,4	0,7
Doenças do aparelho respiratório	4.374	9,0	9,6	0,9	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	165	0,3	0,4	0,7
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2.603	5,4	6,0	0,9	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	113	0,2	0,4	0,5
Doenças do aparelho digestivo	2.392	4,9	4,3	1,1	Gravidez, parto e puerpério	90	0,2	0,1	2,0
Doenças do sistema nervoso	1.476	3,1	2,9	1,1	Doenças do ouvido e da apófise mastóide	2	0,0	0,0	0,0
Doenças do aparelho geniturinário	1.357	2,8	2,9	1,0	Doenças do olho e anexos	0	0,0	0,0	0,0
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	896	1,9	5,8	0,3					

Fonte: DataSus. Sistema de Informação sobre Mortalidade

Tal semelhança do perfil epidemiológico estadual com o nacional acaba fazendo com que as taxas brutas de mortalidade de Goiás sejam muito próximas das verificadas no Brasil (Figura 2.2). Como a população do estado é um pouco mais jovem que a do país, a taxa bruta de mortalidade é um ligeiramente menor, mas segue a mesma tendência, inclusive com relação aos efeitos da pandemia em 2020. Nos últimos anos da década, os óbitos no estado totalizavam cerca de 40 mil pessoas. Em 2020, o total de óbitos do estado passou para 48 mil, cerca de 20% maior. Nesse período, a taxa bruta de mortalidade apresentou um salto expressivo, passando de 6 óbitos por mil pessoas para 6,8 óbitos por mil.

Voltar ao sumário

Figura 2.2 - Taxa bruta de mortalidade – Goiás e Brasil, 2010-2020



Fonte: DataSus. Sistema de Informação sobre Mortalidade

As diferenças socioeconômicas entre as macrorregiões do estado não se refletem em níveis muito diferentes de mortalidade infantil, com exceção da Sudoeste com nível significativamente mais alto (Tabela 2.8). A cobertura menos extensiva da infraestrutura de saneamento talvez seja uma hipótese para isso. No caso da mortalidade geral os níveis são ainda mais próximos, ainda mais considerando que as diferenças podem estar refletindo presença maior de idosos (ou de crianças e adolescentes, indicado pelas taxas de natalidade) na população macrorregional. A amplitude do acesso a serviços do SUS pela população, sobretudo pela população de renda mais baixa, como apresentado na seção anterior, pode explicar isso.

Voltar ao sumário

Tabela 2.8 - Indicadores de saúde por macrorregiões - Goiás 2020

Macrorregião	Óbitos totais	Óbitos menores de 1 ano	Nascidos vivos	TBM	TBN	TMI
Centro-Norte	8.363	154	14.697	7,3	48,5	10,5
Centro-Oeste	17.951	312	30.371	7,6	46,2	10,3
Centro Sudeste	10.483	250	19.827	6,8	46,9	12,6
Nordeste	6.737	204	18.531	5,0	47,8	11,0
Sudoeste	4.730	134	9.341	6,7	49,3	14,3

Fonte: DataSus. Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos e Sistema de Informação sobre Mortalidade

Tópicos conclusivos

Como outras políticas públicas, o SUS foi implementado há pouco tempo no país, operando com recursos orçamentários, recursos humanos e equipamentos certamente não suficientes para a realidade complexa e heterogênea do território nacional e goiano. São pouco mais de trinta anos, muito menos que os mais de 80 anos do NHS inglês ou os 50 anos do sistema público de saúde de Portugal. Ainda assim, tem feito diferença para população brasileira e goiana como se evidenciou neste capítulo.

A análise de indicadores de acesso a serviços e de resultados em Saúde revela grande proximidade entre a realidade goiana e a nacional. Mas talvez se pudesse esperar que o estado apresentasse índices melhores, pelo fato de estar em posição mais destacada em termos econômicos que a maioria das demais unidades federadas. Fato é que o nono estado mais rico da federação apresenta esperança de vida – 75 anos- um pouco abaixo dos 77 anos do conjunto do país, com taxas de mortalidade geral, mortalidade infantil e perfil epidemiológico de óbitos também próximas. As diferenças macrorregionais em saúde não parecem ser, contudo, tão amplas como em outros estados brasileiros.

A autopercepção da condição de saúde é positiva para cerca de dois terços da população goiana, cifra muito próxima da levantada na média nacional. Em Goiânia é um pouco maior, talvez pela maior disponibilidade de serviços de saúde, públicos e privados. Entre a população idosa a autoavaliação é menor,

Voltar ao sumário

assim como entre a população de renda mais baixa, por fatores relacionados às condições de vida, alimentação e, certamente, ao acesso aos serviços médicos.

Cerca de 26% da população de Goiás é coberta por um plano privado de saúde, proporção idêntica à média nacional. Há, contudo, uma diferença expressiva entre os segmentos de renda: entre famílias com renda até 2 salários mínimos (sm) *per capita*, somente 20% dispõem de plano de saúde, enquanto que entre aquelas de renda mais elevada, acima de 5 sm, 84% dispõem de plano privado.

A existência do SUS tem garantido à população do estado o atendimento primário à saúde, o acesso à distribuição de medicamentos e à hospitalização. Cerca de 90% das pessoas que procuraram atendimento à saúde foram atendidas, percentual muito semelhante entre os segmentos de renda, mais ricos ou mais pobres. Entre as pessoas que informaram terem sido internadas ao longo de doze meses anteriores à realização da pesquisa, cerca de 61 % declararam que o foram em hospitais públicos ou conveniados ao SUS. O acesso a medicamentos tem uma efetividade baixa no estado: entre as pessoas que vivem em domicílios com renda até 2 sm no estado, somente 21% conseguiram obter medicamentos no SUS.

Referências

BEVERIDGE, W. **Social Insurance and allied services**. Her Majesty Pub Office: Londres 1942. http://pombo.free.fr/beveridge42.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016, v. 4.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279/2010, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 399/2006, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/ gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília: Presidência da República, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 28 ago. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.508/2011, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema

Voltar ao sumário

Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 2011. Disponível em: planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 28 ago. 2020.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 575-625.

IBGE. **Projeção de População**: revisão 2018. Rio de Janeiro, 2018.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019** : informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde : Brasil, grandes regiões e unidades da federação . Rio de Janeiro, 2020.

LAVRAS, C. C. C. **Relatório da 2a oficina de trabalho para o Projeto de Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Gestão Estadual do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MENDES, J. M. R. *et al.* Gestão na saúde: da reforma sanitária às ameaças de desmonte do SUS. **Textos & Contextos**, v. 10, n. 2, p. 331-344, 2011.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. **Rev Saúde e Soc**, v. 26, n. 1, p. 129-140, 2017.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

MENICUGGI,T.; GOMES, S. **Políticas Sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018.

PAIM, J. S**.** Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun, 2018.

SANTOS L.; CAMPOS, G. W. S. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Rev Saúde e Soc**, v. 24, n. 2, p. 438-446, 2015.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p. 1281-89, 2017.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H. A. Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais. **Rev Saúde e Soc**, v. 22, n. 4, p. 1106-1116, 2013.

Voltar ao sumário

3. A REGULAÇÃO DA SAÚDE

O modo de produzir e reproduzir a vida material nos dias atuais encontra no mercado o meio mais comum para satisfazer relação de oferta de demanda de bens e serviços, de forma livre. Porém, considerando as diferenças socioeconômicas características da sociedade brasileira e as singularidades do setor saúde, entende-se a importância da atuação do Estado a fim de promover a equidade na garantia da integralidade nos diversos níveis da atenção. Nesse sentido, a partir do Pacto pela Saúde, os três entes federados se viram diante da necessidade de estabelecer responsabilidades e estruturar a regulação enquanto ferramenta de gestão do sistema, para além de garantir o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As diretrizes operacionais definidas no Pacto pela Saúde (2006), contemplaram áreas prioritárias do SUS, reafirmando princípios, consolidando processos e instrumentos de planejamento e programação como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI). Desse modo, possibilitaram a reestruturação dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde nos estados objetivando melhorar e qualificar o acesso do cidadão às ações e serviços de saúde (CONASS, 2006). O Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação por meio da Portaria GM/MS n. 1.559 (2008) estabeleceu as ações para a sua implantação com base na regulação assistencial e regulação da atenção à saúde propostas pelo Pacto de Gestão (BRASIL, 2011).

A definição do conceito de regulação em saúde refere-se à adequação da oferta dos serviços de atenção à saúde com relação às necessidades da população, visando uma execução equânime e qualificada (LIMA *et al.*, 2013). Dessa forma, a regulação é um dos instrumentos de gestão responsável por viabilizar o acesso dos usuários de forma programada, pautada nos princípios doutrinários do SUS, de acordo com o impacto nos indicadores de saúde da população, com capacidade para um gerenciamento mais adequado dos recursos financeiros disponíveis. E, portanto, a regulação pode ser uma ferramenta fundamental para a efetivação da equidade (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2013; GAWRYZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012).

A regulação também é percebida como um elo entre as unidades de saúde e promoção do acesso dos usuários aos serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2013; ALBIERI; CECILIO, 2015). Esse mecanismo da gestão promove a integração

dos serviços de saúde de diferentes complexidades seguindo a lógica de redes, com vistas a assegurar a continuidade do cuidado. Nesse sentido, observa-se que a regulação em saúde consiste em formar redes com todos os níveis de atenção (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

A Regulação em Saúde é um dos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que busca a garantia do acesso assistencial, de acordo com as necessidades de saúde da população. No Brasil, com a conquista da saúde como um direito de acesso universal na Constituição Federal de 1988, o Estado assumiu a responsabilidade legal de organizar, por meio de um arranjo descentralizado, os bens e serviços de saúde. Dessa forma, o governo faz uso de mecanismos de regulação no processo de monitoramento, vigilância e auditoria como sistema de controle para assegurar e promover o acesso equitativo e integral à assistência de qualidade e cumprir os princípios norteadores do SUS (VILARINS; OLIVEIRA, 2012).

Anteriormente à promulgação das Leis 8.080 e 8.142 que regulamentaram o Sistema Único de Saúde brasileiro, a função regulatória era responsabilidade do INAMPS até sua extinção, em 1993. No entanto, o fortalecimento do debate e avanço das questões operacionais ocorreram com o surgimento da Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2001, que teve como função designar as atribuições de cada esfera de governo e consolidar o processo de regionalização. Posteriormente, em 2006, a regulação do SUS foi aprimorada a partir da criação do Pacto da Saúde, contribuindo com o avanço e o detalhamento do processo regulatório (FELICIELLO, 2016).

No Brasil, a Política Nacional de Regulação foi publicada em 2008 e na oportunidade descreveu suas três vertentes, a saber: regulação de sistemas de saúde, regulação da atenção à saúde e por fim, a regulação do acesso à assistência no Sistema Único de Saúde (SUS). E nesse ensejo, importa destacar que dentre as finalidades do processo estão a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e fluxos assistenciais, estabelecidos mediante adoção de protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização. A política é operacionalizada por meio de complexos reguladores (BRASIL, 2008).

A fim de efetivar a disponibilização da opção assistencial mais apropriada à necessidade dos usuários aos serviços de urgência e emergência, consultas ou mesmo aos leitos hospitalares disponíveis no SUS, a regulação assistencial executa diversas ações, desde a regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências, controle dos leitos, consultas e procedimentos especializados disponíveis, padronização das solicitações mediante observação dos protocolos assistenciais e também coordenação para a organização dos serviços de diferentes níveis de complexidade, em âmbito municipal, intermunicipal e interestadual. Outrossim, devem ser observados tanto o cumprimento dos pactos interfederativos sobre o tema, estabelecidos

Voltar ao sumário

no âmbito das comissões intergestores, quanto às responsabilidades sanitárias inerentes ao exercício da gestão compartilhada do SUS (BRASIL, 2008; BRASIL, 2011).

Ciente da responsabilidade pela coordenação do processo regulatório em saúde no Estado de Goiás, a Secretaria Estadual de Saúde, SES-GO, criou a Superintendência do Complexo Regulador em Saúde de Goiás (SUPCRS), que passou a compor a estrutura da Secretaria Estadual da Saúde por meio da Lei nº 20.491, de 25 de junho de 2019, em consonância ao projeto do governo para reorganização da assistência à saúde da população do Estado de Goiás. Essa Superintendência tem por finalidade coordenar, supervisionar e orientar as ações de regulação do acesso à assistência à saúde. Dentre suas atividades está a implantação e implementação de políticas públicas, de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde, objetivando assistência integral à saúde da população goiana de forma regionalizada (GOIÁS, 2021a).

A institucionalização da regulação é condizente com a complexidade e importância do processo para a garantia de acesso aos serviços assistenciais no SUS, porém ainda existem desafios a serem superados, muitos deles já apontados em outras pesquisas nacionais. O êxito do processo de regulação assistencial depende de uma série de fatores, tais como: características do perfil epidemiológico da população; capacidade instalada, nível de organização e desempenho das redes regionais de atenção à saúde; pactuações efetivas entre os gestores do SUS; sistemas de regulação inteligentes e interligados para o gerenciamento da oferta e da demanda (gestão das filas de espera) entre os sistemas de informação da atenção primária à saúde e os da regulação; existência de vazios assistenciais e limitação financeira para novos investimentos em saúde; otimização e razoabilidade da alocação de recursos financeiros na rede assistencial; estabelecimento de protocolos clínicos e de regulação na rotina das unidades assistenciais e complexos reguladores nos diferentes níveis de gestão; alinhamento sobre os critérios para priorização do acesso; qualificação das equipes (especialmente da atenção primária à saúde) e investimentos em educação permanente em saúde na área de regulação em saúde, dentre outros aspectos (BARBOSA *et al.*, 2016; TESSER; POLI, 2017; PAIM, 2018; MELO *et al.*, 2021).

Diante do exposto, no que tange à regulação assistencial do SUS em Goiás, importa avaliar o sistema de regulação dos serviços de saúde públicos, ambulatorial e hospitalar no estado, como um instrumento de garantia ao direito universal à saúde pelo cidadão, de maneira a conhecer a realidade dos complexos reguladores municipais, regionais e estadual; a efetividade da Programação Pactuada e Integrada (PPI) celebrada entre os municípios; a capacidade instalada dos serviços públicos e contratados para os atendimentos ambulatorial e hospitalar nas macrorregiões do Estado.

Voltar ao sumário

3.1 Programação Pactuada e Integrada (PPI)

3.1.1 INTRODUÇÃO E BASE LEGAL

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) foi implantada em Goiás no ano de 2002, regulamentada pela Portaria GM 1.097 de 2006 , que estabelece que:

> A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde seja um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para a população residente em cada território, bem como efetuados os pactos Intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A PPI representa um dos momentos do processo de planejamento do Sistema Único de Saúde que agrega tanto funções de alocação de recursos, quanto de reorganização das redes de atenção à Saúde, dando concretude às diretrizes e prioridades expressas nos demais processos e instrumentos gerais de planejamento: Planos de Saúde, Plano Diretor de Investimentos, Plano Diretor de Regionalização e Pacto pela Saúde.

Para possibilitar a montagem da rede de serviços é necessário integrar toda a oferta do setor público e incorporar serviços em caráter complementar, quando houver insuficiência ou inexistência na rede pública. A PPI constitui-se num importante recurso capaz de instrumentalizar, apontar a quantidade e diversidade de serviços a serem contratados, a sua localização e os fluxos de referência e contrarreferência, portanto, norteadora dos mecanismos de regulação e funcionando como ordenadora e facilitadora do acesso da população ao serviço de saúde pactuado.

Faz-se importante destacar as bases legais que norteiam a PPI: Norma Operacional Básica 1996; Norma Operacional de Assistência à Saúde 2000; Pacto pela Saúde; e os artigos 630 à 642 da Portaria Consolidada 05 de 28/09/2017. Estes referenciais além de direcionar a organização da PPI, norteia o gestor no planejamento e organização dos serviços no território (BRASIL, 2006).

No Estado de Goiás a última programação das ações referentes a PPI foi realizada em 2012, utilizando o sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde – SISPPI. Neste momento foram realizadas oficinas de capacitação dos municípios, com o objetivo de auxiliar os técnicos dos municípios e gestores municipais para o manuseio e operacionalização do sistema.

Nesta fase, o sistema disponibilizado pelo Ministério da Saúde foi configurado e parametrizado tendo como referência a realidade dos municípios, a macro alocação dos recursos federais e as pactuações intermunicipais. Desde então, o Estado de Goiás não realizou outra discussão quanto à reorganização dos parâmetros de pactuação, sendo realizadas apenas as repactuações intermunicipais e alocação de novos recursos no módulo Reserva Técnica.

Voltar ao sumário

3.1.2 DEFINIÇÃO E OBJETIVO

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência (PPI) é uma ferramenta da gestão pública de saúde, que, em consonância com o processo de planejamento regionalizado e hierarquizado, define e delimita as ações de saúde para atender as necessidades da população em cada território, seja municipal, regional, estadual ou interestadual. Ou seja, os gestores da Saúde estabelecem pactos, com o objetivo de garantir à população o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

As metas dos procedimentos assistenciais quantificados e orçados de que tratam a PPI, são delimitadas a partir de critérios e parâmetros técnicos, devendo guardar relação com os princípios da universalidade, integralidade e equidade ao acesso; regionalização e hierarquização dos serviços de Saúde.

A PPI é o resultado da conjugação entre oferta, demanda, recursos financeiros disponíveis e as condições de acesso da população aos serviços, negociados nas instâncias legítimas sob a coordenação do Estado, resultando na definição da alocação dos recursos financeiros para a saúde (BRASIL, 2006).

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 federais destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios.

De acordo com as Diretrizes para a Programação Pactuada Integrada da Assistência à Saúde (BRASIL, 2006) os objetivos específicos são:

- Orientar a alocação dos recursos financeiros de custeio da assistência à saúde;
- Contribuir para a organização das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços de saúde;
- Buscar a equidade de acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade;
- 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;
- Fornecer subsídios para os processos de regulação do acesso aos serviços de saúde;
- Possibilitar a visualização da parcela dos recursos federais, estaduais e municipais;
- Dar transparência aos Pactos Intergestores resultantes do processo da PPI da Assistência.

Voltar ao sumário

3.1.3 EIXOS ORIENTADORES DA PROGRAMAÇÃO PACTUADA INTEGRADA

Centralidade da Atenção Básica: 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. Sendo orientada pelas prioridades identificadas pelos gestores considerando os critérios e parâmetros assistenciais e áreas estratégicas previamente definidas pelo Ministério da Saúde que são: Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Saúde Nutricional, Saúde do Trabalhador, Saúde Mental, Urgências, DST/AIDS, Hanseníase, Tuberculose, Meningite e Malária.

Aberturas Programáticas no Sistema SISPPI: A Programação ambulatorial de atenção básica e média complexidade é organizada por áreas estratégicas e pela tabela unificada de procedimentos, considerando seus níveis de agregação, para formar as aberturas programáticas – agregados. A programação hospitalar deve ser orientada pelas clínicas de acordo com a distribuição de leitos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);

Parâmetros Para Programação de Ações de Saúde: Orientadas por parâmetro de concentração e população, conforme portaria ministerial, e estrutura das redes de serviços de alta complexidade.

Integração das Programações: A programação da assistência deve buscar a integração com a programação da vigilância em saúde, contemplando os agravos relevantes: Tuberculose, Hanseníase, AIDS, Sífilis Congênita, Meningites Virais e Malária;

Composição das Fontes de Recursos Financeiros a serem programados: Os serviços de assistência à saúde devem ser financiados com recursos das três esferas de governo. Considerando o dispositivo legal, bem como a necessidade do envolvimento da totalidade dos recursos no processo de programação, faz-se necessária a explicitação dos aportes estaduais e municipais implicados no custeio da assistência. Os repasses federais são realizados considerando valores de tabela e *per capita*.

3.1.4 PROGRAMAÇÃO

A programação envolve etapa preliminar de programação é realizada por modalidades, tipo de atendimento, complexidade e fonte de financiamento, conforme detalhado abaixo.

Processo de Programação e as Relações Intergestores

- Etapa Preliminar de Programação: Os gestores municipais e estadual, identificam e definem a partir da Comissão Intergestores Bipartite (CIB): as necessidades e prioridades no Estado, capacidade instalada existente no município/região de saúde, as diretrizes gerais utilizadas como parâmetro no processo de programação, o desenho da rede regionalizada de atenção à saúde e a macro alocação dos recursos federais,

Voltar ao sumário

bem como os recursos para reservas técnicas e os incentivos de custeio.
- Programação Municipal e Regional: os gestores municipais realizam as programações conforme parâmetros aprovados na CIB e observando as metas do Plano Municipal de Saúde.
- Após a consolidação da PPI Estadual, os documentos pertinentes são enviados ao Ministério da Saúde.

Modalidade da Programação

- Programação por Referência: é a programação por ascendência, na qual os municípios programam as ações de saúde de sua população e realizam os encaminhamentos para outros municípios, quando não possuem oferta, por insuficiência ou inexistência de capacidade instalada no território, mantendo consonância com o processo de regionalização.
- Programação por Abrangência: esta é a programação por descendência, pois as ofertas das ações de saúde estão concentradas em alguns polos. São definidas no módulo estadual, sempre de acordo com o processo da regionalização. (Toda a Alta Complexidade e algumas especialidades da média complexidade).

Tipos de Atendimento

- Ambulatorial: Programação de todos os atendimentos ambulatoriais subdivididos em áreas estratégicas, agregados e procedimentos da tabela SUS.
- Internação: Programação dos procedimentos de internações realizados por modalidade, complexidade, tipo de leito: clínico, cirúrgico, obstétrico, pediatria cirúrgica, pediatria clínica, hospital dia, outras especialidades e leitos complementares (UTI/UCI).
- Complexidade: Programação da atenção básica, média complexidade e alta complexidade.
- Fonte Financiamento: Alocação de recursos para custeio ou incentivo das ações e serviços públicos de saúde nas seguintes fontes: Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar e Fundo de Ações Estratégicas e Compensações.

3.1.5 MONITORAMENTO

A avaliação dos resultados das ações e serviços de saúde prestados devem ser sistematicamente realizada em âmbito loco-regional, com a utilização de parâmetros e indicadores de produtividade e de desempenho permeáveis às diferentes realidades, permitindo também à população exercer seus direitos de avaliação do sistema, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados (BRASIL, 2006).

Voltar ao sumário

3.1.6 A EXECUÇÃO DA PPI ASSISTENCIAL EM GOIÁS ANO DE 2019, 2020 E 2021

Foi realizado uma verificação que consistiu em identificar nas cinco (05) macrorregiões de saúde do Estado de Goiás o cumprimento dos valores dos serviços de Média e Alta Complexidade (MAC) programados e produzidos nos anos de 2019, 2020 e 2021. Construiu-se um banco de dados a partir de informações sobre as pactuações entre os municípios, disponibilizadas pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Goiás e as informações referentes à produção ambulatorial e internação extraídas dos tabuladores: SISPPI, TABWIN SIA e SIH do Ministério da Saúde, de 2019, 2020 e 2021. O levantamento referente à produção considerou atendimentos ambulatoriais e internações realizadas em Goiás por municípios de residência, excetuando os atendimentos COVID 19.

Figura 3.1 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade em Goiás no ano de 2019.

Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2019)

Voltar ao sumário

Figura 3.2 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade em Goiás no ano de 2020

Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2020)

Figura 3.3 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade - MAC em Goiás no ano de 2021

Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2021).

Voltar ao sumário

Observa-se que os recursos programados para a realização dos serviços e procedimentos de Média e Alta Complexidade no Estado de Goiás nos anos de 2019 a 2021 estão concentrados nas macrorregiões Centro-Oeste e Centro-Sudeste, onde estão localizados os municípios de Goiânia e Aparecida de Goiânia que juntos possuem uma população 3.902.680 habitantes o que corresponde a 54,86% da população total do estado.

Nestas duas Macrorregiões de Saúde, também acumulam o maior número de serviços habilitados no Estado Goiano. Mesmo com a ampliação de Unidades de Saúde (Hospitalar e Ambulatorial) nos últimos anos, a maioria dos serviços ainda está concentrada no município de Goiânia e na região metropolitana.

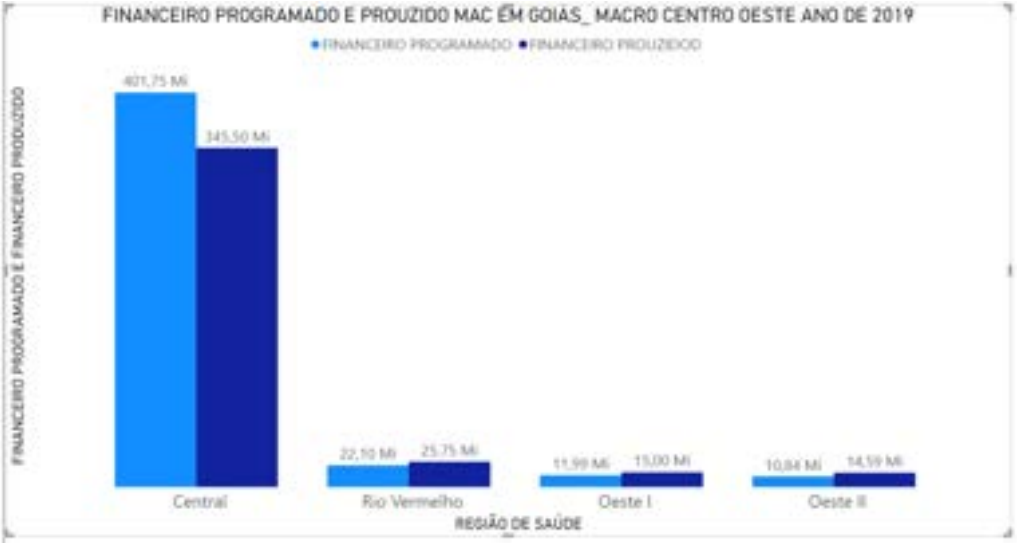
A Macrorregião Sudoeste tem a menor população do Estado, com 711.052 habitantes correspondendo a apenas 10% da população total do Estado, porém é uma região onde os valores alocados para a realização dos Serviços de Média e Alta Complexidade, foram realizados em sua totalidade, mesmo no período mais crítico da pandemia da COVID-19. Essa especificidade da região, em parte, se dá pelo desenvolvimento e organização dos serviços em decorrência do Projeto de Regionalização que aconteceu nos anos de 2019 e 2020, por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), uma parceria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz de São Paulo, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.

Cabe destacar que esses recursos programados e demonstrados nos gráficos representam apenas uma pequena parcela do custo total e real para execução das ações programadas, pois refere-se apenas a recursos federais. Os valores de contrapartidas municipais e Estaduais não compõem o financeiro programado na Programação Pactuada Integrada, assim como, os valores reais e efetivos dos procedimentos e serviços também não são descritos, uma vez que a programação é realizada com base nos valores do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do Sistema Único de Saúde.

A redução da produção nos anos de 2020 e 2021 ocorreu em função da suspensão dos atendimentos eletivos em decorrência da pandemia da Covid 19, como apresentado abaixo:

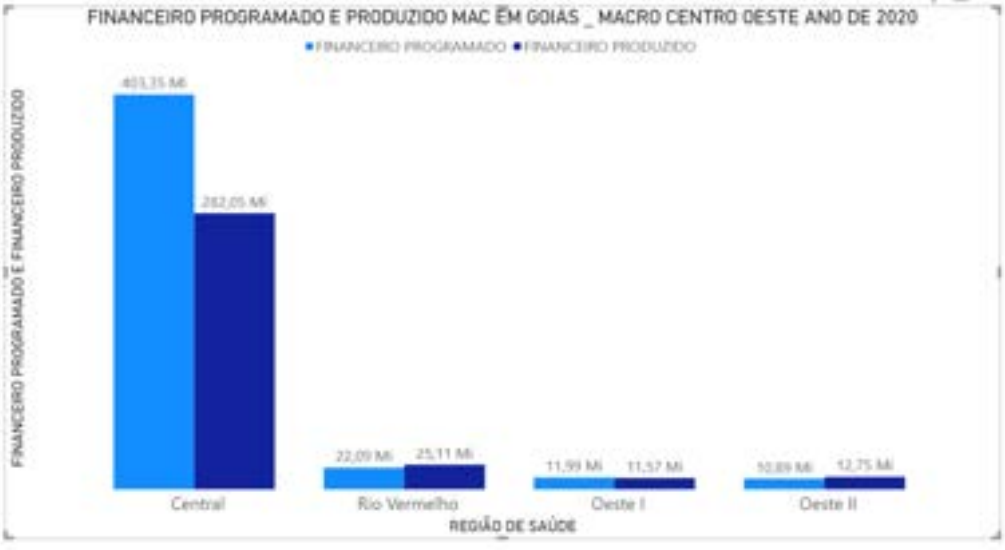
Voltar ao sumário

Figura 3.4 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Oeste no ano de 2019.



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2019)

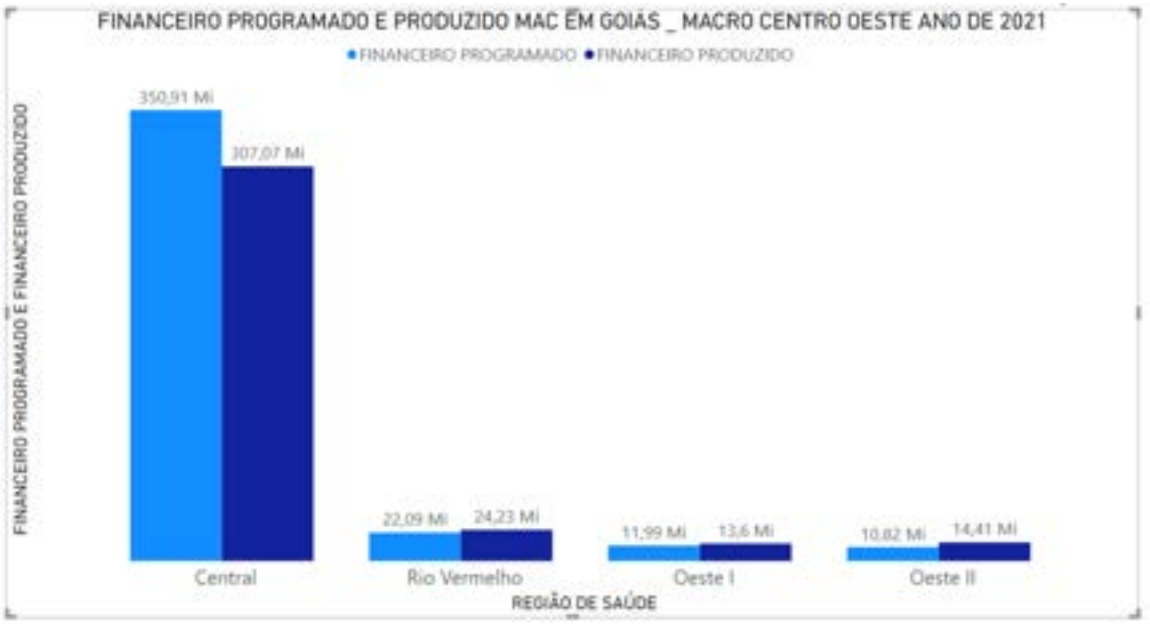
Figura 3.5 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Oeste no ano de 2020



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2020).

Voltar ao sumário

Figura 3.6 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Oeste no ano de 2021



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2021).

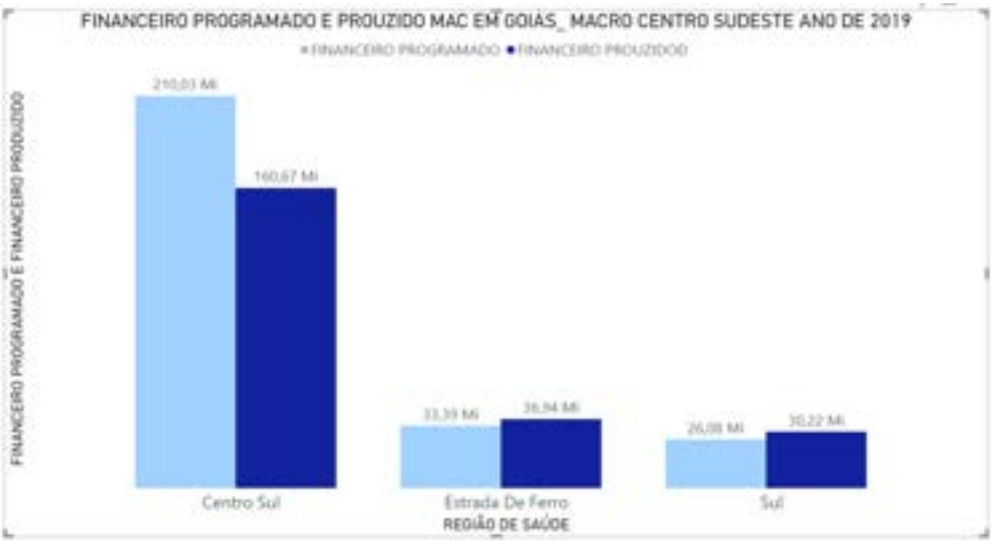
Observando as regiões integrantes da Macrorregião Centro-Oeste de Goiás, identifica-se que a execução dos serviços produzidos foi superior aos recursos financeiros programados. Excetuando a região central onde os valores programados são superiores aos valores produzidos .

Vale ressaltar que o município da região Central, Goiânia, realiza tabela diferenciada, sendo assim, o custo real dos procedimentos não foram contemplados neste levantamento porque a PPI não permite a inserção dessas informações complementares.

Importante observar que a diferença dos recursos programados em relação à produção da região central, refere-se às pactuações das demais regiões com o município de Goiânia devido às habilitações de serviços que são referência para todo o estado de Goiás.

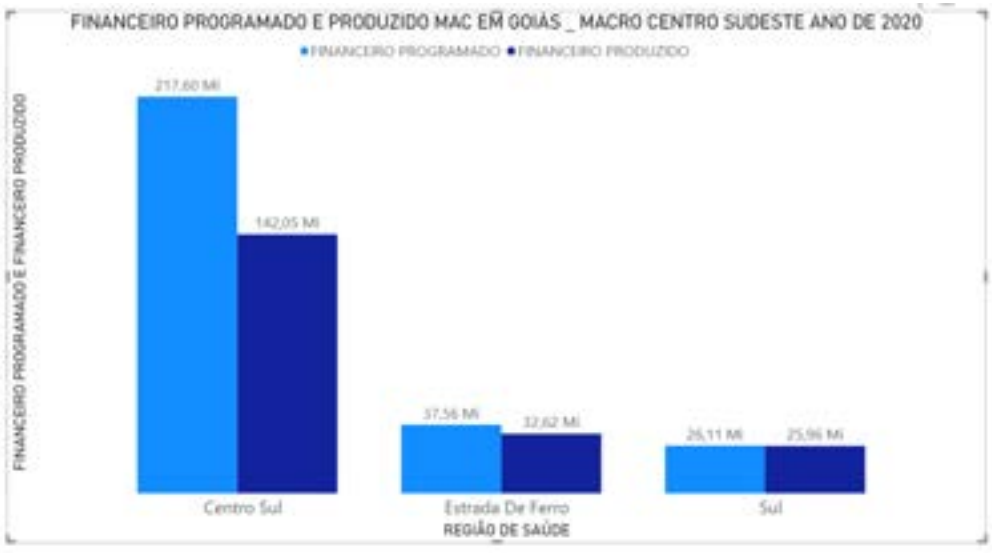
Voltar ao sumário

Figura 3.7 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Sudeste no ano de 2019



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2019).

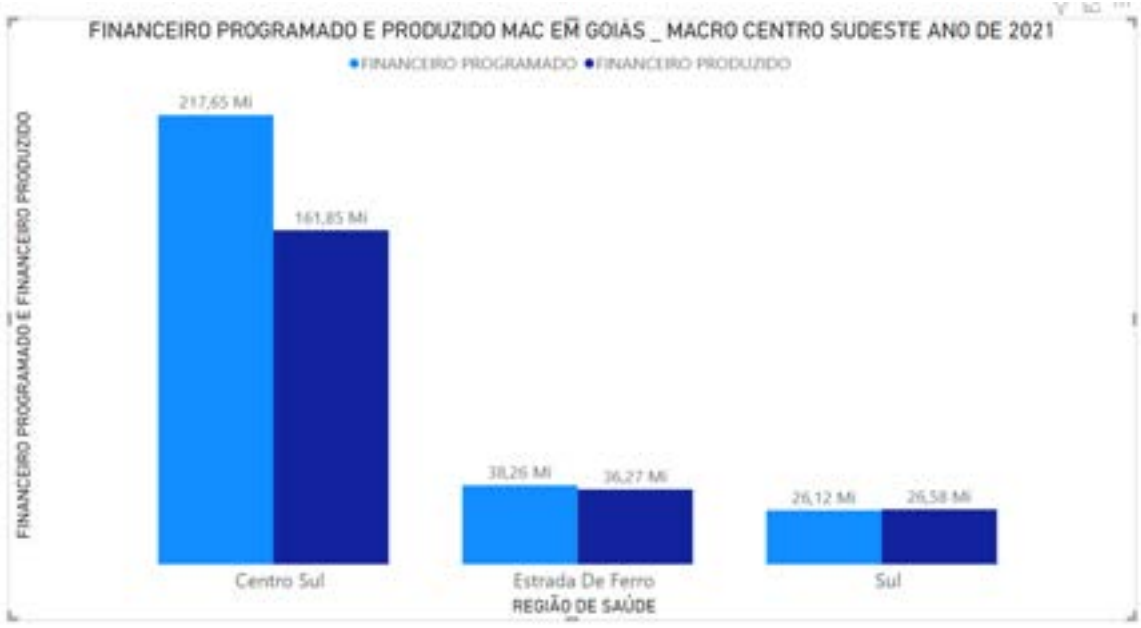
Figura 3.8 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Sudeste no ano de 2020



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2020).

Voltar ao sumário

Figura 3.9 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Sudeste no ano de 2021



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2021).

A mesma característica da Macrorregião Centro-Oeste evidencia-se na Macro Centro-Sudeste, com exceção da Região Centro-Sul, onde fica localizado o município de Aparecida de Goiânia. As demais regiões executaram em sua totalidade o que foi programado para o período.

Assim como Goiânia, o município de Aparecida de Goiânia também possui habilitações de serviços que são referência para todo o Estado Goiano, a exemplo dos serviços de Neurologia.

Destaca-se também a semelhança entre Goiânia e outros municípios com maior capacidade de oferta de serviços, mas trabalham com valor diferenciado para pagamento de procedimentos, realizando complementação da tabela SUS.

Voltar ao sumário

Figura 3.10 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Norte no ano de 2019

Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2019).

Figura 3.11 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Norte no ano de 2020

Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2020).

Voltar ao sumário

Figura 3.12 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Norte no ano de 2021

Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2021).

A Macrorregião de Saúde Centro-Norte do Estado de Goiás possui 1.145.954 de habitantes, o que corresponde a 16,11% da população total do Estado. O município com maior quantidade de serviços habilitados é Anápolis, seguido por Uruaçu.

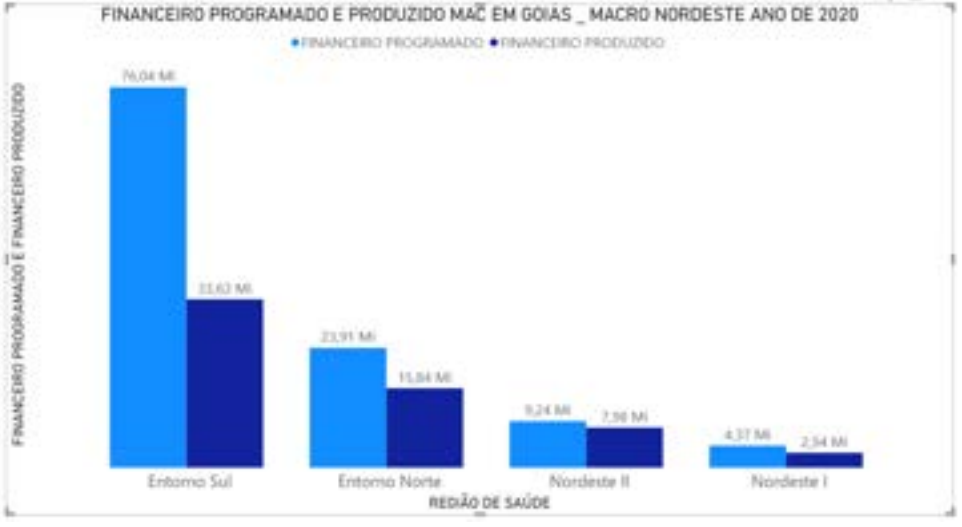
Identificou-se em todas as regiões integrantes da Macrorregião, que a produção dos serviços programados para os anos de referência se equiparam.

Voltar ao sumário

Figura 3.13 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Nordeste no ano de 2019

Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2019).

Figura 3.14 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Nordeste no ano de E 2020



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2020).

Voltar ao sumário

Figura 3.15 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Nordeste no ano de 2021

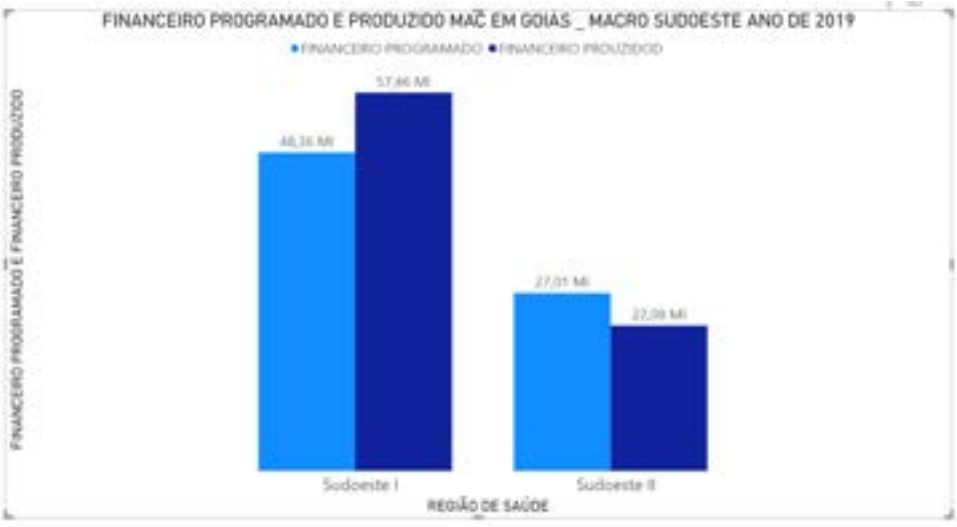
Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2021).

A macrorregião Nordeste do Estado possui 1.353.854 habitantes, representando 19,03% da população do Estado. Um quantitativo maior que a Macrorregião Centro-Norte, mas que em decorrência da proximidade com o Distrito Federal e dos vazios assistenciais (falta de oferta de serviços), a programação financeira é menor do que a referida região.

Os gráficos 13, 14 e 15, evidenciam que nas regiões entorno sul e entorno norte existe a maior concentração de recursos programados, no entanto são regiões bastante fragilizadas. Da mesma forma que as regiões do Entorno, as regiões Nordeste I e Nordeste II encontram dificuldades de acesso aos serviços, em decorrência das distâncias a serem percorridas e a ausência de prestadores na localidade.

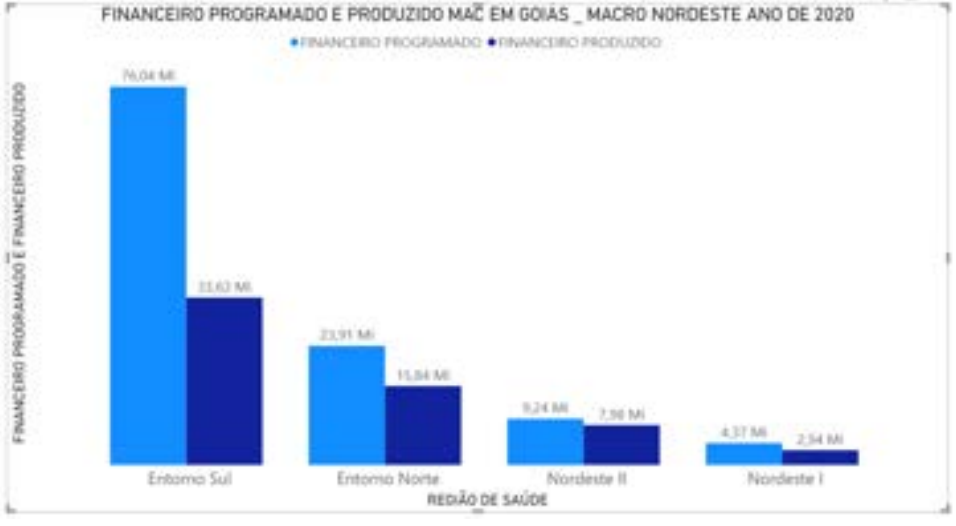
Voltar ao sumário

Figura 3.16 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Sudoeste no ano de 2019



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2019).

Figura 3.17 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Sudoeste no ano de 2020



Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2020).

Voltar ao sumário

Figura 3.18 - Financeiro programado e produzido dos serviços de média e alta complexidade na macrorregião Centro-Sudoeste no ano de 2021

Fonte: De autoria própria a partir de dados da SES (2021).

A macrorregião sudoeste, diferente das demais macrorregiões, apresenta um demonstrativo de produção de serviços superior ao programado. A estruturação dos serviços no município de Rio Verde, localizado na Região Sudoeste I, teve fundamental importância para a construção desse cenário.

Outro fator que contribuiu para a ampliação do acesso aos serviços foi a estadualização do Hospital das Clínicas de Jataí, localizado na região sudoeste I e a abertura da Policlínica de Quirinópolis.

Tópicos Conclusivos

Necessidade de inserção de informações no Módulo de Planejamento da Programação Pactuada Integrada, quanto aos valores complementares realizados pelos municípios executantes.

Reconhecimento do gestor municipal dos serviços pactuados com os municípios de referência para monitoramento da execução.

Dificuldade dos gestores e técnicos das Secretarias Municipais de Saúde em interpretar e compreender o funcionamento da PPI;

Voltar ao sumário

Centralização de Serviços na região metropolitana;

Vazios Assistenciais na Macrorregião Nordeste.

Organização de grupo de trabalho para revisão da PPI, considerando que a última programação foi realizada no ano de 2012, levando em consideração as necessidades de saúde da população e o novo cenário epidemiológico e vazio assistencial das regiões de saúde.

Recomendações

Diante do cenário apresentado referente à programação e produção dos serviços que compõem a Programação Pactuada Integrada (PPI), evidencia-se a necessidade da estruturação de serviços nos locais de maior vazio assistencial a exemplo da Macrorregião Nordeste do Estado de Goiás e a continuidade da descentralização de serviços da Região Metropolitana, tanto com a implantação de Policlínicas, como a abertura de Hospitais Gerais.

A exemplo da Macrorregião Sudoeste, que teve estruturação de serviços no município polo de Rio Verde e abertura de Unidades Estaduais de Saúde, as demais macrorregiões precisam tornar-se autônomas quanto à oferta de serviços, possibilitando que o cidadão tenha garantia do acesso.

Outro fator de fundamental importância é a inclusão dos valores de contrapartidas municipais (valores complementares) na programação das ações, pois os valores de referência dizem respeito aos repasses federais, não existindo assim a possibilidade de mensurar o que de fato está sendo alocado em serviços programados e contratados nos municípios, tanto para execução de sua população própria quanto para população referenciada.

Faz-se importante compreender que os valores apresentados nos gráficos e apontados como sobra de recursos são utilizados para a equiparação do custeio de procedimentos e serviços que têm seu custo superior ao de referência da tabela SIGTAP.

Diante do exposto, é imprescindível que o Estado de Goiás identifique os custos dos procedimentos e serviços nas diferentes macrorregiões de saúde, considerando as especificidades de cada local, e que estes valores componham o Planejamento das Pactuações.

Neste sentido, observando a necessidade de identificar os custos dos procedimentos nas diferentes regiões de saúde, e os valores alocados pelos municípios faz-se necessário a organização de um processo de revisão da PPI (considerando que a última revisão aconteceu no ano de 2012), envolvendo os municípios que possuem serviços habilitados e a Secretaria de Estado da Saúde. E a partir das discussões reorganizar a programação dos serviços e procedimentos, considerando os custos reais e a alocação de recursos das três esferas do governo.

Voltar ao sumário

3.2 Implantação e funcionamento dos Complexos Reguladores do Estado de Goiás

O acesso integral aos serviços da rede assistencial carece da utilização de estratégias que permitam compatibilizar a oferta e a demanda em saúde. Assim, o Complexo Regulador presta-se à organização das ações afetas à regulação do acesso à assistência, de maneira integrada e articulada,visando adequar a oferta dos serviços nos diferentes níveis de atenção (atenção básica, média e alta complexidade) e as necessidades apresentadas pelos usuários do SUS. As normas para a efetiva implementação dos complexos reguladores estão descritas em manual específico, "Diretrizes para a Implantação dos Complexos Reguladores", publicado pelo Ministério da Saúde, as quais serão descritas resumidamente, a seguir (BRASIL, 2010).

Tanto a implantação quanto a implementação do complexo regulador depende da instituição de algumas definições, a saber: Plano Diretor de Regionalização (PDR); Programação Pactuada e Integrada (PPI); definição do quantitativo e tipologia de centrais de regulação que compõem o complexo regulador; da definição da área de abrangência e do escopo de procedimentos de cada central de regulação; dos recursos assistenciais disponíveis em sua área de abrangência; da definição do fluxo de informações que envolve os serviços com perfis "solicitante" e "executante"; da organização da rotina operacional do complexo regulador; oferta permanente de capacitação para os profissionais envolvidos no processo regulatório; do suporte para o encaminhamento de demandas mediante estrangulamento da capacidade instalada no território; dos processos de gestão e governança dos recursos assistenciais contratualizados no território; do acesso às informações sobre a utilização de recursos físicos e financeiros próprios e pactuados; da identificação dos pontos de estrangulamento da rede assistencial; do uso de protocolos que permitam orientar a melhor alternativa assistencial para as demandas apresentadas pelos usuários; de informações que permitam o acompanhamento da PPI.

Para tanto, o complexo regulador apresenta abrangência e estrutura pactuadas entre os gestores, obedecendo a alguns modelos: complexo regulador estadual, complexo regulador regional e municipal; onde cada um desempenha funções complementares, para a efetiva garantia de acesso aos serviços.

O Complexo Regulador Estadual, cuja gestão e gerência compete à Secretaria de Estado da Saúde (SES), regula o acesso aos estabelecimentos sob gestão estadual e a referência interestadual, além de intermediar o acesso da população referenciada aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal.

O Complexo Regulador Regional, tanto pode ser de gestão e gerência da SES quanto ser operacionalizado mediante gestão compartilhada entre a SES e as Secretarias Municipais de Saúde, e neste caso, cuida da regulação do acesso para a população própria e referencia-

Voltar ao sumário

da aos estabelecimentos de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e também da referência inter regional, no âmbito do estado.

O Complexo Regulador Municipal, possui gerência e gestão da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria aos estabelecimentos de saúde da rede municipal e garantindo o acesso da população referenciada, mediante pactuação intergestores estabelecida por meio da PPI.

A organização dos complexos reguladores, com vistas à Regulação da Atenção, permite a integração das centrais de regulação do acesso (ambulatoriais e internação) com ações de controle, avaliação, auditoria; além de oportunizar o exercício de outras funções gestoras, tais como: Planejamento, Programação e Regionalização.

Importa destacar que a operacionalização do Complexo Regulador e as Centrais de Regulação, depende da celebração de contratos ou convênios entre gestores e prestadores de serviços. Estado e municípios devem cuidar da atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e da PPI. Os perfis "solicitante", "executante" e "administrativo" devem ser atribuídos aos estabelecimentos; assim como a definição de cotas para cada estabelecimento "solicitante", a parametrização do(s) sistema(s) de informação utilizado(s), o o cadastro das agendas médicas e os procedimentos que estão sob regulação. E por fim, mas não menos importante, a definição de fluxos de referência e contrarreferência intermunicipal, que viabilizem o acesso à rede hierarquizada e regionalizada, partindo de uma atenção primária resolutiva e responsável pela coordenação do cuidado e organização da rede assistencial. Trata-se aqui da ação regulatória definida como o "processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de procedimentos, realizada por um profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco, o cumprimento de protocolos de regulação estabelecidos para disponibilizar a alternativa assistencial mais adequada" (BRASIL, 2010), a qual envolve quatro processos de trabalho: levantamento e distribuição de cotas de procedimentos realizados pelos estabelecimentos executantes para os estabelecimentos solicitantes; busca e disponibilização de leitos hospitalares; processo de autorização prévia à execução via Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC) ou a Autorização de Internação Hospitalar (AIH); e a ação regulatória propriamente dita, ou seja, a análise e decisão do profissional responsável e pautada em protocolos de regulação (fluxos de encaminhamento e protocolos clínicos).

A autorização de procedimentos baseia-se em protocolos de regulação previamente estabelecidos, e no caso de urgência busca-se a maior agilidade possível, considerando os prazos e diretrizes definidos em normativas do Ministério da Saúde. Ressalta-se que a autorização é realizada por médicos e depende do processo de distribuição da oferta de serviços

Voltar ao sumário

entre solicitantes e executantes, em conformidade com os fluxos de atendimento.

No que tange aos recursos humanos, existem perfis e atribuições a serem desempenhadas pelos profissionais de saúde, sendo: coordenador, regulador, atendente de regulação/videofonista, administrador de banco de dados, administrador de rede e técnico de informática. O quantitativo de profissionais dependerá do dimensionamento dos complexos reguladores, cuja metodologia de cálculo está descrita no manual.

Do mesmo modo, a infraestrutura física e de informática deverão atender as especificidades e características de cada complexo regulador, ou seja, do diagnóstico local e do dimensionamento da demanda regulatória.

Quanto aos sistemas de regulação, o Ministério da Saúde disponibiliza o Sistema de Regulação (SISREG), integrado a outros sistemas de informação oficiais, tais como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM, Sistema de Entrada de Dados da Internação/SISAIH01, Cartão Nacional de Saúde (CNS), dentre outros. Dentre as vantagens do uso desse sistema citam-se: a confiabilidade, por possuir certificação digital, fornecimento de informações sobre o fluxo dos usuários na rede assistencial; subsídio para os processos de planejamento, programação e avaliação do acesso dos usuários a procedimentos de média e alta complexidade; e a flexibilidade na parametrização das funcionalidades do sistema. Funciona em plataforma web, com servidores instalados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), e constitui-se por dois módulos independentes: o Módulo Ambulatorial e o Módulo Hospitalar. Todavia não há obrigatoriedade do uso do SISREG, ou seja, os gestores poderão optar por sistemas de informação privados e que forneçam outras funcionalidades e que atendam as necessidades locais e locorregionais (MENDES, 2019).

Quanto à tipologia e funções no processo regulatório, as Centrais de Regulação são assim descritas:

1. Central de Regulação de Urgência: responsável pela regulação do atendimento pré-hospitalar de urgência, realizado pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), cujas ações estão dispostas na Portaria MS/GM nº 2.048. de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002);
2. Central de Regulação de Internações: responde pela regulação dos leitos hospitalares (clínicos, UTI e de retaguarda dos pronto-socorros) de unidades próprias, contratadas ou conveniadas ao SUS;
3. Central de Regulação Ambulatorial: cuida da regulação do acesso dos usuários às consultas e exames especializados e aos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT);

Voltar ao sumário

4. Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC), representada nos estados pela Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade (CERAC): são regidas pela Portaria MS/GM nº 258, de 30 de julho de 2009, atuando de forma integrada à Central de Internações Hospitalares e respondem pela regulação do acesso aos procedimentos de alta complexidade nas diversas especialidades (cardiologia, oncologia, neurologia, neurocirurgia, traumato-ortopedia, gastroenterologia (cirurgia bariátrica)), inclusive se articulando com outras unidades federadas caso haja insuficiência ou ausência de oferta assistencial (BRASIL, 2009).

Em Goiás, o Projeto de Implantação dos Complexos Reguladores Regionais da Assistência à Saúde foi aprovado via Resolução nº 025/2006 - CIB, de 11 de maio de 2006, visando a organização e implantação de uma rede de complexos reguladores regionais com o objetivo de melhorar e agilizar o acesso aos serviços de saúde em todo o estado (GOIÁS, CIB, 2006).

No ano de 2007, o Ministério da Saúde estabeleceu incentivo financeiro destinado à implantação e/ou implementação de complexos reguladores, mediante aprovação bipartite (Resolução nº 086/2007 - CIB, de 09 de agosto de 2007) do Extrato de Homologação do Projeto de Implantação de Complexos Reguladores. Considerando sua abrangência, população própria e referenciada e o valor financeiro a ser repassado pelo Ministério da Saúde, nesta oportunidade foram indicados 13 (treze) complexos reguladores, sendo: Complexo Regulador Estadual e os 12 (doze) regionais localizados nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia, Luziânia, Formosa, Porangatu, Ceres, Anápolis, Goiás, Iporá, Rio Verde, Itumbiara e Caldas Novas (GOIÁS, CIB, 2007a).

No mesmo ano, pactuou-se a instituição do Sistema Estadual de Regulação (Resolução nº 088/2007 - CIB, de 09 de agosto de 2007) que seria implantado em todas as regiões de saúde do Estado de Goiás, em conformidade com a Política Nacional de Regulação. O referido sistema seria composto pelos seguintes componentes: (1) Coordenação Estadual, exercida pela Superintendência de Controle e Avaliação Técnica de Saúde (SCATS/SES-GO); (2) Coordenações Regionais, subordinadas aos Colegiados de Gestão Regionais; (3) Câmara Técnica de Regulação e Protocolos, instituída pela SES/GO e constituída por representantes das Superintendências das áreas técnicas e coordenada pela Gerência de Regulação e Avaliação da SCATS/SES-GO; (4) Complexo Regulador Estadual, constituído pelas Centrais de Regulação Ambulatorial e de Internação Hospitalar que regulavam as unidades sob gestão estadual, a Central Estadual de Regulação da Alta Complexidade - CERAC, componente estadual da Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC, e

Voltar ao sumário

a Central de Notificação e Captação de Órgãos - CNCDO (Central de Transplantes); (5) Complexos Reguladores Regionais, estabelecidos preferencialmente nos municípios-sede das regiões de saúde; e (6) Complexos Reguladores Municipais, estabelecidos nos municípios e articulados de maneira regional. Além disso, estabeleceu que todos os hospitais públicos deveriam estruturar os Núcleos Internos de Regulação (NIR), observando recomendações sobre a estrutura física e recursos humanos necessários para a execução dos processos regulatórios. Por meio da mesma resolução, definiu-se o sistema de informação (SISREG versão 3) a ser utilizado, porém estabeleceu que os municípios poderiam optar por outro sistema de informação, desde que o mesmo permitisse a interface com os demais complexos reguladores do Sistema Estadual de Regulação (GOIÁS, CIB, 2007b).

Em 2008, por meio da Resolução nº 115/2008 - CIB, de 22 de outubro de 2008, aprovou-se o Projeto de Ampliação dos Complexos Reguladores Regionais da Assistência, para 5 (cinco) novas regiões de saúde, tendo como sede os municípios de Campos Belos, São Luís de Montes Belos, Jataí, Uruaçu e Catalão (CIB, 2008a), bem como estabeleceu-se a população de abrangência e o valor proposto para a implantação dos mesmos. Posteriormente, via Resolução nº 143/2008 - CIB, de 18 de dezembro de 2008, pactuou-se o Projeto de construção e implementação do Complexo Regulador Estadual (GOIÁS, CIB, 2008b).

O Projeto de Implementação e Informatização do Complexo Regulador Oeste I e das unidades públicas do município de Iporá foi aprovado em 14 de dezembro de 2009, visando melhor operacionalizar as ações de regulação no âmbito do município e Região de Saúde, por meio da Resolução nº 155/2009 - CIB (CIB, 2009a). E nesta mesma linha, a Resolução nº 168/2009 - CIB, a Proposta de Implantação e/ou Implementação do Complexo Regulador e Informatização das Unidades de Saúde no Estado de Goiás (GOIÁS, CIB, 2009b).

No ano de 2013, aprovou-se em CIB (Resolução nº 233/2013 - CIB, de 19 de setembro de 2013), a adesão ao incentivo financeiro de custeio destinado ao Complexo Regulador Regional de Assistência da Região Central, sob Gerência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e cogestão com a Secretaria de Estado da Saúde, organizado no âmbito do SUS (GOIÁS, CIB, 2013).

Em 2015, pactuou-se em CIB (Resolução nº 167/2015 - CIB, de 10 de novembro de 2015) a adesão ao incentivo financeiro de custeio destinado ao Complexo Regulador Regional de Assistência de Aparecida de Goiânia, sob Gerência da Secretaria Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia e cogestão com a Secretaria de Estado da Saúde, organizado no âmbito do SUS (GOIÁS, CIB, 2015).

Conforme o Plano Estadual de Saúde (2020-2023), as 5 macrorregiões e as 18 (dezoito) regiões de saúde do estado (conforme o Quadro 3.1) possuem Centrais de Regulação

Voltar ao sumário

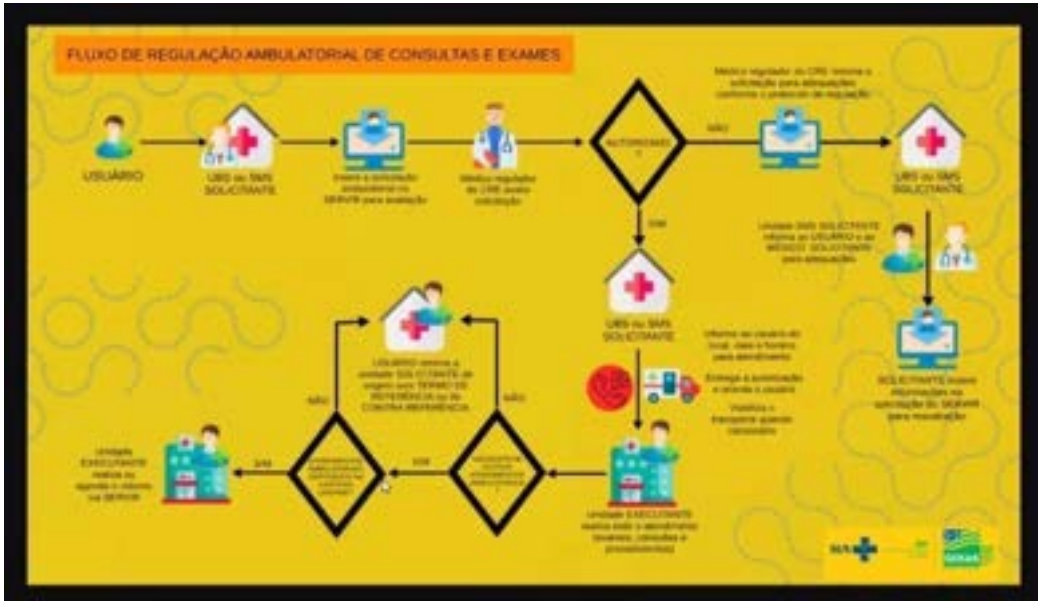
do Acesso divididas em: 01 (um) Complexo Estadual Regulador em Saúde; 246 (duzentos e quarenta e seis) Centrais Municipais de Regulação Ambulatorial - a grande maioria funciona somente como solicitante; 04 (quatro) Centrais Municipais de Regulação de Internações – executantes e solicitantes; 12 (doze) Centrais Regionais de Regulação de Urgência – SAMU 192 – executantes de atendimento pré-hospitalar de urgência e solicitantes de internação para serviço hospitalar (GOIÁS, 2020).

Os municípios que não possuem Central de Regulação de Internação lançam suas solicitações, por telefone, às Centrais de Regulação de Urgência do SAMU 192 (CRU SAMU 192), as quais são regionais e intermediam as solicitações às Centrais de Regulação de Internação que possuem unidades executantes de referência (gestores executantes).

Fato importante de ressaltar foi a recente alteração da gestão da regulação no Estado, durante a 8ª Reunião CIB realizada no dia 17 de setembro de 2021, em que Gestores e SES GO pactuaram a transferência da gestão e regulação das unidades de saúde estaduais, localizadas no município de Goiânia: Hospital de Urgências de Goiás Dr.Valdemiro Cruz (HUGO), Hospital Estadual de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira (HUGOL), Hospital Estadual Materno Infantil Dr. Jurandir do Nascimento (HMI), Hospital Estadual e Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (HEMNSL), Hospital Estadual Dr. Alberto Rassi (HGG), Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), Centro de Atenção Prolongada e Casa de Apoio Condomínio Solidariedade (CEAP-SOL), Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo (CRER), Hospital Estadual de Dermatologia Sanitária – Colônia Santa Marta (HDS), Centro Estadual de Odontologia Sebastiao Alves Ribeiro (COEG), Centro Estadual de Referência em Medicina Integrativa e Complementar (CREMIC), para a Secretaria de Estado da Saúde (CIB, 2021c). A partir dessa pactuação foram definidos novos protocolos e fluxos para a Regulação de vagas estaduais em Goiás, ilustrado pelos Quadros 3.1 e 3.2 abaixo, GOIÁS, CIB, 2021d):

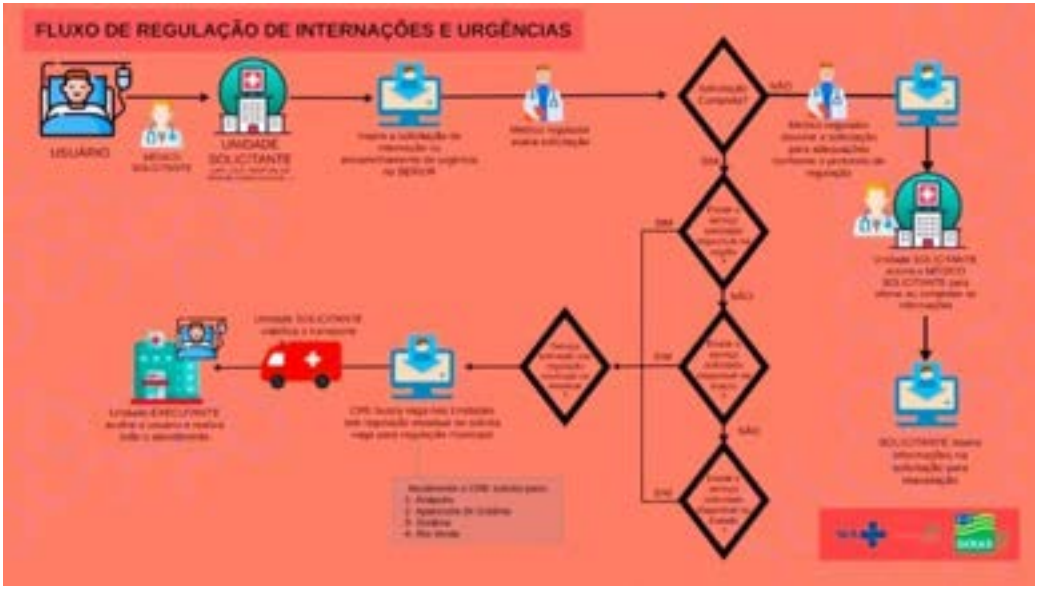
Voltar ao sumário

Quadro 3.1 - Fluxo de Regulação Ambulatorial de consultas e exames



Fonte: CIB-GO (GOIÁS, 2021)

Quadro 3.2 - Fluxo de Regulação de internações e urgências



Fonte: CIB-GO (GOIÁS, 2021)

Voltar ao sumário

Segundo informações obtidas junto aos atuais gestores dos municípios-pólo regionais e dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os complexos reguladores regionais possuem conformações diversas nas 18 (dezoito) regiões de saúde. Do mesmo modo, não há homogeneidade no que tange à nomenclatura destas unidades, escopo de atuação e processos de trabalho (BRASIL, 2022). Essa diversidade, por vezes, acarreta dificuldades para estabelecer padrões de comparabilidade entre eles, bem como mensurar a eficácia e efetividade dos processos regulatórios realizados.

A regulação do acesso ambulatorial e internação é realizada pelas unidades localizadas nos municípios de Anápolis (Região Pireneus), Aparecida de Goiânia (Região Centro-Sul), Goiânia (Região Central), Rio Verde (Região Sudoeste I) e também pelo Complexo Regulador Estadual, o qual dispõe ainda da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade.

A maioria das unidades realiza a regulação ambulatorial, ao passo que a regulação de internações está sob a responsabilidade do Complexo Regulador Estadual. Tal situação se aplica aos complexos localizados nos municípios de Caldas Novas e Catalão (Região Estrada de Ferro), Itumbiara (Região Sul), e Uruaçu.

Nos municípios-polo das Regiões São Patrício I, Entorno Norte e Entorno Sul, respectivamente, Ceres, Formosa e Luziânia, a regulação da urgência é realizada pelas Centrais de Urgência (SAMU 192). Tais municípios também realizam a regulação dos procedimentos ambulatoriais.

Em Goianésia, município-polo da Região São Patrício II, a regulação ambulatorial é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde e as internações são reguladas pelo município de Ceres.

Na Região Nordeste I, o Complexo Regulador Regional de Campos Belos realiza a regulação ambulatorial, ao passo que a regulação das internações e urgências é realizada pelo Hospital Municipal. A mesma condição foi observada no município de Iporá (Região Oeste I).

Os Núcleos Internos de Regulação (NIR), localizados em hospitais, respondem pela regulação de internações e urgências diurnas nos municípios de Goiás (Região Rio Vermelho), Porangatu (Região Norte) e São Luís dos Montes Belos (Região Oeste II). No período noturno os médicos plantonistas destas unidades hospitalares assumem a regulação. A regulação ambulatorial em todos os municípios citados é realizada pelas respectivas centrais de regulação ou mesmo pela Secretaria de Saúde.

O município de Jataí (Região Sudoeste II), realiza a regulação ambulatorial para os municípios pactuados, porém a regulação das internações está sob a responsabilidade do Complexo Regulador Estadual.

Na Região Nordeste II tanto a regulação ambulatorial quanto a internação são realizadas pelo Complexo Regulador Estadual.

Voltar ao sumário

As solicitações de vagas para os serviços disponibilizados pelas Unidades Estaduais são realizadas diretamente ao Complexo Regulador Estadual, conforme fluxos pactuados em CIB. Além disso, o CRE realiza a intermediação do acesso da população referenciada aos estabelecimentos de saúde sob gestão municipal, no âmbito do estado.

A Central de Regulação atende as demandas de Urgência relacionadas a solicitação de transporte (SAMU 192), nas respectivas regiões de saúde.

A relação das unidades reguladoras, números de CNES, município-sede e respectiva região de saúde poderão ser verificadas na Tabela 3.1.

Tabela 3.1 - Relação de unidades reguladoras, por município-sede e Região de Saúde. Goiás, 2022.

CNES	Estabelecimento	Município	Região de Saúde
2383268	Complexo Regulador de Anápolis	Anápolis	Pirineus
3013154	Central de Regulação de Serviços de Saúde	Aparecida de Goiânia	Centro-Sul
5584760	Central de Regulação	Caldas Novas	Estrada de Ferro
6479901	Complexo Regulador Regional de Campos Belos	Campos Belos	Nordeste I
6634001	Central De Regulação Dr. Edson Orlando de Oliveira	Catalão	Estrada de Ferro
5950627	Central de Regulação Médica de Urgência Regional	Ceres	São Patrício I
6437702	Complexo Regulador Regional São Patrício	Ceres	São Patrício I
6940633	Central de Regulação Médica de Urgências De Formosa	Formosa	Entorno Norte
6694284	Complexo Regulador do Entorno Norte	Formosa	Entorno Norte
6537227	Secretaria Municipal de Saúde de Goianésia	Goianésia	São Patrício II

Voltar ao sumário

CNES	Estabelecimento	Município	Região de Saúde
7208332	Complexo Regulador Estadual - CRE	SES	Goiás
8005605	Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade	SES	Goiás
6449409	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia/Central de Gestão em Saúde	Goiânia	Central
5656796	Central de Regulação Rio Vermelho	Goiás	Rio Vermelho
6022928	Complexo Regulador Regional de Iporá	Iporá	Oeste I
5976731	Central de Regulação de Itumbiara	Itumbiara	Sul
6313671	Central de Regulação Regional de Urgências De Luziânia	Luziânia	Entorno Sul
6336647	Secretaria Municipal de Saúde de Porangatu	Porangatu	Norte
6026885	Central de Regulação Ambulatorial	Rio Verde	Sudoeste I
7982070	Central de Regulação Hospitalar	Rio Verde	Sudoeste I
6479561	Regulação de Serviços de Saúde São Luís Montes Belos	SL Montes Belos	Oeste II
6342140	Complexo Regulador Regional Serra da Mesa	Uruaçu	Serra da Mesa

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Agosto/2022.

A análise do perfil profissional das equipes vinculadas aos complexos reguladores mostra que existem grandes disparidades regionais, o que por sua vez, aponta para a necessidade de atualizar as informações no Sistema de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, bem como rediscutir o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais de regulação. Cumpre destacar que compete às respectivas secretarias de saúde

Voltar ao sumário

a atualização do cadastramento dos estabelecimentos, incluindo os complexos reguladores assistenciais (MENDES, 2019).

A utilização de dados secundários extraídos do CNES limita a análise do cumprimento das regras de cálculo para o dimensionamento dos complexos reguladores, já que a multiplicidade dos códigos utilizados para vinculação dos profissionais e respectivas cargas horárias dificulta comparações (PELISSARI, 2019).

A Portaria nº 1.792/2012 institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do SUS, segundo porte populacional. Para tal definição foram considerados os seguintes critérios, sendo: escopo das centrais de regulação (ambulatorial, internação hospitalar ou central ambulatorial e de internação hospitalar), população coberta pelos recursos assistenciais regulados, dimensionamento da equipe e demais despesas de custeio, estimadas em 20% (vinte por cento) do total previsto para custeio da equipe (BRASIL, 2012).

A Resolução nº 79/2008 – CIB, de 14 de agosto de 2008 estabeleceu os critérios para o financiamento de custeio dos Complexos Reguladores Regionais, considerando a estratégia de regionalização definida para o Estado, as regiões e municípios que abrangem maior concentração de serviços de saúde e também o maior contingente populacional próprio e referenciado. Além disso, estabelece como condição para a manutenção do repasse, que os complexos reguladores utilizem sistema informatizado de regulação (GOIÁS, CIB, 2008c).

Desse modo, realiza repasses mensais, na modalidade fundo a fundo, aos municípios-sede dos complexos reguladores, sendo: (1) montante no valor de R$ 10.000,00 (dez mil reais), para os municípios de Caldas Novas, Campos Belos, Catalão, Ceres, Goiás, Iporá, Itumbiara, Jataí, Porangatu, São Luís de Montes Belos e Uruaçu; (2) R$ 20.000,00 (vinte mil reais), para os municípios de Anápolis, Formosa e Rio Verde; (3) R$ 30.000,00 (trinta mil reais), para os municípios de Aparecida de Goiânia e Luziânia; e (4) R$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para o município de Goiânia (GOIÁS, 2022a).

As Centrais de Regulação das Urgências (SAMU 192) foram habilitadas e/ou qualificadas mediante portarias ministeriais e seus respectivos incentivos financeiros repassados pelo Ministério da Saúde e também pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, aos Fundos Municipais de Saúde, encontram-se descriminados na Tabela 3.2.

Voltar ao sumário

Tabela 3.2 - Valores anuais relativos aos incentivos financeiros de custeio das Centrais de Regulação das Urgências, oriundos de transferências do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, 2022.

MUNICÍPIO	MACROR-REGIÃO	REGIÃO	PORT HAB/QUAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	REPASSE FEDERAL ANUAL (R$)	REPASSE ESTADUAL ANUAL (R$)
Anápolis	Centro--Norte	Pireneus	Portaria nº 3942, de 31 de dezembro de 2020; Portaria nº 975, de 13 de maio de 2021	3.934.530,00	1.967.265,00
Aparecida de Goiânia	Centro--Sudeste	Centro--Sul	Portaria nº 3530, de 19 de dezembro de 2019; Portaria nº 3825, de 22 de dezembro de 2021	5.175.840,00	2.587.920,00
Caldas Novas	Centro--Sudeste	Estrada de Ferro	Portaria nº 286, de 20 de fevereiro de 2020; Portaria nº 1.527, de 6 de julho de 2021	2.786.496,00	1.393.248,00
Ceres	Centro--Norte	São Patrício I	Portaria nº 3409, de 29 de dezembro de 2016; Portaria nº 3512, de 17 de dezembro de 2019	1.556.940,00	778.470,00
Formosa	Nordeste	Entorno Norte	Portaria nº 1976, de 25 de agosto de 2006; Portaria nº 2496, de 11 de novembro de 2014	1.925.700,00	962.850,00
Goiânia	Centro--Oeste	Central	Portaria nº 553, de 26 de março de 2021	7.396.290,00	3.698.145,00
Goiás	Centro--Oeste	Rio Vermelho	Portaria nº 1821, de 31 de julho de 2007	1.123.500,00	561.750,00
Iporá	Centro--Oeste	Oeste I	Portaria nº 1821, de 31 de julho de 2007	1.123.500,00	561.750,00

Voltar ao sumário

MUNICÍPIO	MACROR-REGIÃO	REGIÃO	PORT HAB/QUAL MINISTÉRIO DA SAÚDE	REPASSE FEDERAL ANUAL (R$)	REPASSE ESTADUAL ANUAL (R$)
Itumbiara	Centro--Sudeste	Sul	Portaria nº 971, de 13 de maio de 2021	1.903.968,00	951.984,00
Luziânia	Nordeste	Entorno Sul	Portaria nº 1151, de 7 de junho de 2021	2.020.200,00	1.010.100,00
Porangatu	Centro--Norte	Norte	Portaria nº 3116, de 5 de dezembro de 2007; Portaria nº 2823, de 14 de dezembro de 2012	1.365.000,00	682.500,00
Rio Verde	Sudoeste	Sudoeste I	Portaria nº 222, de 11 de fevereiro de 2020; Portaria nº 474, de 20 de março de 2020	2.135.766,00	1.067.883,00

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. 2022b.

Tópicos conclusivos

Unidades reguladoras com nomenclaturas e funcionalidades divergentes nas regiões de saúde.

Multiplicidade de códigos utilizados para vinculação dos profissionais e respectivas cargas horárias, dificultando a comparabilidade em relação às regras de cálculo para o dimensionamento dos complexos reguladores.

Recomendações

Necessidade de reavaliação do dimensionamento dos complexos reguladores, considerando as variáveis: população total, os parâmetros de necessidade estabelecidos para a internação e procedimentos ambulatoriais, total de horas de funcionamento das centrais de regulação, a capacidade produtiva do regulador/hora.

Necessidade de visita técnica para avaliação da infraestrutura dos complexos reguladores, bem como a necessidade de investimentos para adequação, se necessário.

Necessidade de fortalecer os processos de educação permanente em saúde, buscando identificar as fragilidades técnicas e gerenciais existentes e desenvolver estratégias que permitam a qualificação profissional.

Voltar ao sumário

3.3 Sistemas de Informação

A qualidade dos serviços de saúde depende de informação que é produzida em pontos dispersos de uma rede de assistência. A internet é o meio mais indicado pelo qual a informação pode fluir entre tais pontos e estar disponível, no instante e local necessários, mas não é suficiente. Os sistemas de informação em saúde utilizados nestes pontos devem estar aptos a trocar informações. Sem interoperabilidade não há como ter tráfego de informações entre eles, o que compromete a efetividade do ordenamento do acesso aos serviços de saúde (regulação). Este capítulo oferece várias recomendações, identificadas à luz dos cenários goiano e nacional, visando à geração de valor para a saúde viabilizada pela apropriação de tecnologias digitais. A lista não é exaustiva, mas inclui o que é premente e habilitador de outras melhorias, ou seja, os blocos básicos para a transformação digital da regulação em Goiás.

Escopo

A regulação é um sistema[1] não trivial. Há um conjunto significativo de atores, como pacientes, o principal deles, até profissionais de saúde e gestores. Há normas, resoluções, portarias, protocolos de regulação. Há questões políticas, financeiras, programas de governo. Ainda existem questões de infraestrutura como acesso a internet e sistemas de informação, dentre outras.

Neste capítulo, apenas parte da regulação é considerada, a saber, a perspectiva da informação em saúde da regulação. Esta ênfase deve-se tanto pela oportunidade de impacto positivo, o que é necessário e urge, quanto pelo momento singular, decorrente de ações em andamento, o que deve ficar claro nas seções vindouras.

Mesmo neste escopo já reduzido, o uso de tecnologias digitais na saúde envolve um considerável número de componentes, conforme a norma internacional para planejamento, desenvolvimento, suporte e entrega de serviços de saúde que fazem uso de tais tecnologias (ISO, 2014). Tal norma oferece um modelo para discussão e, naturalmente, não apresenta respostas para um contexto específico como a regulação em Goiás.

Este capítulo, à semelhança da norma, não oferece um plano detalhado de ações, mas possíveis direções ou recomendações. Algumas são intrínsecas do contexto corrente, estão direcionadas a assegurar a apropriação de benefícios decorrentes de ações nacionais em andamento, mas que dependem de ações estaduais. Outras são proativas (propositivas) com foco em melhoria contínua.

Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) estão bem definidos. Contudo, há inúmeros caminhos e marcos intermediários

1 Sistema, em definição clássica, é um conjunto inter-relacionado de componentes que se interagem visando atingir determinada finalidade.

Voltar ao sumário

possíveis. Em consequência, Goiás precisa definir qual o seu caminho, quais os seus marcos, quais são os seus "pontos de controle" que contribuem com o futuro da saúde desejada nesse estado. A lacuna desta definição inibe verificar o alinhamento entre o que ora é proposto e o percurso goiano para o futuro desejado da saúde em Goiás. Não é por acaso, portanto, que uma das recomendações seja exatamente a construção desta visão (Política/Plano de Informação e Informática em Saúde).

Curiosamente, a ausência de uma visão compartilhada para o futuro da saúde em Goiás só estende as possibilidades. Em consequência, neste terreno vasto, é preciso estabelecer referenciais sólidos. Neste capítulo, isto significa identificar os pilares da transformação digital da regulação, o aparato legal e as ações da União em andamento, seguida de uma leitura do contexto corrente, que precede as recomendações.

3.3.1 Pilares da transformação digital da regulação

- **Da necessidade de informação em saúde**

Serviços de saúde dependem de informação. De fato, não há como "não consumir" informação em saúde e oferecer uma assistência adequada a um indivíduo. Também não é viável gerir, orientar, nem acompanhar o esforço de um município e, menos ainda, de um conjunto de 246 deles, como no caso do Estado de Goiás, sem acesso a informação precisa e atualizada. O acesso à informação é um habilitador para uma regulação eficiente.

- **Da necessidade de Saúde Digital (informática em saúde)**

A Tecnologia da Informação (TI) não é uma "bala de prata" para os problemas da saúde, mas um componente relevante da solução. De fato, a TI é elemento pervasivo para o desempenho de praticamente todo e qualquer setor ativo da sociedade atual. Não é diferente na saúde, e o seu uso neste domínio é tratado pela Informática em Saúde.

Mais recentemente o termo empregado é Saúde Digital, que é o uso de tecnologias digitais na saúde. Os benefícios, a importância e orientações são fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021), o que é reconhecido pelo Brasil, pela parceria com dezenas de outros países para a promoção da Saúde Digital (PARCERIA GLOBAL DE SAÚDE DIGITAL, 2022).

- **Da necessidade do trânsito de informação em saúde**

Se a informação em saúde é necessária tanto para a assistência quanto para alimentar outros processos, e dado que a geração dela ocorre em pontos distintos da rede de assistência (unidades básicas de saúde, laboratórios, clínicas, hospitais, centrais de regulação e outros), então é necessário que ela trafegue entre as posições geográficas destes estabelecimentos de tal forma que possa ser consumida não apenas onde foi gerada.

Voltar ao sumário

- **Da adesão de cidadãos a tecnologias digitais**

A Saúde Digital é amparada pelo acesso e familiaridade da sociedade, embora não universais, com tecnologias digitais (WHO, 2021). Hoje se compra uma pizza e o percurso do entregador é acompanhado em tempo real pelo celular, o pagamento é via PIX. A declaração do imposto de renda já é feita há anos via navegador. Redes sociais e *"fake news"* não são novidades. Tudo isso é compatível com a importância do acesso à internet (LA RUE, 2011).

Isso não significa que há amplo acesso da população a dispositivos móveis e internet de qualidade. Conforme *Fronteiras da inclusão digital: dinâmicas sociais e políticas públicas de acesso à Internet em pequenos municípios brasileiros*, "avanços recentes ainda não significam níveis de conectividade adequados a todos" (CETIC.BR|NIC.BR, 2022).

- **Da transformação digital da regulação**

Transformação digital é a alteração do "núcleo" de um negócio pela inserção de tecnologias digitais (TRANSFORMAÇÃO, 2022). A transformação digital não ocorre pela criação de um aplicativo para dispositivos móveis ou pelo desenvolvimento de um portal. O negócio em questão é transformado por meio de novos processos, novos serviços e/ou novos fluxos. A transformação digital no âmbito da saúde faz parte do escopo da Saúde Digital (WHO, 2021).

Para uma discussão abrangente sobre transformação digital é sugerido (KATAOKA, 2022), (ERL; STOFFERS, 2021) e (LANG, 2021). Adicionalmente, Mike Sutten, na palestra *Future with data readiness & why is it important?*, realizada em 09/06/2022, parte do evento HL7 FHIR DevDays 2022, ressalta que a transformação digital é a obrigação clara para os líderes da saúde, e que 95% dos executivos da saúde estão concentrados na transformação digital. Adicionalmente, acrescenta que 74% dos executivos entendem que o foco principal é a interoperabilidade entre sistemas de informação em saúde.

No contexto da saúde, a transformação digital é a "transformação da saúde por meio de tecnologias" (SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 2022). No domínio ainda mais específico da regulação, a transformação digital envolve seus processos, suas exigências legais, protocolos, profissionais de saúde, gestores, órgãos auditores, dados, tecnologia e, com destaque, cidadãos que dependem da assistência. Nesse contexto, processos possivelmente são criados/ajustados/apoiados, assim como o desempenho deles é melhorado.

Convém destacar que a transformação digital deve gerar valor para cidadãos (pacientes) e para a rede de assistência à saúde. Assegurar o acesso à internet de qualidade é uma demanda de infraestrutura necessária, mas não é suficiente para uma transformação digital. De forma análoga, pode ser necessário, mas não suficiente, adquirir um sistema de prontuário eletrônico, ou uma ferramenta de inteligência artificial, dentre outras ações, por exemplo.

Voltar ao sumário

- **Das oportunidades oferecidas pela transformação digital**

Transformação digital não é fim, mas meio para gerar valor. A teletriagem, já regulamentada, conforme seção adiante, é um exemplo, ao permitir a criação de um encaminhamento sem a presença física de paciente e médico no mesmo local. Esta flexibilização viabiliza benefícios, por exemplo, quando há dificuldade de locomoção do paciente, ou em especialidades como a psiquiatria, dentre outros. As tecnologias não são o alvo, mas o valor gerado pela teletriagem.

Em outro exemplo, considere o Exame Citopatológico, imprescindível para o rastreamento do Câncer de Colo de Útero. Há décadas persiste a ficha de requisição impressa para a solicitação deste exame, assim como o translado desta ficha do estabelecimento de saúde de origem até o laboratório e, no sentido inverso, do laudo assinado manualmente até o estabelecimento de origem. Este fluxo é lento, atrasa a entrega dos resultados dos exames, podendo retardar o encaminhamento das mulheres com lesões precursoras de câncer de colo uterino, de acordo com as condutas clínicas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Por outro lado, a combinação da interoperabilidade e de assinatura digital viabilizará a liberação do resultado do exame citopatológico por qualquer que seja o sistema empregado pelo laboratório, a ser consultado por qualquer que seja o sistema empregado pelo estabelecimento de origem. Consequentemente, eliminará os inconvenientes citados e a "camisa de força" induzida pelo uso obrigatório do SISCAN. Adicionalmente, promoverá a eficiência do acompanhamento da produção pela gestão. Por fim, a simples ficha de requisição, em formato eletrônico, desacompanhada da amostra (claro), permite uma análise e distribuição dinâmica da demanda entre laboratórios, o que hoje não é viável.

Obviamente, estas não são as únicas oportunidades (LANDSBERG, 2022), mas apenas duas com impacto positivo em todo o país e, inclusive, na regulação.

- **Do amparo legal**

A simples viabilidade tecnológica não autoriza a subsequente execução. A sustentação legal é indispensável e, para as recomendações apresentadas, já está disponível.

A Lei No. 8.080, de 19 de setembro de 1990, é o ponto de partida (BRASIL, 1990). Conhecida por Lei Orgânica da Saúde, ela estabeleceu uma demanda fundamental, conforme o Artigo 47, mas que ainda hoje não é atendida:

"O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS) organizará, no prazo de 02 (dois) anos, um sistema nacional de informação em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços."

Mais de três décadas após esta lei, têm-se muitas informações, mas dispersas, e ainda muito por ser feito para a construção de um "sistema integrado", ou seja, permanecem inacessíveis a vários atores da saúde com reper-

Voltar ao sumário

cussão negativa em custos e na qualidade da assistência. Adicionalmente, boa parte não está em formato eletrônico, o que dificulta o acesso ao onerar os custos do manuseio e trânsito, além de comprometer a segurança. Substituir o *status quo* por um sistema integrado é uma demanda da Lei.

A Medida Provisória 2.200-2, em vigor há mais de duas décadas, é um marco para a transformação digital no Brasil (BRASIL, 2001). Ela cria a Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil), que trata da autenticidade, integridade e validade jurídica de documentos eletrônicos. Ou seja, institui a legalidade de documentos no mundo digital, e desobriga a saúde do uso de papel e caneta, que são empecilhos para a segurança, agilidade e disponibilidade.

Essa Medida Provisória não é uma ação isolada para viabilizar um sistema integrado indicado pela Lei Orgânica da Saúde. A Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, foi fundamental ao instituir a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008). A utilização de sistemas de informação no âmbito da regulação para cadastros, produção e a regulação do acesso é estabelecida no Art. 4o, inciso XII. O Art. 10, por sua vez, distribui atividades entre a União, estados e municípios. À União cabe disponibilizar e apoiar, em todos os níveis, a implantação de sistemas de informação que operacionalizem as ações de regulação, controle, avaliação, cadastramento e programação, enquanto aos municípios cabe, dentre outras, a informatização. Adicionalmente, conforme o Art. 6o, parágrafo primeiro, processos de trabalho serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão, e estratégias de ação serão definidas conjuntamente para a implantação dessa política, inclusive captação, análise e manutenção das informações geradas.

A Política Nacional de Regulação, conforme parágrafo acima, orienta explicitamente a utilização de sistemas de informação para apoiar processos da regulação. Até esclarece a quem cabe apoiar a implantação destes sistemas. Em especial, atribui aos municípios a tarefa de substituir o uso de papel e caneta pela informatização. E ainda mais, o Art. 6o orienta a transformação digital amparado e complementado pelos demais instrumentos legais comentados nesta seção. (BRASIL, 2008)

A Lei 14.063, de 23 de setembro de 2020, inclui o uso de assinaturas eletrônicas em "questões de saúde" (BRASIL, 2020a). Conforme o excerto abaixo do Art. 13, as prescrições e atestados médicos, ambos eletrônicos, são considerados válidos com o emprego de assinatura eletrônica:

"Os receituários de medicamentos sujeitos a controle especial e os atestados médicos em meio eletrônico, previstos em ato do Ministério da Saúde, somente serão válidos quando subscritos com assinatura eletrônica qualificada do profissional de saúde."

A validade jurídica de uma prescrição digital, conforme a Lei 14.063 (BRASIL, 2020a),

Voltar ao sumário

permite a introdução de mudanças, mas não altera o cenário atual por si só. Neste caso, a legislação pavimenta o caminho para um futuro desejado, cujos alicerces incluem certificado digital para profissionais de saúde, sistemas de informação aptos a assinar digitalmente prescrições, capacitação e interoperabilidade, dentre outros, além da governança do todo.

Outro habilitador de mudanças na regulação é a resolução CFM 2.314, de 20 de abril de 2022 (BRASIL, 2022a). O Art. 70, cujo excerto segue abaixo, oferece a opção de comunicação entre profissionais de saúde dispersos geograficamente. O Art. 11, também transcrito abaixo, estende a interação intermediada por tecnologias para a relação entre profissional de saúde e paciente, no contexto da teletriagem, que possibilita o encaminhamento à distância para a regulação ambulatorial e hospitalar. O parágrafo segundo, também fornecido abaixo, indica a quem cabe oferecer e garantir "todo o sistema de regulação para encaminhamento".

"Art. 70. A teleinterconsulta é a troca de informações e opiniões entre médicos, com auxílio de TDICs, com ou sem a presença do paciente, para auxílio diagnóstico e terapêutico, clínico ou cirúrgico".

"Art. 11. A teletriagem médica é o ato realizado por um médico, com avaliação dos sintomas do paciente, a distância, para regulação ambulatorial ou hospitalar, com definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência que necessita ou a um especialista. § 2º Na teletriagem médica o estabelecimento/sistema de saúde deve oferecer e garantir todo o sistema de regulação para encaminhamento dos pacientes sob sua responsabilidade."

Esses artigos e o parágrafo estão antenados com uma regulação ágil, contudo, não é qualquer ferramenta que pode ser empregada para colocá-los em prática. O uso do WhatsApp, por exemplo, naturalmente gera preocupação (PARANÁ, 2019). Por outro lado, uma "rede de comunicação na saúde" pode fornecer um canal de diálogo entre profissionais de saúde como parte de um sistema de regulação, conforme uma das recomendações do capítulo.

A resolução COFEN 677, de 18 de agosto de 2021 (BRASIL, 2021a) também contribui com a pavimentação de uma regulação segura, ressaltando em seu Artigo 1º, a adoção de certificado digital no âmbito do COFEN e dos conselhos regionais de Enfermagem:

"Artigo 1º Aprovar, atualizar e adotar os padrões e as normas para instituição, confecção, distribuição, expedição e controle das Carteiras de Identidade Profissional (CIP), na versão impressa e na versão digital (e-CIP), dos certificados de registro de empresas (CRE) na versão física e digital (e-CRE), bem como do certificado digital no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem."

Esta resolução antecipa o que outras categorias da saúde deverão realizar em breve. Afinal, tudo o que se faz no campo da saúde em relação a uma assistência deve fazer parte das informações em saúde do paciente em questão. E este registro deve ser em meio eletrônico, e

Voltar ao sumário

para que haja segurança no mundo digital, é preciso assinar digitalmente, o que demanda certificado digital, capacitação e outros. O artigo pressupõe, assim como outros supracitados, o uso de formato eletrônico, condição *sine qua non* para uso de certificado digital, o que pressiona municípios na sua atribuição de informatização.

Apesar de longa, esta seção não é exaustiva, mas suficiente para o escopo tratado.

- **Das ações habilitadoras da União**

Avanços em informação em saúde no país devem ser orientados pela política nacional vigente e pela estratégia de saúde digital, ambas tripartites, ou seja, acordadas por municípios, estados e governo federal. Em tempo, as recomendações oferecidas no presente capítulo estão alinhadas com estes indutores de mudanças.

A Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (BRASIL, 2021b), conforme o seu Art. 10, oferece uma resposta para a Lei 8.080:

"*Fica instituída a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), com a finalidade de definir os princípios e diretrizes norteadores para os setores público e privado efetivarem a integração dos sistemas de informação em saúde, promovendo a inovação, apoiando a transformação digital dos processos de trabalho em saúde e aprimorando a governança no uso da informação, das soluções de tecnologia da informação e da saúde digital, bem como a transparência, a segurança e o acesso às informações em saúde pela população e melhoria da saúde do cidadão.*"

A política aponta o norte e a Estratégia de Saúde Digital 2020-2028 (ESD28) delineia o percurso (BRASIL, 2020b). O objetivo da ESD28 é estabelecido no Artigo 244-A:

"Fica instituída a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28), com o objetivo geral de nortear as ações relativas à Saúde Digital para o período de 2020 a 2028, observado o disposto na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS)".

A PNIIS e a ESD28 estabelecem uma orientação para estabelecimentos de saúde, públicos e privados, usufruírem da internet para trocar informações em saúde.

- **Da necessidade de interoperabilidade**

A PNIIS, a ESD28 e as bases legais comentadas anteriormente pressupõem a substituição do uso histórico de papel e caneta para registro de informação em saúde. De fato, promovem a transformação digital da saúde, que depende de infraestrutura como computadores e disponibilidade de internet de qualidade. Uma vez a infraestrutura disponível, a simples adoção de sistemas de informação em saúde não é suficiente para atender a necessidade de acesso à informação.

Integrar dados dispersos por sistemas de software, por meio de uma rede eletrônica, exige interoperabilidade entre estes sistemas. De forma simplificada, a interoperabilidade é a capacidade de sistemas de software troca-

Voltar ao sumário

rem informações entre eles e fazerem uso da informação trocada (ISO, 2014).

Convém esclarecer que interoperabilidade é um meio, um instrumento tecnológico para que sistemas de informação em saúde troquem informações entre eles, o que viabiliza o acesso a tal informação onde ela é necessária. Este acesso é a necessidade, é o que gera valor para a saúde, enquanto interoperabilidade é a resposta tecnológica a ser embutida nos sistemas de informação em saúde para que tal acesso ocorra.

Um sistema de informação em saúde pode oferecer benefícios "locais", mas é a capacidade de trocar informação em saúde (interoperabilidade) que oferece a ele a possibilidade de consultar informações que não foram geradas neste sistema, assim como compartilhar informações que serão úteis em outros contextos. Só com a troca de informações será possível atender a necessidade de acesso à informação em saúde.

O que se combate por meio da interoperabilidade não é a pluralidade de sistemas, nem tampouco a intenção é a unificação ou padronização de um único sistema de informação a ser utilizado. O que se combate é a existência de "ilhas isoladas de informação em saúde".

A interoperabilidade permite a troca de informação entre sistemas de informação em saúde, quaisquer que sejam as tecnologias por eles empregadas, quaisquer que sejam seus fornecedores, e sem impor restrições na forma como são construídos. Desta forma, sistemas trocam informações atendendo a principal necessidade: acesso à informação. Quando há interoperabilidade, um laudo produzido por um laboratório, registrado em um dado sistema, por um dado profissional, pode ser consultado por um outro profissional, em outro estabelecimento de saúde, que emprega um sistema distinto daquele do laboratório.

Enquanto a compreensão precisa de interoperabilidade exige o domínio de tecnologias como o padrão FHIR (*Fast Healthcare Interoperability Resources*) (HL7 FHIR, 2022), adotado pelo Brasil, a ausência dela pode ser facilmente percebida.

Imagine o cenário no qual um hospital faz uso do Sistema X de prontuário eletrônico. Adicionalmente, o município em questão exige que o registro de internações seja feito no Sistema Y, que não é interoperável com o Sistema X. Neste caso, o registro da necessidade de internação de um paciente efetuado no Sistema X terá que ser manualmente registrado no Sistema Y, em geral, por digitadores consultando material impresso pelo Sistema X.

A prática acima é comum, aqui recebe o nome de "Digitador como Integração", trata-se de um anti-padrão. Na Engenharia de Software, o anti-padrão é uma solução comum para um problema recorrente, mas ineficiente, de alto risco e contraprodutivo. Dito de outra forma, o processo adotado por este anti-padrão é lento, oneroso, inseguro e propenso a erros.

Neste documento, a adoção de "Digitador como Integração" é tratada como remédio de

efeitos colaterais danosos, ou seja, é admissível apenas em situação emergencial e efêmera. Também não é viável desenvolver integrações conectando um conjunto específico de sistemas, pois este teria que ser predefinido, o custo é elevado, fossiliza o arranjo de atores e obriga um casamento com fornecedores e tecnologias, o que é incompatível com o cenário corrente, inclusive em Goiás, conforme comentado adiante em "Pluralidade de sistemas de informação em saúde".

Um conjunto maior de atores precisa de ordenamento (PNIIS e ESD28) e um meio, a RNDS.

- **Do meio necessário (RNDS)**

A interoperabilidade, embora possa ser usufruída apenas entre dois estabelecimentos de saúde, exige um esforço coordenado quando o conjunto de atores é diversificado, se altera com frequência, envolve muitos estabelecimentos, talvez no escopo de um município, no escopo de todo um estado ou até de todo o país. Em tempo, se há benefícios quando dois estabelecimentos de saúde trocam informações entre eles, imagine a reunião de todos aqueles do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Isso é a RNDS.

A Rede Nacional de Dados em Saúde, ou RNDS, é o instrumento oferecido pelo Ministério da Saúde para a interoperabilidade de informações em saúde no território nacional. A RNDS foi criada recentemente pela Portaria 1.434, de 28 de maio de 2020 (BRASIL, 2020c), da qual segue o excerto abaixo:

Art. 254-A. Fica instituída a Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS, componente do Sistema Nacional de Informações em Saúde - SNIS, de que trata o Art. 47 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que consiste em uma plataforma nacional voltada à integração e à interoperabilidade de informações em saúde entre estabelecimentos de saúde públicos e privados e órgãos de gestão em saúde dos entes federativos, para garantir o acesso à informação em saúde necessário à continuidade do cuidado do cidadão.

O objetivo da RNDS é promover a troca de informações entre os pontos da rede de assistência, permitindo a transição e a continuidade do cuidado nos setores público e privado. Apesar da "infância", a interoperabilidade via RNDS já mostrou resultados positivos.

Os laboratórios que realizam exame de COVID-19, em todo o território nacional, públicos ou privados, devem enviar os resultados destes exames para a RNDS, conforme a Portaria 1.792, de 17 de julho de 2020 (BRASIL, 2020d). No momento em que este texto é escrito, 57 milhões de resultados de COVID-19 já fazem parte da RNDS (BRASIL, 2022e). Há ainda mais de 460 milhões de registros de vacinação (COVID-19) e 26 milhões de autorizações de internação hospitalar, além de mais de 2000 UBS integradas à RNDS. Em consequência, qualquer cidadão pode consultar suas vacinas de COVID-19 por meio do Conecte SUS Cidadão (BRASIL, 2022f), independente de onde tenha recebido a vacina, por exemplo.

Voltar ao sumário

O resultado do exame de COVID-19 inaugurou a RNDS em decorrência da prioridade dada ao combate à pandemia. Outras informações deverão ser incorporadas paulatinamente além daquelas ilustradas acima. Dentre elas, a prescrição e a dispensação de medicamentos (BRASIL, 2022b, 2022c).

A RNDS é a auto-estrada da informação em saúde no país, ela já está em funcionamento e em plena expansão. Contudo, embora essa ação federal seja relevante, estados e municípios podem e devem contribuir, por exemplo, com acesso à internet, sistemas de informação em saúde, capacitação e outras. As recomendações feitas adiante potencializam os benefícios da RNDS no solo goiano.

3.3.2 Tópicos conclusivos

Sobre os Complexos Reguladores foram observados problemas importantes que necessitam de análise e busca de soluções:

- **Sistema Nacional de Regulação (SISREG)**

Uma das principais ferramentas disponíveis no país para atender a regulação é o Sistema Nacional de Regulação ou SISREG (BRASIL, 2022d). O SISREG é uma ferramenta de mais de duas décadas de existência, foi concebida bem antes da RNDS e, portanto, sem interoperabilidade.

Em um contexto de uso típico do SISREG, estabelecimentos solicitantes, executantes e centrais de regulação usam diretamente a interface *web* oferecida pelo SISREG, o que significa uma interação manual com este sistema. Em consequência, outros sistemas em uso nestes estabelecimentos que consomem informações pertinentes à regulação, precisam ser alimentados manualmente a partir do SISREG. No sentido inverso, ao se registrar uma solicitação em um sistema empregado pelo solicitante, tal solicitação também terá que ser registrada no SISREG, novamente em um processo manual, usando o anti-padrão "Digitador como Integração" (comentado anteriormente).

Por outro lado, a interoperabilidade permite que o solicitante use o sistema que considera apropriado, o mesmo para a central de regulação e, por fim, que o executante também use o seu sistema, todos eles independentes entre si, sem que seja necessário o esforço manual para a transferência de informações entre eles.

- **SISREG em Goiás**

Em Goiás, conforme consulta em 24/11/2021, vários municípios tinham acesso ao SISREG, tanto em assistência ambulatorial quanto hospitalar. Eram 33 unidades executantes e 172 solicitantes no contexto ambulatorial e, no contexto hospitalar, eram 13 executantes e 185 solicitantes (BRASIL, 2022).

Nessa consulta, apenas dois municípios goianos não tinham acesso ao SISREG. Convém esclarecer que, não necessariamente, os demais 244 municípios empregavam apenas o SISREG. De fato, a consulta revela apenas mu-

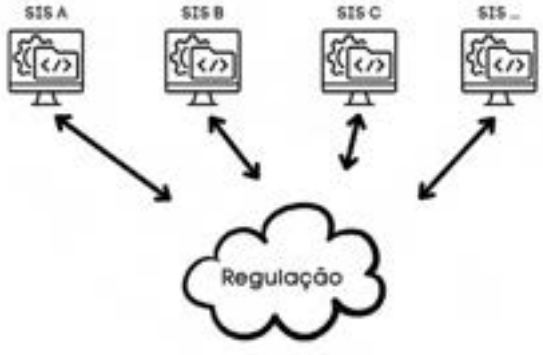
Voltar ao sumário

nicípios que possuem acesso ao SISREG e, não necessariamente, que fazem uso do SISREG.

Em tempo, é notório que vários municípios empregam vários sistemas, o que é natural pela diversidade necessária para atender solicitantes, executantes e centrais de regulação.

- **Pluralidade de sistemas de informação em saúde**

O modelo abaixo ilustra o cenário de múltiplos sistemas de informação em saúde, em particular, aqueles que direta ou indiretamente trabalham com informações de interesse da regulação, ou seja, consomem e/ou geram tais informações. São sistemas empregados por solicitantes, por exemplo, sistemas de prontuário eletrônico de vários fornecedores, sistemas empregados por executantes, por exemplo, sistemas de uso em laboratórios clínicos e sistemas empregados por centrais de regulação. O conjunto de todos estes sistemas é abstratamente identificado e conectado com a "Regulação", o elemento que serve de meio para a integração entre eles.



Pode-se explicar o modelo acima com alguns sistemas de informação empregados em Goiás. Um deles é o já mencionado Sistema Nacional de Regulação (SISREG). O portal do Complexo Regulador Estadual (Goiás), é outro exemplo. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE GOIÁS, 2022). O Conecta SUS Goiás gera e distribui informações a partir daquelas que consome (GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, 2022). O Sistema SERVIR, empregado pelo Município de Goiânia, oferece uma visão da ocupação dos leitos sob a gestão do município de Goiânia (XAVIER, 2022). O Hospital de Clínicas da UFG faz uso do AGHUX (BRASIL, 2020e) e assim por diante, apenas para citar alguns exemplos.

Os sistemas de informação em uso são numerosos e, à medida que estabelecimentos de saúde substituírem seus processos manuais por outros apoiados por tecnologias digitais, a tendência é que este conjunto amplie-se.

Para este cenário, que não é exclusivo de Goiás, a interoperabilidade dos sistemas de informação em saúde é o único meio conhecido para que as informações possam fluir entre eles de forma viável e segura.

Deve ficar claro aqui que o mercado, por si só, não irá promover esta integração, como não ocorreu até o momento, até porque depende de questões legais e outras do escopo de municípios e estados, além da União. Adicionalmente, integrações "pontuais" promovem melhorias "locais" e são onerosas, ou seja, não é uma solução para todo o estado de Goiás.

Voltar ao sumário

Conforme artigo, a integração de 24 unidades de saúde do Estado de Goiás significou investimento de dezenas de milhões de reais (IDTECH, 2021).

À semelhança da malha rodoviária empregada para se deslocar entre duas cidades quaisquer de Goiás, uma estrada goiana da informação em saúde pode permitir que a informação flua entre estabelecimentos de saúde, e outros, para o bem da efetividade da regulação além de outros benefícios (LUCENA, 2019). Promover este fluxo é gerar valor para a saúde.

No escopo da regulação, a interoperabilidade irá permitir, dentre outras possibilidades, que uma solicitação ambulatorial seja encaminhada pelo sistema onde foi gerada, para o sistema empregado pela Central de Regulação em questão, de forma eletrônica, sem intervenção manual e sem dependência entre estes sistemas. A resposta do regulador, registrada no sistema da Central, também será disponibilizada de forma eletrônica para o sistema solicitante, novamente, sem intervenção manual, em um processo ágil.

No extremo oposto do exemplo acima, o sistema empregado pelo executante possuirá a mesma independência. Ou seja, quaisquer que sejam os sistemas que serão empregados por solicitantes, centrais de regulação e executantes, a informação fluirá na presença da interoperabilidade. Naturalmente, outros sistemas empregados por outros atores interessados nestas informações, irão perfazer o modelo ilustrado no início da seção. O esforço necessário para acrescentar ou remover um novo sistema neste modelo é viável.

Ainda mais genérico, qualquer que seja o sistema que faça parte do ecossistema da regulação, em qualquer que seja o estabelecimento de saúde ou o gestor que o empregue, quando este gera informação relevante para a regulação, ou consome informação da regulação, a informação deverá estar acessível aos demais parceiros do ecossistema. Convém observar que a definição das informações a serem trafegadas não necessariamente incluirá toda e qualquer informação em saúde.

Perspectiva da assistência

Cada estabelecimento de saúde registra apenas parte das informações de saúde de um indivíduo. A história completa é formada pela união destas partes, geradas em instantes de tempo distintos, por estabelecimentos distintos. Adicionalmente, o registro de parte desta história ainda hoje é feito com papel e caneta, com vários inconvenientes, dentre eles a dificuldade de acesso.

Nos estabelecimentos onde há sistemas de informação em uso, em geral, a informação também permanece "ilhada" nas fronteiras de tais sistemas, pois eles não foram construídos para trocar informações. Isto ocorre até mesmo no interior de um mesmo estabelecimento que faz uso de vários sistemas, obrigando-os ao uso do anti-padrão "Digitador como Integração" ou optando pela integração onerosa entre sistemas de informação.

Voltar ao sumário

Em geral, não existe determinação municipal ou estadual dirigida para o formato digital a ser empregado no registro de informação em saúde de interesse da regulação e obrigando o compartilhamento dela, como portarias recentes associadas à RNDS.

Em consequência do exposto, a informação em saúde existente, mesmo em formato eletrônico, permanece no estabelecimento que a gerou, inacessível a outros pontos da rede de assistência, e longe dos profissionais de saúde que dependem delas para um diagnóstico preciso ou para alimentar a decisão de um regulador, por exemplo. Este cenário estimula o trânsito destas informações por meios inapropriados, apesar da boa intenção dos profissionais, conforme discutido anteriormente.

- **Perspectiva da gestão**

Se, por um lado, a ausência de trânsito de informação em saúde prejudica "artificialmente" a qualidade da assistência, por outro, os gestores não possuem uma situação menos desconfortável. Este prejuízo é dito artificial por ser imposto pelo *status quo*, e não pela inexistência de alternativas.

Cabem aos gestores minimizar ou eliminar as mazelas da situação corrente imposta aos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, cuidar do próprio "voo cego" da governança da saúde de um município quando não amparada por informações, ou quando são imprecisas e/ou desatualizadas.

Convém esclarecer que aqui não é feito julgamento de valor de profissionais de saúde nem tampouco de gestores, mas de ressaltar que a ausência de informações precisas e no momento necessário não contribui com o desempenho da rede de assistência à saúde e até compromete os princípios doutrinários do SUS. Soma-se a isso o aumento de custos decorrentes de solicitações desnecessárias, por exemplo, além do atraso de diagnóstico cujos prejuízos para pacientes podem ser irreversíveis.

O óbvio é que uma informação pode alterar a decisão de um profissional de saúde, assim como de um gestor, contudo, apenas se ela fizer parte dos insumos do processo de decisão empregado.

- **Visão holística da saúde em Goiás**

Um estabelecimento de saúde ou município, quando trabalha "isolado", em sua própria realidade, no máximo faz o "ótimo local". Contudo, os princípios do SUS precisam ser válidos não apenas no interior de um município e muito menos apenas no interior de um estabelecimento de saúde, mas em todo o país.

Tendo em vista que não é razoável esperar que um município ofereça, em seu perímetro geográfico, toda a assistência em saúde que sua população demanda, é necessário pactuar, é necessário interagir, é necessário cooperar com os demais.

E se é necessário interagir com os demais, o instrumento principal desta interação é a informação. Não só a informação pontual, por exemplo, de uma demanda específica,

Voltar ao sumário

mas do conjunto de todas elas, assim como das ofertas, onde, quando e quem de todo o estado, atualizado em tempo real.

Recomendações

A troca eletrônica de informações em saúde não ocorre simplesmente por ser importante, nem tampouco por ser viável tecnicamente. Nesta seção, tendo em vista o exposto anteriormente, seguem recomendações que transformam a regulação pelo valor gerado. Adicionalmente, viabilizam, sem impor, muitas outras transformações que demandam ajustes no modelo de regulação. Por fim, estão alinhadas com observações dos gestores, como respondentes de parte desta pesquisa.

Algumas recomendações são acompanhadas de ilustrações de um "sistema de informação em saúde fictício". As ilustrações foram desenvolvidas com o objetivo restrito de esclarecer as recomendações, e não fazem parte do *design* de nenhum sistema real, nem mesmo de uma proposta.

- **Política/Plano de Informação e Informática em Saúde para Goiás**

O alinhamento das ações entre estabelecimentos de saúde, órgãos gestores, fiscalizadores, governos (das três esferas) e universidades, dentre outros, depende de uma direção clara para o futuro da Saúde Digital em Goiás. Se esta direção não é conhecida, então não é razoável esperar a cooperação nem tampouco a convergência entre eles. Em consequência, também dificulta a avaliação de uma proposta de ação pela ausência de referência. As questões a serem respondidas são amplas e dependem de alinhamento entre municípios, estados e União. Um documento norteador é oferecido pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2021) e, naturalmente, a própria PNIIS e a ESD28, citadas anteriormente.

Uma política/plano pode definir a visão desejada para a Saúde Digital no estado. Como diria Alice, se o estado não sabe onde quer chegar, então o *status quo* atende. Por outro lado, um marco que proíbe gastos com impressão de informação em saúde no estado, a partir de determinada data, demanda *design* significativo da estratégia a ser adotada e o esforço correspondente.

- **Protocolos de regulação**

De acordo com a abordagem clínica, segundo o Ministério da Saúde, "protocolos são recomendações desenvolvidas sistematicamente para auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseados na melhor informação científica. São orientações concisas sobre testes diagnósticos e tratamentos que podem ser usados pelo médico no seu dia-a-dia. Esses protocolos são importantes ferramentas para atualização na área da saúde e utilizados para reduzir a variação inapropriada na prática clínica. Cada protocolo clínico deve ser delineado para ser utilizado tanto no nível ambulatorial como hospitalar. Protocolos de organização dos serviços são instrumentos a

Voltar ao sumário

serviço da gestão dos serviços, abrangendo a organização do trabalho em unidade e no território, os fluxos administrativos contidos na proposta de serviços em rede, os processos de avaliação e a constituição do sistema de informação, estabelecendo as interfaces entre as diversas unidades, entre os níveis de atenção (marcação de consultas, referência e contrarreferência) e com outras instituições sociais".

Protocolos de regulação são elementos essenciais da Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008) e podem ser automatizados, o que seguramente contribui de forma efetiva para a qualidade da regulação.

Conforme a autonomia do município, cada central de regulação pode adotar os protocolos considerados apropriados. Dessa forma, toda a rede de assistência do município passa a operar de forma homogênea, o que não é razoável esperar com a ausência de protocolos. Por exemplo, para solicitar um leito adequado, todas as solicitações deveriam seguir uma orientação única, para que possam ser igualmente analisadas.

Protocolos podem servir para priorização clínica, ordenamento de "filas", sejam de procedimentos ambulatoriais, internação, cirurgias eletivas e, inclusive, de auditoria.

Protocolos de regulação são registrados por todo o país por meio de documentos textuais sendo desta forma não raro encontrar dificuldades para interpretá-los e aplicá-los, mesmo por seres humanos especializados. Apesar deste cenário pervasivo, esforços podem ser realizados para modificá-lo, o que pode ser realizado por meio de inovação (recomendação anterior).

- **Informação em saúde como insumo para inovação**

O Estado de Goiás possui competência disponível para atuar em prol da regulação pelo viés da inovação. Por exemplo, estender a "inteligência" dos sistemas de regulação para validar a aderência de uma solicitação ao protocolo de regulação pertinente, assim como alertar o profissional de saúde acerca de não conformidades. Até mesmo auxiliar na execução de protocolos de regulação, conforme o alerta de não conformidade com protocolo ilustrado abaixo.

Voltar ao sumário

Figura 3.19 - Execução automática de protocolo de Regulação - Solicitação em conformidade com Protocolo de Regulação. Consulta agendada automaticamente em especialidade com disponibilidade de vagas.

Fonte: Autoria própria.

Vale lembrar que parte significativa da qualidade da assistência depende da pronta disponibilidade de atendimento, que pode ser artificialmente protelado pela qualidade da solicitação. Quando incompletas, mal preenchidas, ou até incorretas, tem-se um instrumento que não reflete a necessidade do paciente em questão, o que o prejudica e, desta forma, também prejudica o desempenho da rede de assistência como um todo. Em consequência, além da capacitação dos profissionais, funcionalidades como aquelas citadas acima podem ser desenvolvidas e reduzir "atrito" entre solicitantes e reguladores.

Dentre estes atores, não os únicos, mas entre vários deles, tem-se a Coordenação de

Voltar ao sumário

Governança da Informação e Informática em Saúde da UFG que, no momento, realiza a Especialização em Saúde Digital demandada pelo Ministério da Saúde para atender o SUS em todo o território nacional. O Instituto de Informática da UFG, além de unidade EMBRAPII, o que significa capacidade de inovação tecnológica, hospeda o primeiro curso de Engenharia de Software do Brasil, assim como o primeiro curso de Inteligência Artificial. O Centro de Excelência em Inteligência Artificial (CEIA) em Goiás oferece outro conjunto de oportunidades. Enfim, fica evidente um enorme potencial que pode ser empregado em benefício da rede assistência à saúde em Goiás.

Rede de Comunicação

Não só a interação entre sistemas de informação em saúde deve ser cuidada, mas também aquela entre os atores humanos da saúde. A comunicação entre o profissional solicitante e o médico regulador, por exemplo, pode ser realizada por meio de uma rede de comunicação própria e restrita ao uso no contexto da saúde e de uma solicitação. Esta rede evitará o uso que já ocorre de tecnologias inadequadas que conforme ilustrada na Figura 3.20, lado direito, permitirá o diálogo entre regulador e solicitante para elucidar a não conformidade entre o que é requisitado e a CID indicada, segundo o protocolo de regulação utilizado.

Voltar ao sumário

Figura 3.20 - Diálogo entre médico regulador e médico solicitante acerca de inconformidade entre a CID (Classificação Internacional de doenças) e o CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) de acordo com alerta de Protocolo de Regulação. Solicitação assinada digitalmente por médico solicitante (certificado digital ICP-Brasil).

Fonte: Autoria própria.

- **Infraestrutura (e modelo de maturidade)**

Transformação digital exige tecnologias de informação e comunicação compatíveis. A teletriagem, por exemplo, só pode ser realizada com *internet* de qualidade. Outro desafio é a diversidade da infraestrutura disponível nos estabelecimentos de saúde em Goiás, conforme sugere uma análise de estabelecimentos da região metropolitana de Goiânia (BORGES, 2021).

Em consequência, a transformação digital da regulação em Goiás vai exigir disponibilidade de tecnologias e em qualidade adequada para o que se propõe, o que varia com a função desempenhada pelo ponto da rede de assistência em questão. Adicionalmente, é preciso acompanhar a evolução da maturi-

Voltar ao sumário

dade da infraestrutura dos estabelecimentos para que, se for o caso, permitir a correção de rota. Convém esclarecer que estas informações sobre a infraestrutura tecnológica não estão disponíveis no atual Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

- **Interoperabilidade de sistemas de informação**

Estabelecimentos solicitantes, executantes e centrais de regulação deverão estar aptos a interagirem em tempo real, a qualquer instante, para receber e fornecer informações sobre solicitações, a capacidade ociosa e a capacidade agendada em todo o território goiano. Esta interoperabilidade ao usufruir da RNDS, também poderá proporcionar outras informações relevantes como o registro de atendimento clínico, a prescrição eletrônica e a dispensação, conforme mencionado na seção sobre RNDS. Naturalmente, outras informações serão incorporadas paulatinamente, seja pela RNDS ou pelo Estado de Goiás. Convém observar que a RNDS não necessariamente atenderá toda e qualquer demanda de todo e qualquer estado.

Para isso, uma recomendação não ambígua seria: adoção obrigatória de modelos de informação e padrões de interoperabilidade pelo Estado, a serem utilizados por todo e qualquer sistema de informação em saúde no território goiano, com a obrigação de estar apto a enviar/receber informações em saúde conforme especificações técnicas.

Voltar ao sumário

Figura 3.21 - Ilustração de informações compartilhadas entre médico regulador e médico solicitante, em tempo real, entre quaisquer que sejam os sistemas de informação empregados.

Voltar ao sumário

Figura 3.22 - Automatização da avaliação quanto ao risco da solicitação, por meio de códigos padronizados, validada por médico regulador e assinada digitalmente pelo mesmo (certificado digital ICP-Brasil).

Fonte: Autoria própria.

- **Centrais de regulação e transparência**

A interoperabilidade de sistemas de informação em saúde podem promover mais do que transformações, mas revoluções nas Centrais de Regulação. Por exemplo, observe a tela do ConecteSUS Cidadão, alterada para esta ilustração, acrescida do histórico de consultas e os desdobramentos correspondentes. Ela irá reduzir parte significativa das interações dos pacientes com o sistema de saúde visando a ter acesso às respostas para suas demandas de saúde, reduzir o absenteísmo e outros.

Voltar ao sumário

Figura 3.23 - Controle social e interações do paciente com suas informações de saúde.

Fonte: Adaptada de ConecteSUS (BRASIL, 2022).

Embora a regulação seja afetada por inúmeras variáveis, algumas delas são mais facilmente percebidas pela sociedade em geral e podem ser disponibilizadas, até para que ela possa participar do processo de construção e fiscalização de uma regulação eficiente. Abaixo seguem dois painéis (*dashboards*) com flexibilidade de consultas (emprego de filtros), que ilustram informações relevantes para esclarecimento da situação corrente em todo o estado de Goiás.

Voltar ao sumário

Figura 3.24 - *Dashboard* para utilização pelos órgãos gestores. Macrovisão das unidades de saúde

Fonte: Autoria própria.

Voltar ao sumário

Figura 3.25 - *Dashboard* público - Capacidade operacional por instituição, por leitos de enfermaria, UTI e geral.

Fonte: Autoria própria.

- **Uso de Certificado Digital ICP-Brasil por profissionais de saúde**

Profissionais de saúde, sejam aqueles que solicitam a execução de procedimentos ou executantes, assim como os reguladores, devem fazer uso de certificado digital ICP-Brasil. Desta forma, fica estabelecida de forma não ambígua e segura, no ambiente digital, a autoria de toda e qualquer operação. Conforme ilustrado abaixo, a assinatura digital oferece uma garantia adicional sobre quem está fazendo a solicitação e o momento em que foi criada.

Voltar ao sumário

Figura 3.26 - Assinatura digital, por certificado digital ICP-Brasil, do profissional solicitante demonstrado por meio de seu nome/número de inscrição no seu respectivo conselho de classe (CRM/COREN/CRO).

Fonte: Autoria própria.

- **Uso de Certificado Digital por estabelecimentos de saúde**

No mundo digital e no Brasil, um estabelecimento de saúde só pode ser identificado de forma segura por meio de um certificado digital ICP-Brasil. Em consequência, a transformação digital deste setor exige que cada estabelecimento de saúde, seja público ou privado, tenha, mantenha e faça uso do seu certificado digital ICP-Brasil para a interação que se fizer necessária pelos sistemas de informação em saúde por ele empregados.

No contexto da Saúde Digital pode-se afirmar que muito pode ser feito em Goiás.

Voltar ao sumário

Dentre as evidências estão as recomendações oferecidas neste capítulo. Não se tem a pretensão ingênua de que sejam "adotadas", mas seguramente servem como referência para ações que visem à melhoria da saúde em Goiás.

Referências

ALBIERI, F. A. O.; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a Regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 184-95, 2015.

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-36, 2013.

BARBOSA, D. V.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Caderno de Saúde Coletiva,** v. 24, n. 1, p.49-54, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048,** de 5 de novembro de 2002 - Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.559**, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 258,** de 30 de julho de 2009 - Altera o Regulamento técnico da central nacional de regulação de alta complexidade (CNRAC) e das centrais estaduais de regulação de alta complexidade (CERAC). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a Implantação de Complexos Reguladores.** 2ª edição. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.792,** de 22 de agosto de 2012 - Institui incentivo financeiro de custeio destinado às Centrais de Regulação organizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender o Pacto pela Saúde.** Nota técnica n. 6. Brasília, 2006.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011**.**

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

Voltar ao sumário

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001. Institui a Infra-Estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil, transforma o Instituto Nacional de Tecnologia da Informação em autarquia, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago. 2001.

BRASIL. Portaria nº 1.559 de 1 de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. 2008.

BRASIL. Lei nº 14.063 de 23 de setembro de 2020. Dispõe sobre o uso de assinaturas eletrônicas em interações com entes públicos, em atos de pessoas jurídicas e em questões de saúde e sobre as licenças de softwares desenvolvidos por entes públicos; e altera a Lei nº 9.096, de 19 de setembro de 1995, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e a Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020a.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.632, de 21 de dezembro de 2020. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD28). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.434. de 28 de maio de 2020. Institui o Programa Conecte SUS e altera a Portaria de Consolidação nº 1/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede Nacional de Dados em Saúde e dispor sobre a adoção de padrões de interoperabilidade em saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.792 de 17 de julho de 2020. Altera a Portaria nº 356/GM/MS, de 11 de março de 2020, para dispor sobre a obrigatoriedade de notificação ao Ministério da Saúde de todos os resultados de testes diagnóstico para SARS-CoV-2 realizados por laboratórios da rede pública, rede privada, universitários e quaisquer outros, em todo território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020d.

BRASIL. Ministério da Educação. **Sobre o AGHU.** *Website*. Gov.br, 2020e. Disponível em: https://www.gov.br/ebserh/pt-br/governanca/plataformas-e-tecnologias/aghu. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

BRASIL. Resolução Cofen nº 677/2021. Estabelece normas e padrões para a fabricação, expedição, utilização e controle das carteiras de identidade profissional, certificado de registro de empresas e certificado digital do Sistema Conselho Federal de Enfermagem/Conselhos Regionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021a.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.768, de 30 de julho de 2021. Altera o Anexo XLII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de

Voltar ao sumário

setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2021b.

BRASIL. Resolução C. F. M. nº 2.314, de 20 de abril de 2022. Define e regulamenta a telemedicina, como forma de serviços médicos mediados por tecnologias de comunicação.. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 5. 2022a.

BRASIL. Portaria SAES/MS nº 50 de 9 de fevereiro de 2022. Institui os Modelos de Informação Registro de Prescrição de Medicamentos e Registro de Dispensação de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022b.

BRASIL. Portaria nº 234 de 18 de julho de 2022. Institui o Modelo de Informação Registro de Atendimento Clínico (RAC). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2022c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Regulação (SISREG):** sistema on-line: criado para o gerenciamento de todo complexo regulatório indo da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos. Versão: 3.4.2019. 2022d. Disponível em: https://wiki.saude.gov.br/SISREG/index.php/P%C3%A1gina_principal. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede Nacional de Dados em Saúde - RNDS.** *Website*. Gov.br, 2022e. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/rnds. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ConecteSUS:** Plataforma de saúde para o cidadão, profissional e gestores de saúde. *Website*. 2022f. Disponível em: https://conectesus.saude.gov.br/home. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

BORGES, Rodrigo Cândido. Análise da saúde digital na atenção primária à saúde em uma metrópole brasileira. 2021. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Goiânia. 2021.

CETIC.BR|NIC.BR. Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR. **Fronteiras da inclusão digital:** dinâmicas sociais e políticas públicas de acesso à Internet em pequenos municípios brasileiros. São Paulo, SP: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2022. *E-book*.. ISBN 978-65-86949-65-0. Disponível em: https://cetic.br/pt/publicacao/fronteiras-da-inclusao-digital/. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

DATASUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2022 ago 22]. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.** Acesso em: https://cnes.datasus.gov.br/.

LANG, Volker. **Digital Fluency:** Understanding the Basics of Artificial Intelligence,

Voltar ao sumário

Blockchain Technology, Quantum Computing, and Their Applications for Digital Transformation. 1. ed. Apress. 2021. ISBN-13: 978-1484267738.

ERL, Thomas; STOFFERS, Roger. **A Field Guide to Digital Transformation.** 1. ed. Addison-Wesley Professional. 2021. ISBN-13: 978-0137571840.

FELICIELLO, Domenico. EVOLUÇÃO DA REGULAÇÃO NO SUS. **REGULAÇÃO EM SAÚDE NO SUS**, p. 24; 2016.

GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GOIÁS, **Resolução nº 025/2006 - CIB.** Aprova o Projeto de Implantação dos Complexos Reguladores Regionais da Assistência à Saúde no Estado de Goiás. Goiás (Brasil): CIB; 2006.

GOIÁS, **Resolução nº 086/2007 - CIB**. Homologa o extrato do Projeto de Implantação de complexos reguladores do Estado de Goiás. Goiás (Brasil): CIB; 2007a.

GOIÁS, **Resolução nº 088/2007 - CIB**. Institui o Sistema Estadual de Regulação a ser implantado em todas as regiões de saúde do Estado de Goiás em conformidade com a Política Nacional de Regulação. Goiás (Brasil): CIB; 2007b.

GOIÁS, **Resolução nº 115/2008 – CIB**. Aprova o Projeto de ampliação dos complexos reguladores regionais da assistência, para 5 novas regiões tendo como sede os municípios de Campos Belos, São Luís de Montes Belos, Jataí, Uruaçu e Catalão. Goiás (Brasil): CIB; 2008a.

GOIÁS, **Resolução nº 143/2008 – CIB.** Aprova o Projeto de construção e implementação do Complexo Regulador Estadual. Goiás (Brasil): CIB; 2008b.

GOIÁS, **Resolução nº 79/2008 - CIB.** Estabelece critérios para o financiamento do custeio de Complexos Reguladores Regionais, a ser repassado pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás às Secretarias Municipais de Saúde dos municípios-sede destes complexos. Goiás (Brasil): CIB; 2008c.

GOIÁS, **Resolução nº 155/2009 – CIB.** Aprova o Projeto de Implementação e Informatização do Complexo Regulador Oeste I e das unidades públicas do município de Iporá cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Goiás (Brasil): CIB; 2009a.

GOIÁS, **Resolução nº 168/2009 – CIB**. Aprova a Proposta para Implantação e/ou Implementação do Complexo Regulador e Informatização das Unidades de Saúde no Estado de Goiás. Goiás (Brasil): CIB; 2009b.

GOIÁS, **Resolução nº 233/2013 – CIB.** Aprova a adesão ao incentivo financeiros de custeio ao

Voltar ao sumário

Complexo Regulador Regional de Assistência da Região Central, sob Gerência da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e cogestão com a Secretaria de Estado da Saúde, organizado no âmbito do SUS. Goiás (Brasil): CIB; 2013.

GOIÁS, **Resolução nº 167/2015 – CIB.** Aprova a adesão ao incentivo financeiro de custeio ao Complexo Regulador Regional da Assistência do Município de Aparecida de Goiânia. Goiás (Brasil): CIB; 2015.

GOIÁS, **Resolução nº 223/2021** - CIB Goiânia, 16 de setembro de 2021. Aprova a transferência da gestão e regulação de Unidades de Saúde, localizadas no Município de Goiânia, da Secretaria Municipal de Saúde para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiás: CIB; 2021a.

GOIÁS, **Resolução nº 241/2021** - CIB Goiânia, de 29 de setembro de 2021. Aprova os fluxos de regulação assistencial apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás para implantação e implementação do processo regulatório das unidades de saúde estaduais. Goiás: CIB; 2021b.

GOIÁS, **Resolução nº 233/2021 – CIB.** Aprova a transferência da gestão e regulação de Unidades de Saúde, localizadas no Município de Goiânia, da Secretaria Municipal de Saúde para a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás. Goiás: CIB; 2021c.

GOIÁS, **Resolução nº 241/2021 – CIB.** Aprova os fluxos de regulação assistencial apresentados pela Secretaria de Estado da Saúde de Goiás para implantação e implementação do processo regulatório das unidades de saúde. Goiás: CIB; 2021d.

GOIÁS. Secretaria de Estado da Saúde (Goiás). **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. Goiás, 2020.

GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde. **Estrutura Organizacional**. Disponível em:<https://www.saude.go.gov.br/noticias/2-institucional/18-estrutura-organizacional>. Acesso em 10 dez. 2021.

GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde (Goiás). **Gerência de Planejamento Institucional. Relatório Pagamento Fundo a Fundo Complexos Reguladores Regionais 2022.** Goiás, 2022a.

GOIÁS, Secretaria de Estado da Saúde (Goiás). **Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. PLANILHA SAMU 192 VALIDADA REDES 2022.** Goiás, 2022b.

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS. **Gerência de Informações Estratégicas em Saúde - Conecta SUS Zilda Arns Neumann.** *Website***.** Portal Saúde. Goiás. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/sistemas-de-saude/conecta-sus. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

HL7 FHIR. HL7.org 2011+ and Fast Health Interoperability Resources. **FHIR versão 4B de 28 de maio de 2022.** v4.3.0: R4B - STU. Disponível em: https://www.hl7.org/fhir/. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

Voltar ao sumário

IDTECH. **Hemocentro passa a integrar projeto Saúde Digital, do Governo de Goiás.** *Website*. IDTECH, Hospital Estadual Alberto Rassi/HGG, Hemocentro de Goiás, 2021. Disponível em:https://www.idtech.org.br/principal.asp?edoc=conteudo&secaoid=168&subsecaoid=168&conteudoid=27950. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

ISO. International Organization for Standardization. Health informatics. ISO/TR 14639:2014. **Capacity-based eHealth architecture roadmap:** part 2: Architectural components and maturity model. Genebra, ed. 1, v.1, p.XX, oct. 2014. Disponível em https://www.iso.org/standard/54903.html. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

KATAOKA, Bryon *et al.* **Digital Transformation and Modernization with IBM API Connect.** 1. ed. Packt Publishing. 2022. ISBN: 1801070792.

LIMA, M. R. M. *et al.* Regulação em Saúde: conhecimento dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 23-31, 2013.

LANDSBERG, Gustavo de Araújo Porto. **e-Health and Primary Care in Brazil:** concepts, correlations and trends. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v. 11, n. 38, 2016. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1234/827. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

LA RUE, Frank. **Relatório do Relator Especial sobre a promoção e proteção do direito à liberdade de opinião e expressão.** 2011. Disponível em: https://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/17session/A.HRC.17.27_en.pdf. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

LUCENA, Fabio Nogueira de (org.) *et al.* **Estrada goiana da informação em saúde:** uma concepção. Goiânia: Editora UFG, 2019. E-book. ISBN: 978-85-7274-512-3. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/1295/o/ebook-estrada-goiana-da-informacao.pdf. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

MELO *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis**, v. 31, n. 1, 2021.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS.** Brasília, DF: CONASS, 2019.

OLIVEIRA, Robson Rocha de; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 571-576, 2012.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun, 2018.

PELISSARI, M.R. CNES como instrumento de gestão e sua importância no planejamento das ações em saúde. **Revista Saúde Pública Paraná.** v. 2, n. 1, p. 159-165, 2019.

Voltar ao sumário

VILARINS, Geisa Cristina Modesto; SHIMIZU, Helena Eri; GUTIERREZ, Maria Margarita Urdaneta. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em Debate**, v. 36, p. 640-647, 2012. Disponível em: https://www.saude.go.gov.br/

TESSER, C. D.; POLI, N. P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

PARANÁ. **Parecer nº 2771/2019 CRM-PR**. Uso de aplicativo whatsapp por médicos e enfermeiros. Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná, Curitiba, PR. 2019.

PARCERIA GLOBAL DE SAÚDE DIGITAL. Um compromisso global com a saúde digital. *Website***.** GDHP© Parceria Global De Saúde Digital, 2022. Disponível em: https://gdhp.health/. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

SECRETÁRIA DE ESTADO DA SAÚDE DE GOIÁS. **A regulação**. *Website*. Portal: Complexo Regulador Estadual (Goiás). Disponível em: http://crego.org.br/. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFORMÁTICA EM SAÚDE. **A transformação da Saúde por meio da Tecnologia.** *Website*. São Paulo: Município de São Paulo, 2022. Disponível em: http://sbis.org.br. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

TRANSFORMAÇÃO digital. *In*: **Glossário digital Gartner de tecnologia da informação.** Stamford: Gartner, Inc. Disponível em: https://www.gartner.com/en/information-technology/glossary?glossarykeyword=digital%20transformation. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

WHO. World Health Organization. **Global strategy on digital health 2020-2025.** 2021. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344249/9789240020924-eng.pdf. Acesso em: 05 de setembro de 2022. ISBN 978-92-4-002092-4.

XAVIER, Denise. **Regulação da Saúde.** *Website*. Portal ALEGO. Goiás: Assembleia Legislativa do Estado de Goiás. Disponível em: https://portal.al.go.leg.br/noticias/126604/regulacao-da-saude. Acesso em: 26 de agosto de 2022.

Voltar ao sumário

4. A REDE ASSISTENCIAL E O DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Nesta seção, empregando-se técnicas de geoprocessamento e cartografia, analisamos a distribuição dos estabelecimentos de saúde por municípios, regiões de saúde e macrorregiões do Estado de Goiás, para os anos de 2019, 2020 e 2021, incluindo-se uma categorização por pontos de atenção básica, média e de alta complexidade hospitalar para o ano de 2021. Ainda com base nas mesmas técnicas, limites territoriais e período (2019 - 2021), abordamos o total de internações no Estado de Goiás e Distrito Federal, com análises divididas nas seguintes categorias: 1) Internações hospitalares por cada município goiano e Distrito Federal; 2) Internações hospitalares por município de residência do paciente, realizadas no próprio município; 3) Internações hospitalares em Goiânia por município de residência do paciente; 4) Internações hospitalares em Aparecida de Goiânia por município de residência do paciente; 5) Internações hospitalares em Anápolis por município de residência do paciente; 6) Internações hospitalares no Distrito Federal por município de residência do paciente; 7) Internações hospitalares realizadas no Estado de Goiás por região de saúde e residência do paciente; e 8) Internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por município de residência do paciente no Estado de Goiás (restrita ao ano de 2021).

Os dados apresentados na seção 4.1 são oriundos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS para os anos de 2019, 2020 e 2021, nos quais foram selecionados estabelecimentos de saúde com vínculo SUS, além do quantitativo de pontos de atenção básica, média e de alta complexidade para internações e atendimento ambulatorial. Na seção 4.2 foram extraídos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) referentes à contagem de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) aprovadas em 2019, 2020 e 2021 por meio do "*datalake*" do CIGETS - Centro de Inovação em Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde da Universidade Federal de Goiás (https://cigets.face.ufg.br/). Para o período analisado, foram consideradas internações concernentes a todas as CID, exceto para aquelas envolvendo SRAG (síndrome respiratória aguda grave), em razão da pandemia da COVID - 19: CID-10: U04, U04.9, U07.1, U07.2 e B34.2.

4.1 Quantificação dos Estabelecimentos de Saúde com vínculo SUS no Estado de Goiás

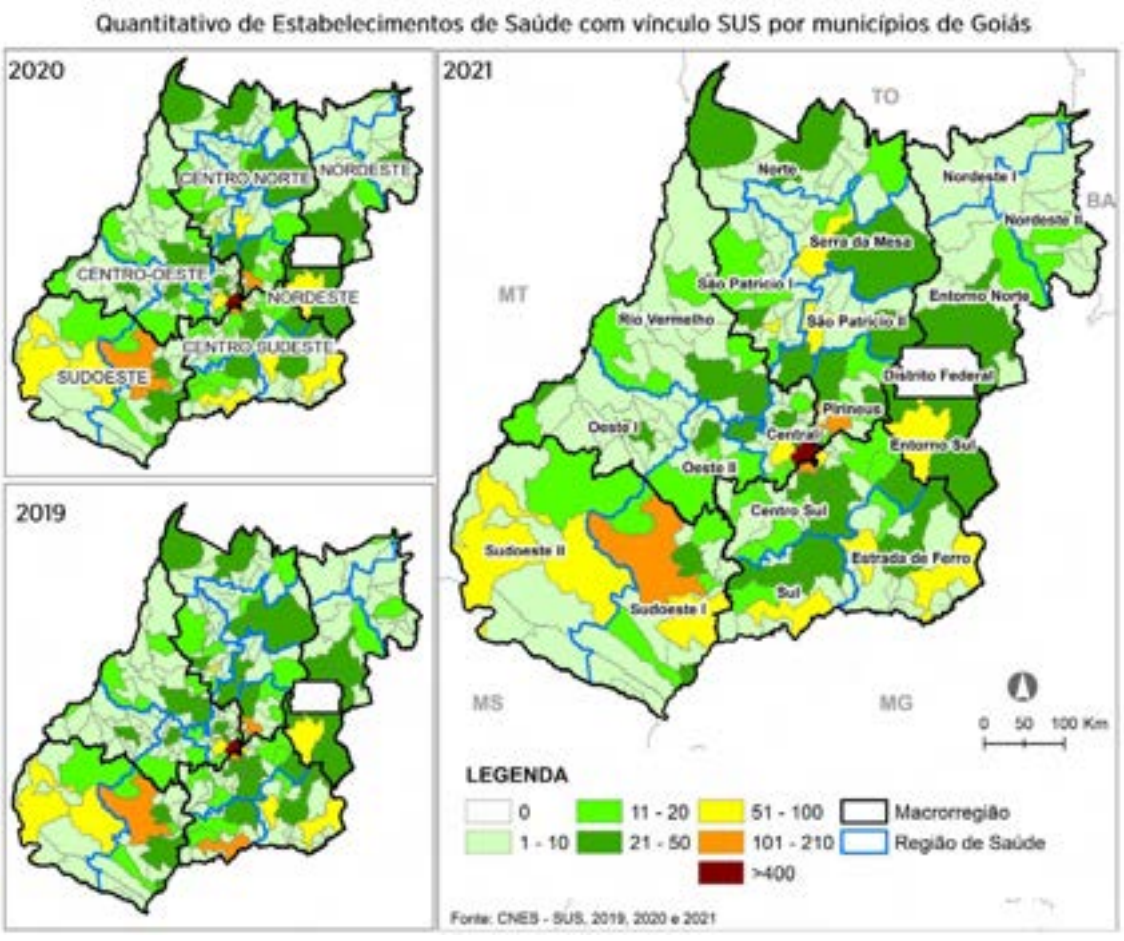
O número de estabelecimentos de saúde com vínculo SUS em Goiás totalizou 4.003 em 2019, 4.089 em 2020 e 4.276 em 2021, indicando um aumento de 6,8% ao final dos 3 anos analisados. A capital Goiânia registrou o maior quantitativo: 403 estabelecimentos em 2019 e 412 no ano de 2021. Os municípios que registraram a faixa de 100 a 210 estabelecimentos no ano de 2021 foram: Rio Verde (203), Aparecida de Goiânia (151) e Anápolis (140). Dentre estes 3 municípios citados, apenas Aparecida de Goiânia registrou decréscimo do quantitativo, saindo de 157 estabelecimentos em 2019 para 151 estabelecimentos no ano de 2021. Observou-se que estes são os principais municípios que compõem as suas respectivas regiões de saúde: Goiânia (Região Central na macrorregião Centro-Oeste), Rio Verde (Região Sudoeste I na macrorregião Sudoeste), Aparecida de Goiânia (Região Centro-Sul na macrorregião Centro-Sudeste) e Anápolis (Região Pirineus na macrorregião Centro-Norte). Na macrorregião Nordeste, o município que possui maior quantitativo é Luziânia (Região Entorno Sul), com registro de 76 estabelecimentos no ano de 2021.

Os municípios goianos situados nas extremidades das macrorregiões Centro-Oeste, Centro-Norte e Nordeste do estado estão caracterizados como os que possuem menos de 50 estabelecimentos de saúde, bem como maior distanciamento de municípios que contemplam entre 51 e 100 estabelecimentos de saúde, os quais situam-se principalmente nas regiões: Oeste I, Rio Vermelho, Norte, Nordeste I, Nordeste II e Entorno Norte.

Em relação à evolução do quantitativo de estabelecimentos entre 2019 e 2021, os municípios que registraram número igual e/ou superior a 6 acréscimos foram: Rio Verde (23), Uruaçu (15), Catalão (14), Aragarças (11), Quirinópolis (10), Santo Antônio do Descoberto (7), Ceres (7), Ipameri (8), Caldas Novas (8), Luziânia (8) e Goiânia (9). Enquanto que, os municípios que registraram queda de estabelecimentos igual e/ou superior a 2 no mesmo período foram: Itumbiara (46), Aparecida de Goiânia (6), Trindade (3), Itaberaí (2), Monte Alegre de Goiás (2) e Porangatu (2) (Figura 4.1).

Voltar ao sumário

Figura 4.1 - Quantificação dos estabelecimentos de saúde com vínculo SUS no Estado de Goiás, para os anos de 2019, 2020 e 2021.



Voltar ao sumário

4.1.2 Georreferenciamento e quantificação dos estabelecimentos de saúde com vínculo SUS no Estado de Goiás, por complexidade, para o ano de 2021

4.1.2.1 Estimativa polulacional e pontos de atenção básica

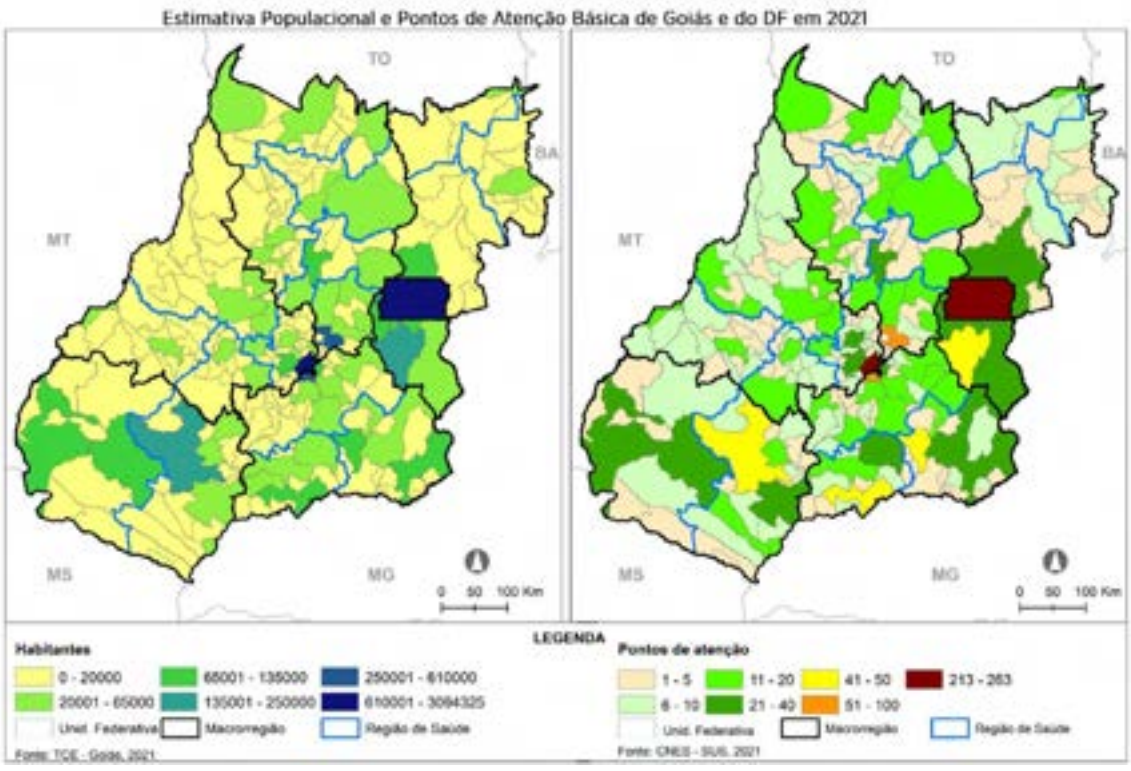
Os quantitativos de estabelecimentos de saúde e seus respectivos pontos de atenção básica, média e de alta complexidade podem auxiliar no entendimento da situação da saúde em Goiás, quando se relaciona com a demografia de cada município (Figura 4.2a). Considerando a estimativa populacional de 2021 (TCE, 2021) acima de 100 mil habitantes, apenas Goiânia, Rio Verde, Aparecida de Goiânia e Anápolis possuem mais de 100 estabelecimentos de saúde com vínculo SUS e mais de 63 pontos de atenção básica. Enquanto que, os municípios de Águas Lindas, Luziânia, Valparaíso, Trindade, Senador Canedo, Novo Gama, Catalão, Itumbiara e Jataí possuem número inferior a 50.

Dos municípios citados, ressalta-se o baixo quantitativo de pontos de atenção básica em Águas Lindas de Goiás (31) e Jataí (21), uma vez que possuem população estimada em 222.850 e 103.221 habitantes, respectivamente. Essas quantidades de pontos de atenção são semelhantes à de municípios que possuem metade dessa população.

As regiões de saúde Nordeste I, Nordeste II e Serra da Mesa são as que estão mais desassistidas por pontos de atenção básica (Figura 4.2b).

Voltar ao sumário

Figura 4.2 - Estimativa populacional e pontos de atenção básica em 2021.



4.1.2.2 Pontos de atenção de Média Complexidade

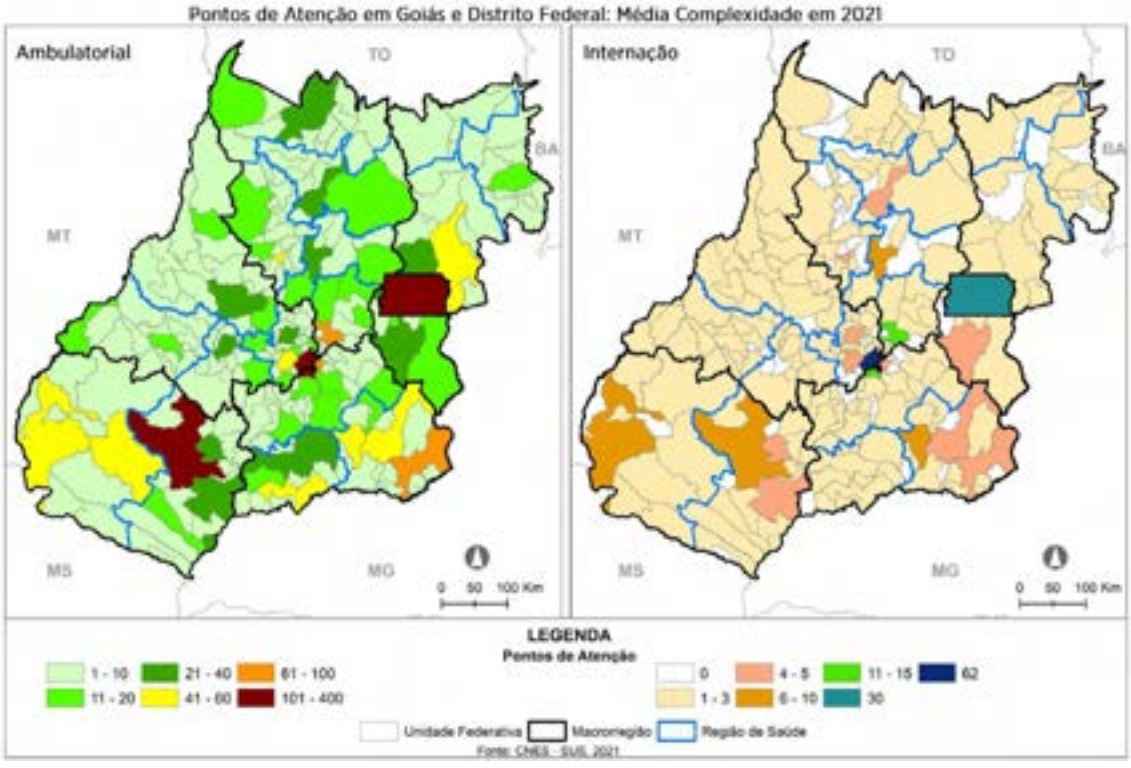
No ano de 2021, os municípios goianos que possuíram mais de 41 pontos de acesso de média complexidade ambulatorial foram: Goiânia (392), Rio Verde (183), Aparecida de Goiânia (128), Anápolis (90), Catalão (76), Senador Canedo (69), Trindade (59), Itumbiara (58), Ceres (55), Caldas Novas (55), Jataí (46), Formosa (42), Ipameri (42) e Mineiros (41). O Distrito Federal registrou 305 pontos de atenção em 2021. Estes municípios estão localizados nas regiões Central, Centro-Sul, Pirineus, Sudoeste I e Sudoeste II, Estrada de Ferro, Sul e São Patrício I (Figura 4.3a).

Em relação aos pontos de atenção de média complexidade por internação, além de Goiânia (62), Brasília (30), Aparecida de Goiânia (14), Anápolis (12) e Rio Verde (8), são destaques com quantitativos acima de 5 pontos os municípios de Goianésia (6), Mineiros (6), Caldas Novas (6), Uruaçu (5), Trindade (5), Luziânia (5), Catalão (5), Ceres (4), Inhumas (4), Senador Canedo (4), Santa Helena de

Voltar ao sumário

Goiás (4), Ipameri (4) e Quirinópolis (4). Nesse sentido, as regiões que possuíam entre 1 e 3 pontos de atenção de média complexidade para internação foram: Entorno Norte, Nordeste I, Nordeste II, Norte, Oeste I, Oeste II, Rio Vermelho e Sul (Figura 4.3b).

Figura 4.3 - Pontos de atenção de média complexidade ambulatorial (a) e internação (b) em 2021



4.1.2.3 Pontos de atenção de Alta Complexidade

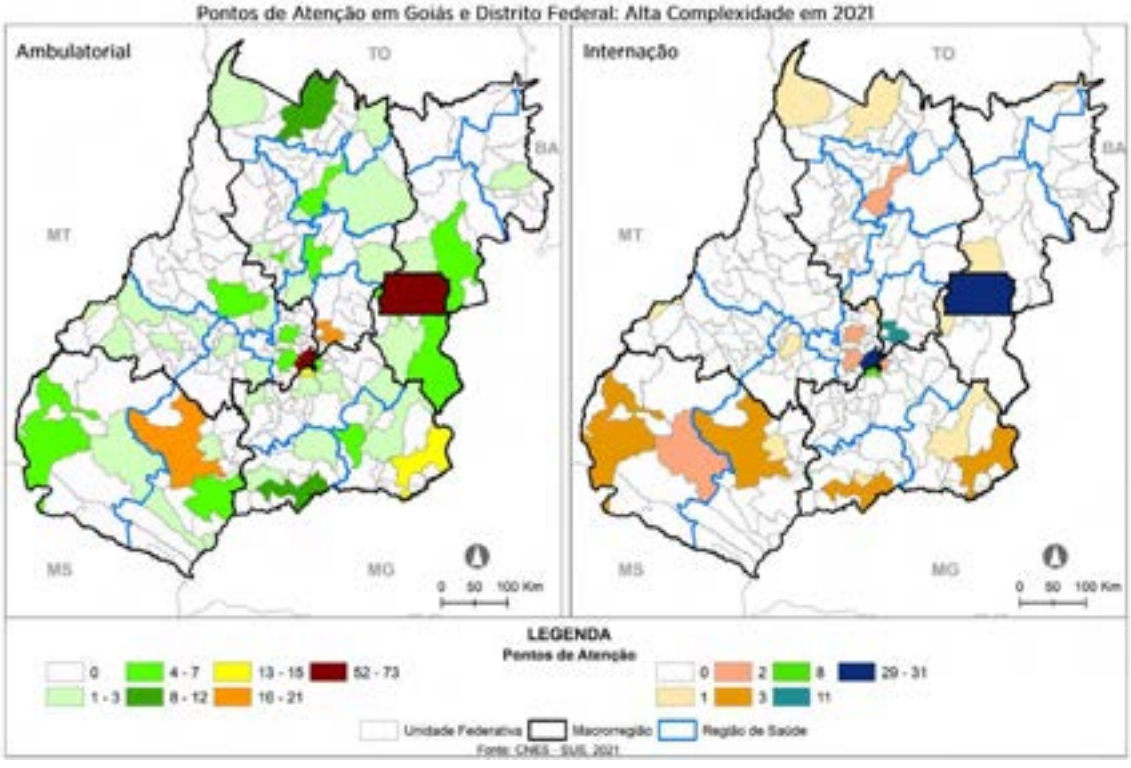
Os municípios que contemplaram acima de 13 pontos de atenção de alta complexidade ambulatorial em 2021 foram: Goiânia (73), Rio Verde (21), Anápolis (19), Aparecida de Goiânia (15) e Catalão (14), situados nas regiões Central, Sudoeste I, Pirineus, Centro-Sul e Estrada de Ferro. O Distrito Federal registrou 52 pontos de atenção nesta categoria de análise. Itumbiara, localizado na região Sul, registrou 12 pontos de atenção. Enquanto que, Porangatu, localizado na região Norte, registrou 11 pontos de atenção.

Conforme os registros do ano de 2021, as regiões que registraram as menores quantidades de pontos de atenção de alta complexidade ambulatorial foram: Nordeste I, Nordeste II, Oeste I e Rio Vermelho (Figura 4.4a).

voltar ao sumário

Em relação aos pontos de atenção de alta complexidade para internação, destacaram-se com até 3 unidades em 2021 os municípios de: Goiânia (31), Anápolis (11), Aparecida de Goiânia (8), Mineiros (3), Rio Verde (3), Itumbiara (3) e Catalão (3). Os municípios que registraram até 2 pontos de atenção nesta categoria foram: Uruaçu, Inhumas, Senador Canedo, Trindade e Jataí. O Distrito Federal registrou 29 pontos de atenção de alta complexidade para internação. Para este tipo de ponto de atenção, observou-se a total ausência ou de pelo menos 1 unidade em municípios situados nas regiões Nordeste I, Nordeste II, Oeste I, Oeste II, Norte, São Patrício II, Entorno Norte e Entorno Sul (Figura 4.4b).

Figura 4.4 - Pontos de atenção de alta complexidade ambulatorial (a) e internação (b) em 2021



4.2 Análise das internações no Estado de Goiás e Distrito Federal

4.2.1 Total de internações hospitalares realizadas por municípios de Goiás e Distrito Federal

Voltar ao sumário

Considerando as internações aprovadas (AIH-SUS), e suprimindo-se as CID relacionadas à SRAG e Covid-19, em Goiás foram totalizados 340.541, 299.693 e 269.023 nos anos de 2019, 2020 e 2021, respectivamente, indicando uma significativa redução. Para Brasília, no mesmo período, as internações tiveram decréscimo em 2020 e aumento em 2021: 223.874 em 2019, 209.309 em 2020, e 225.648 em 2021.

No período de 2019 a 2021, os municípios que registraram acima de 5 mil internações foram: Goiânia (região Central), Aparecida de Goiânia (Centro-Sul), Anápolis (Pirineus), Rio Verde (Sudoeste I), Catalão (Estrada de Ferro), Ceres (São Patrício I), Formosa (Entorno Norte) e Santa Helena de Goiás (Sudoeste I). O município com maior registro foi Goiânia, o qual, em 2019 registrou 150.511 internações, enquanto que em 2021, foram 133.627 internações.

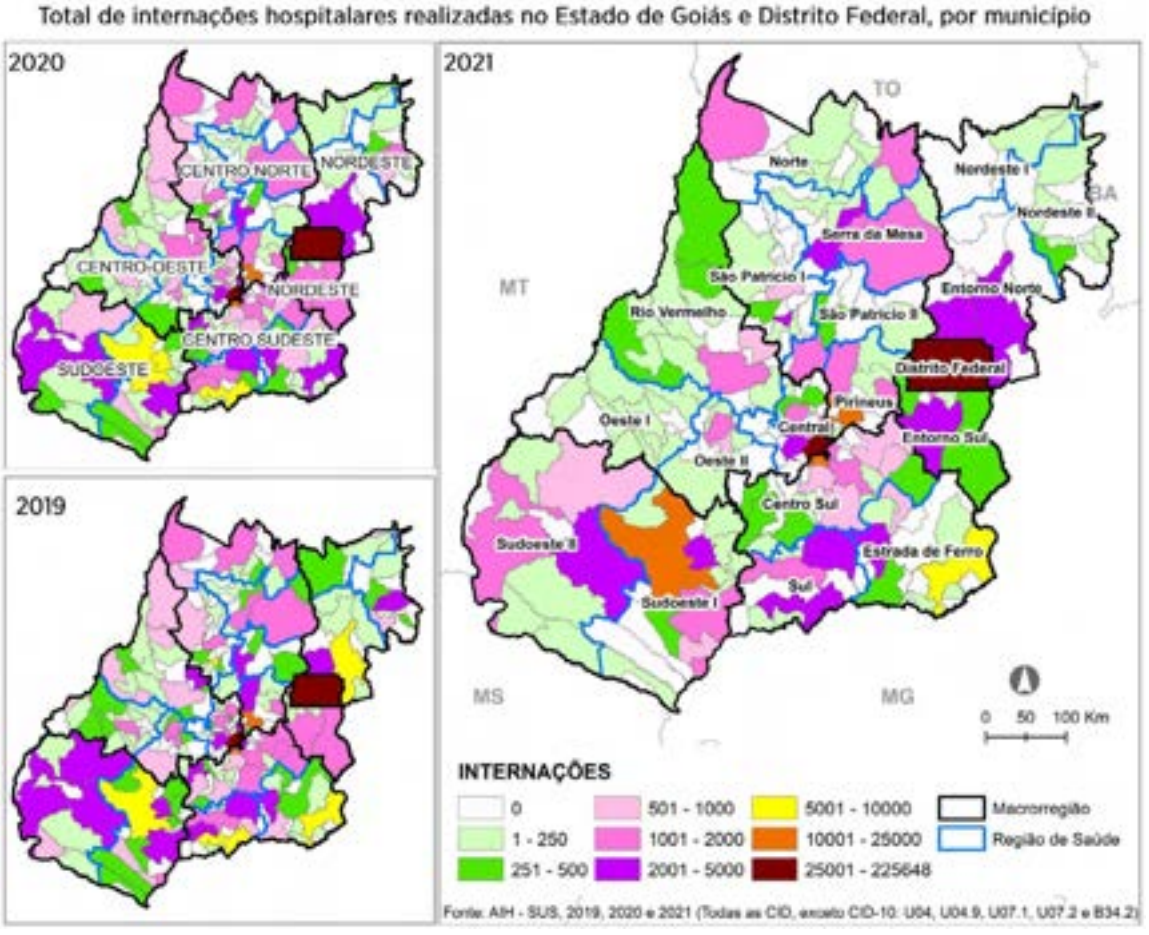
Na faixa entre 2 mil e 5 mil internações estão: Trindade (Central), Caldas Novas (Estrada de Ferro), Planaltina (Entorno Norte), Luziânia (Entorno Sul), Morrinhos (Sul), Jataí (Sudoeste II), Uruaçu (Serra da Mesa) e Itumbiara (Sul).

Em Goiás, considerando o período de 2019 a 2021, 30 municípios registraram aumento no número de internações, com destaque para: Aparecida de Goiânia (3.710), Valparaíso de Goiás (1.742), Luziânia (1.357), Jaraguá (1.352), Rio Verde (575), Uruaçu (532) e Catalão (504). Destes municípios, Aparecida de Goiânia aparece como o único que obteve redução do número de estabelecimentos de saúde com vínculo SUS. Os demais municípios registraram alta no número de estabelecimentos: Valparaíso de Goiás (55 para 58), Luziânia (68 para 76), Jaraguá (31 para 36), Rio Verde (180 para 203), Uruaçu (44 para 59) e Catalão (70 para 84). Estes seis municípios estão situados nas regiões de saúde: Entorno Sul, São Patrício II, Sudoeste I, Serra da Mesa e Estrada de Ferro.

Considerando as reduções no quantitativo de internações, foram contabilizados 142 municípios goianos no período de 2019 a 2021. Os três municípios que registraram os maiores decréscimos foram Goiânia (16.884), Anápolis (5.108) e Itumbiara (3.211). Além destes, reduções acima de 1.000 internações ocorreram em: Jataí, Senador Canedo, Quirinópolis, Pirenópolis, Trindade, Ceres, Formosa e Mineiros. Além destes, ressalta-se a possível inconsistência nos registros dos municípios de: Goianésia, Posse, Bom Jesus, Itapuranga, Porangatu, Indiara, Caiapônia, Águas Lindas e Iporá. Não foram evidenciadas reduções de internações nas regiões de saúde: Nordeste I, Oeste II e Serra da Mesa (Figura 4.5).

Voltar ao sumário

Figura 4.5 - Total de internações hospitalares realizadas no Estado de Goiás e Distrito Federal, por município, para os anos de 2019, 2020 e 2021.



4.2.2 Internações hospitalares por município de residência do paciente realizadas no próprio município

Considerando as internações hospitalares por município de residência do paciente, realizadas no próprio município, Goiânia registrou 73.348 internações no ano de 2019, 63.967 em 2020 e 66.497 em 2021. Esses registros significam, respectivamente, que 48,7%, 47,7% e 49,7% do total das internações em Goiânia são de pacientes que residem em Goiânia. Nesse sentido, esses quantitativos conferem

Voltar ao sumário

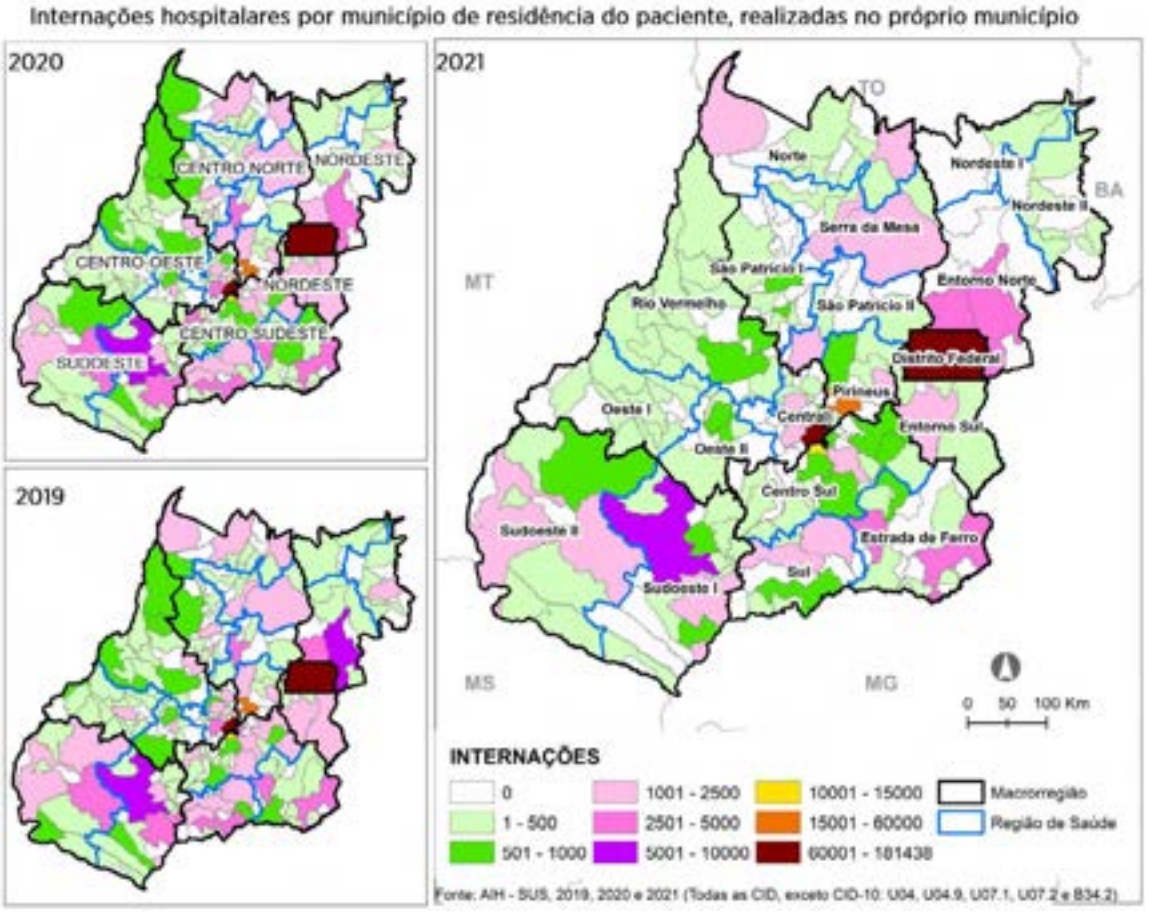
a Goiânia o posto de um dos poucos municípios de Goiás que internaram mais pacientes provenientes de outros municípios do que dele próprio. Em 2019, apenas Goiânia e Ceres (com 21,8%) registraram internações de residentes do próprio município inferiores ao número de internações de pacientes oriundos de outros municípios. Em 2021, essa mesma característica também foi evidenciada para os municípios de: Goiânia (Central), Nerópolis (Central), São Luiz de Montes Belos (Oeste II), Itumbiara (Sul), Santa Helena de Goiás (Sudoeste I) e Ceres (São Patrício I).

Entre 2019 e 2021, os municípios com o segundo e terceiro maior número de internações de residentes do próprio município foram Anápolis (Pirineus) e Aparecida de Goiânia (Centro-Sul). Neste período , Anápolis registrou, respectivamente, 19.101 e 15.441 internações de pacientes que residem no próprio município. Esses valores correspondem a 76,8% e 78,2% do total de internações registradas no município. Em Aparecida de Goiânia, esses registros foram de 11.055 (em 2019) e 14.977 (em 2021), correspondendo, respectivamente, a 61,2% e 68,8% do total de internações.

Na faixa entre 5 mil e 10 mil internações, ao longo de 2019 a 2021, destacaram-se os municípios de Rio Verde (Sudoeste I) e Formosa (Entorno Norte), os quais cerca de 90% do total de internações foram de pacientes residentes do próprio município. De modo geral, observou-se uma redução do quantitativo de internações de pacientes residentes do próprio município, principalmente nas regiões extremas das macrorregiões Centro-Oeste, Centro-Norte e Nordeste (Figura 4.6).

Voltar ao sumário

Figura 4.6 - Internações hospitalares no Estado de Goiás e Distrito Federal, por município de residência do paciente, realizadas no próprio município e no DF, para os anos de 2019, 2020 e 2021.



4.2.3 Internações hospitalares realizadas em Goiânia, por município de residência do paciente

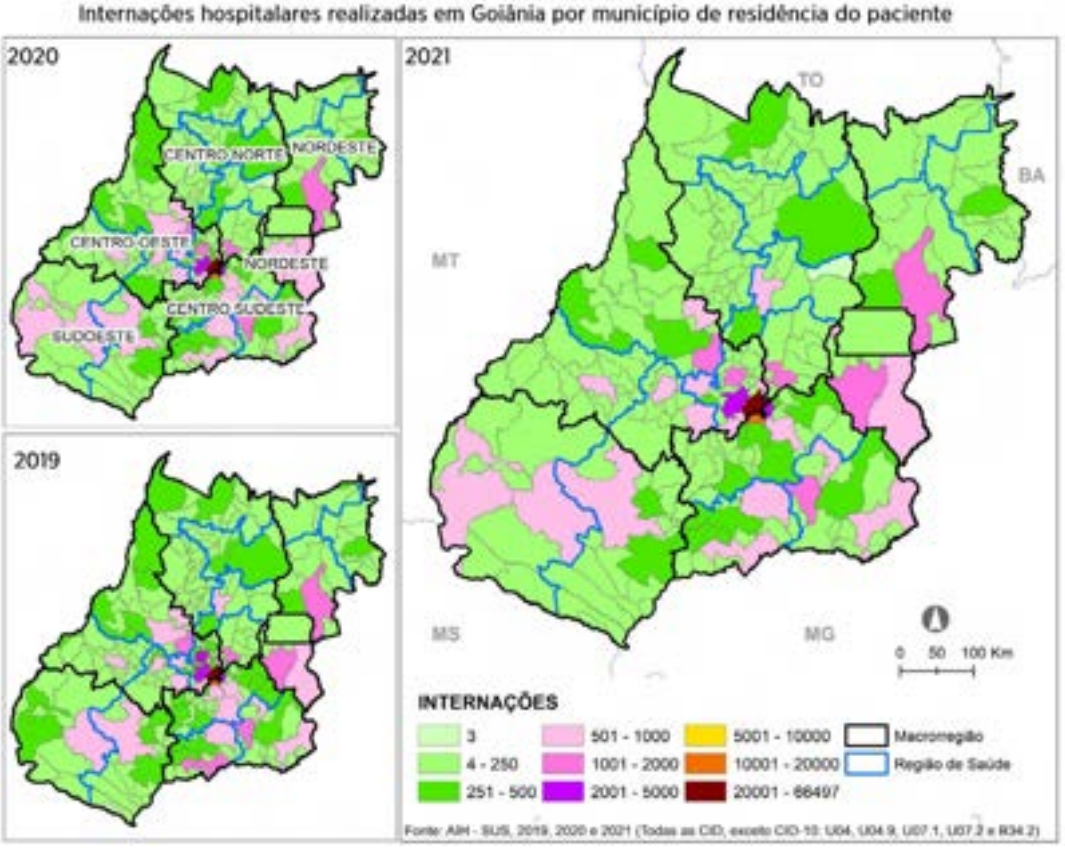
No ano de 2019, Goiânia registrou o total de 154.511 internações de pacientes residentes do próprio município e de outros municípios. Desse total, 77.163 internações foram provenientes de pacientes residentes de outros municípios. Aparecida de Goiânia foi o município que mais encaminhou pacientes para Goiânia, correspondendo a 13.754 internações. Na faixa entre 2 mil e 5 mil internações anuais enviadas para a capital, estão os municípios de Trindade (4.863), Senador Canedo (3.057), Goianira (2.824) e Inhumas (2.017). Na faixa

Voltar ao sumário

entre 1 mil e 2 mil internações estão os municípios de Itaberaí (1.440), Formosa (1.272), Anápolis (1.110), Luziânia (1.078), Itumbiara (1.012) e Caldas Novas (1.007). Em 2020 e 2021 não houve alternância de municípios dentro das faixas mencionadas, mas observou-se que Itumbiara reduziu para cerca de 920 encaminhamentos de internações para Goiânia nos 2 últimos anos analisados.

De forma predominante, os encaminhamentos de pacientes para internações em Goiânia foram principalmente da região de saúde Central, das regiões vizinhas à capital, como Centro-Sul, Pirineus e Rio Vermelho, além de outras mais distantes, como a Estrada de Ferro, Entorno Norte, Entorno Sul, Sudoeste I e Sudoeste II (Figura 4.7).

Figura 4.7 - Internações hospitalares realizadas em Goiânia, por município de residência do paciente no Estado de Goiás e Distrito Federal, para os anos de 2019, 2020 e 2021.



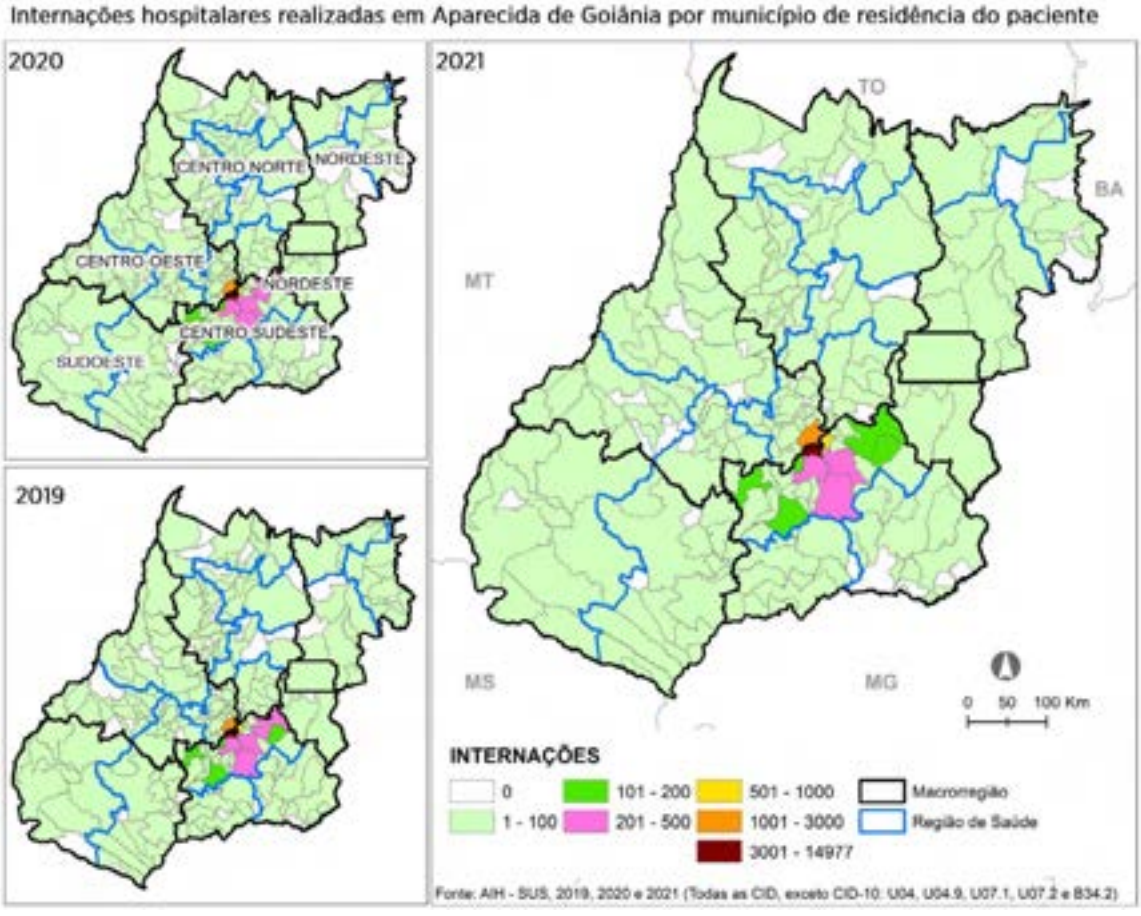
Voltar ao sumário

4.2.4 Internações hospitalares realizadas em Aparecida de Goiânia, por município de residência do paciente

No ano de 2019, o segundo município mais populoso de Goiás, Aparecida de Goiânia, totalizou 19.388 internações hospitalares. Destas, 6.987 internações foram de pacientes provenientes de outros municípios do Estado. A capital Goiânia foi o município que mais encaminhou pacientes para Aparecida de Goiânia, correspondendo a 2.282 internações. Senador Canedo, por sua vez, encaminhou 823 pacientes. Na faixa entre 200 e 500 internações anuais enviadas para Aparecida de Goiânia, estão os municípios de Hidrolândia (295), Bela Vista (285), Silvânia (251) e Piracanjuba (227). Exceto por Silvânia, que registrou 139 internações encaminhadas para Aparecida de Goiânia em 2021, observa-se que, acima da faixa de 200 internações, ao longo de 2020 a 2021, têm-se o predomínio dos mesmos municípios que encaminharam pacientes em 2019. Conforme evidenciado no mapeamento, os municípios da região de saúde Centro-Sul são os que mais demandam internações em Aparecida de Goiânia, visto que o referido município é o pólo desta região de saúde (Figura 4.8).

Voltar ao sumário

Figura 4.8 - Internações hospitalares realizadas em Aparecida de Goiânia, por município de residência do paciente no Estado de Goiás, para os anos de 2019, 2020 e 2021.



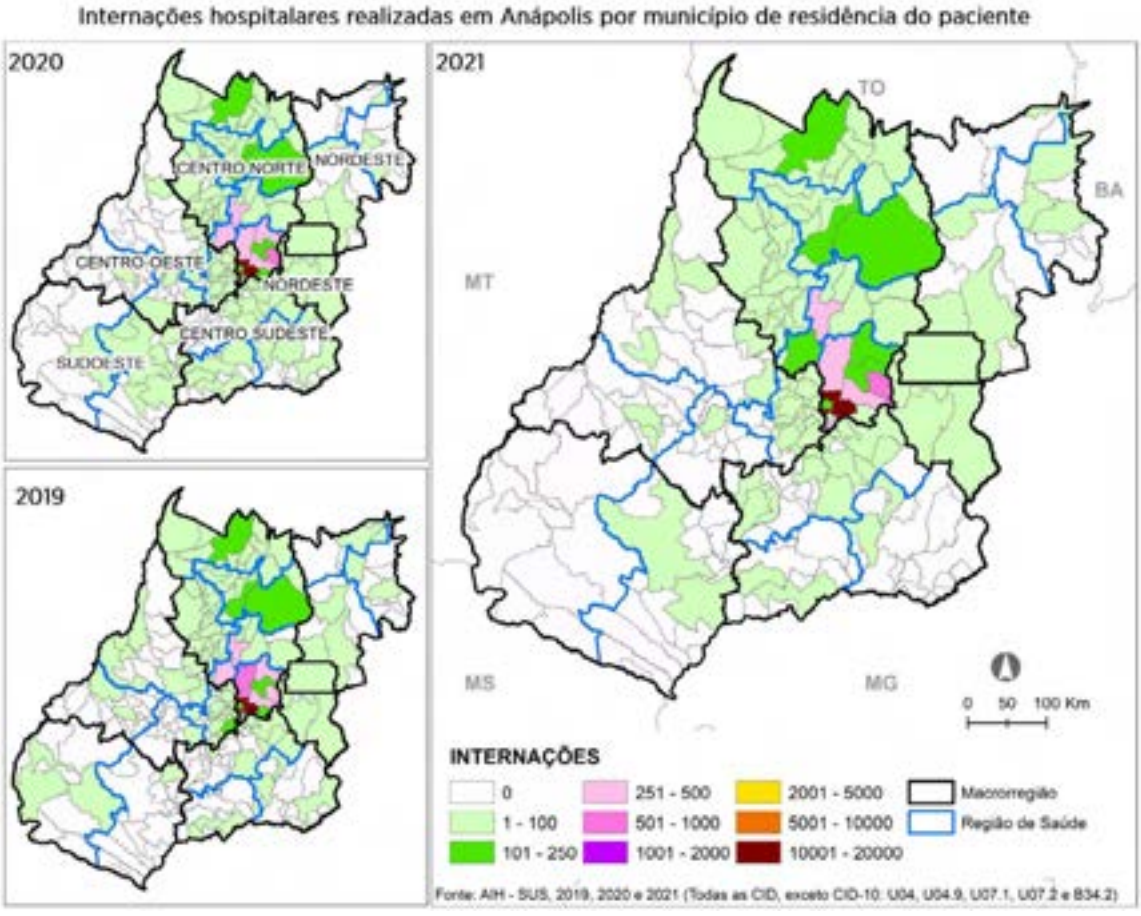
4.2.5 Internações hospitalares realizadas em Anápolis, por município de residência do paciente

No ano de 2019, Anápolis, o terceiro município mais populoso de Goiás, registrou cerca de 25.482 internações de pacientes residentes do próprio município e de outros municípios do estado de Goiás. Destes, 5.749 internações foram de pacientes oriundos de outros municípios. Contabilizando 516 internações, Pirenópolis é o município que mais encaminha pacientes para Anápolis, seguido por Alexânia (494), Abadiânia (490), Jaraguá (358), Goianápolis (347), Goianésia (336) e Cocalzinho de Goiás (334). Entre 2020 e 2021, Alexânia

Voltar ao sumário

e Abadiânia foram os municípios que mais encaminharam pacientes para internações em Anápolis, correspondendo, no ano de 2021, em 509 e 348 internações, respectivamente. Conforme evidenciado no mapeamento, os municípios das regiões de saúde Pirineus e São Patrício II são os que mais demandam internações em Anápolis (Figura 4.9). Não foram identificados municípios que submeteram pacientes para Anápolis nas faixas de 2 mil a 5 mil e 5 mil a 10 mil internações.

Figura 4.9 - Internações hospitalares realizadas em Anápolis, por município de residência do paciente no Estado de Goiás, para os anos de 2019, 2020 e 2021.



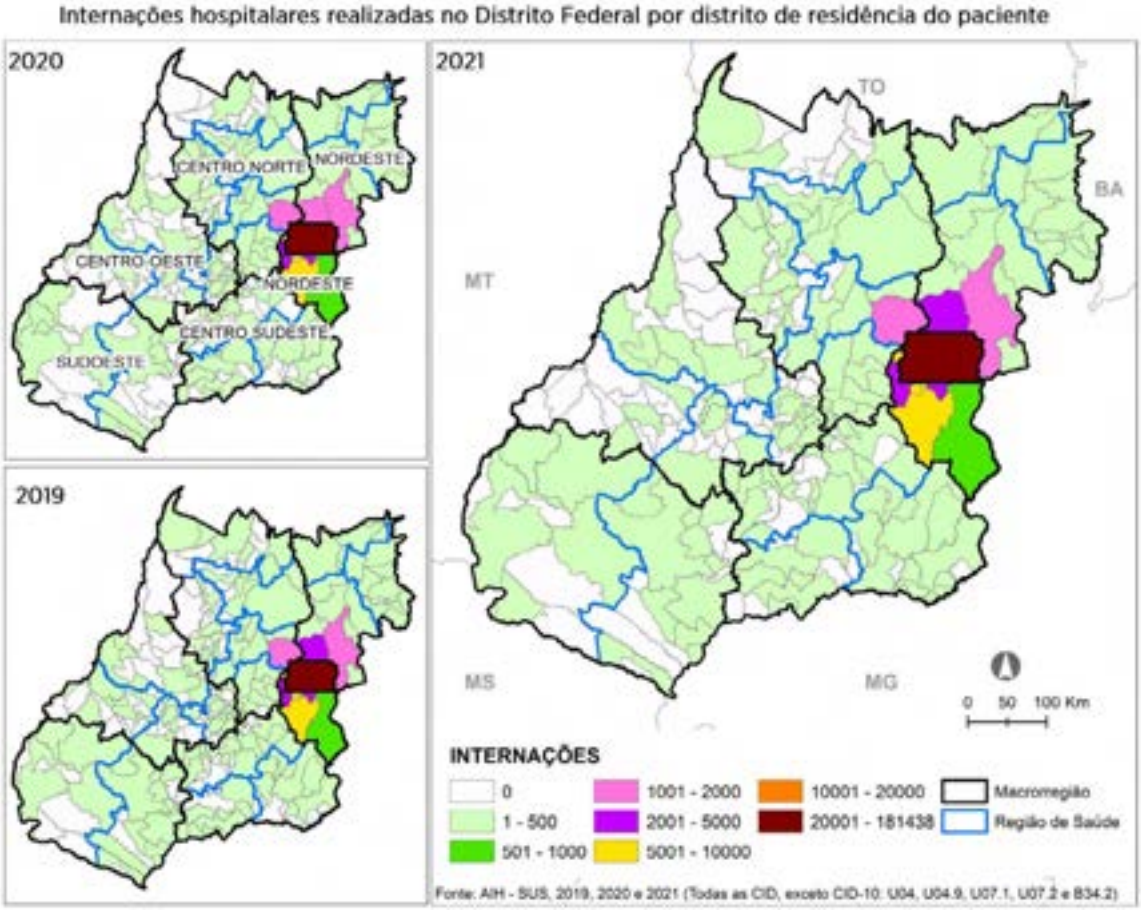
Voltar ao sumário

4.2.6 Internações hospitalares realizadas no Distrito Federal, por município de residência do paciente

No ano de 2019, o Distrito Federal (DF) registrou o total de 223.874 internações. Deste quantitativo, 43.823 foram internações provenientes de pacientes de outros municípios de Goiás. Em 2021, esse número passou para 44.210 internações. Ao longo de 2019 a 2020, os municípios goianos que mais encaminharam pacientes para o DF, na faixa entre 5 mil e 10 mil internações, foram Luziânia, Águas Lindas de Goiás, Valparaíso de Goiás e Novo Gama, todos das regiões de saúde Entorno Sul e Entorno Norte. Em 2021, registrou-se 9.218 internações provenientes de Luziânia, 7.802 de Águas Lindas, 7.706 de Valparaíso e 5.246 de Novo Gama. Na faixa entre 2 mil e 5 mil internações, destacam-se os municípios de Cidade Ocidental, Planaltina e Santo Antônio do Descoberto. Entre 500 e 2 mil internações, destacam-se os municípios de Formosa, Padre Bernardo e Cristalina. Conforme evidenciado no mapeamento, os municípios da região de saúde do Entorno Sul e Norte estão entre aqueles que mais demandam internações no Distrito Federal (Figura 4.10). Não foram identificados municípios que submeteram pacientes ao DF na faixa de 10 mil a 20 mil internações, ou faixa superior.

Voltar ao sumário

Figura 4.10 - Internações hospitalares realizadas no Distrito Federal, por município de residência do paciente no Estado de Goiás, para os anos de 2019, 2020 e 2021.

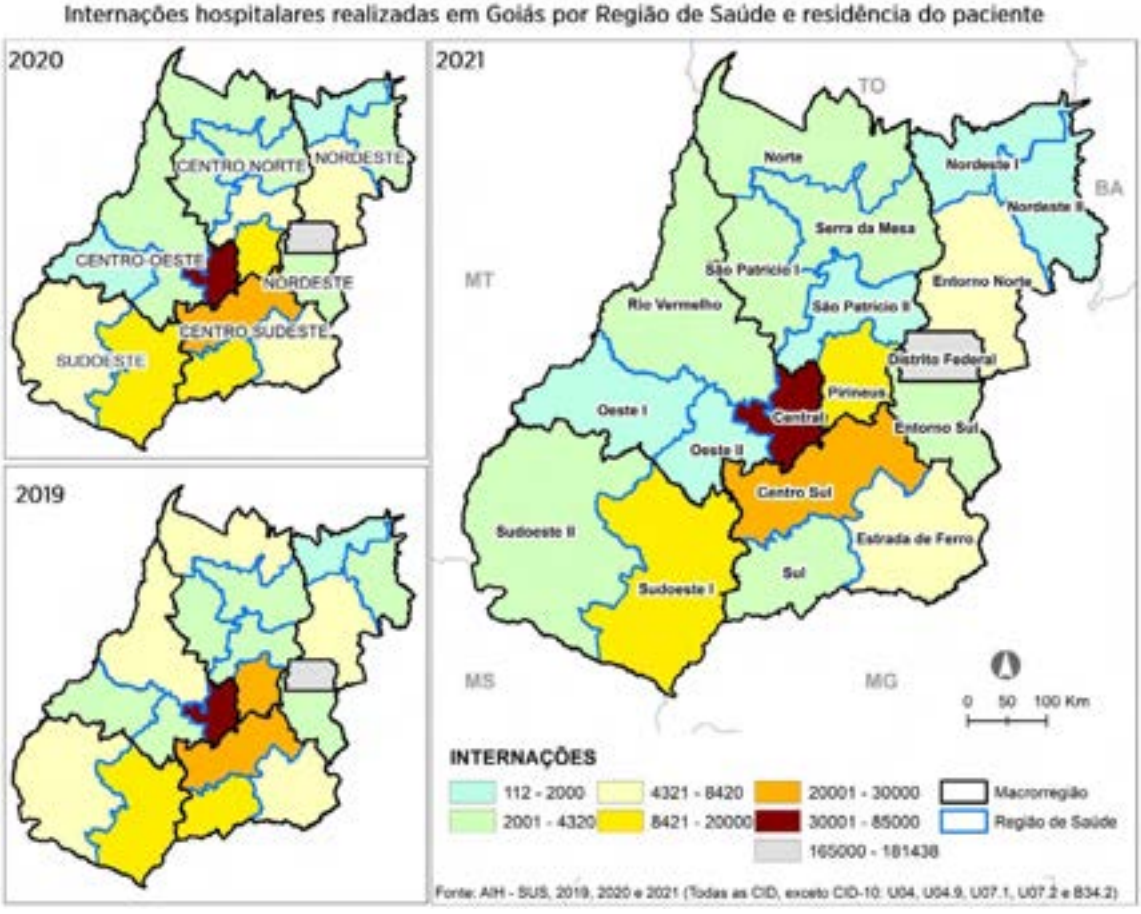


4.2.7 Internações hospitalares realizadas no Estado de Goiás, por região de saúde e residência do paciente

A respeito das internações por região de saúde por município de residência do paciente no Estado de Goiás, nas quais não houve deslocamentos para outros municípios, demonstram que, no período de 2019 a 2021, as regiões Central e Centro-Sul foram as que mais demandaram internações, com registros em 2021 de 73.166 e 21.487 internações, respectivamente. Na faixa entre 8.421 e 20 mil internações em 2021, destacaram-se as regiões Pirineus e Sudoeste I. Em relação às regiões que demandaram menores quantitativos de internações ao longo de 2019 a 2021, destacam-se Nordeste I e Oeste II (Figura 4.11).

Voltar ao sumário

Figura 4.11 - Internações hospitalares realizadas no Estado de Goiás, por Região de saúde e residência do paciente, para os anos de 2019, 2020 e 2021.



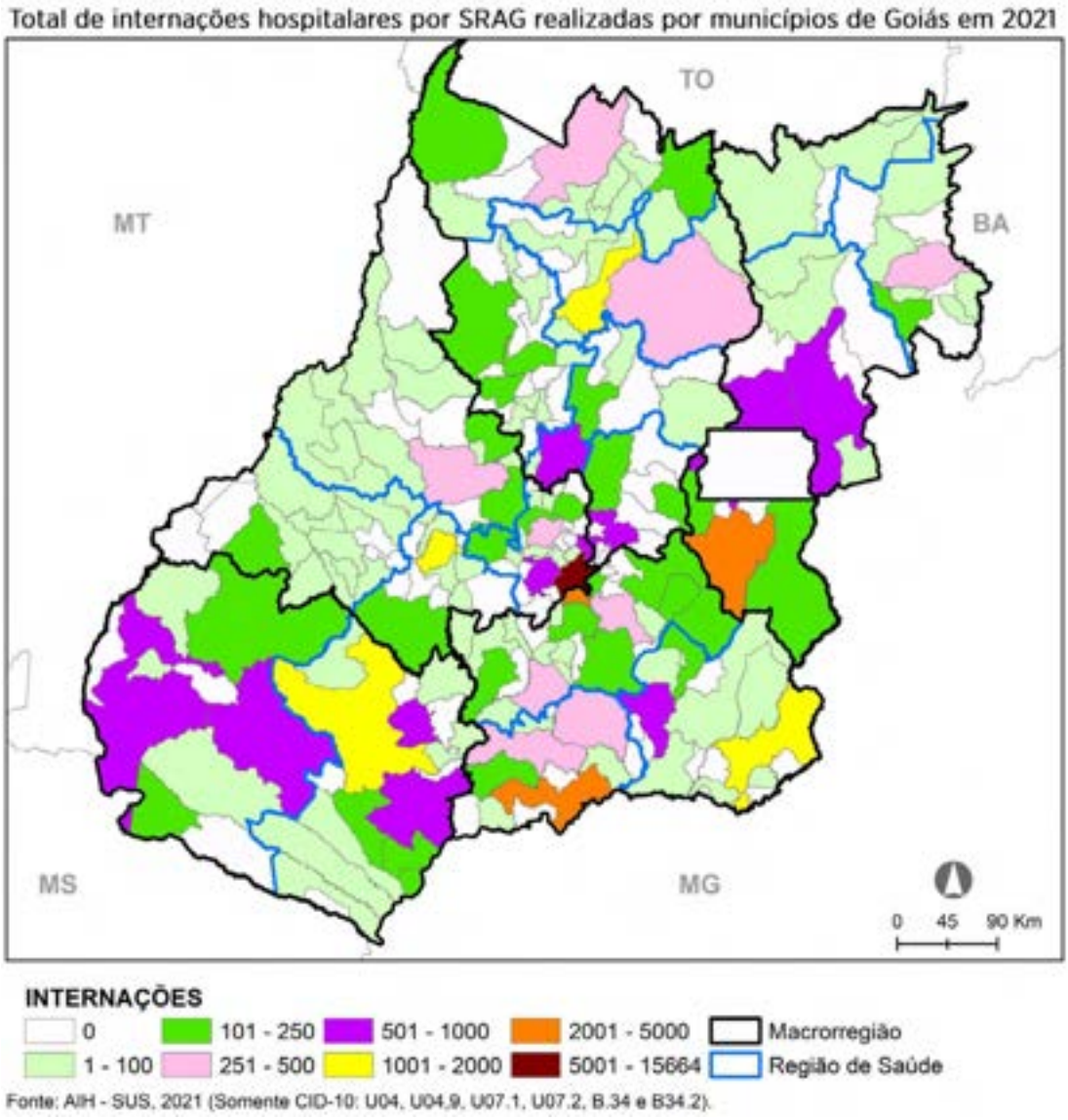
Voltar ao sumário

4.2.8 Internações por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), por município de residência do paciente no Estado de Goiás

Em 2021, os registros de internações por SRAG (Síndrome Respiratória Aguda Grave) acima de 1 mil pacientes ocorreram em Goiânia (15.664), Aparecida de Goiânia (4.873), Itumbiara (2.782), Luziânia (2.469), Rio Verde (1.843), Uruaçu (1.280), Catalão (1.124) e São Luís de Montes Belos (1.061). Em comparação com o mapeamento do quantitativo de unidades de saúde de média e alta complexidade, ressalta-se que os municípios de Luziânia, Catalão, Uruaçu e São Luís de Montes Belos encontram-se em regiões de saúde com menor quantitativo no Estado, sendo, respectivamente, as regiões do Entorno Sul, Estrada de Ferro, Serra da Mesa e Oeste II (Figura 4.12).

Voltar ao sumário

Figura 4.12 - Internações hospitalares por SRAG em municípios do Estado de Goiás, realizadas no ano de 2021



Voltar ao sumário

Tópicos conclusivos

As macrorregiões e seus respectivos municípios que se destacaram, de forma geral no que diz respeito ao número de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS e pontos de atenção (básica, média e de alta complexidade) foram: Centro-Norte (Anápolis, Ceres, Goianésia, Uruaçu e Porangatu), Nordeste (Luziânia e Formosa), Centro-Oeste (Goiânia, Trindade e Inhumas), Sudoeste (Rio Verde, Mineiros, Jataí e Quirinópolis) e Centro-Sudeste (Aparecida de Goiânia, Senador Canedo, Catalão, Itumbiara e Caldas Novas).

No período analisado, as regiões de saúde e seus respectivos municípios que ofereceram maior suporte às demandas na área da saúde foram: Central (Goiânia), Pirineus (Anápolis), Centro-Sul (Aparecida de Goiânia) e Sudoeste I (Rio Verde). Justamente por isso, foram os municípios que realizaram as maiores internações (e fluxos) durante os anos de 2019 a 2021, principalmente por SRAG em 2020 e 2021, devido à pandemia da covid-19.

De modo geral, as regiões supostamente mais desassistidas em relação aos quantitativos de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS e de pontos de atenção foram: Nordeste I, Nordeste II, Serra da Mesa, Oeste I, Norte e Rio Vermelho. As regiões dos Entornos Norte e Sul são dependentes do Distrito Federal, sendo este o principal destino de internações dos residentes dessas duas regiões de saúde. As regiões que possuem ao menos um município que podem oferecer suporte às demandas da saúde, mas que não são os principais destinos de internações das regiões, são: São Patrício I (Ceres), São Patrício II (Goianésia), Sudoeste II (Mineiros), Sul (Itumbiara) e Estrada de Ferro (Catalão).

4.3 Análise dos indicadores da saúde no estado de Goiás

Caracterizada como uma estrutura organizativa do campo assistencial, a Regulação opera conectando os serviços de saúde e, classicamente, os pacientes (aqui se fala em pacientes mesmo, pois demandando um serviço de saúde específico e, às vezes, até um ou um conjunto de procedimentos).

Pelo menos dois pontos se afiguram como necessários e essenciais quando pretendemos focar, compreender e, eventualmente, avaliar essa ferramenta do Sistema Único de Saúde. De um lado, a integralidade - como o que mais se aproxima desse paciente, suas necessidades e interesses. Por outro lado, a universalidade e a equidade que, muito embora se situem em planos semelhantes, diz respeito diretamente à dimensão coletiva.

Essa quase dualidade - indivíduo e coletivo - é mediada pelo financiamento e seus instrumentos próprios, como o planejamento e os orçamentos. Observados em uma perspectiva temporal, tornam-se visíveis custos crescentes em contraposição à contenção de despesas às vezes até impostas por legislações específicas.

Voltar ao sumário

No plano específico da assistência às doenças ou aos doentes e enfermos, a integralidade é a medida da eficiência e o binômio universalidade/equidade a meta sistêmica.

Mesmo considerando o usual comportamento observado nos sistemas de saúde no Brasil, onde a oferta de novos serviços voltados ao atendimento de demandas reprimidas costuma também gerar novas demandas, dificultando o estabelecimento de um equilíbrio entre oferta e demanda, e mesmo a transformação nos caminhos para a obtenção de satisfação em necessidades sentidas pelos usuários, parece pertinente considerar parte desse comportamento, como fruto de um histórico de desatenção em saúde.

Como exemplo dessas situações, os intensos fluxos aos serviços de urgência e emergência denotam a construção de "atalhos" percebidos e percorridos por expressivas populações, ao descobrirem que nesses serviços é possível alcançar a atenção de especialidades e mesmo de serviços complementares de diagnóstico e tratamento, antes inalcançáveis ou com uma latência temporal insuportável.

Ao mesmo tempo, os modelos assistenciais aqui praticados percorrem os caminhos da descentralização político-administrativa associados à regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS, remete a 3 dimensões, nos termos da portaria GM/MS nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 (CONASS, 2016):

1) A Regulação de Sistemas de Saúde, que define as "macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas";

2) A Regulação da Atenção à Saúde, voltada à prestação de ações e serviços de saúde, que tenta atender a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a eles;

3) A Regulação do Acesso à Assistência (regulação do acesso ou regulação assistencial), que busca organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS, buscando garantir o direito constitucional do acesso universal.

Da confusão estabelecida por culturas institucionais distintas e que tem em sua gênese a própria origem do sistema de saúde brasileiro, ou seja, as "pernas estruturais" do SUS – INAMPS e Ministério da Saúde, em alguns aspectos ainda não resolvidos, vale destacar dois diferentes focos quando a "complexidade":

- Por um lado, a "complexidade crescente" (hierarquização) vista sob a ótica da Atenção Primária, aí buscando resolutividade para aproximadamente 10 a 20% de seus atendimentos não satisfeitos nos estritos limites da Atenção Primária. Essa carência reforça a ênfase aos esforços que apontem para a continuidade da atenção aos pacientes e usuários dos serviços de saúde, reforçando a determinação legal de ter nos serviços com populações adscritas tanto a principal porta de entrada como

Voltar ao sumário

também a ideia de estarem aí os reais "ordenadores do sistema de saúde".

- Por outro lado, a "complexidade crescente" vista na perspectiva hegemônica dos trabalhos de regulação assistencial que seguem majoritariamente outros critérios para a alocação de atendimentos. A escala aqui considera complexidades alta, média e baixa conforme incorporam custos mais expressivos, com fortes reflexos herdeiros do extinto INAMPS, em seu esforço por organizar e conter custos crescentes, advindos principalmente de processos de incorporação de equipamentos. Dito de outra forma, esse modelo regulatório hegemônico considera "mais democrático" distribuir os insuficientes recursos por meio de quadros de recursos disponíveis, versus demandas cadastradas.

Trata-se aqui desse último desenho regulatório, como "tabular". Esse formato, embora aparentemente mais justo, anula ou minimiza os olhares clínicos e personalizados, desconsiderando a excentricidade e unicidade dos pacientes, como se transformar a atenção às doenças pudesse substituir a atenção aos doentes.

Desse conflito organizacional emerge a necessária ultrapassagem do modelo tabular centralizado para outro em que as singularidades dos pacientes assumam o seu devido espaço nos processos regulatórios. Esse formato chama e convoca para a integração em nível executivo das ações de saúde, com ênfase aos esforços que apontem para a continuidade na atenção aos pacientes e usuários dos serviços de saúde.

O reconhecimento de que as necessidades de serviços de saúde não necessariamente refletem as necessidades de saúde, não retira das necessidades dos serviços de saúde, a sua forte e vigorosa capacidade de pressão sobre o sistema de saúde e nem a sua utilização como termômetro nos mecanismos de avaliação do desempenho dos sistemas de saúde ou de parte deles.

Esse tipo de necessidade tende rapidamente a se transformar em demandas, seja pela pressão propriamente dita dos usuários dos serviços de saúde seja pela indução dos fornecedores a buscarem o estabelecimento de uma relação que considere amortizações de investimentos em pesquisas e produção, pela via da melhor ocupação dos equipamentos e/ou serviços.

Segundo Paim (1982, *apud* Silva, 2005, p.24), as necessidades de saúde comportam graus distintos de controle (PAIM, 1999), sendo que cada um desses níveis de controle abre um rol de possibilidades de intervenções que podem ser avaliadas por suas características ou atributos e agrupadas de acordo com as seguintes características, entre outras possibilidades (SILVA; LMV, 2005):

- Relacionados com a disponibilidade e distribuição social dos recursos:
  - Cobertura
  - Acessibilidade
  - Eqüidade
- Relacionados com o efeito das ações:

Voltar ao sumário

    - Eficácia
    - Efetividade
    - Impacto
- Relacionados com os custos e produtividade das ações:
    - Eficiência
- Relacionados com a adequação das ações ao conhecimento técnico e científico vigente:
    - Qualidade técnico-científica
- Relacionados com a adequação das ações aos objetivos e problemas de saúde:
    - Direcionalidade e consistência (análise estratégica)
- Relacionados com o processo de implantação das ações:
    - avaliação do grau de implantação e (ou) avaliação de processo
    - análise de implantação – estudos que investigam as relações entre o grau de implantação, o contexto e os efeitos das ações
- Características relacionais entre os agentes das ações:
    - usuário x profissional (percepção dos usuários sobre as práticas, satisfação dos usuários, aceitabilidade, acolhimento, respeito à privacidade e outros direitos cidadãos),
    - profissional x profissional (relações de trabalho e no trabalho)
    - gestor x profissional (relações sindicais e de gestão)

(PAIM 1982, *apud* SILVA, 2005, p. 24)

Compreende-se que a Regulação é uma função de múltiplas faces, incluindo ações dos executivos nas três esferas de governo, como também dos legislativos na elaboração de leis, e dos gestores. Portanto, a abordagem deste capítulo considera a Regulação como o conjunto de ações governamentais voltadas ao sistema de saúde, permeada por forte influência das Determinações Sociais da Saúde e as prévias condições de saúde da população. Dessa forma, apresenta-se para a análise dos indicadores da saúde em Goiás, uma Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, como forma de interpretação das resultantes daí advindas.

O Laboratório de Informação em Saúde - ICICT – Fiocruz vem desenvolvendo a mais de uma década uma Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde – PROADESS e apresentou em 2003 sua matriz conceitual composta por dimensões e subdimensões com suas respectivas recomendações de indicadores, tendo a equidade como eixo transversal.

Em "2012, a PROADESS incorporou a análise do desempenho do sistema de saúde no âmbito das Regiões de Saúde, considerando o disposto no Decreto nº 7.508/2011, com apoio do DAI/SGEP/MS e, em 2021, passou a disponibilizar indicadores municipais, após processo de avaliação sobre as formas de se trabalhar com pequenos números e disseminar indicadores a partir deles, com base em experiências internacionais semelhantes."[2]

2 https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=antec. Acesso em: 5 set. 2022.

Voltar ao sumário

Na sequência é apresentada a Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, com uma síntese dos conceitos de suas dimensões e subdimensões, que serão utilizados para a análise dos indicadores relacionados.

Essa Matriz de Dimensões foi complementada com a metodologia utilizada no trabalho desenvolvido para avaliar uma macrorregião de Saúde no estado de Pernambuco "Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil"[3]. Esse trabalho criou uma Matriz de Julgamento ao ponderar séries históricas de indicadores da dimensão de desempenho dos serviços da matriz do PROADESS nas seguintes subdimensões: efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade.

Propõe-se para essa análise, as categorias contidas na matriz abaixo, tendo como transversalidade e mediando essa análise, a integralidade e a equidade.

3 Parente, Alaine & Santana, Arianny & Oliveira, Sydia. (2021). Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil. Saúde em Debate. 45. 300-314. 10.1590/0103-1104202112904.

Voltar ao sumário

Figura 4.13 - Matriz de Dimensões da Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde

Fonte: Matriz de dimensões da avaliação de desempenho do sistema de saúde. Proadess/Fiocruz. Dispo-

Voltar ao sumário

nível em https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp. Acesso em 17 ago. 2022.

Matriz de julgamento dos indicadores de desempenho dos serviços de saúde nas dimensões efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade

Efetividade

- PME 1- Percentual de usuários internados com diabetes mellitus, que realizaram amputação não traumática de membros inferiores
- Taxa de internação por asma, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes de 15 anos ou mais
- Percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)
- Taxa de internação por gastroenterite, padronizada por idade e sexo, por 100 mil habitantes de 1 a 4 anos
- Taxa de internação por insuficiência cardíaca, padronizada por sexo, por 100 mil habitantes de 40 anos ou mais
- Taxa de internação por pneumonia bacteriana, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes de 18 anos ou mais
- Incidência de aids por 100 mil habitantes
- Incidência de tuberculose por 100 mil habitantes
- Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano
- Taxa de mortalidade por diabetes mellitus, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes de 20 a 79 anos
- Taxa de mortalidade por hipertensão, padronizada por idade e sexo, por 100 mil habitantes de 50 a 64 anos
- Taxa de mortalidade por infecção respiratória aguda, por 100 mil habitantes menores de 5 anos
- Percentual de mamografias realizadas na região de saúde de residência
- Percentual de partos hospitalares realizados fora da região de saúde de residência
- Percentual de partos hospitalares realizados na região de saúde de residência
- Percentual de angioplastias realizadas fora da região de saúde de residência
- Percentual de quimioterapias realizadas fora da região de saúde de residência
- Percentual de quimioterapias realizadas na região de saúde de residência
- Percentual de radioterapias realizadas fora da região de saúde de residência

Acesso

- Percentual da população coberta pela ESF
- Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica
- Percentual da população de 60 anos ou mais vacinada contra influenza

Voltar ao sumário

- Percentual de crianças menores de 1 ano vacinadas com tetravalente/pentavalente
- Razão entre o número de procedimentos de mamografia em mulheres de 50 a 69 anos e a metade da população de mulheres na mesma faixa etária
- Razão entre o número de exames citopatológicos em mulheres de 25 a 64 anos e 1/3 da população de mulheres na mesma faixa etária
- Taxa de angioplastia, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais
- Taxa bruta de cirurgias de catarata por 100 mil habitantes com 40 anos ou mais
- Taxa de internação por artroplastia de quadril, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes com 60 anos ou mais
- Taxa de cirurgia para revascularização do miocárdio, padronizada por sexo e idade, por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais
- Percentual de partos hospitalares
- Percentual de internações cirúrgicas realizadas fora da região de saúde
- Percentual de internações cirúrgicas realizadas na região de saúde
- Percentual de mamografias realizadas fora da região de saúde de residência

Adequação

- Percentual de pacientes com acidente vascular cerebral internados por até sete dias, que realizaram tomografia computadorizada
- Percentual de nascidos vivos cujas mães fizeram mais de seis consultas de pré-natal
- Razão entre diálise e transplante renal
- Taxa de histerectomia padronizada por idade, por 100 mil mulheres de 20 anos ou mais.
- Percentual de meningites bacterianas que tiveram confirmação diagnóstica laboratorial
- Percentual de partos cesáreos
- Tempo médio de permanência hospitalar de pacientes de 60 anos ou mais, por fratura no quadril.

Aceitabilidade

1. Taxa de abandono do tratamento de tuberculose
2. Percentual de idosos não vacinados contra influenza

É certo que esse conjunto de indicadores não consegue, por si só, responder às inúmeras indagações acerca do desempenho dos sistemas de saúde. A complexidade dessa área social comporta e clama por análises contínuas que se relacionem aos processos decisórios. Por outro lado, mesmo não alcançando a completude do todo, oferece um olhar organizado

Voltar ao sumário

conceitualmente e sistematizado em suas mais importantes dimensões.

Oferece ainda uma oportunidade de, ao proceder a comparações entre o desempenho de saúde nas diversas Regiões de Saúde, provocar uma imersão nesses debates.

4.3.1 A construção da Matriz de Avaliação

Foram coletadas 50 séries históricas de indicadores no site do Proadess (https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matrs) desde o ano 2000 até 2021 e analisado o período de 2009 a 2019, excluídos os anos de 2020 e 2021 para isolar os efeitos da pandemia.

Verificaram-se os indicadores de desempenho da matriz do Proadess nas seguintes subdimensões: efetividade, acesso, adequação e aceitabilidade.

Primeiramente, realizou-se a análise de tendência dos indicadores, por meio de regressão linear simples, adotando-se um nível de significância de 5%.

Para os indicadores que não apresentaram tendências lineares significativas (p>0,05), consideraram-se as variações percentuais calculadas entre os dois últimos anos e os dois primeiros anos da série histórica e ponto de corte para julgamento de acréscimo ou decréscimo os valores maiores ou iguais a 10%. As tendências favoráveis obtiveram pontuação "1". As desfavoráveis pontuação "0".

Após essa etapa, foram calculadas as médias ponderadas em cada dimensão e é obtida a soma das pontuações de cada dimensão como pontuação final.

[1] Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil. Alaine Santos Parente, Arianny Soares Ramos de Santana, Sydia Rosana de Araujo Oliveira. SAÚDE DEBATE | Rio de Janeiro, v. 45, n. 129, p. 300-314, abr.-jun. 2021.

Voltar ao sumário

Figura 4.14 - Matriz de Avaliação de Desempenho

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO																			
DIMENSÃO	INDICADORES	RS Central	RS Centro Sul	RS Entorno Norte	RS Entorno Sul	RS Estrada de Ferro	RS Nordeste I	RS Nordeste II	RS Norte	RS Oeste I	RS Oeste II	RS Pirineus	RS Rio Vermelho	RS São Patrício I	RS Serra da Mesa	RS Sudoeste I	RS Sudoeste II	RS Sul	RS São Patrício II
ACESSO – ATENÇÃO BÁSICA	Cobertura populacional estimada pelas equipes de Atenção Básica	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Percentual da população coberta pela Estratégia de Saúde da Família	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Percentual da população com 60 anos ou mais vacinada contra gripe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Percentual de crianças <1 ano vacinadas com tetravalente/ pentavalente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Percentual de partos hospitalares realizados fora da Região de Saúde de residência	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	MÉDIA PONDERADA	**0,40**	**0,06**	**0,06**	**0,04**	**0,04**	**0,04**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**	**0,06**
ACESSO – MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE	Mamógrafos disponíveis ao SUS por 100 mil habitantes (embora também de estrutura, aqui como acesso)	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0
	Taxa de angioplastia padronizada por sexo e idade por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Taxa bruta de cirurgias de catarata or 100 mil habitantes com 40 anos ou mais	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
	Taxa de cirurgia para revascularização do miocárdio padronizada por sexo e idade por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais	0	0	1	1	1	ND	ND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Taxa de internação por artroplastia do quadril padronizada por sexo e idade por 100 mil habitantes com 60 anos ou mais	0	1	1	1	1	ND	ND	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1
	MÉDIA PONDERADA	**0,60**	**0,40**	**0,60**	**0,80**	**1,00**	**0,33**	**0,67**	**0,80**	**0,80**	**0,80**	**0,60**	**0,80**	**0,80**	**0,80**	**0,60**	**0,80**	**0,80**	**0,60**

continua...

Voltar ao sumário

continuação...

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO																			
DIMENSÃO	INDICADORES	RS Central	RS Centro Sul	RS Entorno Norte	RS Entorno Sul	RS Estrada de Ferro	RS Nordeste I	RS Nordeste II	RS Norte	RS Oeste I	RS Oeste II	RS Pirineus	RS Rio Vermelho	RS São Patrício I	RS Serra da Mesa	RS Sudoeste I	RS Sudoeste II	RS Sul	RS São Patrício II
ADEQUAÇÃO	Percentual de Cesáreas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Percentual de meningites bacterianas que tiveram confirmação diagnóstica laboratorialmente	0	0	0	1	0	ND	ND	ND	ND	ND	0	0	ND	ND	1	0	ND	ND
	Razão entre diálise e transplante renal	1	0	1	1	1	ND	ND	1	ND	1	1	0	1	ND	0	1	1	1
	Taxa de histerectomias padronizada por idade por 100 mil habitantes do sexo feminino com 20 anos ou mais	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
	Tempo médio de permanência hospitalar por fratura quadril de pacientes de 60 anos ou mais	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
	MÉDIA PONDERADA	**0,40**	**-**	**0,60**	**0,60**	**0,40**	**0,33**	**0,33**	**0,50**	**-**	**0,50**	**0,60**	**0,20**	**0,50**	**-**	**0,20**	**0,40**	**0,50**	**0,50**
EFETIVIDADE – INCIDÊNCIA DE DOENÇAS EVITÁVEIS	Número de casos novos de sífilis congênita em menores de 1 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Taxa de incidência de AIDS por 100 mil habitantes	0	1	0	0	0	ND	ND	ND	0	ND	0	0	1	0	0	1	1	ND
	Taxa de incidência de tuberculosa por 100 mil habitantes	1	1	1	0	0	ND	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
	MÉDIA PONDERADA	**0,33**	**0,67**	**0,33**	**-**	**-**	**ND**	**0,50**	**0,50**	**-**	**-**	**-**	**-**	**0,67**	**0.33**	**0,33**	**0,67**	**0,67**	**0,50**

continua...

Voltar ao sumário

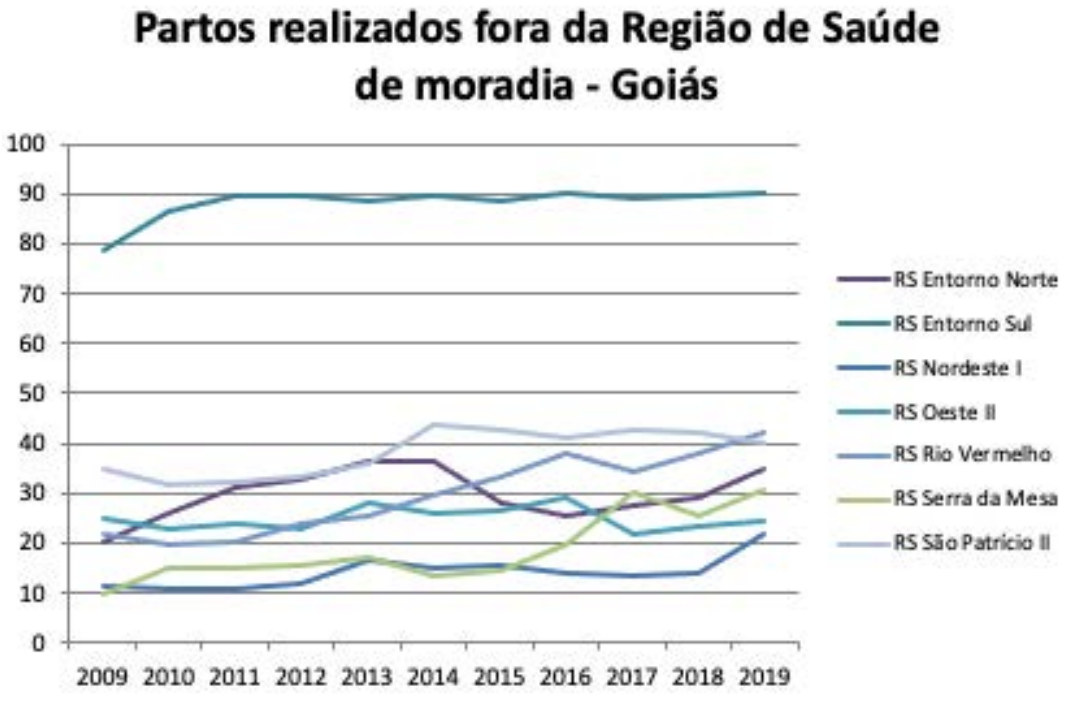
continuação...

MATRIZ DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO																			
DIMENSÃO	INDICADORES	RS Central	RS Centro Sul	RS Entorno Norte	RS Entorno Sul	RS Estrada de Ferro	RS Nordeste I	RS Nordeste II	RS Norte	RS Oeste I	RS Oeste II	RS Pirineus	RS Rio Vermelho	RS São Patrício I	RS Serra da Mesa	RS Sudoeste I	RS Sudoeste II	RS Sul	RS São Patrício II
EFETIVIDADE – INDICADORES DE INTERNAÇÕES EVITÁVEIS	Percentual de internações por condições sensíveis à Atenção Primária	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Taxa bruta de internação por gastroenterite por 100 mil habitantes	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Taxa de internação por asma padronizada por sexo e idade por 100 mil habitantes com 15 anos ou mais	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Taxa bruta de internação por pneumonia bacteriana por 100 mil habitantes com 20 anos ou mais	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
	Taxa bruta de internação por insuficiência cardíaca por 100 mil habitantes com 40 anos ou mais	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1
	MÉDIA PONDERADA	**0,80**	**0,80**	**0,80**	**1,00**	**1,00**	**1,00**	**0,80**	**0,80**	**0,80**	**0,80**	**0,80**	**1,00**	**0,60**	**0,80**	**0,80**	**0,80**	**0,80**	**0,80**
EFETIVIDADE – INDICADORES DE MORTES EVITÁVEIS	Taxa bruta de mortalidade por diabetes mellitus por 100 mil habitantes com 20 a 79 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	Taxa de mortalidade por hipertensão padronizada por idade e sexo por 100 mil habitantes com 50 a 64 anos	1	1	0	1	1	ND	ND	ND	0	ND	0	0	0	ND	1	1	1	0
	Taxa de mortalidade por infecção respiratória aguda por 100 mil habitantes menores de 5 anos	1	1	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	MÉDIA PONDERADA	**0,67**	**0,67**	**-**	**0,50**	**0,50**	**ND**	**ND**	**ND**	**-**	**ND**	**-**	**-**	**0,50**	**ND**	**0,50**	**1,00**	**0,50**	**-**
	PONTUAÇÃO	**5,33**	**5,22**	**4,89**	**5,50**	**5,50**	**5,17**	**5,80**	**6,40**	**3,67**	**5,40**	**4,33**	**4,33**	**6,11**	**5,07**	**5,06**	**7,11**	**6,44**	**5,00**

Voltar ao sumário

Na figura 4.15 estão representados os partos hospitalares realizados fora das respectivas Regiões de Saúde, considerando apenas aquelas regiões que mais contribuem nesse processo, e excluída a Região Centro-Sul por estar histórica e funcionalmente vinculada à capital do Estado.

Figura 4.15 - Partos realizados fora da região de saúde de moradia da gestante em Goiás



Para o conjunto dessas regiões, entre 20 e 40 por cento dos nascimentos exige um deslocamento expressivo das gestantes, chegando a 9 em cada dez nascimentos na região do Entorno Sul do Distrito Federal. Em média,

Voltar ao sumário

essas gestantes percorreram 120 quilômetros[4] de sua residência até o hospital do parto.

Mesmo considerando que 70% (Datasus, 2022) dos nascidos vivos em Goiás em 2019 são filhos de mães que realizaram 6 ou mais consultas de pré-natal, tivemos também nesse mesmo ano 601 crianças com diagnóstico de Sífilis Congênita, denotando um quadro muito preocupante e extremamente grave.

Agrava esse quadro a constatação que essas elevações vêm ocorrendo de forma progressiva nos últimos 15 anos, com especial ênfase às regiões do Entorno Sul, Central, Sudoeste I e Centro-Sul.

Comparar regiões pelo prisma da ocorrência de centenas de crianças que nascem anualmente com sífilis congênita obriga a busca de soluções. Mesmo o reconhecimento de que a Atenção Primária não é capaz de reduzir todas elas (as doenças aí classificadas) a zero, ela é potente para zerar a incidência de doenças como a sífilis congênita.

A Estratégia de Saúde da Família vem mantendo cobertura populacional acima de 80% em 12 das 18 Regiões de Saúde. No entanto, mantém percentuais mais baixos nas regiões do aglomerado urbano de Goiânia e entornos de Brasília, o que pode ser entendido como características dessas regiões mais adensadas e verticalizadas em parte. Esse fato se repete ao inverso quando buscamos as coberturas pela saúde suplementar.

Muito embora alguns indicadores de acesso à Atenção básica,AB (Cobertura AB, Cobertura ESF) sejam positivos e expressivos, ao olharmos para os resultados, (acima de 60 anos vacinados contra a gripe, crianças vacinadas com tetravalente/pentavalente) estes são decepcionantes e vêm caindo em todas as regiões.

As taxas de realização de cirurgias de catarata oferecem um olhar sobre o acesso à média e alta complexidade. As regiões Pirineus, Sul, Oeste I, Nordeste II, São Patrício II, Nordeste I, Sudoeste II, Entorno Norte e Serra da Mesa alcançaram apenas de um terço a metade das realizadas nas demais regiões (cirurgias de catarata por cem mil habitantes com mais de 40 anos).

A oferta de serviços de média e alta complexidade, medidos pela realização de cirurgias de revascularização do miocárdio, artroplastia do quadril ou disponibilização de mamógrafos no SUS, embora insuficientes, têm acompanhado o crescimento populacional e em algumas regiões, obtido discreto aumento.

Outro ponto ou dimensão que merece uma concentração de esforços certamente é a adequação, aqui entendido como o grau com que os cuidados prestados estão coerentes com os conhecimentos técnico-científicos existentes. Os dados obtidos configuram dois movimen-

4 1 - O cálculo utiliza a distância euclidiana, que não considera barreiras físicas, geográficas ou vias de acesso. Consideram-se como pontos de origem e de destino as coordenadas geográficas das sedes municipais.

Voltar ao sumário

tos visíveis. Por um lado, a piora de indicadores como os aumentos proporcionais dos partos operatórios ocorridos em todas as regiões, exceto naquelas que já alcançam 80 por cento de todos os nascimentos. Essa situação exige uma abordagem específica, visto a gravidade e consequências sanitárias no médio e longo prazo e, ainda, estarem na contramão dos mais diversos consensos. A Organização Mundial da Saúde situa em até 15% o percentual aceitável de cesariana, concluindo não existir qualquer associação benéfica com taxas superiores. [5]

Por outro lado, são observadas a melhora das taxas de histerectomia, como também a redução do tempo médio de permanência hospitalar em maiores de 60 anos com fratura de quadril.

Quanto à possibilidade de evitar doenças, internações e mortes por doenças sensíveis a AP, os indicadores são alvissareiros. A série histórica estudada permite perceber o alto potencial de impacto, como ocorridos em anos recentes, embora a velocidade com que vinha obtendo bons resultados tenha sofrido desaceleração após 2016 para algumas regiões e 2017 e 2018 para outras.

Essa situação aparece ao avaliarmos a dimensão Efetividade pelos indicadores de Doenças Evitáveis. Crescem assustadoramente os casos de sífilis congênita, tendo alcançado o expressivo registro de 601 casos em 2019 no estado de Goiás.

A ocorrência de AIDS (e/ou tuberculose) repete de maneira um pouco mais suave esse comportamento, alcançando (AIDS) em 2019 na Região Central, 23,2 casos por 100 mil habitantes, acima, portanto da média nacional nesse mesmo ano de 2019 (17,8/100 mil habitantes).

Quando observamos um conjunto de mortes evitáveis, poucas regiões (RS São Patrício I e Sudoeste II) tem conseguido reduzir as mortes por diabetes mellitus, ao passo que poucas regiões (RS Entorno Norte, Oeste I, Pirineus, Rio Vermelho, São Patrício I e São Patrício II) não conseguiram reduzir o quadro de mortalidade por hipertensão em adultos de 50 a 64 anos.

Tópicos conclusivos e Recomendações

No conjunto desses indicadores é perceptível a grande potência da APS que impacta progressivamente as dimensões de Efetividade, de maneira especial na redução dos casos de doenças e internações evitáveis. As séries históricas desses indicadores comprovam o que inúmeros trabalhos observam. Isso ocorre principalmente pela ampliação do acesso aos serviços que estão mais próximos da população e territorializados.

Ao mesmo tempo o acesso aos serviços de média e alta complexidade, mesmo melhorando nas séries estudadas, continua apresentando barreiras temporais gritantes. Aliado a isso, o baixo poder decisório conferido aos serviços de APS impede ou limita a sua capacidade de oferecer integralidade e continuidade na

5 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=49A6707AC8F5EF70C908A2DDCFA887DD?sequence=3

Voltar ao sumário

atenção aos pacientes que deveriam ter um melhor acompanhamento, capaz de se adaptar às singularidades de cada paciente e de cada situação.

Esse processo mantém inconcluso o projeto de integrar serviços, o que possibilitaria maximizar os esforços e, ao mesmo tempo, incapacita o sistema de saúde na tarefa de oferecer atenção integral.

É certo que parte dessas dificuldades e/ou incompletudes advém dos financiamentos insuficientes e das transferências de responsabilidade no campo do financiamento aos municípios, que mesmo comprometendo parcelas significativas de seus orçamentos não conseguem substituir os recursos estaduais e federais.

Como recomendação final, a necessidade de valorização dos serviços de Atenção Primária em Saúde, APS, com a estruturação completa da Estratégia de Saúde da Família, ESF, em todos os municípios. Ainda a organização de educação permanente em saúde, com a oferta de cursos de formação e atualizações clínicas, priorizando a clínica nos atendimentos e, *pari passu*, a decisão política de ser a APS o ponto do sistema de saúde responsável pelo seu ordenamento.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 126p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 10)

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: < https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 04 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. AIH - Autorização de Internação Hospitalar (aprovada). Disponível em < https://datasus.saude.gov.br/transferencia-de-arquivos/>. Acesso em 10 de maio de 2022.

PARENTE, ALAINE & SANTANA, ARIANNY & OLIVEIRA, SYDIA. (2021). Desempenho dos serviços de saúde do SUS de uma macrorregião do estado de Pernambuco, Brasil. Saúde em Debate. 45. 300-314. 10.1590/0103-1104202112904.

SILVA, LMV. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 15-39. ISBN: 978-85-7541-516-0. Available from: doi:

Voltar ao sumário

10.7476/9788575415160. Also available from in ePUB from: http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub

SILVA, LIGIA MARIA VIEIRA DA. In. Hartz, Zulmira Maria de Araújo; Silva, Ligia Maria Vieira da. *Avaliação em saúde dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005. p.15-39, ilus, tab, graf.

Monografia em Português | LILACS | ID: lil-422290

Voltar ao sumário

5. DESAFIOS DA GESTÃO – COM A PALAVRA, OS SECRETÁRIOS

Os grupos focais configuram-se como um método de coleta de dados que teve emergência na década de 1930, concomitante ao desenvolvimento e valorização dos métodos qualitativos na pesquisa. Pode ser considerado um procedimento de entrevista em grupo, em que sua riqueza justamente é a interação entre seus diferentes participantes. Nesse sentido, não é apenas a coleta de informações individuais num espaço grupal, pois os discursos enunciados provêm de uma construção coletiva a partir da discussão entre os membros do grupo. Assim, a proposta não é a construção de consensos, ou uma decisão única e totalizada, mas sim ter acesso às diferentes percepções, ideias, sentimentos e experiências dos participantes do grupo. Portanto, opera-se não apenas com as igualdades, mas também com as diferenças discursivas, que se remetem às experiências singulares dos membros. A pesquisa com gestores em saúde nos grupos focais tem como finalidade conhecer suas experiências, representações e opiniões acerca da política de regulação em saúde, considerando a diversidade regional no estado de Goiás.

Considerando-se que é uma pesquisa com pessoas, sabemos que há uma variação enorme nas condutas e experiências dos participantes. Isso se dá por diversas variáveis, tais como as diferenças regionais, infraestruturais, de acúmulo de informação, treinamento, ou mesmo de implicação. Nos estudos sobre gestão em políticas públicas, buscamos analisar como se dá essa relação, essa interação, entre humano-políticas, humano-sistemas, o que podemos denominar de acoplamento entre humano-máquinas (LATOUR, 2009). Nesse sentido, por mais que possa haver uma política pública, ou um sistema informático "objetivo", compreendemos que a política e o sistema são "subjetivados" de modos distintos pelas pessoas, pelos atores sociais das políticas públicas. Então mesmo que se crie, por exemplo, um sistema informático objetivamente "perfeito", haverá diferentes acoplamentos, interpretações e experiências pelos atores sociais, e obviamente gargalos e dificuldades. É só tomar a variação das representações de um sistema nos diferentes níveis institucionais, como por exemplo entre o legislador, gestor, técnico de saúde, atendente e comunidade, que surgirão diferenças cruciais. Por isso é importante conhecê-las para mitigar os problemas de implementação das políticas e práticas públicas. Portanto o relato dos gestores de antemão já é "enviesado", pois é uma produção perspectiva a partir de sua experiência institucional, não sendo um dado "puro", exatamente quanti-

ficado, por exemplo, do número dos atendimentos, da resolutividade das intervenções e encaminhamentos. E nesse capítulo podemos justamente refletir sobre como os gestores vivenciam o sistema, a política, tanto nos erros, como nos acertos.

Foram realizados cinco grupos focais na modalidade on-line nos dias 09/06, 14/06, 28/07, 05/07 e 07/07/2022, aglutinando os gestores por regiões. O Grupo 1 foi realizado com gestores das regiões: Norte, Pireneus, São Patrício I, São Patrício II e Serra da Mesa; o grupo 2 contou com municípios das regiões: Central, Oeste I, Oeste II, Rio Vermelho; no grupo 3 participaram municípios das regiões: Centro-Sul, Estrada de Ferro, Sul, Sudoeste I, Sudoeste II; o grupo 4 foi formado por municípios das regiões: Entorno Norte, Entorno Sul, Nordeste I, Nordeste II e do grupo 5, participaram gestores representantes do Complexo Regulador Estadual, da Superintendência de Regulação da SES e representantes do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde de Goiás, COSEMS. Para apresentar as falas dos informantes neste capítulo utilizou-se a abreviação de Grupo Focal (GF) seguido do número do grupo correspondente às respectivas regiões que compõem cada um.

A equipe do grupo de pesquisa do IPTSP atuou na coordenação, observação e registro das falas. Operamos com um roteiro com as sete perguntas a seguir, que foram discutidas por todos os gestores. 1- Qual a importância da Regulação em Saúde para o seu município e região? 2- As solicitações de consulta especializada ou de procedimentos de média e alta complexidade são inseridas em sistema de regulação na própria unidade de atenção primária? 3- Como as unidades de atenção primária do seu município conseguem acompanhar o andamento das solicitações de consultas e/ou procedimentos especializados, incluindo o contato com os usuários para informar sobre o agendamento dos procedimentos solicitados, bem como os principais motivos de negativas/devoluções dessas solicitações? 4- Há uma revisão constante das solicitações inseridas no sistema no sentido de excluir as solicitações nas quais o paciente não deseja mais a vaga de consulta especializada, exames, cirurgia eletiva ou do paciente que foi a óbito? 5- Existem contatos entre as UBS ou médicos da Atenção Primária com a Regulação e/ou serviços regulados? Se sim, como isso é feito? 6- Qual o papel da PPI na garantia do acesso adequado aos serviços de saúde em Goiás? 7- Quais os entraves/fragilidades para o acesso dentro do complexo regulador? Após a discussão, também se abriu espaço para que os gestores realizassem considerações gerais. Todas as sessões foram gravadas e posteriormente transcritas em texto. Os autores deste capítulo se debruçaram numa análise mais pormenorizada dos discursos emergentes (PICHON-RIVIÈRE, 1983) para a construção das categorias de análise. Em nossa investigação trabalhamos com a frequência de aparição de determinado conteúdo discursivo, numa

Voltar ao sumário

análise de conteúdo temático categorial (BARDIN, 1977; VÁZQUEZ, 1997), bem como com a intensidade de determinados relatos (HUR, 2021; FERNANDES; HUR, 2022), acontecimentos, em que o gestor enuncia determinado discurso com grande significância.

A pesquisa como intervenção

Um primeiro aspecto a ser ressaltado é que a pesquisa com os grupos focais não foi uma mera coleta de dados, de informações, que funcionou em uma via de mão única; das falas dos gestores aos pesquisadores. Pois constatamos que também foi uma atividade considerada útil e proveitosa aos próprios gestores. Na medida em que discorriam sobre os temas solicitados, verificamos que eles consideraram importante falar, expressar-se e escutar os outros gestores. Nessa troca discursiva foi possível constatar que houve um exercício de produção coletiva das significações sobre a própria política de regulação. Um momento em que ao se falar sobre a própria experiência, pôde haver uma reflexão mais profunda sobre ela, e que possibilitou também um exercício para a construção de um denominador comum dos conceitos para os gestores. Alguns gestores afirmaram explicitamente que gostaram de falar, escutar, os outros, constatar que os problemas e desafios que enfrentam são comuns, elogiando essa atividade. Consideramos que nos grupos focais foi possível produzir significações coletivas sobre essa prática, a partir da heterogeneidade da formação, implicação, e acúmulo, entre os próprios gestores. Então a pesquisa percorreu uma via de mão dupla, em que já foi uma intervenção, uma atividade de formação para os próprios gestores poderem refletir e auto analisar suas experiências e implicação na política da regulação.

Os gestores expressaram uma série de dificuldades em todos os grupos focais em relação ao processo de regulação. Foram verbalizados muitos conteúdos que organizamos a partir das perguntas do roteiro.

Variações sobre a Regulação – Conhecimentos e impressões

Os gestores expressaram deter conhecimento sobre a política de regulação, exaltando sua importância e ressaltando a necessidade da sua qualificação. Entretanto há uma variação em suas representações demonstrada pelas diversas formas de compreensão do processo de regulação: como ferramenta estratégica da atenção; como instrumento de garantia do acesso, que atribui prioridade para aqueles que necessitam; de ser ordenadora da fila de serviços, ou mesmo, uma forma de pactuar e articular as ações de emergência.

Outrossim, são realizadas críticas sobre sua execução, em que alguns municípios não conseguem implementá-la, porque muitas vezes se restringe a inserir o paciente no sistema, mas não se consegue fazer o controle e avaliação do processo. Também foi citado que a regulação na urgência e emergência apresenta dificuldades em municípios pequenos, com

Voltar ao sumário

menos de dez mil habitantes. Outra crítica, enunciada por um gestor, é que por mais que a regulação tenha uma estruturação, é "sofrível para quem está com paciente aguardando a execução da parte burocrática" (GF 4).

Também foram citados problemas infraestruturais que impedem a efetivação da política de regulação. Por exemplo, o problema da conectividade na rede, da internet, que atrapalha o acompanhamento da regulação, um caso enunciado da região Nordeste.

Integralidade, acesso ou perdas

A inserção das consultas e procedimentos no sistema, chama atenção em alguns aspectos. Observa-se um certo padrão quanto ao porte dos municípios, uma vez que os municípios menores têm organizadas "salinhas de regulação" na sede da secretaria de saúde, operadas geralmente por assistentes sociais, técnicos de enfermagem e estagiários, que se ocupam da regulação para as unidades estaduais (GF 1). A regulação da média complexidade, para as unidades do município, quem faz é o médico da atenção primária, "que a gente entende estar mais próxima do paciente" (GF 1). No geral, existem três "ofertadores de serviços" nesses municípios: "o próprio município, com a sua regulação e suas unidades; as unidades pactuadas entre municípios, via PPI; e a regulação estadual, que foi um grande avanço". Nos municípios maiores, a UPA e o SAMU, realizam a regulação estadual pela rede de urgência e emergência, configurando uma rede própria do sistema. Outras questões foram reveladas, que impactam na forma como esses procedimentos são inseridos no sistema, apresentando aspectos que se relacionam à localização regional e a "dependência" dos municípios menores com os maiores, que passam a "obedecer aos critérios de regulação" (GF 2), das grandes cidades. Existe um clamor latente para aproximar a regulação da atenção primária, de onde as necessidades são mais observadas. Estas percepções suscitam iniciativas de gestores, no intuito de mudar a situação e forjar novos caminhos, para a melhoria do acesso à assistência à saúde. "... já existem lugares com projetos pilotos onde o próprio médico regula o paciente". "...eu peguei uma unidade e fiz um projeto piloto em que uma médica minha é responsável por regular todos os pacientes, da área dela, de mais ou menos 4 a 5 mil pessoas" (GF 2). Outros municípios atuam a partir dos protocolos e fluxos dos complexos reguladores, instituindo médicos auditores e autorizadores, que "fazem triagem" e alimentam o SERVIR ou "até em algumas situações, a nossa técnica leva até o município de Goiânia, onde nós temos algumas pactuações para serem agendadas" (GF 2). Esses profissionais, ao filtrarem as solicitações, retornam os pedidos aos médicos solicitantes, para que melhorem as justificativas e assim, o município pode diminuir a fila de espera para procedimentos e consultas especializadas e priorizar as necessidades mais urgentes.

Voltar ao sumário

Em municípios de médio porte, essas variações quanto ao encaminhamento das solicitações também são observadas. Há municípios, nos quais os procedimentos realizados na rede própria e conveniada, são solicitados pelas unidades básicas, por meio de servidores administrativos "treinados no sistema" (GF 3). Já as solicitações para fora, vê-se município que se utiliza de outra central, como a TFD (tratamento fora do domicílio) "em que o paciente traz e os operadores dessa central fazem a solicitação para os sistemas dos municípios pactuados e para o Estadual". Outro município declara possuir na secretaria da saúde o Controle, Avaliação e Regulação, que realiza tanto a regulação das solicitações da atenção primária, como as demandas para especialistas no próprio município e municípios pactuados. "A demanda para especialistas que nós temos que estão no nível da média e alta vem para secretaria para que possamos autorizar e colocar na agenda do profissional. Depois convocamos o paciente". "O que fica para a unidade de saúde que atende 24h são as urgências "(GF 3). "Os pedidos não são feitos pela UBS" (GF 4).

Foi relatado que o complexo estadual recebe em torno de 1.800 solicitações, agendadas de acordo com o que está pactuado "geralmente mais perto de casa, na região ou macrorregião" (GF 5).

No que se refere ao acompanhamento do andamento das solicitações de consultas e procedimentos, há uma grande variação nas respostas. Afirma-se a autonomia dos municípios e constata-se que há diferentes práticas. Há gestores que relatam que há um bom acompanhamento, com uma logística bem organizada, bem como há outros que narram dificuldades nesse quesito.

Os gestores verbalizam que realizam o acompanhamento por sistemas informáticos, como o SISREG e o Medicalzap, contatando os pacientes principalmente por telefone, por WhatsApp e em alguns casos pelo Agente Comunitário de Saúde. Em alguns municípios foi criada a função específica do operador de regulação de todas as unidades de saúde, devido a sobrecarga de trabalho das equipes em conseguir fazer esse acompanhamento (GF 2).

Também foi elencado o problema da notificação da liberação de um procedimento. Como não há um tempo médio de espera para cada procedimento, gera-se uma certa desorganização. Há casos em que a notificação da liberação é feita de um dia para outro, assim não havendo tempo hábil para se organizar infraestruturalmente para efetivar o atendimento. E o mesmo ocorre quando se refere às ofertas externas que são de PPI e de regulação estadual, em que os gestores consideram que ficam "sem informações" (GF 1).

Considera-se que os casos que demoram muito para ter resposta podem não ser atendidos, em que "(...) dependendo da necessidade do paciente muita coisa cai no esquecimento" (GF 3). Então, muitas vezes depende-se da pressão do paciente e sua família para que

Voltar ao sumário

haja o acompanhamento da solicitação: "Os pacientes que entram em contato ou que têm um político, liderança do bairro, ou agente de saúde correndo atrás, o profissional acaba dando retorno, mas do contrário, acredito que 80% do que é inserido no sistema a gente não tem como monitorar" (GF 1). A falta do acompanhamento do andamento gera uma desorganização e falta de celeridade das solicitações, gerando que "nossas filas são poluídas, cheias de coisas deixadas para trás, pedimos dois, três sistemas simultaneamente e quando é realizado um procedimento, não é feito o saneamento no outro sistema" (GF 3). Nessa fala também se adiciona a problemática de quando um município utiliza mais de um sistema informático, pode-se gerar duplicidades no processo de um mesmo paciente e dificuldades operacionais de atualizar em um sistema o que foi atendido por outro sistema.

Também se relatam casos de pedido de exames considerados desnecessários, como solicitação de ultrassonografia ou tomografia sem antecedentes. Critica-se que há uma priorização dos exames diagnósticos, em detrimento dos tradicionais atendimentos clínicos.

Sobre a revisão das solicitações inseridas no sistema, há gestores que afirmam que ela é satisfatoriamente realizada, bem como a maioria deles atesta a dificuldade de fazê-la. Há algumas falas, isoladas, que afirmam que ela não é realizada. São várias as razões que levam à dificuldade de realizar a revisão das solicitações, como a própria falta de "inteligência" no sistema, a utilização de sistemas diferentes, que não têm uma mesma interface, ou mesmo a falta de informações no momento do preenchimento dos dados no sistema, fatores que tornam as filas "poluídas". Como consequência, afirma-se que possivelmente há pacientes hoje inseridos no sistema que provavelmente já foram à óbito, mas que continuam a ocupar a "fila" devido à falta de revisão.

Então há muitas iniciativas localizadas de realizar a "higienização" do sistema, muitas vezes deslocando-se um profissional específico para realizá-la, para fazer essa "busca ativa", que é realizada minuciosamente, de forma manual, com planilhas de excel, já que o "sistema não colabora" (GF 3). Em outro caso, marcam-se as solicitações no prazo máximo de 15 dias, para que se possa ter o controle do fluxo de solicitações.

Baixa conexão/comunicação entre a Atenção Primária e a Regulação

No que se refere à forma como e por quem é realizado o contato entre a atenção e a regulação, os gestores informaram que, em geral, é feito via sistema e por um membro da equipe ou até mesmo pelas unidades de saúde.

A crítica quanto a essa questão refere-se à falta de comunicação entre os sistemas, "Nós sabemos que nem o sistema de regulação, o sistema de atenção básica, e-SUS e o prontuário eletrônico não comunicam entre si no âmbito SUS. Mas falando por mim eu contratei o sistema que integrou tudo isso [...] (GF

Voltar ao sumário

3)". Ainda nessa perspectiva, "Precisamos ter uma padronização dos sistemas do SUS, que são muitos. O SISREG não deu certo, muitas vezes, por ser complexo e antigo. Os sistemas não conversam entre si, mesmo com as melhorias por ter transformado a fila física em virtual" (GF 1).

Sobre como é feito o contato, "[...] na urgência e emergência tem a conversa do médico solicitante com o médico regulador via adendo [...] para o contato de Tratamento Fora de D, TFD, municípios pactuados pelo estado, é feito através do adendo e pelo SERVIR. Utilizamos o Medical Zap, WhatsApp e telefone" (GF 3).

Ainda sobre a forma de contato, os gestores relataram que, "o contato acontece com a própria equipe técnica, não só o médico, mas o enfermeiro que está mais próximo desse paciente e o agente comunitário de saúde [...] devem existir municípios de grande porte que só inserem e pedem vaga, mas não tem essa devolutiva [...], mas o ideal é esse *feedback* do médico ou da unidade solicitante" (GF 1).

Outra crítica referiu-se à necessidade de haver mais proximidade nesse processo. "Quando o paciente é posto na fila a conversa entre departamentos é somente através de formulários. A gente poderia melhorar esse acesso, por exemplo no sistema do e-SUS, uma plataforma única do ministério (GF 1).

Também foi ressaltada a importância desse contato para agilizar o retorno às solicitações. "Esse contato é primordial até mesmo para não estrangular esse sistema e eu acho importantíssimo estarem sempre atualizando a questão dos fluxos e protocolos e a equipe do complexo regulador sempre estar em sintonia em relação a isso para ter uma maior agilidade nas solicitações" (GF 2).

Não obstante as melhorias já alcançadas, os gestores apontaram questões que ainda precisam ser melhor cuidadas e destacaram a judicialização como mecanismo que, em certa medida, prejudica o funcionamento dos serviços quanto aos princípios doutrinários do SUS, pois da forma como é utilizada ela fere a equidade.

PPI, entrega, alcance, gargalos

Em relação à PPI, as críticas apontadas pelos gestores perpassam questões sobre financiamento, desatualização do programa, desconhecimento e rotatividade de gestores.

Sob o viés do financiamento, a crítica pode ser percebida no trecho: "A minha cidade gira em torno da rede privada com uma tabela SUS extremamente ultrapassada [...]. Estamos sendo penalizados financeiramente com relação a oferta de serviço diante da falta de atualização dos valores. A base populacional da PPI é de 2011, desde então, nem crescimento estatístico ela sofreu. O valor é desfalcado com o aumento do serviço, especialmente com mudança da pirâmide etária. Hoje pensamos em um pré fixamento baseado no critério populacional" (GF 1). Ou ainda: "é um cheque em branco que você entrega. Possui um saldo

Voltar ao sumário

insuficiente e a população não quer saber disso, bate na sua porta, não no estado ou no Federal. Os municípios que pactuam, entregam à vista o pagamento, sem garantia de entrega de serviço. A PPI trabalha com tabela SUS e nenhum município que trabalha com prestador de serviço usa tabela SUS (GF 3). Ainda sobre os valores insuficientes, "[...] tabela SUS defasada, alguns municípios não conseguem contratualizar determinado serviço ao preço que a portaria repassa" (GF 2). Nesse sentido, "o problema não é a ferramenta, o problema não é o instrumento, a PPI é um instrumento de planejamento, o problema é que os valores do Estado, o nosso *per capita* é aquém, não é suficiente, [...] mas o saldo que é insuficiente e também a forma como o recurso foi programado, não existe pessoas em todos os municípios que conseguem entender a planilha, se enxergar nela. É preciso fazer a reprogramação dos recursos e dar transparência" (GF 5).

A crítica relacionada à desatualização da PPI pode-se verificar a seguir, "eu acho o formato arcaico e ultrapassado, não só pela questão financeira, mas pelo formato de execução. Então acredito que nem com atualização de valores melhoraria. Acho arcaico". "A gente não sabe o que usar do dinheiro, o relatório depende do faturamento do ministério. Ninguém sabe usar o TabWin e TabNet. Municípios detentores de serviço colocam seus pacientes no meu município para executar meu saldo da PPI. Falta controle, clareza e simplicidade" (GF 1). "Sempre atrasado, a gente produz agora e vai para o TabWin daqui dois ou três meses e não acompanha a realidade [...] A PPI não retrata a seriedade que a gente trata aqui nossos pacientes. É um sistema defasado com uma base de 2010. O referencial não acompanha nem a progressão estatística do Censo". Ou ainda, " eles sempre recorreram a outros elementos para poder haver a garantia de acesso, como convênio e agora está começando a pensar em consórcio, porque a metodologia da PPI está extremamente ultrapassada" (GF 3).

Quanto ao desconhecimento sobre o que é e para que serve a PPI por parte de alguns gestores, a fim de favorecer a utilização adequada do programa em prol do atendimento às necessidades da população, "alguns gestores não sabem nem com quem é pactuado". "PPI é instrumento de planejamento e não de execução e a gente só usa a PPI para planejar" (GF 5). "Eu estive em outras regionais e sei que outros municípios têm dificuldade de entender ela, de onde vem o dinheiro, não sabe como faz a revisão ou para que serve. A realidade é essa" (GF 4). "Acho que a gente precisa entender o que é o mecanismo da PPI, inicialmente pensava assim, que cada município não é auto suficiente, então ele precisa de outro, entretanto, não existe mecanismo legal de repasse entre um município e outro hoje facilmente, então o Ministério cria a figura da PPI, e aí eu tenho um teto e distribuo para outro que tem outro teto [...]" (GF 5). Nesse sentido, "aqui, por exemplo, tem município que a gente está pactuado no papel, mas a gente acaba acor-

Voltar ao sumário

dando outras necessidades, exemplo prático: um município tem pactuado alguns serviços em outro porque eu tirei de outras cidades que não estavam cumprindo a PPI, a maioria não cumpre as pactuações, e aí eu tirei em uma revisão e deixei serviços lá porque que eu sei que eles não oferecem, mas a gente acordou internamente que quando o meu cirurgião não está aqui, eles atendem minha gestante" (GF 4). Essa crítica também aponta para um desdobramento, a rotatividade de gestores como um dificultador desse entendimento, "o que a gente percebe quando vai conversar com alguns gestores é que não sabe nem com quem é pactuado, nem o serviço que ele tem pactuado, essa falta de informação também principalmente por conta dessa rotatividade de gestores" (GF 5).

Os gestores apontaram que a PPI é um importante instrumento de planejamento das ações e serviços de saúde, porém ressaltaram a necessidade de uma revisão, a fim de aproximá-la mais da realidade dos municípios, considerando as particularidades de cada um, bem como adequar a tabela de valores e monitorar as pactuações para que elas sejam efetivamente cumpridas pelos municípios polos responsáveis pela prestação de serviços, a fim de conferir mais transparência no processo de pactuação e desse modo priorizar a saúde e vida dos pacientes usuários do SUS.

Entraves, vazios, realidade

Foram citados vários entraves vivenciados na implantação da política de regulação nos municípios e no estado de Goiás. No âmbito da organização da política, critica-se que em alguns casos há ausência da concretização de um complexo regulador, pois "a regionalização de saúde não aconteceu ainda como é proposto" (GF 3). Nesse sentido, critica-se que "não ter um planejamento da Regulação da Atenção, não instituir os protocolos, afeta a regulação do Acesso" (GF 3).

Também foram enumerados problemas práticos do fluxo de solicitações, já supracitados neste capítulo, como a presença de uma fila represada, o problema da pouca oferta de serviços e prestadores, a distância entre município de origem do paciente e o município executante, a demora da liberação da vaga, bem como a falta de capacitação de gestores e técnicos de municípios pequenos.

Um terceiro entrave é deslocado do complexo regulador para as unidades prestadoras de serviço, seja pela escassez de serviços, tipos de exames, ou pelo seu atendimento parcial, que atrasa todo o processo. "Como por exemplo, para tentar ser clara, uma solicitação de histerectomia para uma paciente de quase 220 Kg, saiu a vaga em um local, o médico deste local envia uma carta informado que ali não há macas para suporte de paciente acima de 150 kg para que seja realizado o procedimento. É feita a devolutiva e nós colocamos o adendo

Voltar ao sumário

no sistema, não é visualizado e liberam a vaga novamente no mesmo local" (GF 2). Nesse caso, o médico responsável não analisou o adendo que foi redigido, e liberou a mesma vaga novamente. Dessa forma, a intervenção não foi realizada e a remarcação de um procedimento que não pôde ocorrer "segurou a fila", atrasando outras intervenções.

No âmbito do sistema de informação em saúde, levanta-se a necessidade de ter uma padronização dos sistemas do SUS. Um dos gestores expressa que o e-SUS é melhor que o SISREG, pois considera que este segundo está desatualizado.

Também foram citados como entraves à regulação o viés eleitoreiro da interferência de políticos, bem como os processos da esfera judiciária sem base técnica. Há pacientes que conseguem uma vaga até então inexistente, por serem amigos de políticos, deputados. Os processos judiciários também criam acesso a novas vagas. De acordo com um gestor, a "judicialização fere a equidade do acesso ao cidadão a vaga, pois interfere na fila da regulação sem critério técnico. Então, o juiz ou promotor utiliza-se do artifício da Constituição de que saúde é direito de todos, mas esquece que isso é feito com políticas públicas, como a regulação" (GF 1).

Para que o sistema tenha maior eficácia e resolutividade, os gestores sugerem diversas estratégias, como: qualificação dos médicos da ponta, necessidade em aumentar a comunicação entre médico regulador e médico assistente, ter uma equipe técnica específica para realizar a regulação (e capacitá-la), estabelecer um protocolo de acesso, unificar os sistemas e instituir uma governança no complexo regulador.

Tópicos conclusivos

Esse capítulo traz as falas de cerca de 30 gestores representantes das 5 macrorregiões de saúde do Estado, das 18 regiões de saúde e também das Comissões Intergestores Regionais, CIR, que fizeram parte dos Grupos Focais realizados. Desse modo, por meio da interação entre os participantes, foram sendo construídos discursos coletivos, e apresentadas diferentes percepções, ideias, sentimentos e experiências dos participantes do grupo. A pesquisa com os gestores em saúde, revelou vivências, representações e opiniões acerca da política de regulação em saúde, considerando a diversidade regional no estado de Goiás. Dessa forma, foram relacionados aspectos importantes revelados nas categorias de análise.

As variações nas representações dos gestores apresentaram a regulação como uma ferramenta estratégica da atenção, pois ela pode atuar na garantia de acesso ao estabelecer prioridade para aqueles que necessitam; como ordenadora da fila de serviços, ou mesmo, como forma de pactuar e articular as ações de emergência. As críticas sobre a execução da política de regulação nos municípios mostraram diferenças e dificuldades que se relacionam tanto ao porte do município, quanto à região à qual se localizam.

Voltar ao sumário

Por mais estrutura que a regulação tenha, a demora na parte burocrática e a falta de monitoramento das solicitações gera sofrimento para a gestão que está com o paciente aguardando o procedimento, muitas vezes em estado grave. Em decorrência disso surgem situações de pressão do paciente e sua família, ou até de um político, liderança do bairro, ou agente de saúde para ter um retorno, revelando desorganização e falta de celeridade das solicitações, "filas poluídas, cheias de coisas deixadas para trás". A existência de vários sistemas de informação no SUS que não comunicam entre si sobrepõem informações e congestionam os serviços.

Destaca-se, porém, uma expectativa grande de que a atenção primária se torne a responsável por todo o processo de regulação, pois é onde as necessidades são mais observadas. Nesse sentido, vê-se iniciativas de gestores, no intuito de mudar a situação e forjar novos caminhos, para a melhoria do acesso à assistência à saúde.

A compreensão equivocada da PPI, o financiamento insuficiente, a desatualização quanto a valor, número de usuários e aumento da expectativa de vida são fatores que inviabilizam a utilização adequada da ferramenta. Porém, a pactuação nem sempre garante a entrega dos serviços contratados, pois o pagamento é feito antes, daí a necessidade de conferir mais transparência e ter maior controle sobre a execução dos serviços pactuados, com base na programação da PPI. Por outro lado, a rotatividade de gestores pode dificultar um planejamento adequado à realidade de cada um. Nesse sentido, é fundamental esclarecer que a PPI é instrumento de planejamento e não de execução.

As interferências de políticos com finalidade eleitoreira, bem como as intervenções da esfera judiciária sem o devido conhecimento da área, alteram o fluxo de solicitações de vagas sem considerar o critério técnico para intervir nos processos, causando danos à maioria dos cidadãos.

De modo geral, as falas dos gestores em relação à implementação da política de regulação em Goiás, permitiram inferir que a regionalização ainda não se efetivou na prática diária nos municípios e Estado goiano, sendo necessária a criação de instrumentos para melhorar a atenção e garantir o acesso dos usuários.

Recomendações advindas das falas dos gestores

Necessidade de criar iniciativas localizadas para realizar a "higienização" do sistema; profissional específico para fazer uma "busca ativa"; controle quinzenal dos fluxos das solicitações.

Padronizar os sistemas de informação ou criar um único. SISREG complexo e antigo, sendo necessário simplificar e atualizar os instrumentos de comunicação para tornar a regulação mais eficiente no atendimento às necessidades da população.

Aperfeiçoar a comunicação entre a Atenção Primária e a Regulação, como instrumento

Voltar ao sumário

capaz de promover melhorias ao funcionamento da regulação

Revisar a PPI, quanto à atualização dos valores, adequação da base populacional, em quantidade, mas também em relação ao aumento da expectativa de vida.

Necessidade de implementar a governança na gestão, a fim de dar continuidade a trabalhos com bons resultados para a saúde da população, para que a troca de gestores no âmbito das secretarias e até mesmo das administrações municipais e estaduais não prejudiquem o desenvolvimento de ações capazes de melhorar a vida dos cidadãos.

Aumentar a oferta de serviços e prestadores, capacitar gestores e técnicos, agilizar a liberação de vaga e resolver problemas de logística como a distância entre os municípios demandantes e os que executam os serviços.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

FERNANDES, M. I. A.; HUR, D. U. Psicanálise, grupo e teoria da técnica: conselhos ao jovem coordenador de grupos. **Psicologia USP**, nº 33, p. 1-8. 2022. https://doi.org/10.1590/0103-6564e190078

HUR, D. U. Cartografia das intensidades: pesquisa e método em esquizoanálise. **Práxis Educacional,** vol. 17, nº 46, p. 1-18, 2021. https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i46.8392

LATOUR, B. **Reensamblar el social: una introducción a la teoría del actor-red.** Buenos Aires: Manantial, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal.** São Paulo: Martins Fontes, 1983.

VÁZQUEZ, F. **El dispositiu d'anàlisi de dades: l'Anàlisi de contingut temàtic/categorial** (Investigació i Coneixement Psicosocial). Mimeografado, 1997. https://drive.google.com/drive/folders/1riSmOj_mTjnH6Cp86gXmTwUs9J8x49j4?usp=sharing

Voltar ao sumário

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa, realizada em parceria entre o Tribunal de Contas do Estado de Goiás (TCE) e a Universidade Federal de Goiás (UFG), buscou contribuir na identificação de avanços, dificuldades, lacunas, problemas e oportunidades na oferta de serviços de saúde e o seu uso pela população goiana. Ao lado de analisar a implementação da política de regulação em saúde no Estado, o estudo produziu conhecimentos, reflexões e sugestões que favorecem o aprimoramento dessa política.

Os resultados aqui apresentados têm, antes de tudo, um sentido formativo e advêm de informações e dados sobre o processo de regulação no Estado, nos anos de 2019, 2020 e 2021. Os dados obtidos retrataram o acesso à saúde em Goiás, as condições de vida e de saúde da população; os mecanismos de apoio ao processo de regulação, como a PPI, os complexos reguladores e os sistemas de informação; o georreferenciamento dos estabelecimentos de saúde com vínculo SUS no Estado de Goiás e as internações no Estado de Goiás e Distrito Federal; a análise de 44 indicadores de desempenho do sistema de saúde no estado de Goiás. Outra fonte de informações desse estudo foi obtida por meio da escuta qualificada de cerca de 30 gestores municipais e estaduais.

Como outras políticas públicas, o SUS foi implementado há pouco tempo no país, operando com recursos orçamentários, recursos humanos e equipamentos certamente não suficientes para a realidade complexa e heterogênea do território nacional e goiano. Embora Goiás tenha uma posição destacada na economia nacional, a análise de indicadores de acesso a serviços e de resultados em Saúde revela grande proximidade entre a realidade goiana e a nacional. O nono estado mais rico da federação apresenta esperança de vida – 75 anos - um pouco abaixo dos 77 anos do conjunto do país, com taxas de mortalidade geral, mortalidade infantil e perfil epidemiológico de óbitos também próximas. Se já no presente há desafios significativos na promoção da saúde, a dinâmica demográfica e socioeconômica do estado aponta cenários não triviais para o planejamento e oferta dos serviços de saúde para a população goiana. Como acontece em todo o país, o número de idosos está crescendo a uma taxa média bem acima da população, apontando a necessidade de ampliação da oferta de serviços e especialidades médicas, cuidados e assistência social para esse público. Em um contexto de restrição de repasses de recursos federais nos próximos 15 anos, mais do que nunca é importante desenvolver ações

de promoção de saúde e bem-estar que, além de proporcionar qualidade de vida a esse segmento da população, contribua para diminuir possíveis casos e tempo de internação hospitalar decorrente do envelhecimento.

Como o estado é ainda um lócus de atração migratória, bem menor do que já foi no passado, a transição demográfica em Goiás se dará em ritmo mais lento, com o contingente de crianças e adolescentes estável nas próximas décadas. Demandas de educação pública, ampliação da jornada, educação infantil e políticas para infância e juventude, por exemplo, continuarão pressionando municípios e governo estadual e requerendo recursos públicos para os serviços de saúde. Educação, Saúde e Proteção Social são demandas legitimadas na Constituição Federal e, inexoravelmente, precisarão ser atendidas pelo poder público, como o foram em outros países que passaram por processos semelhantes, como França, Alemanha e Portugal, ao longo dos últimos 70 anos. A essas demandas já "contratadas", deve-se acrescentar os problemas advindos da Pandemia, no âmbito escolar e da segurança alimentar.

Ainda que se imaginasse a busca de soluções via mercado, elas parecem pouco factíveis ou efetivas no curto e médio prazo. Como apontado, somente 26% da população goiana está coberta por planos de saúde, cujo rol de atendimentos previstos é certamente muito variado, e dependente de serviços de média e alta complexidade do SUS. Ademais, ainda que o mercado de trabalho de Goiás revele-se mais dinâmico que o de outros estados, os níveis de rendimento do trabalho são muito próximos. O setor agro-exportador, de produção de agro-alimentos e a indústria de transformação têm garantido um crescimento positivo da economia estadual, mas insuficiente para gerar empregos necessários para aplacar o aumento da fome e pobreza no estado ao longo dos últimos sete anos, e agravados pela pandemia. Cerca de 13% da população do estado já estava em insegurança alimentar moderada ou grave em 2018, cifra similar à do país. Fato é que o SUS tem garantido a larga parcela da população do estado o atendimento primário à saúde, o acesso à distribuição de medicamentos e à hospitalização.

A mudança do modelo de atenção à saúde tem sido um dos desafios, ao longo dos anos, em que pesem os avanços no marco legal da política de saúde no Brasil, o SUS. Implementar saberes e práticas voltados à resolução dos problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, sopesando as desigualdades em saúde, respeitando a diversidade regional e local, demanda decisão política na condução dos caminhos de construção do SUS. Nesse sentido, o acesso, enquanto categoria na saúde, deve ser considerado, quando da formulação e implementação de políticas públicas de saúde, apresentando um elevado potencial para a organização do sistema de saúde brasileiro.

A implementação da regulação pelo poder público na saúde surge como uma estratégia de organização do sistema para o enfrentamento

Voltar ao sumário

de uma realidade, em que a demanda é maior que a oferta de serviços públicos nessa área. Portanto, essa estratégia contém em si uma multidimensionalidade, envolvendo tanto aspectos políticos, econômicos e sociais quanto organizativos, técnicos e simbólicos, e que extrapola a dimensão geográfica, no esforço de resolver os problemas, do "não acesso".

Na dimensão operacional e de apoio ao processo de regulação estão os complexos reguladores, a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e os sistemas de informação.

Os complexos reguladores favorecem a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada às necessidades dos cidadãos, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada e são, portanto, fundamentais para estruturar as ações de regulação, controle e avaliação no SUS, buscando a qualificação dos processos de trabalho e subsidiando trabalhadores e gestores no planejamento e tomada de decisão sobre a organização da rede assistencial. Para tanto, a pesquisa aponta a necessidade de avaliar continuamente os seus resultados numa abordagem quanti-qualitativa, ou seja, uma avaliação pautada na construção de critérios e indicadores de saúde capazes de mensurar o alcance das metas estabelecidas para o sistema, criando padrões de qualidade e apontando necessidades de investimento tanto em estrutura quanto em capital humano. Outrossim, é necessário, cada vez mais, estabelecer canais de comunicação com os usuários, resguardando o sigilo das informações sensíveis, mas proporcionando incremento significativo no nível de confiança e credibilidade do SUS, favorecendo a redução das intervenções judiciais.

O processo de monitoramento e avaliação precisa também considerar o impacto das recentes mudanças na gestão e gerência das unidades assistenciais da rede própria da Secretaria de Estado da Saúde, cujo acesso é administrado pelo Complexo Regulador Estadual. Porém, a avaliação da resolutividade no acesso em tempo oportuno e considerando os critérios de regionalização para a oferta das vagas, não poderá ser desatrelada de uma avaliação mais ampla do grau de organização dos serviços assistenciais em redes de atenção, fortemente coordenadas e ordenadas pela atenção primária em saúde. E sem dúvida, tal processo mostra a necessidade de qualificação de todos os profissionais envolvidos nas ações de regulação, em favor da melhoria dos resultados assistenciais alcançados e resolutividade do cuidado ofertado aos usuários do sistema de saúde. Ademais, observam-se poucas iniciativas de avaliação do sistema de saúde em Goiás na implementação das diversas políticas, em particular a de regulação da saúde.

Ao mesmo tempo, é necessário a incorporação das áreas reconhecidas legalmente e na literatura como porta de entrada e ordenadoras do sistema de saúde, tendo como força motriz a maior capacidade de se adaptar às singularidades e excentricidades próprias de cada cidadão/usuário dos serviços de saúde,

Voltar ao sumário

priorizando espaços situados nas proximidades das pessoas, que atuem no acompanhamento tanto da clínica, quanto do cotidiano dos cidadãos em seus territórios adstritos.

Nesse processo de organização e incorporação de saberes identifica-se a necessidade de qualificação dos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, quanto ao conhecimento e operacionalização dos recursos que são programados para a execução de serviços. Compreender como se dá o funcionamento da Programação Pactuada Integrada, PPI, e realizar o monitoramento da execução dos serviços ora pactuados entre municípios, possibilitará a gestão municipal identificar possíveis gargalos no acesso da população aos serviços de saúde, além de subsidiar discussões nas instâncias de Pactuação do SUS que tenha como objetivo organizar as redes de atenção à saúde, de forma que o usuário tenha o direito à saúde garantido.

Quanto à PPI, no que se refere à programação e produção dos serviços, a pesquisa identificou a necessidade da estruturação de serviços nos locais de maior vazio assistencial como a Macrorregião Nordeste do Estado de Goiás e a prioridade para a descentralização de serviços no Estado, com a implantação de Policlínicas, abertura de Hospitais Gerais e de serviços de apoio e diagnóstico nas regiões de saúde. Esse cenário de estruturação de serviços em municípios polo, concorre para a autonomia das macrorregiões quanto a oferta de serviços, possibilitando garantia de maior acesso à população. Outro fator de fundamental importância para a melhoria da execução da PPI é a inclusão dos valores das contrapartidas municipais (valores complementares) na programação das ações, uma vez que os valores de referência são concernentes com os repasses federais, o que impossibilita o conhecimento do que de fato está sendo alocado em serviços programados e contratados nos municípios, tanto para execução de procedimentos da sua população própria, quanto para a população referenciada. Diante do exposto, é imprescindível que o estado de Goiás identifique os custos dos procedimentos e serviços nas diferentes macrorregiões de saúde, considerando as especificidades de cada local, e que esses valores componham o Planejamento das Pactuações.

A identificação de vazios assistenciais e de desigualdade na distribuição dos serviços, com concentração na região metropolitana, apontadas pelos dados de execução da PPI no Estado, também se confirmam por meio do georreferenciamento da distribuição dos estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS e pontos de atenção (básica, média e de alta complexidade). Pelos mapas apresentados, as regiões de saúde e os respectivos municípios, que ofereceram maior suporte às demandas na área da saúde foram: Central (Goiânia), Pirineus (Anápolis), Centro-Sul (Aparecida de Goiânia) e Sudoeste I (Rio Verde); sendo que as regiões mais desassistidas em relação aos quantitativos de estabelecimentos de saúde

Voltar ao sumário

vinculados ao SUS e de pontos de atenção foram a Nordeste I, Nordeste II, Serra da Mesa, Oeste I, Norte e Rio Vermelho. As regiões dos Entornos Norte e Sul são dependentes do Distrito Federal, sendo este o principal destino de internações dos residentes dessas duas regiões de saúde.

No sentido de também apoiar o processo de regulação, está a transformação digital da regulação, ou seja, a informatização dos pontos da rede de assistência, o que inclui a disponibilidade de tecnologias com qualidade, além de mais recursos, mais decisão política dos gestores e maior capacitação dos operadores, para a interoperabilidade de sistemas de informação em saúde. Estas ações são prementes, juntamente com a definição de uma política de informação e informática em saúde de médio e longo prazos, no sentido de (re) estruturar a Saúde Digital para o estado de Goiás.

A análise de 44 indicadores extraídos da Proposta de Avaliação de Desempenho do Sistema de Saúde, PROADS, oferecem pistas importantes sobre o desempenho do sistema de saúde em Goiás, em que pesem que respostas sobre esse aspecto, demandam mais pesquisas, comparações e análises que a complexidade da matéria exige, como por exemplo, avaliações constantes dos processos decisórios que envolvem a implementação de políticas de saúde. Da mesma forma, a guisa de comparação com a tendência do desempenho dos sistemas de saúde no Brasil, em que persistem grandes desequilíbrios entre a oferta e a demanda dos serviços e o não atendimento das necessidades sentidas pelos usuários, sugere que esse comportamento reflete um histórico de desatenção na construção dos caminhos que favoreçam a integralidade da saúde para a população no País. O estudo desses dados na perspectiva da regulação foi realizado a partir de três estratégias do SUS: a integralidade, a universalidade e a equidade. A integralidade, que abrange a dimensão das necessidades e interesses do usuário da saúde, na sua singularidade, e a universalidade e a equidade, que dizem respeito à dimensão coletiva. Por um lado, a análise das séries históricas dos indicadores de desempenho do sistema de saúde em Goiás demonstrou a força da Atenção Primária em saúde e o impacto desse modelo de atenção na redução dos casos de doenças e internações evitáveis, justificado pela ampliação do acesso aos serviços territorializados e mais próximos da população. Por outro lado, os dados também demonstram barreiras gritantes quanto ao acesso aos serviços de média e alta complexidade, evidenciando a incapacidade do sistema de saúde em oferecer atenção integral à saúde da população. Ademais, o estudo tanto dos dados secundários quanto dos primários, (fala dos gestores de saúde) explicitam o baixo poder decisório conferido à Atenção Primária, o que impede ou limita a capacidade desses serviços em promover a integralidade e continuidade na atenção aos pacientes e de exercer a capacidade de se

Voltar ao sumário

adaptar às singularidades de cada paciente e de cada nova necessidade de saúde apresentada.

Emerge assim, a necessidade de valorização dos serviços de Atenção Primária em Saúde, APS, com a estruturação completa da Estratégia de Saúde da Família, ESF, em todos os municípios. Essa estruturação deve ter como suporte a organização da educação permanente em saúde, com a oferta de cursos de formação e atualizações clínicas, priorizando a clínica nos atendimentos e, *pari passu,* que seja fortalecida a decisão política quanto ao papel da APS como o ponto do sistema de saúde responsável pelo seu ordenamento.

Destacou-se com grande importância neste estudo, a escuta de cerca de 30 gestores representantes das 18 regiões de saúde, das Comissões Intergestores Regionais, CIR, e do nível central da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás, SES. A pesquisa com os gestores em saúde revelou vivências, representações e opiniões acerca da política de regulação em saúde, considerando a diversidade regional no estado de Goiás, convergindo para representações da regulação como ferramenta estratégica da atenção, garantia de acesso, ordenadora da fila de serviços, ou mesmo, como forma de pactuar e articular as ações de emergência.

As representações também revelaram, por meio das falas dos gestores, angústias e sofrimentos, causados por excesso de burocracia, deficiência no fluxo das solicitações dos procedimentos, mesmo dos mais graves, que envolvem a vida de pessoas. Essas situações, por vezes, remetem ao uso de mecanismos como a busca de parlamentares, do Ministério Público, do judiciário ou de outras lideranças, que possam ajudar as famílias no acesso ao atendimento. No entanto, há um reconhecimento que as interferências de parlamentares, bem como as intervenções da esfera judiciária sem o devido conhecimento da área, alteram o fluxo de solicitações de vagas, desorganizando o sistema e causando danos aos cidadãos. Aliado a isso, foi apontado como dificultador do processo de regulação, a existência de diversos sistemas de informação no SUS, que não se comunicam, sobrepõem informações e congestionam os serviços.

A PPI também foi destaque nas falas dos gestores, sobressaindo a opinião de que o financiamento insuficiente, a desatualização do valor de procedimentos, do número de usuários e do perfil demográfico da população (como o aumento da expectativa de vida), são fatores que inviabilizam a utilização adequada da ferramenta, como estratégia de inclusão e de acesso aos serviços de saúde.

Assim como em outros resultados deste estudo, a expectativa de que a atenção primária se torne a principal responsável pelo processo de regulação da saúde no Estado, apareceu com força nas falas dos gestores municipais, que compreendem ser este o espaço onde as necessidades de saúde são melhor observadas.

A escuta dos gestores também permitiu perceber a relevância conferida por estes à necessidade de transparência das receitas e des-

Voltar ao sumário

pesas na gestão de recursos do SUS. Apontam também para a revisão do papel de "tabelas" na remuneração do trabalho em saúde. Esse modelo de remuneração da produção de cuidados de saúde, com base, majoritariamente, em "tabela de procedimentos", provoca uma deturpação do sentido do cuidado em saúde, como se estes devessem ser calculados a partir de estimativas de preços do mercado, incluindo suas margens de lucros, que distorcem o cálculo dos custos em saúde.

Entende-se que os aspectos de práticas clientelistas reveladas pelas falas, no processo de implementação de políticas sociais, como no caso da saúde no Estado, aponta para um viés de intervenção externa, que concorre para a desorganização da governança e gestão do SUS, dificultando o planejamento setorial e impondo aos gestores municipais agendas estranhas às necessidades de saúde das populações desses territórios, como por exemplo, o crescimento da destinação de recursos orçamentários e financeiros por parlamentares no orçamento público no SUS. Essas ações externas ao campo da saúde favorecem a criação de obstáculos ao fortalecimento dos princípios do SUS, em especial o princípio da equidade, podendo levar à desregulamentação, a flexibilização e ao enfraquecimento dos alicerces do sistema, deturpando as competências dos espaços de pactuação interfederativa e da participação social.

Percebeu-se a regulação como um recurso sanitário importante, que antes de ser um recurso administrativo, deve consistir em uma estratégia de garantia do direito à saúde no Estado, por meio das ações e serviços de saúde, tendo o cuidado em saúde, como diretriz. Ademais, reforçada pelas falas dos gestores em relação à implementação da política de regulação em Goiás, é possível inferir que a regionalização ainda não se efetivou na prática diária da gestão da saúde nos municípios goianos e nas regiões do Estado, sendo necessário a criação de instrumentos e estratégias que garantam a melhoria da atenção e do acesso dos usuários aos serviços de saúde, de forma integral, universal e equânime.

Voltar ao sumário

SOBRE O E-BOOK

Tipografia: Garamond Premier Pro

Publicação: Cegraf UFG
Câmpus Samambaia, Goiânia-Goiás. Brasil. CEP 74690-900
Fone: (62) 3521-1358
https://cegraf.ufg.br