

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM**  
**PLANEJAMENTO E GOVERNANÇA PÚBLICA**

VIVIAN PATRICIA RAKSA

**A REGIONALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA PÚBLICA**  
**EM SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ: ANÁLISE DOS VAZIOS**  
**ASSISTENCIAIS COMO SUBSÍDIO À AÇÃO DO ESTADO**

DISSERTAÇÃO

CURITIBA

2015

VIVIAN PATRICIA RAKSA

**A REGIONALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA PÚBLICA  
EM SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ: ANÁLISE DOS VAZIOS  
ASSISTENCIAIS COMO SUBSÍDIO À AÇÃO DO ESTADO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Planejamento e Governança Pública, do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Área de Concentração: Planejamento e Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Gonçalves de Oliveira.

CURITIBA

2015

---

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**

---

Raksa, Vivian Patricia  
162r 2015 A regionalização como instrumento de governança pública em saúde no  
Estado do Paraná : análise dos vazios assistenciais como subsídio à ação do estado /  
Vivian Patricia Raksa.-- 2015.  
127 f.: il.; 30 cm

Texto em português, com resumo em inglês.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa  
de Pós-graduação em Planejamento e Governança Pública, Curitiba, 2015.  
Bibliografia : f. 116-123.

1. Saúde pública - Administração - Descentralização - Paraná. 2. Política pública.  
3. Saúde - Planejamento - Brasil. 4. Política de saúde. 5. Leitos hospitalares - Paraná  
- Distribuição. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). 7. Administração pública -  
Dissertações. I. Oliveira Antonio Gonçalves de, orient. II. Universidade Tecnológica  
Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança  
Pública. III. Título.

CDD 22 -- 351

---

**Biblioteca Central da UTFPR, Câmpus Curitiba**



Ministério da Educação  
**Universidade Tecnológica Federal do Paraná**  
Diretoria do *Campus* Curitiba  
Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
**Programa de Pós-Graduação em  
Planejamento e Governança Pública**



**TERMO DE APROVAÇÃO**

Dissertação N.º 45

**A REGIONALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA PÚBLICA  
EM SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ: ANÁLISE DOS VAZIOS  
ASSISTENCIAIS COMO SUBSÍDIO À AÇÃO DO ESTADO**

por

**VIVIAN PATRICIA RAKSA**

Esta dissertação foi apresentada às 14h do dia **16/12/2015** como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM PLANEJAMENTO E GOVERNANÇA PÚBLICA, Área de Concentração - Planejamento e Políticas Públicas, do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. A(o) candidata(o) foi arguida(o) pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho:

- Aprovado  
 Aprovado com restrições  
 Reprovado

\_\_\_\_\_  
Prof. Antonio Gonçalves de Oliveira, Dr.  
(PPGPGP-UTFPR)

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Simone Aparecida Polli, Dr.<sup>a</sup>  
(PPGPGP-UTFPR)

\_\_\_\_\_  
Prof. Carlos Mello Garcias, Dr.  
(PPGTU-PUC)

Visto da Coordenação

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Maria Marta Nolasco Chaves, Dr.<sup>a</sup>  
(PPGENF-UFPR)

\_\_\_\_\_  
Prof. Antonio Gonçalves de Oliveira, Dr.  
Coordenador (PPGPGP)

- O Termo de Aprovação assinado encontra-se na Coordenação do Programa -



*“O futuro não é um lugar onde estamos indo, mas um lugar que estamos criando. O caminho para ele não é encontrado, mas construído e o ato de fazê-lo muda tanto o realizador quando o destino.”*

Antoine de Saint-Exupéry

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por sua infinita proteção e fortalecimento em todos os caminhos percorridos para chegar até aqui, e aos meus amados pais Dorival e Elenir, por seu amor incondicional, orientação, apoio e incentivo em todos os momentos.

À minha irmã Helen, que mesmo à distância, sempre me incentivou a buscar crescimento pessoal e profissional.

Ao orientador Professor Doutor Antônio Gonçalves de Oliveira, por seu exemplo de dedicação, motivação e incentivo em todas as fases da pesquisa, por aceitar o desafio de trabalhar com a área da saúde e dividir seu conhecimento na busca pelo aprimoramento profissional.

Aos Professores Doutores Francisco Henrique de Oliveira e Mariane Alves Dal Santo, da UDESC, por abrirem as portas do Geolab para realização do tratamento e análise de dados da pesquisa e por disponibilizarem toda ajuda necessária para tal.

Ao Lucas Barros Esteves, bolsista do Geolab, pelo auxílio na utilização da ferramenta de geoprocessamento ArcGIS e confecção dos mapas utilizados neste trabalho para visualização gráfica dos dados coletados.

Às Professoras Doutoradas Maria Marta Nolasco Chaves e Simone Aparecida Polli, por suas valiosas contribuições no exame de qualificação, e aos professores do Programa de Pós-graduação em Planejamento e Governança Pública da UTFPR, pela dedicação e troca de conhecimentos.

Ao Charles London e à equipe da Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria de Estado de Saúde, pelo apoio.

Um agradecimento especial à Polliana Reinert e Gabrielle Muller Grollmann pelo apoio constante e pelo auxílio fornecido na utilização do *Tabwin*.

Aos colegas da Turma do PPGPGP 2014, por todos os momentos de união, companheirismo e troca de conhecimentos.

À Laura e a Cristina, pelas revisões realizadas.

Enfim, sou grata a todos que de alguma forma colaboraram com a construção deste trabalho.

## RESUMO

RAKSA, Vivian Patricia. **A regionalização como instrumento de governança pública em saúde no Estado do Paraná**: análise dos vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado. 2015. 127f. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) – Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública (PPGGP), Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), Curitiba, 2015.

A saúde é direito de todos e dever do Estado. O Sistema Único de Saúde (SUS) possui como princípios a universalidade, integralidade e igualdade, que estão pautadas nas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização. Isto demonstra a importância da perspectiva territorial no planejamento das ações de saúde. A estratégia privilegiada para a implantação do SUS foi a descentralização, pois houve a responsabilização dos municípios pelo provimento dos serviços e organização dos sistemas municipais de saúde, entretanto a regionalização, ou seja, a integração de serviços, instituições e práticas não foi abordada de maneira satisfatória, o que comprometeu a capacidade resolutiva dos sistemas de saúde, gerando disputas entre os municípios por recursos financeiros, ao invés de desenvolver uma rede interdependente e cooperativa. Evidencia-se, desta forma, a importância de analisar o potencial da regionalização em saúde como instrumento de governança pública. Assim, este estudo se propõe a responder o seguinte problema de pesquisa: Quais as contribuições da regionalização de leitos hospitalares para a governança pública em saúde no Estado do Paraná? E possui o objetivo geral de avaliar a regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa quanti-qualitativa, exploratória e descritiva, que utilizou como procedimento de coleta de dados secundários a pesquisa bibliográfica e documental. Foi realizada a análise do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares comparativamente ao ideal regulamentado, o que permitiu a identificação dos vazios assistenciais de leitos hospitalares, nas regionais de saúde e por especialidades no Estado do Paraná. Desta forma, foi possível concluir que a regionalização em saúde é uma importante ferramenta para redução dos vazios assistenciais de leitos hospitalares. Além disso, ela permite a aplicação de 7 (sete) dos 10 (dez) princípios de governança pública em saúde estabelecidos por este estudo, evidenciando que a regionalização em saúde é um importante instrumento de governança pública em saúde.

**Palavras-chave:** Governança. Regionalização. Saúde. Leitos Hospitalares. Vazios Assistenciais.

## ABSTRACT

RAKSA, Vivian Patricia. **Regionalization used as public governance tool applied to health in the State of Paraná, Brazil:** analysis of healthcare gaps to help the State actions. 2015. 127f. Dissertation (Planning and Public Governance Master's Degree) – Planning and Public Governance Post-graduation Program, Paraná Federal Technological University (*Universidade Tecnológica Federal do Paraná - UTFPR*), Curitiba, 2015.

Everyone has a right to health and the State's duty is to provide it. SUS (unified health system) main principles are universalization, integrality and equality which are based on the decentralization, regionalization and hierarchization directives and shows the importance of a territorial perspective for planning healthcare actions. Decentralization was the strategy chosen to implant SUS, since municipalities were in charge of providing and organizing the municipal healthcare services. Nevertheless regionalization, that's to say service, institution and practice integration, was not performed satisfactorily, thus jeopardizing the health system decision making process and causing disputes between municipalities over financial resources instead of developing an interdependent and cooperative net. This way, it is important to analyze if health regionalization has a good potential for being used as public governance tool. The present study aims at giving answers to the following research problem: What are the contributions of regionalism to the State of Paraná public governance applied to health? Besides that, it also aims at assessing the State of Parana health regionalization to identify healthcare gaps and help the State actions through public governance principles applied to healthcare. Therefore, the study used a quantitative-qualitative, exploratory and descriptive research, plus secondary data concerning bibliographic and documental research. The present study analyzed the current hospital bed distribution by compared to the ideal distribution allowing the identification of healthcare gaps in the regional healthcare centers, besides considering medical specialties in the State of Paraná. The study conclusion is that health regionalization is an important tool for reducing healthcare gaps concerning hospital beds permitting the use of seven to ten public governance principles applied to healthcare, as established in the present study, and shows health regionalization is an important public governance tool.

**Keywords:** Governance. Regionalization. Health. Hospital Beds. Healthcare Gaps.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - CORRELAÇÃO ENTRE OS NÍVEIS DE COMPLEXIDADE TECNOLÓGICA E A DEMANDA POR SERVIÇOS DE SAÚDE.....	38
FIGURA 2 - REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA HIERARQUIZAÇÃO DO SUS.....	47
FIGURA 3 - DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR REGIONAIS DE SAÚDE.....	60
FIGURA 4 - DIVISÃO DO ESTADO DO PARANÁ POR MACRORREGIONAIS DE SAÚDE.....	61
FIGURA 5 - PRINCÍPIOS DA GOVERNANÇA PÚBLICA EM SAÚDE .....	71
FIGURA 6 - RESUMO DO ATENDIMENTO AOS OBJETIVOS PROPOSTOS.....	85
FIGURA 7 - DISTRIBUIÇÃO DE HOSPITAIS POR MUNICÍPIO - PARANÁ .....	89
FIGURA 8 - CENÁRIO IDEAL REGULAMENTADO DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES POR MACRORREGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	90
FIGURA 9 - CENÁRIO REAL DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES POR MACRORREGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	91
FIGURA 10 - DÉFICIT/SUPERÁVIT NA QUANTIDADE DE LEITOS HOSPITALARES POR MACRORREGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	92
FIGURA 11 - CENÁRIO IDEAL REGULAMENTADO DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ.....	93
FIGURA 12 - CENÁRIO ATUAL DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	94
FIGURA 13 - DÉFICIT/SUPERÁVIT NA QUANTIDADE DE LEITOS HOSPITALARES POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	95
FIGURA 14 - DÉFICIT/SUPERÁVIT NA QUANTIDADE DE LEITOS CIRÚRGICOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	97
FIGURA 15 - DÉFICIT/SUPERÁVIT NA QUANTIDADE DE LEITOS CLÍNICOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	99
FIGURA 16 - DÉFICIT/ SUPERÁVIT NA QUANTIDADE DE LEITOS OBSTÉTRICOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	101
FIGURA 17 - DÉFICIT/ SUPERÁVIT NA QUANTIDADE DE LEITOS PEDIÁTRICOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	103
FIGURA 18 - DÉFICIT/ SUPERÁVIT NA QUANTIDADE DE LEITOS DE UTI POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	106

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - HIERARQUIZAÇÃO DO SUS POR LOCAL DE ATENDIMENTO E TIPO DE PROCEDIMENTO .....	37
QUADRO 2 - FÓRMULAS PARA CÁLCULO POR ESPECIALIDADE/POPULAÇÃO NO ANO ....	41
QUADRO 3 - NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES .....	41
QUADRO 4 - PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DA TAXA DE TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR .....	42
QUADRO 5 - PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES A CADA 1000 HABITANTES .....	43
QUADRO 6 - DEFINIÇÃO DO TERMO GOVERNANÇA PARA DIVERSAS ÁREAS DO CONHECIMENTO .....	63
QUADRO 7 - DEFINIÇÕES DE GOVERNANÇA EM SAÚDE .....	69
QUADRO 8 - PRINCÍPIOS DA GOVERNANÇA PÚBLICA EM SAÚDE .....	75
QUADRO 9 - DESCRIÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA .....	79
QUADRO 10 - PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES UTILIZADO PELO ESTUDO.....	81
QUADRO 11 - PARÂMETROS PARA O CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS POR ESPECIALIDADE UTILIZADO NO ESTUDO.....	82
QUADRO 12 - POPULAÇÃO POR REGIONAL E MACRORREGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	87
QUADRO 13 - PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES POR ESPECIALIDADE NO ESTADO DO PARANÁ.....	88
QUADRO 14 - DISTRIBUIÇÃO DE HOSPITAIS GERAIS E ESPECIALIZADOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ.....	89
QUADRO 15 - PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES POR ESPECIALIDADE E MACRORREGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	92
QUADRO 16 - PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS CIRÚRGICOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	96
QUADRO 17 - PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS CLÍNICOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	98

QUADRO 18 - PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS OBSTÉTRICOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ.....	100
QUADRO 19 - PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS PEDIÁTRICOS POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ.....	102
QUADRO 20 - PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS DE UTI POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....	105

## LISTA DE SIGLAS

AIH'S	Autorização de Internações Hospitalares
AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CF	Constituição Federal
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CIB	Comissões Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASP	Conselho Nacional de Segurança Pública
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
EC	Emenda Constitucional
GEOLAB	Laboratório de Geoprocessamento
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGC	Instituto Brasileiro de Governança Corporativa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NOAS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB's	Normas Operacionais Básicas
PDI	Plano Diretor de Investimentos
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPGPLAN	Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental
PPI	Programação Pactuada e Integrada
SESA	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS	Sistema Único De Saúde
SVS	Superintendência de Vigilância Sanitária
TCG	Termos de Compromisso de Gestão
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA .....	19
1.1.1 Pressupostos.....	20
1.2 OBJETIVO.....	21
1.2.1 Objetivo Geral .....	21
1.2.2 Objetivos Específicos .....	21
1.3 JUSTIFICATIVA .....	21
1.4 DELIMITAÇÃO DO TEMA.....	25
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	26
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL .....	26
2.1.1 Atenção à Saúde antes da Constituição de 1988.....	27
2.1.2 O Sistema Único de Saúde .....	31
2.1.3 Hierarquização do SUS e do Sistema Hospitalar .....	36
2.1.3.1 Necessidade de leitos hospitalares: o que a legislação determina .....	40
2.1.4 Vazios Assistenciais: o que são e como reduzi-los .....	44
2.2 DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ .....	47
2.2.1 Descentralização do SUS .....	47
2.2.2 Região e Regionalização em Saúde .....	48
2.2.2.1 Redes de atenção à saúde.....	56
2.2.3 Regionalização em Saúde no Estado do Paraná.....	60
2.3 GOVERNANÇA PÚBLICA E PRINCÍPIOS APLICÁVEIS À GESTÃO DA SAÚDE .....	63
2.3.1 Governança Pública .....	64
2.3.2 Governança Pública em Saúde.....	66
2.3.3 Princípios de Governança Pública Aplicáveis a Gestão da Saúde.....	70
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	77
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	77

3.2 OBJETO DO ESTUDO.....	80
3.3 COLETA DE DADOS .....	81
3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	83
3.5 VISÃO GRÁFICA DO ATENDIMENTO AOS OBJETIVOS PROPOSTOS....	85
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>86</b>
4.1 PANORAMAs DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NO ESTADO DO PARANÁ.....	86
4.2 CONTRIBUIÇÕES DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE PARA REDUÇÃO DOS VAZIOS ASSISTENCIAIS.....	107
4.3 REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA PÚBLICA.....	109
<b>5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE A - CENÁRIO IDEAL REGULAMENTADO DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ .....</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE B - PANORAMA DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NO ESTADO DO PARANÁ .....</b>	<b>126</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública inovadora e audaciosa. Inovadora porque possui como princípios a universalidade, integralidade e igualdade no atendimento a todo cidadão brasileiro, e audaciosa porque se propõe a fazê-lo de maneira descentralizada, hierarquizada e regionalizada, respeitando as particularidades de cada região do território nacional. Para tanto é importante à responsabilização dos entes federados pelas ações de saúde e fomento a participação popular no planejamento das ações em saúde.

Tem-se então que o SUS é uma política pública complexa que possui campo fecundo para diversas discussões e pesquisas. Não obstante, a delimitação deste estudo consiste nos limites de seu objetivo de identificar os vazios assistenciais de leitos hospitalares, estudando-se, também, a governança pública em saúde e seus princípios aplicáveis, especialmente aquele relativo ao fiel cumprimento das normas/regulações, ou seja, o *compliance*, evidenciando-se possíveis distorções em relação à exegese da Portaria GM/MS n.º 1.101/2002, a qual estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, parâmetros estes que representam recomendações técnicas ideais, constituindo-se em referências para orientar os gestores do SUS dos três níveis de governo no planejamento, programação e priorização das ações de saúde a serem desenvolvidas, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades epidemiológicas e financeiras.

Entretanto faz-se relevante esclarecer que na etapa de coleta e tratamento de dados a Portaria GM/MS n.º 1.101/2002 foi alterada pela Portaria GM/MS n.º 1.631 de 1 de outubro de 2015, porém a nova portaria ainda está em fase de análise e implementação pelas secretarias de saúde, sendo que até a finalização e entrega deste estudo prevaleceu o regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.101/2002.

Registre-se que na organização geoespacial do SUS, com ênfase na distribuição de leitos hospitalares, devem ser considerados três componentes essenciais: descentralização, hierarquização e regionalização.



A descentralização permite a transferência do poder decisório em saúde – antes concentrado na esfera federal – para estados e destes para os municípios. Dessa forma, redefine as responsabilidades em saúde entre os entes federados e reforça a importância dos estados e municípios na condução da política de saúde.

A hierarquização do SUS diz respeito à estratificação dos serviços de saúde por níveis de complexidade. Pode ocorrer no âmbito dos procedimentos, que são organizados em níveis de complexidade tecnológica nas categorias de atenção básica ou primária, média e alta complexidade; e no âmbito dos locais de atendimento aos usuários em unidades básicas ou primárias, secundárias e terciárias.

A regionalização diz respeito às estratégias políticas que permitem a integração das ações e serviços de saúde que foram hierarquizados nos diferentes níveis de complexidade assistencial e situados em distintos espaços geográficos. Ou seja, a regionalização é a diretriz que garante o acesso dos cidadãos às ações e serviços de saúde que foram hierarquizados por níveis de complexidade, pois considera a capacidade instalada, instrumentos disponíveis e referencia todos os pontos e ações de saúde existentes em uma determinada região.

A necessária hierarquização, regionalização e descentralização do SUS evidenciam a importância da perspectiva territorial no planejamento das ações de saúde. No entanto, de acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010), desde que o SUS foi instituído, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema nacional de saúde foi a descentralização, em detrimento da integração de serviços, instituições e práticas, ou seja, a regionalização. Esse atraso no processo de regionalização do SUS arrefeceu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, causando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de desenvolver uma rede interdependente e cooperativa (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Dessa forma, evidencia-se, a importância do estudo do potencial da regionalização em saúde como instrumento de governança pública, visto que a governança pública pode ser entendida como o sistema que determina o equilíbrio de poder entre todos os envolvidos numa organização com o objetivo de permitir que o bem comum prevaleça sobre os interesses de pessoas ou grupos, sendo que a organização ao desenvolver e atingir o melhor desempenho, alcançando seus objetivos, resulta em satisfação a todos os atores envolvidos (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Diante da relevância da regionalização para a estruturação do sistema de saúde e do seu potencial como instrumento de governança pública, este estudo possui o objetivo de avaliar a regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais de leitos hospitalares como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde, e se propõe a responder o seguinte problema de pesquisa: Quais as contribuições da regionalização de leitos hospitalares para a governança pública em saúde no Estado do Paraná?

Frente ao objetivo proposto, é relevante contextualizar que a programação dos leitos hospitalares necessários para um determinado território e uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar a oferta desses serviços (leitos e serviços disponíveis, tecnologia, taxas de utilização) como sua demanda (real necessidade de assistência), sendo que estas dimensões são inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto de determinantes. Desta forma, este estudo se delimita a estudar a necessidade de oferta de leitos hospitalares, identificando possíveis vazios assistenciais.

Devido à ausência de convergência teórica acerca do termo vazio assistencial hospitalar este estudo o define como área territorial que apresenta déficit na quantidade de leitos hospitalares. Sendo que a definição de leitos hospitalares é determinada pelo Ministério da Saúde (2002) como: “cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente de um hospital, localizada em um quarto, enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI)” e os parâmetros de cobertura assistencial hospitalar no SUS são definidos pela Portaria GM/MS n.º 1.101/2002.

Para atingir o objetivo proposto e responder ao problema de pesquisa foi desenvolvida uma pesquisa quanti-qualitativa, com objetivos exploratórios e descritivos que utilizou como procedimento de coleta de dados pesquisa bibliográfica e documental para obtenção do quantitativo de leitos hospitalares atuais comparativamente ao ideal regulamentado para o Estado do Paraná. A análise comparativa desses cenários permitiu a identificação dos vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde.

Estudos específicos sobre regionalização em saúde e governança pública são amplamente divulgados. No entanto, estudos sobre governança pública em saúde são escassos e, além disso, não foram evidenciados estudos que avaliem o

potencial da regionalização como instrumento de governança pública em saúde para otimização de leitos hospitalares e redução de vazios assistenciais, demonstrando que essa temática é pouco estudada.

Para atender ao proposto, este estudo estrutura-se em cinco capítulos incluindo a presente introdução, na qual se contextualiza a estrutura, o problema de pesquisa, os pressupostos, os objetivos e a justificativa do estudo.

No segundo capítulo é apresentado o referencial teórico em que se fundamenta o estudo e abordam-se os seguintes conceitos: Sistema Único de Saúde (SUS); Hierarquização, Descentralização e Regionalização do SUS; Vazios Assistenciais; Governança Pública e Governança Pública em Saúde.

No terceiro capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos, momento em que se detalham os instrumentos, critérios e procedimentos adotados na pesquisa.

No quarto capítulo são apresentados os dados coletados, com a descrição do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares no estado do Paraná comparativamente ao ideal regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.101/2002, o que permitiu a identificação dos vazios assistenciais que demandam ação do Estado. Além disso, nesse capítulo são apresentadas as contribuições da regionalização para redução dos vazios assistenciais e como instrumento de governança pública em saúde. O quinto capítulo, por sua vez, aborda as considerações finais, incluindo conclusões e sugestões para futuros trabalhos.

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Os princípios basilares do SUS: universalidade, integralidade e igualdade estão pautados nas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, demonstrando a importância da perspectiva territorial no planejamento das ações de saúde.

Entretanto, desde que o SUS foi instituído, a estratégia privilegiada para a implantação do sistema nacional de saúde foi a responsabilização dos estados e municípios pelas ações e serviços de saúde, em detrimento da integração de

serviços, instituições e práticas. Esse atraso no processo de regionalização do SUS comprometeu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, causando disputas entre os municípios por recursos, ao invés de desenvolver uma rede interdependente e cooperativa (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Por conseguinte, a organização regionalizada e hierarquizada do atendimento em saúde ainda enfrenta dificuldade para sua efetivação, necessitando de análise objetiva quanto aos aspectos políticos, sociais, econômicos, culturais e éticos para que a regionalização do sistema seja um instrumento regulatório e emancipatório, em direção à universalidade, à igualdade e ao atendimento integral (MENDES; ALMEIDA, 2005).

Isso posto, evidencia-se a necessidade de aprofundar as discussões sobre o tema regionalização. Ademais, visualiza-se seu potencial como instrumento de governança pública, visto que o planejamento e pactuação das redes, instituições e serviços de saúde permitem que a o Sistema Único de Saúde aperfeiçoe suas ações e desempenho, alcançando os objetivos e resultados almejados.

Diante do exposto, este estudo se propõe a responder ao seguinte problema de pesquisa: **Quais as contribuições da regionalização dos leitos hospitalares para a governança pública em saúde no Estado do Paraná?**

### 1.1.1 Pressupostos

Diante da importância da perspectiva territorial no planejamento das ações de saúde, por meio da descentralização e regionalização, considerando que a regionalização dos serviços e instituições de saúde ainda não foi considerada a contento e diante do potencial da regionalização e descentralização em saúde como instrumento de governança pública, o pressuposto positivo que delinea o desenvolvimento da pesquisa proposta é:

1. O processo de regionalização é instrumento de governança pública que contribui para a otimização de leitos hospitalares e consequente redução de vazios assistenciais no Estado do Paraná.

## 1.2 OBJETIVO

### 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais de leitos hospitalares como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- a) Estudar o cenário atual comparativamente ao ideal regulamentado, referente à distribuição de leitos hospitalares no Estado do Paraná.
- b) Identificar vazios assistenciais de leitos hospitalares, nas regionais de saúde e por especialidades no Estado do Paraná.
- c) Identificar possíveis contribuições da regionalização em saúde para redução dos vazios assistenciais;
- d) Destacar possíveis contribuições da regionalização como instrumento de governança pública em saúde.

## 1.3 JUSTIFICATIVA

Como descrito, o Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o SUS e estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1988).

O SUS, política pública de saúde brasileira, foi regulamentada pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. De acordo com a CF de 1988 e a referida lei,

o SUS possui como princípios: “universalidade, integralidade e igualdade”; que estão alicerçados em ações governamentais submetidas ao controle social, pautadas nas diretrizes de “descentralização, regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde”.

Evidencia-se, dessa forma, a importância da perspectiva territorial no planejamento das ações de saúde. Essa perspectiva está vinculada à diretriz da descentralização, por meio da regionalização das ações e serviços de saúde. O que para Viana, Ferreira e Lima (2010) configurou-se como um projeto político audacioso para a organização do sistema público de saúde, que passou a ser, ao mesmo tempo, universal e unificado, mas também descentralizado e hierarquizado no território, atendendo às diversidades regionais do país.

A estratégia privilegiada para a implantação do SUS foi a descentralização, pois houve a responsabilização dos municípios pelo provimento dos serviços e organização dos sistemas municipais de saúde, entretanto a regionalização, ou seja, a integração de serviços, instituições e práticas não foi abordada de maneira satisfatória (VIANA; FERREIRA; LIMA, 2010).

O atraso no processo de regionalização do SUS comprometeu a capacidade resolutiva dos sistemas locais de saúde, visto que as ações em saúde são hierarquizadas no território por nível de complexidade e a ausência de integração de serviços, instituições e práticas gera disputas entre os municípios por recursos, ao invés de desenvolver uma rede interdependente e cooperativa. Dessa forma, a ausência de planejamento regional para as estratégias de descentralização no SUS aumentou as desigualdades dos entes federados (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Abordando especificamente a regionalização de leitos hospitalares, foco deste estudo, a necessidade de leitos hospitalares é regulamentada pela Portaria GM/MS 1.101/2002, que determina o número de internações previstas em um ano e oferta de leitos necessários em território nacional. No entanto, de acordo com Neto e Malik (2007), não existem evidências se a quantidade de leitos hospitalares é suficiente e se a atenção prestada é de boa qualidade.

Ao aplicarmos a Portaria GM/MS 1.101/2002 para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, utilizando o parâmetro mínimo regulamentado de 2,5 leitos por

1000 habitantes, seriam necessários, para os 204 milhões de brasileiros (estimativa do IBGE), um total de aproximadamente 510 mil leitos. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na competência de maio de 2015, no Brasil, há 443.120 leitos, o que demonstra um déficit de aproximadamente 66.880 leitos hospitalares em todo Brasil.

Dessa forma, é relevante avaliar se a quantidade de leitos hospitalares existentes no Estado do Paraná atende ao regulamentado pela Portaria GM/MS 1.101/2002 e como estão referenciados nos níveis de complexidade assistencial, identificando possíveis vazios assistenciais.

Ademais, este estudo justifica-se pela ausência de convergência teórica acerca do termo vazio assistencial, que foi definido por este estudo como área territorial que apresenta déficit na quantidade de leitos hospitalares.

Diante do exposto, a regionalização torna-se tema importante de discussão, pois a organização da assistência à saúde necessita de análise clara das regiões de saúde, permitindo que a adequada integração das ações e serviços de saúde possibilite a efetivação dos princípios basilares do SUS.

De acordo com Mendes (2010), um dos componentes da rede regionalizada de atenção à saúde é a governança regional que é compreendida como processo de participação e negociação entre atores com diferentes graus de autonomia. Sendo que a governança depende da organização institucional e do diálogo com os grupos organizados da sociedade para definição, acompanhamento e implementação de políticas públicas com foco no bem comum (AZEVEDO; ANASTASIA, 2002).

Evidencia-se que o estudo da regionalização como instrumento de governança pública em saúde é relevante para planejamento e implementação de políticas públicas. Além disso, estudos sobre regionalização em saúde e governança pública em saúde são amplamente divulgados, no entanto, não foram evidenciados estudos que analisem a regionalização em saúde como instrumento de governança pública em saúde.

Diante de todo exposto, fica evidente que o estudo das contribuições da regionalização para a governança pública em saúde é tema relevante e campo de estudo fecundo.

Ademais, o presente trabalho contribui na concepção de conhecimento a partir das seguintes perspectivas:

- a) **Perspectiva teórica:** como descrito nas seções anteriores, na perspectiva territorial em saúde, a temática regionalização não foi considerada a contento se comparada à descentralização. Ademais, estudos que analisem as contribuições da regionalização para governança pública em saúde são escassos. Dessa forma, o referencial teórico – trazido ao lume neste estudo – e a avaliação da regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado, mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde, eivasse de relevância e contribuição à ótica de tal perspectiva.
- b) **Para o Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública (PPGGP):** o estudo realizado possui aderência às linhas de pesquisa: Governança Pública e Desenvolvimento; e Planejamento e Políticas Públicas. A contribuição ao programa consiste no desenvolvimento de referencial teórico focado nos temas regionalização e governança pública em saúde. Aborda-se, assim, a política pública de saúde, área de atuação próspera neste programa.
- c) **Perspectiva institucional:** a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) realizou a regionalização em saúde no ano de 2011, estabelecendo as regiões e macrorregiões de saúde do Estado. No entanto, o Mapa de Saúde publicizado data de 2009, o que evidencia a importância da atualização deste instrumento de gestão, visto que a confecção do Mapa de Saúde favorece a identificação dos vazios assistenciais e distribuição inadequada dos leitos hospitalares, ou seja, identificação de aspectos que necessitam de planejamento e ação governamental.
- d) **Perspectiva pessoal:** como agente pública em saúde no estado do Paraná, este estudo possibilitou o conhecimento científico da temática regionalização e governança pública em saúde. Além disso, permitiu desenvolver o conhecimento necessário quanto à organização política do estado em regiões de saúde, informação esta fundamental para o processo de planejamento em saúde.



#### 1.4 DELIMITAÇÃO DO TEMA

Pretende-se, com este estudo, avaliar a regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde.

No entanto, devido à complexidade do processo de regionalização em saúde, visto que esse deve considerar todos os pontos de atenção existentes, a conhecer: Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Atendimento à Urgência e Emergência, Centros de Diagnósticos, Hospitais, etc.; e os níveis de complexidade assistencial: atenção primária, secundária e terciária, este estudo se propõe a realizar a regionalização em saúde na atenção secundária e terciária e com foco na distribuição de leitos hospitalares.

Para tanto, foi analisado o cenário atual da distribuição de leitos hospitalares no estado do Paraná comparativamente ao ideal regulamentado pela Portaria GM/MS 1.101/2002. Os dados utilizados para a análise foram quantitativo total de leitos hospitalares e leitos por especialidades: Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Unidade de Terapia Intensiva. Foram analisados todos os leitos hospitalares existentes no Estado, sejam eles SUS, privados, filantrópicos ou conveniados.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo aborda o arcabouço teórico de referência ao estudo e, para tanto, inicia-se com as considerações sobre o SUS, perpassa a Regionalização em saúde e Sistema de Saúde no Estado do Paraná e analisa a Governança no setor público, com ênfase na área da saúde.

### 2.1 ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

O processo de elaboração de uma política pública requer a definição dos valores e objetivos que irão norteá-la. Paim (2013) parte do pressuposto de que as políticas de saúde são integrantes das políticas sociais. Dessa forma, o sistema de saúde é um dos componentes dos sistemas de proteção social.

Para entender uma determinada política social é necessário conhecer seu processo de elaboração, analisar o papel dos atores envolvidos e as ações desenvolvidas. Resgatar esses aspectos permite a compreensão desse processo que é contraditório e tenso (QUEIROZ, 2013).

Para Sarreta (2009), a compreensão das políticas sociais e da política de saúde brasileira na atualidade está relacionada com o formato que adquiriu desde suas origens, e que foi historicamente marcada pelo modelo curativo, centrado na assistência médica e nas especialidades, tendo como referência o hospital.

Para evidenciar a trajetória do SUS é necessário considerar suas dimensões histórica, econômica, política e cultural como elementos articulados (SARRETA, 2009) e todo esse processo é denso e complexo.

No entanto, como este estudo está delimitado a avaliar a regionalização em saúde como instrumento de governança pública são também apresentados os eixos estruturantes para a formação da política de saúde.

### 2.1.1 Atenção à Saúde antes da Constituição de 1988

No Brasil, até o final da década de 1980, as políticas de saúde eram focalizadas e fragmentadas, pois a agenda de saúde impunha uma dicotomia entre a assistência médica previdenciária e as ações de saúde pública. Dessa forma, as políticas de saúde no Brasil não cobriam toda a população e estavam vinculadas ao sistema previdenciário (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

A saúde pública passou a ser foco da política do governo brasileiro na década de 1920, com a criação de um programa federal de profilaxia rural, apoiado pela Fundação Rockefeller, que instalou postos sanitários em áreas não urbanas do país (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

Naquela década, foi evidente a distinção entre ações relacionadas à saúde pública e a atenção médico-assistencial. A base de provedores de atenção médica no Brasil era constituída de estabelecimentos privados e filantrópicos, sendo que o Estado se especializava nos segmentos populacionais marginalizados, como os portadores de doenças mentais e infecciosas. As Santas Casas de Misericórdia assumiam o cuidado dos pobres, e a medicina liberal ocupava-se daqueles que podiam pagar. Nessa época, começou a se consolidar arranjos mutualistas de provisão de serviços, iniciados principalmente pelos sindicatos (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

A década de 1930 e 1940, era Vargas, foi marcada de acordo com Giambiagi, *et. al.* (2011, p.2) pela “incorporação, pela primeira vez na história brasileira, do “povo” (classe trabalhadora) como agente político relevante”, sendo que a expansão das políticas sociais aconteceu de maneira seletiva e fragmentada até 1964.

A intervenção do Estado na saúde iniciou-se efetivamente em 1930, quando foi criado o Ministério da Educação e Saúde e organizada uma política nacional de saúde a partir de dois eixos: (i) da saúde pública; e (ii) da medicina previdenciária, que era ligada aos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). A saúde pública foi desenvolvida por meio de campanhas sanitárias, simultaneamente ao desenvolvimento da saúde privada e filantrópica, referente ao atendimento médico hospitalar (SARRETA, 2009).

A ação do Estado na área da saúde configurou-se, de um lado, a saúde pública de caráter preventivo e coletivo, conduzida por meio de campanhas contra as epidemias e desenvolvida com uma preocupação mais social; e de outro, a assistência médica de caráter curativo, conduzida aos trabalhadores contribuintes por meio da ação da previdência social (SARRETA, 2009).

Em troca do acesso ao aparato do Estado ocorreu uma aliança com o movimento sindical, o qual levou a sujeição dos direitos sociais dos brasileiros ao sistema de previdência social estatal, que excluía os trabalhadores rurais e os de ocupação não regulamentada ao acesso à saúde (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010). Dessa forma, a assistência médica para esse público, assim como para a população carente, que não contribuía com a previdência social, era prestada por instituições de caridade e filantrópicas.

De 1930 a 1945, o Estado demonstrou sua influência por meio de uma política desenvolvimentista e pelo planejamento de suas ações, sendo que a saúde foi considerada como fator econômico, junto às demais políticas, correlacionada ao controle social subordinador e ao bom andamento da economia (SARRETA, 2009).

Após esse período, o desenvolvimento da política de saúde foi lento e marcado pela separação dos Ministérios da Saúde e da Educação, em 1953, e pela criação de novos IAPs. Ademais, a instabilidade institucional do período, com o suicídio de Vargas (1954), com a renúncia de Jânio Quadros (1961) e com o golpe militar de 1964, dificultou consensos em torno de um projeto nacional, em que incluía o desenho da política social e política de saúde. Dessa forma, esse período ficou marcado pela expansão lenta dos direitos, que se mantiveram corporativistas e fragmentados (SARRETA, 2009).

Com o golpe militar de 1964, o regime autoritário produziu alterações no modelo de políticas sociais, pois excluiu a participação da sociedade civil e constituiu investimentos públicos calcados na viabilidade financeira, sendo que até as práticas sanitárias baseavam-se em motivações econômicas (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

O período de 1968 a 1974 foi marcado pelo “Milagre” Econômico Brasileiro, porém foi marcado também por um contrassenso, visto que o desenvolvimento da economia aconteceu com concentração de renda e degradação das condições de vida e saúde da população (GIAMBIAGI *et al.*, 2011).

A saúde pública foi relegada ao segundo plano e tornou-se uma máquina ineficiente com atuação restrita a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos (não chegavam a 2% do PIB) colaborava com o quadro de carência e decadência, com sérias consequências para a saúde da população (CONASS, 2011).

O período de 1964 a 1973 foi marcado por piora dos indicadores de cobertura das políticas sociais, em especial da mortalidade infantil (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010). Ademais, devido à concentração de renda os habitantes das regiões metropolitanas eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade (CONASS, 2011).

A radicalização do regime autoritário começou a aluir a imagem dos militares junto às elites bem como começou a abalar a imagem do país no exterior (GIAMBIAGI *et al.*, 2011). O exaurimento do “milagre econômico” no final dos anos de 1970 e início dos anos 1980 causou o agravamento da questão social, influenciando a sociedade civil brasileira a se organizar pela defesa dos direitos sociais, civis e políticos. Desta forma, emergiram diferentes movimentos sociais que questionavam e defendiam a ampliação dos direitos sociais no país (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

De acordo com Queiroz (2013), na saúde, o Movimento de Reforma Sanitária teve um papel importante no processo de avaliação, questionamento e monitoramento da política de saúde. Os integrantes do movimento sanitário lutavam pela universalização do acesso à saúde, questionavam a ditadura, o modelo de privatização dos serviços de saúde e almejaram a construção de um Estado Democrático de Direito.

Esses movimentos e as agências internacionais, como Banco Mundial e FMI passaram a exercer intensa pressão sobre o governo Geisel. Dessa forma, a política governamental precisou romper com a lógica exclusivamente econômica, o que foi evidenciado com a inclusão, em 1974, do setor social no II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

A estratégia de distensão política, iniciada pelo governo de Geisel (1974-1979), “possibilitou ao movimento sanitário apresentar propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar o atendimento à saúde das populações mais carentes” (CONASS, 2011, p.19).

Nesse contexto, a Previdência Social migrou do padrão seguro-saúde para um desenho organizacional de seguridade social, ocorrendo a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Apesar disso, permaneceram problemas como centralização das decisões operacionais, financiamento baseado em contribuições sociais, redes não integradas de atendimento, privatização dos serviços de saúde e dificuldades quanto ao acesso e à qualidade (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

Foram justamente esses entraves que proporcionaram a continuidade das transformações institucionais, dentro de um processo de abertura política gradual com a expansão de cobertura. As grandes discussões sobre a saúde consistiram na realização da 7.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (1980); elaboração do Prev-Saúde (que não ‘saiu da gaveta’); e a criação, em 1982, do Conselho Nacional de Segurança Pública (CONASP) que promoveu o advento das Ações Integradas de Saúde (AIS), com adesão de 2.500 municípios em 1986 (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

O Movimento Sanitarista, nutrido por essas discussões, teve sua expressão máxima na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde de 1986, quando a participação popular, a igualdade, a descentralização, a universalidade e a integralidade das ações de saúde foram definidas como princípios da desejável Reforma Sanitária (MARQUES; MENDES, 2012).

A 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde ocorreu em um momento histórico em que o país estava saindo de duas décadas de ditadura, com crise no sistema de saúde e na previdência social, motivada pela capitalização da medicina privada pela previdência social, pela centralização do sistema de saúde e pela fragmentação institucional (PAIM *et al.*, 2011). Ademais, foi a mola propulsora da criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, no contexto da instalação da Assembleia Nacional Constituinte (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

Mas foi com a promulgação da nova Constituição do Brasil em 1988, batizada de “Constituição Cidadã”, que se deu prioridade aos direitos sociais e que a saúde e a educação foram reconhecidas como direito de todos (GIAMBIAGI *et al.*, 2011).

Diante desse cenário de transformação social, a Constituição de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurou a saúde como um direito de todos e dever do estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e outros agravos; e o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, Art. 196).

O SUS surgiu no bojo da redemocratização do Brasil e foi fruto de discussão e luta do movimento sanitarista. Foi um projeto audacioso e inovador, pois foi planejado para acabar com a dicotomia existente na assistência à saúde e assegurar a saúde como direito de todos e dever do estado.

Dessa forma, faz-se relevante aprofundar a discussão sobre o SUS. Sendo assim, a próxima subseção descreverá o processo normativo do SUS, assim como essa política de saúde se estabeleceu como uma importante política de inclusão social no Brasil.

### 2.1.2 O Sistema Único de Saúde

A criação do SUS ocorreu simultaneamente ao processo de democratização do Brasil. De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do Estado e cujos princípios são: 'universalidade, integralidade e igualdade', alicerçados em ações governamentais submetidas ao controle social, pautados nas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

A constituição demonstra que a concepção do SUS foi baseada na proposição de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, resgatando o compromisso do Estado para com o bem-estar social, consolidando-o como um dos direitos da cidadania (CONASS, 2011).

A Constituição e, em seguida, as Leis Federais n.º 8.080/90 e n.º 8.142/90, consideradas Leis Orgânicas dessa área, apontaram as diretrizes gerais para a organização do SUS, que deveria propiciar respostas mais adequadas aos problemas de saúde do Brasil (MARQUES; MENDES, 2009).

A Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Essa lei regulamenta em todo o território brasileiro as ações e os serviços públicos de saúde. Trata da organização, da direção e da gestão do SUS; da definição das competências e das atribuições de cada esfera de governo; do funcionamento e da participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; da política de recursos humanos; da gestão financeira, do planejamento e do orçamento.

A Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo.

No entanto, o arcabouço institucional do SUS foi insuficiente quanto a sua estrutura de funcionamento e principalmente quanto ao seu financiamento, sendo complementado por portarias. Após a promulgação das Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90, foram editadas pelo Ministério da Saúde sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs), que buscaram regulamentar vários aspectos operacionais, de arenas decisórias aos fluxos de financiamento e estruturação do modelo de atenção (GERSCHMAN; SANTOS, 2006). A NOB 91/1991 explicitou o processo de municipalização; a NOB 93/1993 abordou aspectos do financiamento; e a NOB 96/1996 estabeleceu os diversos níveis de gestão (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

O processo normativo ministerial continuou voltado para as condições de acesso à atenção em saúde, disponível em nível regional nos municípios brasileiros.



Surgiram então as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) que foram responsáveis por avanços consideráveis como a introdução de ferramentas de planejamento em saúde: o Plano Diretor de Regionalização (PDR); o Plano Diretor de Investimentos (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

Como os aspectos regulamentares sobre o financiamento em saúde não se efetivaram, em 2000, a Emenda Constitucional (EC) n.º 29 determinou os percentuais mínimos de aplicação dos recursos federais, estaduais e municipais em saúde, o que traria um considerável aporte de recursos novos para a saúde (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010). No entanto, a EC n.º 29 de 2000 foi efetivamente regulamentada pela Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, que definiu as ações que devem ser consideradas gastos em saúde e a fixação da porcentagem de investimento na área pela União, Estados e Municípios.

Devido à excessiva normatização em saúde, fóruns, principalmente no Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), começaram a discutir a necessidade de construir um novo pacto na saúde, capaz de substituir a normatização excessiva pelo compromisso com resultados (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010). Houve desdobramento das discussões, de modo que a Portaria do Ministério da Saúde n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006 propôs o Pacto pela Saúde.

De acordo com Fadel *et al.* (2009), o Pacto pela Saúde visa à implementação e qualificação do processo de descentralização, organização e gestão do sistema de saúde do brasileiro e aprimoramento do processo de pactuação entre gestores. Entre seus objetivos, destacam-se elencar e definir responsabilidades sanitárias e de gestão por meio de três componentes: o pacto pela vida, o pacto em defesa do SUS e o pacto de gestão (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Vida é o conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, advindos da análise da situação de saúde da população e das prioridades estabelecidas pelos governos federal, estaduais e municipais (BRASIL, 2006). São onze as prioridades definidas no Pacto pela Vida, seis delas foram escritas em 2006 (BRASIL, 2006) e cinco acrescentadas em 2008 (BRASIL, 2008):

saúde do idoso; redução da mortalidade materna e infantil; redução das mortes por câncer de colo uterino e de mama; enfrentamento de endemias (dengue, malária, tuberculose, hanseníase e gripe aviária); promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem.

A segunda dimensão é o Pacto em Defesa do SUS. Essa dimensão objetiva discutir a questão da saúde pública e da repolitização do SUS, salientando os direitos garantidos na Constituição: integralidade, igualdade e universalidade no SUS (BRASIL, 2006).

A prioridade do Pacto em Defesa do SUS é a implementação de projeto de mobilização social com as seguintes finalidades: a) apresentar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos; b) alcançar a regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29; c) garantir o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde; d) aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas; e e) elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS (BRASIL, 2006).

Quanto à terceira dimensão, o Pacto de Gestão tem por finalidade a busca de maior autonomia aos Estados e aos Municípios no que diz respeito aos processos normativos do SUS, por meio da definição de responsabilidades sanitárias de cada esfera de governo, tornando mais claras as atribuições de cada um, fortalecendo a gestão compartilhada do SUS. As diretrizes para gestão do SUS têm ênfase na Descentralização, Regionalização, Financiamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação, Planejamento, Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, Participação e Controle Social (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde diferencia-se dos instrumentos adotados anteriormente porque propõe a formalização dos acordos entre os entes federativos nos diversos níveis de gestão e atenção à saúde. A adesão ao Pacto é feita por meio da assinatura de Termos de Compromisso de Gestão (TCG) pelos gestores, que necessitam de aprovação nas Comissões Intergestores em âmbito estadual e nacional (LIMA *et al.*, 2012).

Dessa forma, o Pacto pela Saúde é um compromisso assumido entre as três esferas de governo, com vistas a enfrentar os desafios do SUS e atender as necessidades de saúde da população. No entanto, o pacto não termina no momento da assinatura do termo de compromisso, pois seus objetivos e metas devem ser os orientadores para que os entes federados definam as intervenções estratégicas e destinem os recursos conforme prioridades estabelecidas (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

Os compromissos assumidos no Pacto pela Saúde devem ser contemplados no Plano de Saúde, devidamente orçamentados e pautados em estratégias locais factíveis e eficazes, além de ser objeto de análise e prestação de contas no Relatório Anual de Gestão (DOBASH; BRÊTAS JÚNIOR; SILVA, 2010).

Evidencia-se que até o Pacto pela Saúde em 2006 o SUS possuiu forte regulamentação, o que demonstra que na saúde replica-se o déficit democrático brasileiro, expresso pelo predomínio do Executivo, cujo processo de tomada de decisão geralmente não considera a formação de opinião dos parlamentares e da sociedade civil. Entretanto, há importantes decisões que necessariamente passam pelo Legislativo, como as questões relacionadas ao financiamento e a macro direcionamentos do sistema único de saúde. Já a participação do Poder Judiciário é expressa pela garantia do acesso do cidadão a recursos do SUS por caminhos judiciais, na perspectiva da saúde como direito do cidadão. (GERSCHMAN; SANTOS, 2006).

De acordo com Paim (2013), as conquistas do SUS são significativas, sobretudo na ampliação do acesso aos serviços de saúde, com resultados positivos no perfil epidemiológico. Entretanto, a necessidade de inovações institucionais, descentralização, participação social, conscientização do direito à saúde, formação de trabalhadores e novas tecnologias convivem, contraditoriamente, com o crescimento do setor privado, segmentação do mercado e conseqüente comprometimento da equidade nas ações e serviços de saúde.

Diante do exposto, evidencia-se que ainda há muito que se fazer para tornar o SUS público e universal, bem como para assegurar padrões elevados de qualidade na assistência prestada. No entanto, seus maiores desafios são políticos,

pois supõem a garantia do financiamento, a redefinição da articulação público-privada e a redução das desigualdades de renda, poder e saúde (PAIM, 2013).

Em suma, os avanços do SUS são relevantes, principalmente no que se refere à universalização do acesso, entretanto a equidade e integralidade deixam a desejar. Como a integralidade é um dos princípios basilares do SUS e ainda apresenta lacunas, este estudo aborda na próxima seção a integralidade e hierarquização na organização do SUS e na atenção hospitalar.

### 2.1.3 Hierarquização do SUS e do Sistema Hospitalar

Como já destacado neste estudo, a organização do SUS está assentada nos pilares da descentralização (responsabilização dos entes federados), regionalização (estabelecimento de regiões de saúde e redes de atenção à saúde) e hierarquização (níveis de complexidade dos serviços). Esses são os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde, conforme dispõe o art. 198 da CF. Nesta subseção será abordado o pilar da hierarquização.

De acordo com Lélis (2012), a hierarquização pode ocorrer no âmbito dos procedimentos (consultas, exames, cirurgias) que são organizados em níveis de complexidade tecnológica nas categorias de atenção básica ou primária, média e alta complexidades, ou seja, se estrutura em níveis de maior ou menor complexidade tecnológica, conforme dispõem os artigos 7.º e 8.º, II, da Lei n.º 8.080/90.

Já quando se leva em consideração os locais de atendimento aos usuários, esses são hierarquizados em unidades básicas ou primárias (ambulatórios e unidades / postos de saúde), secundárias (policlínicas e hospitais simples) e terciárias (hospitais gerais e especializados) (LÉLIS, 2012).

Nesse sentido, a correlação entre a classificação por procedimentos e locais de atendimento aos usuários é evidenciada no quadro 1.

Classificação por Procedimento	Classificação por local de Atendimento	Unidades de Atendimento	Finalidades
Atenção Primária/Básica	Unidades primárias/básicas	Postos de Saúde e Ambulatórios	Prevenir agravos, promover e proteger à saúde.
Média Complexidade	Unidades Secundárias	Policlínicas e hospitais simples	Diagnosticar e tratar agravos de média complexidade.
Alta Complexidade	Unidades Terciárias	Ambulatórios especializados; Hospitais gerais e especializados	Diagnosticar e tratar agravos de alta complexidade e especializados

**Quadro 1 - Hierarquização do SUS por local de atendimento e tipo de procedimento**

Fonte: Elaborado pela autora com base em Kuschnir *et al.* (2011) e Lélis (2012).

A atenção primária deve atuar como um filtro, resolvendo a maior parte das necessidades de saúde (por volta de 80-85%) dos usuários e ordenando a demanda por serviços de maior complexidade, organizando os fluxos da continuidade do cuidado (SILVA, 2011). Desta forma, compete a atenção primária o ordenamento do sistema, ou seja, articulações funcionais que garantam acesso aos demais níveis do sistema (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

A implementação e desenvolvimento das ações na atenção primária é de responsabilidade dos municípios e correspondem às ações de prevenção, promoção e proteção à saúde. Fazem parte desse nível hierárquico programas como o de Saúde da Família, Assistência Farmacêutica, Saúde do Trabalhador e vigilância sanitária e epidemiológica (LÉLIS, 2012). A atenção primária é regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Geralmente, as doenças e agravos que necessitam de serviços de menor complexidade (menor densidade tecnológica) para a sua prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento tem maior incidência na população do que aquelas que necessitam de maior complexidade. O que resulta em uma maior demanda de atendimentos de atenção primária. Dessa forma, para que se possa atender às necessidades de saúde de uma dada população, as unidades de atenção básica devem ser distribuídas o mais amplamente possível no território, com objetivo de garantir o acesso (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

A atenção secundária é ofertada em hospitais e ambulatórios que prestam assistência em especialidades médicas básicas e serviços de urgência e emergência. São estruturadas no âmbito das microrregiões, que são áreas de planejamento de saúde responsáveis pela oferta desses serviços (LÉLIS, 2012).

Já a atenção terciária é composta pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade, que correspondem a serviços de elevados custos, organizados em municípios polos de macrorregiões de saúde (LÉLIS, 2012).

As ações na atenção secundária e terciária pressupõem maior densidade tecnológica e recursos humanos especializados. Dessa forma, o número de situações atendidas deve ser suficiente para que unidades especializadas e mais complexas não se tornem ociosas, impondo custos crescentes ao sistema de saúde. Além da ociosidade, duas outras questões embasam a necessidade da maior concentração geográfica e ampliação da cobertura populacional desses serviços: economia de escala (custo médio dos procedimentos é reduzido pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, ou seja, amplia-se o número de procedimentos sem ampliar os custos) e qualidade dos serviços ofertados (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

A figura 1 demonstra a relação entre a densidade tecnológica das unidades de atenção à saúde e sua distribuição geográfica.



**Figura 1 - Correlação entre os Níveis de Complexidade Tecnológica e a Demanda por Serviços de Saúde**

Fonte: Elaborado pela autora.

Evidencia-se que a atenção primária é responsável pelo atendimento de menor complexidade e maior demanda. Dessa forma, as unidades básicas de saúde e ambulatórios necessitam estar distribuídos amplamente no território municipal.

A atenção secundária é responsável pela média complexidade e a atenção terciária é responsável pelos atendimentos de alta complexidade, sendo que a demanda reduz de acordo com o aumento da complexidade. Assim, as atenções secundárias e terciárias devem ser organizadas visando o atendimento de referência microrregional e macrorregional, respectivamente, almejando economia de escala e escopo. A definição de regiões em saúde será abordada na próxima seção.

A atenção Hospitalar, foco deste estudo, é regulamentada pela Portaria GM/MS n.º 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que define os hospitais como:

Instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentem potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

Os hospitais que prestam serviços no âmbito do SUS constituem-se pontos de atenção, sendo que sua missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com a regionalização estabelecida (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Estas instituições deverão atuar de forma articulada à base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada pela atenção básica e atenção secundária (KUSCHNIR *et al.*, 2011).

Ademais, os hospitais constituem-se ainda em espaços de educação continuada, formação e capacitação de recursos humanos, pesquisa e avaliação de tecnologias em saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Além disso, os hospitais são compostos por leitos hospitalares, que de acordo com o Ministério da Saúde (2002, p.15) consiste em:

uma cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizada em um quarto, enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculada a uma unidade de internação ou serviço.

Após a definição de hospitais e leitos hospitalares é chegado o momento de conhecer o que a legislação determina sobre a necessidade de leitos hospitalares.

### 2.1.3.1 Necessidade de leitos hospitalares: o que a legislação determina

Atualmente os parâmetros de cobertura assistencial no SUS são definidos pela Portaria GM/MS n.º 1.101, de 12 de junho de 2002. Esta apresenta os parâmetros e recomendações técnicas ideais, os quais auxiliam os gestores de saúde do SUS em todos os níveis de governo. É, portanto, referência para o planejamento, programação e priorização das ações de saúde, podendo sofrer adequações regionais e/ou locais de acordo com realidades demográficas, epidemiológicas e financeiras.

De acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02, os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar devem ser calculados “com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, em quatro clínicas básicas: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia, contemplando, ainda, as internações decorrentes de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Tisiologia, Reabilitação” conforme mostrado na sequência deste estudo.

Para o cálculo da cobertura de internação hospitalar, estima-se, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02, que “de 7 a 9% da população terá necessidade de internações hospitalares durante o ano, em determinada região”. Sendo assim, a fórmula para cálculo das internações hospitalares esperadas numa determinada região e ano é a demonstrada na equação 1.

Equação 1 - Cálculo do número de internações hospitalares esperadas em um ano em uma determinada região

$\text{NIHE} = \frac{\text{Total da População de uma região} \times \text{Parâmetro Recomendado de Internações/ano}}{100}$
--

NIHE = Número de Internações Hospitalares Esperadas.

De acordo com o número de internações, as fórmulas para cálculo por especialidade/população no ano são demonstradas no quadro 2 a seguir:



Internações por Especialidade	Fórmula
Cirúrgica	(pop. X 0,08) x 20%
Clínica Médica	(pop. X 0,08) x 33%
Cuidados Prolongados (crônicos)	(pop. X 0,08) x 0,8%
Obstétrica	(pop. X 0,08) x 20,25%
Pediátrica	(pop. X 0,08) x 15%
Psiquiátrica	(pop. X 0,08) x 3,50%
Reabilitação	(pop. X 0,08) x 1,08%
Tisiologia	(pop. X 0,08) x 0,13 %
Fator de Ajuste <sup>(1)</sup>	(pop. X 0,08) x 6,24%
Total	100%
Psiquiatria Hospital Dia <sup>(2)</sup>	(pop. X 0,08) x 0,50%

**Quadro 2 - Fórmulas para Cálculo por Especialidade/População no Ano**

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

- (1) Fator de Ajuste é a porcentagem do total de leitos, que poderá ser utilizada, dependendo dos fatores locais, em uma especialidade, dividida entre algumas ou entre todas.
- (2) A especialidade Psiquiatria Hospital Dia não é contabilizada no total de leitos hospitalares, porque é caracterizado como atendimento ambulatorial.

A Portaria GM/MS n.º 1.101/02 definiu o Parâmetro Recomendado de Internações/ano de 8%, visto que a média de Autorização de Internações Hospitalares (AIH's) pagas sobre a população em 1999 foi de 7,85%. Dessa forma, se municípios, regiões e estados apresentarem percentuais de cobertura hospitalar diferentes do utilizado na equação 1, por influência de fatores estruturais e/ou epidemiológicos, deve-se substituir na fórmula o coeficiente ali escolhido pelo real apurado.

A necessidade de leitos hospitalares é definida pela Portaria GM/MS n.º 1.101/02, conforme descrito no quadro 3.

Leitos	Quantitativo necessário
Leitos Hospitalares Totais	2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes
Leitos de UTI	4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.)
Leitos em Unidades de Recuperação (pós-cirúrgico)	Média de 2 a 3 leitos por Sala Cirúrgica
Leitos para Pré Parto	Mínimo, 2 leitos por sala de Parto

**Quadro 3 - Necessidade de Leitos Hospitalares**

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

A Portaria GM/MS n.º 1.101/02 determina o padrão para o cálculo de leitos em unidade de recuperação pós-anestésica baseado no quantitativo de salas cirúrgicas, assim como o quantitativo de salas de pré - parto baseado no quantitativo de salas de parto, no entanto, não orienta como estabelecer o quantitativo de salas cirúrgicas e parto.

Para o cálculo da necessidade específica de leitos em uma determinada região e determinada população deve-se levar em consideração: o percentual de internações programadas sobre a população pelo gestor; a taxa de ocupação hospitalar e o tempo da média de permanência de cada especialidade.

De acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02, para se calcular a necessidade específica de leitos é necessário calcular primeiramente a Capacidade de Internações por leito/ano, conforme demonstra a equação 2:

Equação 2 - Cálculo da Capacidade de Internações por leito/ano

$$CIL = (365 / TMP) \times TOH$$

CIL = Capacidade de Internações por leito/ano

TMP = Tempo de Média de Permanência

TOH = Taxa de Ocupação Hospitalar

Registre-se que o tempo de média de permanência (TMP) é um dos indicadores que define o rendimento/productividade dos leitos em cada especialidade. De acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02 o parâmetro de TMP encontra-se no quadro 4.

Especialidade	Varição entre as Regiões/1999 AIH's pagas	Parâmetro	Unidade de Medida
Cirúrgica	3,9 a 5,6	4,8	Dias/ano por internação
Clínica Médica	4,8 a 6,1	5,2	Dias/ano por internação
Cuidados prolongados	12,4 a 76,8	45,0	Dias/ano por internação
Obstetrícia Parto normal e cirúrgico	2,0 a 3,5	Média 3,0	Dias/ano por internação
Pediátrica	4,6 a 6,0	6,0	Dias/ano por internação
Psiquiátrica Hospital Geral Hospital Psiquiátrico	31,6 a 52,7	Média 28,0 5,5 40,0	Dias/ano por internação
Reabilitação	24,6 a 31,7	28,0	Dias/ano por internação
Tisiologia TBS TBS c/	16,1 a 30,6	Média 21,4 7,0 25,0	Dias/ano por internação
Psiquiatria Hospital Dia	29,5 a 38,9	35,0	Dias/ano por internação

**Quadro 4 - Parâmetros para o Cálculo da Taxa de tempo Médio de Permanência Hospitalar**

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

Vale destacar que de acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02 o Brasil apresentou, em 1999, uma média de 48% de ocupação/leito/ano para o SUS. No entanto a média desejável é de 80 a 85%, para que a instituição atinja economia de escala.

Após a definição da Capacidade de Internações por leito/ano é possível realizar o cálculo do Número de Leitos Necessários. No entanto, deve-se levar em consideração o percentual de internações programadas pelo gestor sobre a população, conforme mostra a equação 3.

### Equação 3 - Cálculo do Número de Leitos Necessários

$$LN = \frac{NIP}{CIL}$$

LN = Leitos Necessários

NIP = N.º De Internações Programadas

CIL = Capacidade De Internações Por Leito

Assim como a Portaria GM/MS n.º 1101/02 determinou os parâmetros para a necessidade de leitos gerais, ela também definiu os parâmetros para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por clínica. No quadro 5 evidencia-se o quantitativo absoluto de leitos hospitalares por clínica, necessários para cada 1000 habitantes.

Leitos por Especialidade	Parâmetros Recomendados			
	Variação entre as Regiões	% sobre necessidade total de leitos	Número Absoluto de leitos sobre total da população	Unidade de Medida
Cirúrgica	0,44 a 0,70	14,99	0,44	Leitos/1.000hab.
Clínica Médica	0,67 a 1,13	26,82	0,78	Leitos/1.000hab.
Cuidados prolongados	0,02 a 0,18	5,62	0,16	Leitos/1.000hab.
Obstetrícia	0,43 a 0,63	9,49	0,28	Leitos/1.000hab.
Pediátrica	0,45 a 0,62	14,06	0,41	Leitos/1.000hab.
Psiquiátrica	0,05 a 0,61	15,31	0,45	Leitos/1.000hab.
Reabilitação	0 a 0,01	4,72	0,14	Leitos/1.000hab.
Tisiologia	0,01 a 0,02	0,43	0,01	Leitos/1.000hab.
Psiquiatria Hospital Dia	0,01 a 0,02	2,73	0,08	Leitos/1.000hab.
Fator de Ajuste <sup>(1)</sup>	-	5,83	0,17	Leitos/1.000hab.
TOTAL	2,07 a 3,38	100	2,92	Leitos/1.000hab.

**Quadro 5 - Parâmetros para o Cálculo da Necessidade de Leitos Hospitalares a cada 1000 habitantes**

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

(1) Fator de Ajuste é a porcentagem do total de leitos, que poderá ser utilizada, dependendo dos fatores locais, em uma especialidade, dividida entre algumas ou entre todas.

Diante do exposto, evidencia-se que desde 2002 o Ministério da Saúde definiu de forma clara e concisa a previsão de internamentos por ano, assim como a necessidade de leitos hospitalares; leitos de UTI e leitos por clínica para cada 1000 habitantes. Sendo assim, faz-se relevante analisar se a União, os Estados e os Municípios possuem o quantitativo recomendado.

Não obstante, este estudo abordará no Capítulo de Análise e Discussão dos Resultados o quantitativo de leitos disponíveis no Estado do Paraná, assim como a distribuição, ou seja, a regionalização desses leitos no Estado.

#### 2.1.4 Vazios Assistenciais: o que são e como reduzi-los

A demografia brasileira mudou. Prova disso é que as intervenções do setor saúde contribuíram para o aumento da expectativa de vida e para a redução das taxas de mortalidade. Dessa forma, passaram a fazer parte da agenda a mudança do perfil demográfico e epidemiológico, o crescimento da população produtiva e idosa e novas necessidades de saúde da população que exigem a adoção de novas políticas públicas de saúde (MENDES *et al.*, 2012).

A situação epidemiológica brasileira distancia-se da transição epidemiológica clássica, observada nos países desenvolvidos, sendo definida como tripla carga de doenças. Tripla carga de doenças porque envolve, ao mesmo tempo, uma agenda não concluída de doenças infecciosas, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco como sobrepeso, tabagismo, obesidade, inatividade física, estresse e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas (acidentes de trânsito e violência) (MENDES, 2010).

A atual crise dos sistemas de atenção à saúde que se manifesta, em maior ou menor grau, em diversos países do mundo, decorre de uma incoerência entre a situação de saúde de transição demográfica e epidemiológica e o modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações. Essa crise decorre da incongruência entre uma situação de saúde do século XXI, convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX (MENDES, 2010).

Em projeções realizadas por Mendes, *et al.* (2012), considerando o envelhecimento da população e a variação do nível da renda do país até meados do século XXI (utilizando um crescimento médio do rendimento per capita de 2,5% ao ano), têm-se o seguinte panorama para os serviços de saúde: demanda para consultas médicas deverá crescer 59%; para exames, 96%; para tratamentos, 122%; e para internações, 39%.

Quando se trata do gasto com saúde, o envelhecimento da população e consequente aumento da demanda poderão acarretar um aumento das despesas com saúde em relação ao PIB de aproximadamente 30% até 2050, ou seja, dos atuais 8,2% para 10,7% (MENDES *et al.*, 2012).

De acordo com os mesmos autores, essas projeções devem ser encaradas como uma sinalização das mudanças que estão acontecendo no Brasil, e servir de suporte para o planejamento das ações e para a adequação da oferta à demanda por ações/serviços de saúde no país.

Para Neto e Malik (2007), não há evidências se a quantidade de leitos será suficiente, se serão excessivamente caros e se a atenção prestada será de boa qualidade. Além disso, afirmam que os problemas de planejamento urbano influenciam diretamente na disponibilidade de leitos.

Com base nas disposições legais sobre número de internações e oferta de leitos (Portaria GM/MS 1.101/2002), utilizando-se a orientação de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes, usando o parâmetro mínimo de 2,5 leitos por 1000 habitantes, seriam necessários, para os 204 milhões de brasileiros (estimativa do IBGE /2010) em torno de 510 mil leitos.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), na competência de maio de 2015, no Brasil, há 443.120 leitos. Dessa forma, tem-se um déficit de aproximadamente 66.880 leitos em todo Brasil.

Ademais, de acordo com Neto e Malik (2007), uma parcela importante dos hospitais brasileiros oferece leitos de baixa capacidade resolutiva, que não possuem proposta adequada para aprimorar esse subatendimento. De acordo com esses autores, apenas 2,2% dos leitos nacionais são de UTI e que 22,8% dos leitos estão em hospitais com menos de cinquenta leitos.

Evidencia-se então que no território nacional existe um déficit de leitos hospitalares, assim como de leitos de UTI, sendo que pressupõe importante déficit do quantitativo de leitos de UTI, visto que a portaria GM/MS 1.101/02 estabelece que a porcentagem mínima de leitos de UTI deve ser de 4% do quantitativo total de leitos hospitalares. Além disso, 22,8% dos leitos estão em hospitais com menos de cinquenta leitos, o que compromete os resultados em escala e escopo.

Diante do exposto, emerge a importância da identificação das áreas que apresentam um déficit na quantidade de leitos hospitalares. Neste estudo, haja vista os objetivos e questão norteadora propostos, estas áreas são denominadas como vazios assistenciais.

Devido à ausência de convergência teórica acerca do termo vazio assistencial, este estudo contribui com a temática, definindo-o como: área territorial que apresenta déficit na quantidade de leitos hospitalares necessários para atender uma população adstrita. Dessa forma, as ações e serviços de saúde são ofertados em desacordo com a demanda e com o regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.101/02. Essas regiões expõem a fragilidade do SUS em colocar em prática os princípios basilares da igualdade, integralidade, universalidade e acessibilidade.

A ação inicial para redução dos vazios assistenciais consiste na realização da regionalização; seguida pela aplicação da Portaria GM/MS n.º 1101/02; e revisão do perfil assistencial dos hospitais com menos de 50 leitos. Ademais, de acordo com Silva (2011), para atender as necessidades de saúde da população, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que garantam a continuidade do tratamento. Isso pode ser realizado por meio de linhas de cuidado que garantam a prevenção de agravos e promoção da saúde, e orientem os usuários no caminhar pelas redes de atenção à saúde.

Diante do exposto, faz-se relevante aprofundar a discussão sobre regionalização, redes de atenção à saúde e linhas de cuidado, como se vê na próxima seção.

## 2.2 DESCENTRALIZAÇÃO/REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE E O SISTEMA DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ

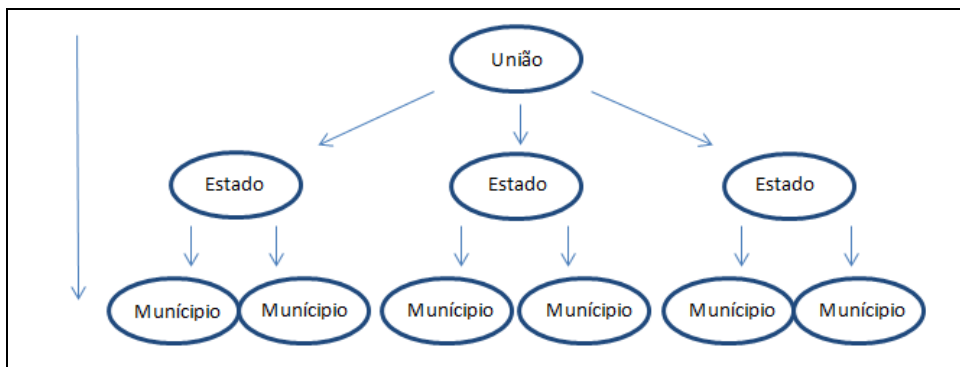
De acordo com o art. 198 da Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde de 1990 (Lei n.º 8.080/90), os pilares que sustentam o modelo de atenção à saúde são a descentralização, regionalização e hierarquização.

O pilar da hierarquização foi abordado na seção anterior, sendo nesta seção abordadas a descentralização e regionalização em saúde, norteadoras dos processos de organização político-territorial do Sistema Único de Saúde, assim como se deu o processo de regionalização no Estado do Paraná.

### 2.2.1 Descentralização do SUS

A descentralização redefine as responsabilidades em saúde entre os entes federados e reforça a importância dos executivos subnacionais na condução da política de saúde. Ela permite a transferência de poder decisório, antes concentrado na esfera federal para estados e para os municípios (LIMA *et al.*, 2012).

A descentralização é marcada pelo repasse de responsabilidades, atribuições e recursos da gestão federal para a estadual, e desta para a municipal (MIRANDA; GUIMARÃES; ALVES, 2012). Dessa forma, os municípios assumem papel estratégico na gestão do SUS, principalmente devido à gestão da atenção primária em saúde. A figura 2 representa graficamente o processo de hierarquização do SUS.



**Figura 2 - Representação Gráfica da Hierarquização do SUS**  
 Fonte: Elaborado pela autora.

O fortalecimento da gestão estadual e municipal se justifica como forma de promover a democratização, melhorar a eficiência e os mecanismos de *accountability* na política de saúde, respeitando o desenho federativo e atendendo aos interesses territoriais (LIMA *et al.*, 2012).

Entretanto, a descentralização foi confundida compreendida muitas vezes como municipalização, o que causou um nível importante de fragmentação do sistema. Pois se de um lado a descentralização contribuiu de forma significativa para o princípio da universalidade do sistema, por outro lado ela dificultou o princípio da integralidade, visto que os municípios não são capazes de dar conta de todos os níveis de complexidade da atenção em saúde (SOUZA, 2014).

Diante do exposto e devido às diferenças de porte populacional, as condições político-institucionais dos entes federativos e principalmente a concentração geográfica dos serviços de maior complexidade, há a necessidade de conformação de arranjos regionalizados de atenção à saúde (LIMA *et al.*, 2012).

Evidencia-se que a interdependência entre os governos federal, estadual e municipal para o planejamento e realização das ações e serviços de saúde é relevante e demonstra a importância do processo de regionalização da atenção à saúde. A temática região e processo de regionalização em saúde são, então, abordados na próxima subseção.

### 2.2.2 Região e Regionalização em Saúde

De acordo com Haesbaert (2010), seja como instrumento analítico, pedagógico ou de ação/intervenção, o conceito de região encontra-se relacionado com outros conceitos como território e espaço, frente ou com os quais ele pode ser mais bem definido. Neste estudo pretende-se discutir o conceito de região para a geografia, economia e saúde.

Para a geografia “a região [...] é antes de qualquer coisa uma construção social que atende a interesses políticos precisos” embora nem todos os atores/agentes/sujeitos sejam portadores de uma racionalidade bem definida na sua



intervenção no espaço, a região não deixa de ser “produto do pensamento social, de práticas hegemônicas e contra-hegemônicas; [...] uma representação, parte da construção social do espaço de uma sociedade” (LIMONAD, 2004, p.57-58 *apud* THEIS; GALVÃO, 2012, p.63).

Para Santos (2008), a região se define como o resultado das possibilidades ligadas à presença de capitais fixos exercendo determinado papel ou determinadas funções técnicas e das condições do seu funcionamento econômico, podendo-se dizer que há uma dialética entre esses fatores concretos, um influenciando e modificando o outro. Assim, região na acepção de Oliveira (1981, p.27-29) *apud* Theis e Galvão (2012, p.64):

[...] o espaço onde se imbricam dialeticamente uma forma especial de reprodução do capital e por conseqüência uma forma espacial de luta de classes. Uma região se distingue da outra pela “especificidade de cada região, completa-se [...] num quadro de referências que [inclui] outras regiões, com níveis distintos de reprodução do capital e relações de produção.

O que se constata nos enfoques anteriormente resenhados é sua forte aderência a uma concepção relacional de região. O mesmo não se pode evidenciar de acordo com Theis e Galvão (2012) nas concepções de região na Economia.

A economia tende a colocar em maior destaque a área geográfica, caracterizada pelo desenvolvimento urbano e seu entorno; área que funciona como espaço da vida cotidiana de uma coletividade de pessoas e que contém um conjunto de atividades socioeconômicas, sujeito a forças de repulsão e atração (THEIS; GALVÃO, 2012).

Na economia existem também enfoques que lidam com a problemática do espaço; entre esses, há os que contribuem para a elaboração de uma concepção relacional de região. Assim, tem-se que:

região aparece [...] como o produto das relações inter-regionais e estas como uma dimensão das relações sociais. Não há região pobre, há apenas regiões de pobres, e, se há regiões de pobres, é porque há regiões de ricos e relações sociais que polarizam riqueza e pobreza e as dispõem diferentemente no espaço (LIPIETZ, 1988, p.29 *apud* THEIS, GALVÃO, 2012, p.29).

Dessa forma, uma região está conectada ao espaço a ela circundante, ou seja, às demais regiões que integram uma formação social de escala nacional (THEIS; GALVÃO, 2012).

Ademais, uma região é a base infraestrutural que delimita o espaço econômico regional e sua correspondente superestrutura. Nesta repousa a atuação dos diferentes atores/agentes/sujeitos que integram o bloco regional no espaço (THEIS; GALVÃO, 2012).

De acordo com Gil, Licht e Yamauchi (2006), o conceito de região possui uso controverso, pois vem sendo utilizado com frequência cada vez maior, não apenas por geógrafos, mas também por outras categorias profissionais como historiadores, sociólogos, economistas, demógrafos, antropólogos, cientistas políticos e urbanistas, que lhe atribuem significado de acordo com o objeto das disciplinas a que se vinculam. Tanto assim é que nas três últimas décadas do século XX, pelo menos três novas definições de região foram acrescentadas às tradicionais.

A primeira, chamada de “materialista”, reconhece a região como a organização espacial dos processos sociais associados ao modo de produção capitalista; a segunda descreve a região como cenário para interação social e desempenha um papel fundamental na produção e reprodução de relações sociais; a terceira enfatiza a cultura como ponto de partida, concentrando-se em problemas como identificação regional e identidades regionais - a região é entendida como um conjunto de relações entre um grupo específico e um lugar particular (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006).

No entanto, a evolução dos meios de comunicação, a diminuição dos custos dos transportes e a conseqüente diminuição das distâncias, a ampliação das comunidades virtuais e outros fatores relacionados à globalização requerem novas concepções acerca de região (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006).

Nessa perspectiva, Gil, Licht e Yamauchi (2006) propõem quatro concepções de região: 1) trata a região como constituinte do mundo cotidiano e aponta para uma interpretação humanística; 2) fundamentada no marxismo, trata a região como manifestação da acumulação do capital; 3) vê a região como cenário para a prática social e como meio de interação social; 4) trata das regiões históricas, ou seja, entendidas como unidades espaciais produzidas social e culturalmente.

A contextualização de todas essas vertentes do termo região faz-se relevante para compreender a visão multifatorial dada pela área da saúde a esta

temática, que é o foco norteador deste estudo. Como pode ser evidenciado na definição de região da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001):

base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, sócio-econômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras.

Destaque-se que a definição utilizada atualmente para regiões de saúde é a constante no Decreto n.º 7.508 de 2011, que as definem como:

espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Dessa forma, de acordo com Gil, Licht e Yamauchi (2006), as regiões de saúde não devem ser vistas apenas como construções territoriais, mas como espaços vivos, que levam em consideração as percepções de seus habitantes.

Analisando a definição do termo região por essas áreas de atuação distintas, percebem-se similaridades, pois ambas abordam a questão geográfica e a importância da construção social, da delimitação a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, sendo que a geografia e a saúde dão maior relevância à abordagem relacional, enquanto que a economia dá maior relevo à geografia. Demonstra-se que as regiões não podem mais ser vistas como entidades eminentemente geográficas, pois sua construção passa a requerer elementos de ordem econômica, política, social e cultural.

Na atenção à saúde a perspectiva territorial foi abordada pela Constituição Federal de 1988 e a Lei n.º 8.080/90, que vinculam a perspectiva territorial à diretriz da descentralização, por meio da regionalização das ações e serviços de saúde.

A primeira definição de regionalização em saúde é a abordada pela Norma Operacional Básica NOB 01/93 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993), que a define como:

Articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, a vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

As propostas de regionalização tiveram início tardio e após sucessivos ciclos de descentralização que ocorreram com indução e regulação federal, pois até a edição da NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde), publicada em 2001, houve dificuldade em se traçar estratégias políticas que garantissem a integração das ações e serviços dos diferentes níveis de complexidade situados em distintos espaços geográficos (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Nesse matiz, a NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001) define o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, além de estabelecer que:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.15).

Como já descrito neste estudo, somente na virada dos anos 2000 é que a regionalização passou a adquirir um sentido organizativo para a rede de serviços de saúde, tornando-se uma das estratégias prioritárias no âmbito da política nacional de saúde. E que, apesar de presente nas diretrizes do SUS, a regionalização só foi reforçada de forma mais incisiva, após a publicação do Pacto pela Saúde em 2006.

Com o pacto, novas diretrizes foram preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas no fortalecimento da pactuação política e na diversidade econômica, cultural e social do país para a redefinição das regiões de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Assim, ele retoma a regionalização como eixo central, reatualiza os instrumentos de planejamento da NOAS e amplia a visão da regionalização para além da assistência à saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR), que foi previsto na NOAS-SUS 01/01, adquiriu caráter mais sistêmico e alcance Intersetorial ao permitir diferentes

combinações de variáveis (econômicas, sociais e culturais e de saúde,) para o estabelecimento das regiões de saúde em cada estado da federação (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

De acordo com o NOAS-SUS 01/01, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização consiste em:

Processo coordenado pela Secretaria de Estado da Saúde e que envolve o conjunto de municípios, de delimitação de regiões de saúde que cubram todo o estado e de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial-populacional, não necessariamente restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites e a autoridade do gestor municipal, que garanta níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O pacto instituiu os Colegiados de Gestão Regional (CGR), que são instâncias de cogestão dos espaços regionais definidos no PDR. Os CGR's são formados por representação do estado (do nível central ou das estruturas de representação regional das Secretarias de Estado de Saúde) e do conjunto de municípios da região e estabelecem um canal permanente de negociação e decisão intergovernamental, com regras definidas e funcionamento estável (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

A atual regulamentação relacionada à regionalização é o Decreto n.º 7.508, publicado em 28 de junho de 2011, o qual dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa. Esse decreto define que a regionalização deverá ser coordenada pelas Secretarias de Estado da Saúde e ser realizado a partir do Mapa da Saúde, que consiste:

na descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferidos a partir dos indicadores de saúde do sistema (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

No Mapa de Saúde regional, estadual e nacional deverão constar todas as ações de saúde, incluindo as ações prestadas pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS, as quais deverão compor os Mapas da Saúde

regional, estadual e nacional. O mapa é utilizado na identificação das necessidades de saúde e orienta o planejamento integrado dos entes federativos (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Mapa de Saúde identifica os pontos de atenção à saúde existentes, e os referencia em nível regional e macrorregional. Ademais, o Mapa de Saúde é um instrumento importante para o processo de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento de uma rede de ações e serviços de saúde no território.

Após a contextualização do processo de regionalização da saúde, é necessário pontuar que, de acordo com Viana, Lima e Ferreira (2010), a regionalização é um processo político que envolve alterações significativas na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico. Requer também a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento da rede de ações e serviços de saúde no território.

Dessa forma, a regionalização requer a definição de uma base territorial, pois as ações de saúde acontecem em territórios concretos, sendo que as bases territoriais mais expressivas são as regiões (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006). Por essa razão, o que o Ministério da Saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) almeja é que a regionalização se dê por meio de um processo de constituição de regiões de saúde, que são definidas como recortes territoriais, de abrangência imediatamente acima da esfera municipal, compostas por um ou mais municípios, com o fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde.

A identificação das regiões cabe aos estados e municípios e deverá ser realizada a partir de identidades compartilhadas num mesmo território, tais como: identidade socioeconômica e cultural, redes de comunicação, infraestrutura de transportes, redes de ações e serviços de atenção à saúde e para as questões relacionadas à educação e à existência de instituições de ensino (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006).

Ademais, de acordo com Mendes e Almeida (2005), a combinação e articulação dos níveis de atenção e da escala de complexidade são essenciais à regionalização funcional do sistema de saúde, as quais são condições necessárias para assegurar a máxima acessibilidade da população aos serviços de saúde.

No entanto, a regionalização é um processo complexo, devido à necessidade de coerência entre “fenômenos quase inconciliáveis”, como a institucionalização de uma rede homogênea de ações e serviços frente a uma significativa diversidade territorial; a formalização da responsabilidade pública com a participação da sociedade civil e dos agentes que compõem o sistema de saúde no território; e a regulação centralizada com a manutenção da autonomia dos governos locais (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

Uma maneira de reduzir a complexidade desse processo consiste em discutir a questão regional em fóruns ou conselhos regionais, que podem ser vistos como locais privilegiados para a construção social e política das regiões.

Os conselhos regionais possibilitam o fortalecimento de redes e práticas de alcance regional que ajudam a transformar os territórios em “entes coletivos” que proporcionam sustentação política às ações que as beneficiam, além de proporcionarem ao poder público um interlocutor para a formulação e implementação de ações de promoção do desenvolvimento, cuja legitimidade e representatividade são reconhecidas pelo conjunto dos atores regionais (GIL; LICHT; YAMAUCHI, 2006).

Em suma, o processo de regionalização na área da saúde deve compreender as noções de territorialidade, que não se restringem à abrangência municipal, mas que respeitam seus limites como unidade indivisível, e considerar as questões de ordem social, econômica e demográfica, com o objetivo de garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços de saúde. Deve-se considerar a capacidade instalada, os instrumentos disponíveis e referenciar todos os pontos e ações de saúde existentes na região. Ademais, é representado graficamente por meio do Mapa de Saúde.

De acordo com o Decreto n.º 7.508/2011, a etapa posterior ao processo de regionalização é a definição e constituição das Redes de Atenção à Saúde, temática abordada na subseção seguinte.

### 2.2.2.1 Redes de atenção à saúde

A análise dos sistemas de atenção à saúde, em uma perspectiva internacional, demonstra que eles são caracterizados como sistemas fragmentados. Os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam como um conjunto isolado de pontos de atenção à saúde que não se comunicam entre si, conseqüentemente incapazes de prestar uma atenção integral à saúde da população. Dessa forma, a atenção primária à saúde não se comunica de maneira eficaz com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio (MENDES, 2010).

De acordo com o Decreto n.º 7.508/2011, “a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde”, que realiza o referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, sendo que a Rede de Atenção à Saúde consiste no “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde, conforme pactuado nas Comissões Intergestores” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Definição mais adequada é fornecida por Mendes (2010, p.2300):

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Já de acordo com Silva (2011), as redes de atenção à saúde, que devem ser regionalizadas e integradas, oferecem condição estrutural para efetivação da integralidade da atenção e proporcionam redução dos custos dos serviços por permitir uma maior racionalidade na utilização dos recursos.

Os sistemas organizados em Redes de Atenção podem aproveitar melhor os recursos, desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica, de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e da conquista de economias de escala e escopo em sua composição (SILVA, 2011).



A Economia de escala é obtida quando o custo médio dos procedimentos é reduzido pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, ou seja, amplia-se o número de procedimentos sem ampliar os custos, eliminando ociosidades e desperdícios. A Economia de escopo, por sua vez, se obtém ampliando a diversidade de serviços oferecidos. Dessa forma, se reduz os custos fixos pelo fato de eles se diluírem em tipos diferentes de procedimentos. No entanto, deve-se levar em consideração acesso das pessoas ao procedimento assistencial, visto que o acesso, assim como a eficiência econômica, é um componente importante da qualidade em saúde (SILVA, 2011).

De acordo com Mendes (2010), as redes de atenção à saúde constituem-se de três elementos principais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população é o primeiro elemento das redes de atenção à saúde, e consiste na razão de ser das redes de atenção à saúde. Dessa forma, a população total de responsabilidade de uma rede de atenção à saúde deve ser conhecida e registrada em sistemas de informação. Na atenção à saúde baseada na população, o sistema deve estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade; deve implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população; e deve prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas necessidades (MENDES, 2010).

A Estrutura Operacional é segundo elemento de uma rede de atenção à saúde, sendo constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. Possui cinco componentes: 1) atenção primária à saúde; 2) pontos de atenção secundários e terciários; 3) sistemas de apoio (centros de diagnóstico e terapias, centros farmacêuticos); 4) sistemas logísticos; e 5) sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Os três primeiros correspondem aos nós das redes, ou seja, os pontos de atenção; o quarto diz respeito às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, é o componente que determina/governa as relações entre os quatro primeiros (MENDES, 2010).

Esclarecendo, os sistemas logísticos são as soluções tecnológicas, ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde. Permitem um sistema eficaz de referência e contra referência das pessoas entre os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio, das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

O sistema de governança é o conjunto de arranjos institucionais necessários para a cooperação entre as organizações, instituições e atores sociais e políticos que compõem as redes de atenção à saúde (SILVA, 2011), devendo ser realizada de acordo com Mendes (2010) por meio de arranjos interfederativos, correspondentes ao federalismo cooperativo praticado no Brasil.

De acordo com o Decreto n.º 7.508/2011, são as Comissões Intergestores que pactuarão a organização e o funcionamento dos serviços e ações de saúde que estão estruturados em redes de atenção à saúde. As comissões intergestores se materializam no plano nacional, na comissão intergestores tripartite (CIT); nos estados, nas comissões intergestores bipartite (CIB); e nas regiões de saúde, nas comissões intergestores bipartite regionais (CIB regionais).

O terceiro e último elemento das redes de atenção à saúde são os Modelos de Atenção à Saúde, que consistem em sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes (MENDES, 2010).

As mudanças decorrentes do perfil demográfico, e conseqüentemente da tripla carga de doenças, levaram ao desenvolvimento de modelos de atenção à saúde, sendo que hoje há diversos deles para as condições agudas e crônicas.

De acordo com Silva (2011), uma das formas de qualificação do cuidado consiste na implementação do modelo de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes e de projetos terapêuticos para necessidades mais singulares da população da área.

As linhas de cuidado são estratégias utilizadas para sistematizar a atenção a doenças crônicas, e consistem basicamente em normas que orientam os usuários sobre quais são os caminhos preferenciais a serem percorridos e quais as condutas

a serem adotadas para que suas necessidades sejam atendidas adequadamente. Os projetos terapêuticos singulares utilizam as linhas de cuidado, no entanto são mais específicos e visam planejar e monitorar a atenção individual de portadores de doenças graves (SILVA, 2011).

Para Mendes (2010), há evidências de que as redes de atenção à saúde podem melhorar os resultados sanitários, a qualidade clínica com consequente satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de saúde. No entanto, para obterem-se melhores resultados, as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devem incluir também outras políticas relacionadas aos determinantes do processo saúde-doença (SILVA, 2011).

Outro aspecto importante a considerar é que, de acordo com o Decreto n.º 7.508/2011, a colaboração e planejamento entre os entes federativos para a estruturação da rede de atenção à saúde deverão ser firmados por meio de Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP).

O COAP define as responsabilidades individuais e de coparticipação entre os entes federativos com relação às ações e serviços de saúde, os indicadores e as metas de saúde, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde (BRASIL, MINSITÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Diante do exposto, evidencia-se o potencial e a importância das redes de atenção à saúde para garantia do princípio constitucional da integralidade, pois as redes de atenção definem as metas e ações a serem realizadas por cada ente federado por meio do COAP e definem a assistência a ser prestada nos diversos pontos de atenção e níveis de complexidade. Essa organização proporciona melhor utilização dos dispositivos existentes, racionalidade na utilização dos recursos e consequente redução de custos. Ademais, as redes de atenção em saúde demonstram potencial como ferramenta de governança para o SUS.

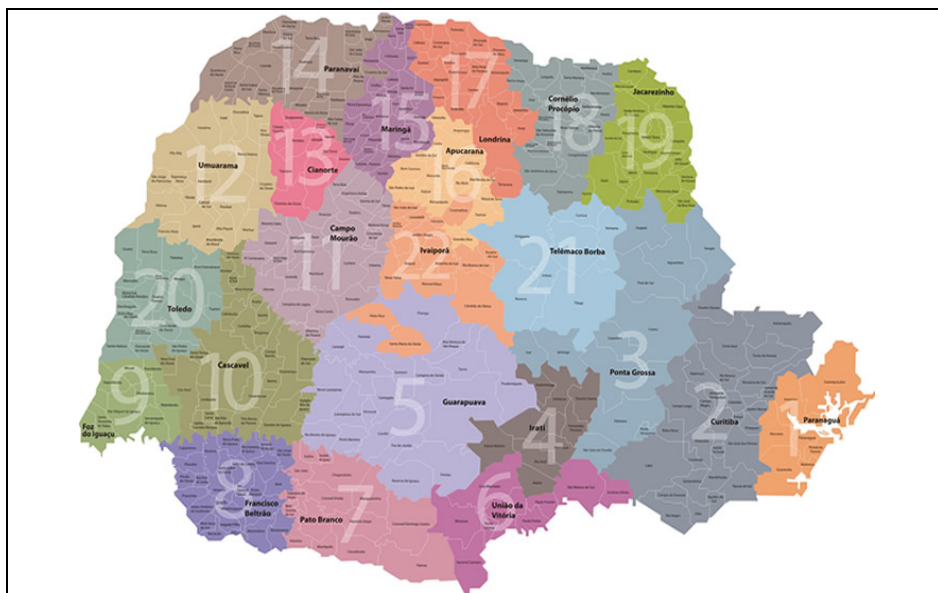
Após a contextualização do processo de descentralização e regionalização do SUS e do referencial teórico sobre as redes de atenção a saúde, é chegado o momento de exemplificar como se deu esse processo no Estado do Paraná.

### 2.2.3 Regionalização em Saúde no Estado do Paraná

Para descrever o processo de regionalização no Estado do Paraná, fez-se necessária a análise do Plano Estadual de Saúde de 2012-2015 e do Mapa de Saúde, disponíveis no *site* da Secretaria de Estado da Saúde (SESA).

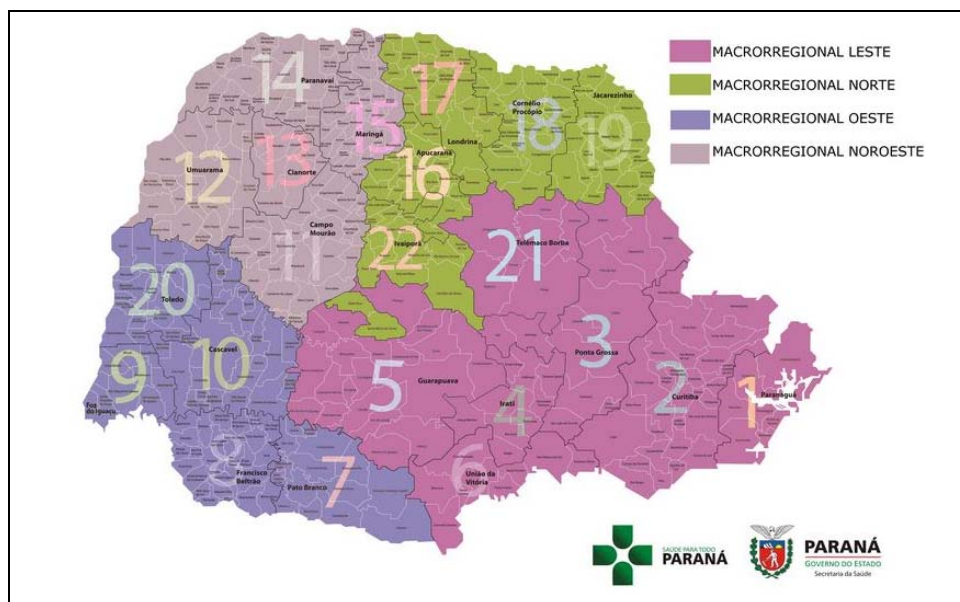
No Estado do Paraná, o Mapa de Saúde é o documento que expressa o processo de regionalização e que reconhece 22 (vinte e duas) regionais de saúde conforme evidenciado na figura 3.

As 22 regionais de Saúde do Estado do Paraná foram estabelecidas, respeitando prioritariamente os limites geográficos municipais e a questão do acesso rodoviário. Ademais, o estabelecimento das regiões de saúde é importante para posterior definição dos pontos de atenção à saúde de referência para a baixa e média complexidade.



**Figura 3 - Divisão do Estado do Paraná por Regionais de Saúde**  
**Fonte: SESA. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>.**

Essas 22 regionais de saúde são agrupadas em quatro macrorregionais de saúde: leste, norte, oeste e noroeste. Foram estabelecidas respeitando os limites geográficos municipais e o acesso rodoviário, e para cada macrorregional de saúde devem ser estabelecidos os pontos de atenção de referência em alta complexidade em saúde. As quatro macrorregionais de saúde do Estado do Paraná e suas respectivas regionais de saúde estão evidenciadas na figura 4.



**Figura 4 - Divisão do Estado do Paraná por Macrorregionais de Saúde**  
 Fonte: SESA. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br>>.

Esses dois mapas de saúde são os divulgados pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná e consideram os limites geográficos. Além disso, determinam as regiões e macrorregiões de saúde que são referência para definição das redes de atenção e pontos de atenção à saúde para atenção primária, secundária e terciária.

No entanto, no Mapa de Saúde Estadual devem constar todos os pontos de atenção em saúde, incluindo as ações prestadas pela iniciativa privada, de forma complementar ou não ao SUS. Essas informações são apresentadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Paraná no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de 2009. Entretanto, a regionalização de saúde vigente não condiz com esse mapa desenvolvido em 2009. Fato que reforça a importância deste estudo que objetiva descrever e analisar a regionalização hospitalar em saúde do Estado do Paraná como instrumento de governança pública em saúde.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012-2015 do Estado do Paraná, o desenho das redes de atenção à saúde, em suas diversas linhas de cuidado, consiste em: Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde, como eixo estruturante das Redes de Atenção à Saúde; implantação do HOSPSUS (Programa de Qualificação da Assistência Hospitalar no SUS Paraná); Rede de Urgência e Emergência; Rede Mãe Paranaense; Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa; Rede da Pessoa com Deficiência; Rede de Atenção à Saúde Mental; e Programa de Enfrentamento às Violências no Estado do Paraná, articulado com outras áreas do governo.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, as redes de atenção foram organizadas dentro das 22 (vinte e duas) Regiões de Saúde, das 4 (quatro) Macrorregiões de Saúde e do Polo Estadual de Saúde, e foram consolidadas pelo Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde - COAP.

Como descrito, os fóruns ou conselhos regionais podem ser vistos como locais importantes para a construção social e política das regiões, pois possibilitam o fortalecimento das redes e práticas de alcance regional. No Estado do Paraná, a regionalização tem como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Estadual e CIBs Regionais.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde 2012-2015, outro elemento importante para o processo de organização do SUS no âmbito das regiões de saúde foram os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS), que desenvolvem atividades relacionadas a consultas e exames especializados. Baseados nos princípios do SUS, os CIS representam uma forma de associação entre municípios com o objetivo de assegurar ações de saúde à população das regiões de saúde. No estado do Paraná há 24 (vinte e quatro) Consórcios de Saúde localizados em todas as 22 (vinte e duas) regiões do Estado.

Como pode ser evidenciado, o Estado do Paraná está atendendo parcialmente aos requisitos exigidos na legislação em relação ao processo de regionalização em saúde, visto que estabeleceu o Mapa de Saúde em 2011 e descreveu no Plano Estadual de Saúde 2012-2015 como se dá o processo de negociação e deliberação das questões regionais, além de definir o planejamento das Redes de Atenção à Saúde de acordo com o Mapa de Saúde.

No entanto, não se evidencia a existência de Mapa de Saúde atual com a identificação dos pontos de atenção, o que reforça a importância deste estudo que objetiva descrever e analisar a regionalização hospitalar em saúde do Estado do Paraná como instrumento de governança pública em saúde.

Como o objetivo geral deste estudo consiste em estabelecer um modelo de regionalização em saúde que favoreça a governança pública para a redução de vazios assistenciais a partir da otimização de leitos hospitalares no Estado do Paraná, é chegado o momento de abordar a temática governança pública.

## 2.3 GOVERNANÇA PÚBLICA E PRINCÍPIOS APLICÁVEIS À GESTÃO DA SAÚDE

De acordo com Secchi (2009), a definição de governança gera ambiguidades entre diferentes áreas do conhecimento, sendo que as principais ciências que estudam esse fenômeno são as “relações internacionais, teorias do desenvolvimento, administração privada, ciências políticas e administração pública” (PISA, 2014, p.103). O quadro 6 apresenta as áreas do conhecimento e suas respectivas definições do termo governança.

Área do Conhecimento	Definição de Governança
Relações Internacionais	Definem a governança sob o ponto de vista das mudanças nas relações de poder entre estados no cenário internacional. O Estado-nação passa de ator individual para um modelo colaborativo de relação interestatal para resolução de problemas coletivos internacionais. É um processo de adoção de mecanismos horizontais de colaboração para enfrentar problemas transnacionais mútuos.
Teorias do desenvolvimento	Tratam a governança como um conjunto de práticas democráticas e de gestão que ajudam os países a melhorar suas condições de desenvolvimento social e econômico. Dessa forma, a "Boa governança" significa a combinação de boas práticas de gestão pública, sendo que as áreas de aplicação das boas práticas são aquelas envolvidas na melhora da eficiência administrativa, da <i>accountability</i> democrática e de combate à corrupção.
Administração privada	Governança do ponto de vista empresarial significa adoção de um conjunto de princípios básicos que visam aumentar a efetividade de controle por parte dos <i>stakeholders</i> (indivíduo ou grupo que podem afetar a realização dos objetivos organizacionais ou que podem ser afetados por esse processo) e autoridades de mercado sobre organizações privadas de capital aberto.
Ciências Políticas Administração Pública	Governança está associada a uma mudança na gestão política, o enfoque está orientado para as formas de interação nas relações de poder entre o Estado, governo e sociedade. É dedicada atenção especial aos processos de cooperação e aos mecanismos para estimular as relações entre os principais atores envolvidos: governo, setor privado e terceiro setor. Isso denota pluralismo, no sentido de que diferentes atores têm, ou deveriam ter, o direito de influenciar a construção das políticas públicas.

**Quadro 6 - Definição do Termo Governança para diversas áreas do conhecimento**

**Fonte:** Elaborado pela autora com base em Secchi (2009), Pisa (2014) e Matias-Pereira (2010).

Independente da ambiguidade de definição, percebe-se uma tendência nas descrições acima, em que a governança é tida como um conjunto adequado de

práticas e gestão, que proporcionam mudanças nas relações de poder entre os atores envolvidos.

Não obstante, máxime que neste estudo são adotadas as concepções de governança das Ciências Políticas e da Administração Pública, sendo aprofundada a discussão sobre a governança pública, governança pública em saúde e os princípios da governança aplicados à gestão em saúde.

### 2.3.1 Governança Pública

O termo governança surgiu na administração de empresas privadas, sendo definido como governança corporativa. O sistema de governança corporativa surgiu em decorrência das pressões exercidas por acionistas, que passaram a exigir mais informações e transparência das empresas com a intenção de limitar o poder dos administradores das companhias (PISA, 2014). Nesse contexto tem-se o conflito de agência, explicado pela teoria da Agência.

Para Borges e Serrão (2005), a Teoria da Agência aborda a contradição existente na relação bilateral estabelecida quando o bem-estar de uma parte (o proprietário ou principal) depende de decisões tomadas por outra parte (o agente), sendo a governança corporativa um meio de reduzir a assimetria informacional percebida entre o agente e o principal.

Portanto, a governança corporativa pode ser entendida como conjunto de processos, costumes, políticas, leis e regulamentos que regem a maneira como uma empresa é administrada ou controlada, além de incluir o estudo sobre as relações entre os atores envolvidos (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Governança corporativa é uma estratégia empresarial e uma vantagem competitiva. Está relacionada ao processo de concepção de mecanismos internos e externos com a finalidade de tornar as decisões alinhadas aos interesses dos investidores ampliando o retorno de recursos (BERNARDES; GUARIENTE, 2008).



As práticas da gestão privada repercutiram favoravelmente em outros setores, contribuindo também para a discussão do tema da governança no setor público (PISA, 2014), sendo que a governança pública é considerada por Matias-Pereira (2010, p.118) “uma atividade insubstituível no mundo contemporâneo”.

De acordo com Matias-Pereira (2010), a governança corporativa no setor público está relacionada à administração das agências do setor público, por meio dos princípios da governança corporativa do setor privado, que são aplicáveis no setor geral do Estado. Oliveira (2008, p.1) acrescenta que:

Governança Pública pode ser fundamentalmente entendida como um modelo alternativo a estruturas governamentais hierarquizadas, implicando que os Governos sejam muito mais eficazes em um marco de economia globalizada, não somente atuando com capacidade máxima de gestão, mas também garantindo e respeitando as normas e valores próprios de uma sociedade democrática.

O modelo de governança pública foi concebido no Brasil nos anos 90 com base na experiência britânica e de acordo com Bresser-Pereira (2007, p.2):

É um modelo gerencial ou de gestão, porque torna os administradores públicos mais autônomos e mais responsáveis e porque reduziu a defasagem entre os mercados de trabalho público e privado; é estrutural, porque envolve importantes mudanças na estrutura do Estado, particularmente a implantação de agências executivas e reguladoras autônomas e a terceirização de serviços sociais e científicos.

A governança pública também pode ser entendida como o sistema que determina o equilíbrio de poder entre todos os envolvidos numa organização (governantes, gestores, servidores, cidadãos) com o objetivo de permitir que o bem comum prevaleça sobre os interesses de pessoas ou grupos, sendo que a organização ao desenvolver e atingir o melhor desempenho, alcançando seus objetivos, resulta em satisfação a todos os atores envolvidos (MATIAS-PEREIRA, 2010).

Nas contribuições de Pisa (2014), a boa governança pública deve possuir clara identificação das responsabilidades; compreensão de quem são as partes envolvidas e como se dá o relacionamento entre a administração de recursos e os resultados entregues; e fornecer suporte à administração. E mais, assevera ainda que a governança é um modelo de gestão pública no qual interagem

diferentes atores: políticos, administradores públicos e representantes da sociedade que buscam alcançar os objetivos conjuntamente definidos, por meio de uma gestão compartilhada.

Nesse lume, a boa governança caracteriza-se pela combinação de boas práticas de gestão pública, tanto que o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial exigem esses requisitos para conceder empréstimos e apoio técnico aos ditos "países em desenvolvimento" (SECCHI, 2009).

Ademais, de acordo com Oliveira (2008), as práticas de governança são benéficas e bem-vindas em nosso país porque:

são calcadas em elevados padrões éticos e voltadas à promoção da transparência das ações dos Governos. Ademais disso, revelam-se poderosos instrumentos para atingir a estabilidade das instituições políticas e sociais por meio do fortalecimento do Estado de Direito e da sociedade civil, por intermédio da adoção e da propagação de um pluralismo de dimensões múltiplas, em todas as áreas da atuação do Estado.

De forma convergente, o processo de governança pública envolve múltiplas categorias de partes interessadas (*stakeholders*). Trata-se então do povo, do governo, das instituições e de suas inter-relações, visando o interesse coletivo e à prevalência do bem comum – princípio da supremacia do interesse público –, e à continuidade sustentável, razão de ser do Estado enquanto ente público (OLIVEIRA, 2008).

Dessa forma, a governança pública pode ser entendida como um modelo de gestão que possibilita a interação de diversos atores, desde políticos até representantes da sociedade civil que almejam alcançar objetivos definidos conjuntamente e com foco nas necessidades da sociedade, sendo que ao atingir o melhor desempenho todos os atores envolvidos ficam satisfeitos. Nesse matiz, a próxima subseção explicitará o processo de governança pública em saúde.

### 2.3.2 Governança Pública em Saúde

A saúde é um direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1988), pode ser considerada como um componente essencial para o bem-estar, reconhecida como bem público global e uma questão de justiça social e igualdade. De acordo com

Kickbusch e Gleicher (2012), a saúde começa a ser vista como relevante por sistemas como economia, meio-ambiente, e educação, visto que a ideia de que a saúde é um fator essencial para a prosperidade econômica da sociedade tem ganhado reconhecimento.

Os desafios de ordem política, social e econômica enfrentados na atualidade motivam novas abordagens para a governança, no entanto a saúde é um dos desafios que nem sempre é considerado prioritário. Entretanto, a maior parte dos desafios atuais tem efeitos consideráveis sobre a saúde, sendo que dentre os principais desafios podem ser citados: 1) os processos de longo prazo, como as transições epidemiológicas e demográficas, urbanização, as mudanças climáticas e as crescentes disparidades econômicas; e 2) os choques sistêmicos, como os desastres naturais e surtos de doenças. Esses problemas possuem alta complexidade, exigem abordagens sistêmicas e respostas de todos os níveis (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012).

Dessa forma, a mudança no ponto de vista sobre como o Estado e a sociedade coproduzem a governança e a forma de abordar a saúde e seus determinantes, geram dois desafios: (i) a governança e o fortalecimento dos sistemas de saúde, que pode ser chamado de *governança da saúde*; e (ii) as ações conjuntas do setor da saúde e de outros setores em busca de um interesse comum, que é chamado de *governança para a saúde* (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012).

Propõe-se utilizar o conceito de governança da saúde para compreender os fatores que ordenam a interação de atores, a dinâmica dos processos e as regras do jogo, envolvidos na tomada e implementação das decisões (IBANHES *et al.*, 2007), sendo que para esses autores as regras do jogo são definidas como

consequência da interação dos atores, que se repõe na conformação da dita interação, e do próprio jogo: são as distintas posições, inserções, recursos ou interesses carregados e/ou demandados no jogo que determinam e explicam o tipo de relação ou interação predominante em dado momento na configuração do sistema de saúde (IBANHES *et al.*, 2007, p.577).

Ou seja, a governança da saúde diz respeito às melhores práticas para gestão em saúde, que consideram a interação entre os atores envolvidos, desde governo até sociedade, e a dinâmica dos processos envolvidos na tomada e implementação das decisões.

A governança para saúde é para Kickbusch e Gleicher (2012, p. 1) a busca da saúde como um elemento essencial do bem-estar, pelo governo e toda a sociedade:

governança para a saúde é definida como as tentativas, por parte dos governos ou de outros atores, de guiar as comunidades, países ou grupos de países na busca da saúde como um elemento essencial do bem-estar, utilizando abordagens que envolvam todo o governo e toda a sociedade.

A governança para a saúde entende a saúde e o bem-estar como características essenciais para uma sociedade bem-sucedida e uma economia próspera, baseando suas políticas em valores como os direitos humanos e a igualdade (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012). No Brasil, a política de saúde, o Sistema Único de Saúde, possui como princípios a igualdade, integralidade e universalidade.

A governança para a saúde pressupõe ações conjuntas do setor da saúde e outros setores, de atores públicos e privados, do terceiro setor, e dos cidadãos em busca de um interesse comum, sendo necessária a adoção de políticas sinérgicas, apoiadas por estruturas e mecanismos que permitam a colaboração (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012).

Ademais, tem-se a governança global da saúde, que diz respeito aos arranjos institucionais necessários à condução de assuntos internacionais e globais na área da saúde. A instituição que domina o cenário da governança global da saúde é a Organização Mundial da Saúde, agência especializada das Nações Unidas, criada em 1948 (BUSS *et al.*, 2012).

No entanto, a gama de agentes e cenários relacionados à saúde está se expandindo e envolve competências como a Organização Mundial do Comércio, o Banco Mundial, as organizações regionais e novas organizações como alianças, fundos e fóruns globais (KICKBUSCH; BERGER, 2010).

A governança clássica da saúde internacional estrutura-se na perspectiva de que os governos têm a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos e em cooperação com outros países protege sua população dos riscos à saúde. No entanto, há um número crescente de riscos interfronteiriços, e uma influência significativa de agentes não vinculados ao estado na governança da saúde. Dessa forma, a governança da saúde é necessária, porém insuficiente devido a suas restrições pela natureza centrada no estado, sendo necessárias novas formas de governança nesses assuntos (KICKBUSCH; BERGER, 2010).

Apresenta-se então a governança da saúde global como ferramenta para

criação, conformação, orientação, fortalecimento e uso consciente das instituições internacionais e transnacionais e dos seus regimes de princípios, normas, regras e procedimentos de tomadas de decisões para fins de organizar a promoção e a proteção da saúde em escala global (KICKBUSCH; BERGER, 2010, p.21).

De acordo com Ibanhes *et al.* (2007), pode ser evidenciada uma confusão terminológica sobre a governança em saúde, pois em determinado momento a noção de governança se apresenta como avanço e incorporação de novos atores e demandas sociais, e em outro momento é entendida como ponte para os interesses transnacionais e as agências financiadoras internacionais.

No entanto, em suma, evidencia-se que o resultado de tudo isso tem sido a difusão da governança, passando do modelo centrado no Estado para o modelo descentralizado no qual a governança é coproduzida por uma gama de participantes ao nível estatal (ministérios, agências, organismos e comissões), social (empresas, cidadãos, grupos comunitários, a mídia global e fundações) e supranacional (União Europeia e as Nações Unidas, por exemplo) (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012).

As mudanças ocorridas na governança são refletidas nas diversas abordagens da saúde, sendo que a governança permeia diferentes níveis, do local ao global. Dessa forma, os atores regionais e locais apresentam cada vez mais relevância, fazendo com que a governança efetiva em múltiplos níveis seja tão importante quanto a governança setorial e participativa (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012).

Evidencia-se, dessa forma, a existência de três definições relacionadas à governança em saúde, explicitadas no quadro 7.

Tipo de Governança	Definição
Governança da Saúde	Melhores práticas para gestão da saúde e que consideram a interação entre os atores envolvidos e a dinâmica dos processos envolvidos na tomada e implementação das decisões.
Governança para Saúde	Busca da saúde como um elemento essencial do bem-estar pelo governo e sociedade, visto que a saúde e o bem estar são essenciais para uma sociedade bem-sucedida e uma economia próspera.
Governança Global da Saúde	Arranjos institucionais existentes com vistas à condução dos assuntos internacionais e globais na área da saúde.

**Quadro 7 - Definições de Governança em Saúde**

Fonte: Elaborado pela autora com base em Kickbusch e Gleicher (2012), Ibanhes *et al.* (2007), Kickbusch e Berger (2010).

Essas três definições difundem o termo governança em saúde, que passou do modelo centrado no Estado para um modelo descentralizado com participação do nível estatal, social e supranacional, permitindo que os atores regionais e locais tenham cada vez mais importância e demonstrando que a governança está presente nas diversas abordagens em saúde, desde abordagens locais até abordagens globais.

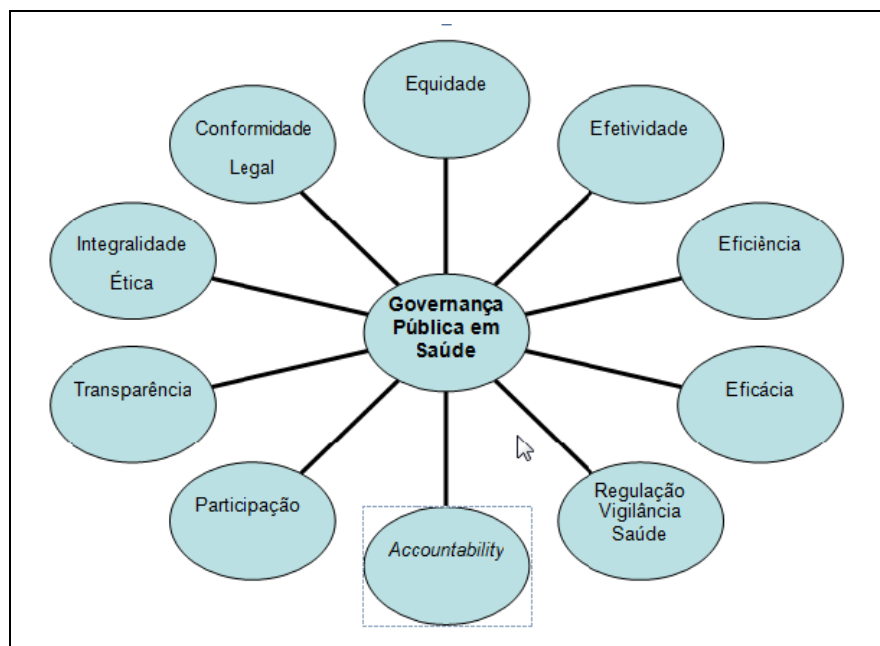
Após a definição da governança pública e da governança pública em saúde é chegado o momento de discutir os princípios da governança pública que são aplicáveis à gestão da saúde.

### 2.3.3 Princípios de Governança Pública Aplicáveis a Gestão da Saúde

Devido à ausência de convergência teórica acerca dos princípios da governança em saúde, este estudo entende que para área da saúde, assim como para todas as áreas de atuação da máquina pública é recorrente, de acordo com Matias-Pereira (2010) e Pisa (2014), a preocupação com a transparência, prestação de contas, integridade e participação.

No mesmo matiz, entende-se então que para existir a boa governança, deve-se estar presente o fator "participação proativa de todos os atores envolvidos, dirigentes, políticos, órgãos de controle e, em especial, da sociedade organizada" (MATIAS-PEREIRA, 2010, p.124).

Não obstante as diferentes contribuições acerca da principiologia que envolve o estudo da Governança Pública, neste estudo serão adotados os seguintes princípios: Transparência; *Accountability*; Participação; Integridade/Ética; Conformidade Legal; Equidade; Eficiência; Eficácia e Efetividade, pois, de acordo com Pisa (2014), a adoção desses princípios incentiva a busca pela efetividade das políticas públicas. Ademais, será abordado, também, outro princípio específico para a saúde: regulação e vigilância em saúde (BUSS *et al.*, 2012). A figura 5 apresenta graficamente os princípios da governança pública em saúde.



**Figura 5 - Princípios da Governança Pública em Saúde**  
 Fonte: Elaborado pela autora.

Evidenciam-se dez princípios da governança pública em saúde, sendo que o primeiro princípio é o da Transparência, que, de acordo com o Relatório da OCDE (2011, p.3), expressa que, no exercício da governança, "o Estado deve ser transparente o suficiente na apresentação dos dados, para que se possa avaliar se os investimentos estão sendo realizados de maneira eficaz, eficiente e efetiva, com a lisura que se espera do gestor público". A transparência pressupõe a compreensibilidade das informações e a utilidade para subsidiar decisões.

No Brasil, o princípio da transparência é regulamentado pelo o art. 48 da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar n.º 101/2000), que estabelece as diretrizes relativas à transparência da gestão pública e sua utilização como mecanismo de controle social, derivado da publicação de relatórios e demonstrativos da execução orçamentária. Com a promulgação da Lei Complementar n.º 131/2009 (Lei da Transparência) ampliou-se a quantidade e a qualidade das informações disponibilizadas.

De acordo com Pisa (2014, p.128), a "transparência significa também educar o cidadão para compreender o significado das informações, como interpretá-las e usá-las em prol do bem comum, devendo-se lembrar que é obrigação daqueles a quem o poder foi delegado prestar contas a quem lhes concedeu esse poder".

O segundo princípio é o da Prestação de Contas ou *Accountability*. De acordo com Pisa (2014), há dificuldade em se definir o termo *accountability* na língua portuguesa, segundo inúmeros autores consultados. No entanto, é quase unânime o entendimento de que se refere à obrigatoriedade do gestor público de prestar contas de suas decisões e ações à sociedade que lhe delegou o poder para tal, o que implica reprimenda aos comportamentos que apresentarem desvios de conduta (PISA, 2014). Já para Pinho e Sacramento (2009), o termo *accountability* envolve um processo temporal situado entre a prestação de contas (*answerability*) e a possibilidade de sanção (*enforcement*).

O princípio da Participação significa que homens e mulheres devem participar igualmente das atividades de governo, sendo que a participação deve contemplar a possibilidade de participação direta ou indireta através de instituições ou representantes legítimos (MATIAS-PEREIRA, 2010).

A participação popular pode se dar de inúmeras maneiras. De acordo com Pisa (2014, p.131) “uma forma eficiente se dá pela participação nas eleições para escolha dos representantes do povo no âmbito dos entes federados. Outra possibilidade está na participação nas diversas modalidades de conselhos participativos, formadas por representantes do poder público e da sociedade civil”. A participação popular na saúde acontece por meio dos conselhos municipais e estaduais de saúde.

O quarto princípio é o da Integridade/Ética, sendo que, de acordo com Pisa (2014), *Compliance* é um termo que significa conduta de acordo com a regra. O princípio da integridade compreende procedimentos completos e honestos, sendo baseado na honestidade, objetividade, elevados padrões de propriedade e probidade na administração dos recursos públicos e na gestão da instituição. Depende da efetividade das estruturas de controle e dos padrões pessoais e profissionalismo dos indivíduos da entidade. Reflete-se nos procedimentos de tomada de decisão e na qualidade dos relatórios financeiros e de desempenho da entidade (IFAC, 2001).

Máxime que não é mais possível aceitar uma gestão pública em que os valores éticos não se reflitam na conduta daqueles que nela atuam. A própria confiança na Administração Pública é diretamente proporcional à credibilidade que a sociedade observa nas ações de seus atores, sejam políticos ou agentes que componham os quadros administrativos (PISA, 2014).



O quinto princípio é o da legalidade e diz respeito ao cumprimento das leis e regulamentos prescritos para a administração pública. Está previsto na Constituição Federal, artigo 5.º, parágrafo II, de forma imperativa no sentido de que "ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei" (BRASIL, 1988). Além de atender ao princípio da legalidade, o gestor deve fazê-lo com eficiência e eficácia, atendendo ao interesse público, ou seja, com efetividade (PISA, 2014).

O sexto princípio é o da Equidade, definida por dois princípios básicos: o primeiro é o princípio de oportunidades iguais e o segundo princípio é o da prevenção de privação de resultados, especialmente em saúde, educação e níveis de consumo (BANCO MUNDIAL, 2006). A equidade pode propiciar a intervenção do Estado, mesmo que não haja falha do mercado, isto para proteger grupos vulneráveis, visto que mercados competitivos tendem a promover uma distribuição de renda de maneira socialmente desfavorável (BANCO MUNDIAL, 2006).

O princípio da equidade também diz respeito à forma como os agentes públicos exercem o poder que lhes foi confiado, inclusive sobre a aplicação dos recursos financeiros e sobre sua obrigação de cumprir com suas responsabilidades. Preocupa-se com o abuso de poder, o desperdício de recursos e quaisquer outras questões que envolvam corrupção ou má gestão que impactem negativamente na adequada prestação de serviços aos cidadãos (PISA, 2014).

Ademais, quanto à aplicação da equidade como princípio de governança pública, deve-se levar em consideração o nível de atenção das políticas para incluir parcelas excluídas das populações nos processos de consulta e destinação de recursos, pois a equidade deve possibilitar a distribuição equilibrada de benefícios (PISA, 2014).

O sétimo princípio abordado é o da eficácia, que se refere à quantidade e qualidade de produtos/serviços entregues aos usuários. Esse conceito está associado simplesmente com o alcance de objetivos, sem levar em conta os meios e mecanismos utilizados para atingir tais objetivos (TORRES, 2004).

O oitavo princípio é o da eficiência. Mais importante que o alcance dos objetivos é determinar como foram alcançados. É clara a preocupação com os meios utilizados, de forma que se busquem sempre os meios mais econômicos e viáveis de maximizar os resultados e minimizar os custos (TORRES, 2004).

O nono princípio é a efetividade. Refere-se aos impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos. A efetividade está vinculada ao grau de satisfação ou, ainda, ao valor agregado. Está relacionada à necessidade de averiguar a real necessidade e oportunidade de determinadas ações governamentais (TORRES, 2004).

Dessa forma, a gestão da eficiência, eficácia e efetividade no trato dos recursos resulta em um aprimoramento capaz de viabilizar a boa governança (PISA, 2014).

O décimo e último princípio proposto por este estudo diz respeito à regulação e a vigilância em saúde. Registre-se que este foi o único princípio encontrado na literatura relacionada à atenção à saúde, sendo proposto por Buss *et al.* (2012, p.1487) como:

a ação normativa do poder do Estado sobre um conjunto de atividades econômicas e sociais que impactam a saúde humana e o ambiente, é um dos mais poderosos mecanismos para o efetivo exercício da governança nestes setores.

Aqueles autores apresentam este princípio como regulamentador das ações e serviços de saúde, pois eles (os autores) preveem a criação e emissão de leis e normativas em saúde, sendo o cumprimento das mesmas de responsabilidade do *compliance*. Neste estudo chama-se este princípio de regulamentação e vigilância em saúde, para se evitar confusões terminológicas com o termo regulação de leitos hospitalares.

Para aplicação da regulamentação e vigilância em saúde é necessária a delimitação e compreensão do território e sua relação entre o local e o global, não restrito aos seus limites definidos pela geografia física, mas pelos processos sociais e ambientais que nele ocorrem, ou seja, a questão relacional do espaço (BUSS *et al.*, 2012).

Ademais, o perfil epidemiológico e demográfico; as mudanças climáticas; usos de recursos naturais; formas de organização urbana; projetos com impacto ambiental; produtos e insumos, como alimentos, medicamentos e agrotóxicos são questões de distintas escalas relacionadas às formas com as quais os territórios são impactados. Dessa forma, devem ser objeto de regulamentação e controle pela vigilância sanitária e vigilância epidemiológica (BUSS *et al.*, 2012).

Essa dimensão expressiva da governança em saúde é exercida no SUS pelas Superintendências de Vigilância Sanitária (SVS) estaduais e municipais e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no plano nacional (BUSS *et al.*, 2012).

Diante do exposto, evidenciam-se dez princípios para a governança pública em saúde, dos quais nove são comuns a toda máquina pública e um é específico à saúde. O quadro 8 apresenta os princípios da governança pública e exemplos de como estes são aplicados à saúde.

Princípios	Definição	Aplicação na Saúde
Transparência	Disponibilização de informações claras sobre as ações executadas; Garante aos <i>stakeholders</i> confiança nos processos de tomada de decisão e ações das entidades do setor público.	Portal da transparência disponível nos sites institucionais do Ministério da Saúde e Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Disponibilização a sociedade do PPA, RAG, LDO, LOA.
<i>Accountability</i>	Obrigatoriedade do gestor público de prestar contas de suas decisões e ações à sociedade que lhe delegou o poder para tal; Implica repreensão de comportamentos que apresentarem desvios de conduta.	Elaboração e divulgação do RAG. Apresentação de projetos e resultados nos conselhos estaduais e municipais de saúde.
Participação	Participação da sociedade nas atividades do governo de maneira direta ou indireta através de instituições ou representantes legítimos.	Conselhos estaduais e municipais de saúde. Conferências municipais e estaduais de saúde.
Integridade/Ética	Procedimentos completos baseados na honestidade, objetividade, elevados padrões de propriedade e probidade na administração dos recursos públicos e na gestão da instituição. <i>Compliance</i> (conduta de acordo com a regra).	Aplicação dos protocolos estabelecidos pela ANVISA para produção e comercialização de produtos relacionados a saúde, ex: fármacos, equipamentos médicos hospitalares, etc.
Conformidade Legal	Cumprimento das leis e regulamentos prescritos para a administração pública.	Compras equipamentos e insumos por processo licitatório – Lei n.º 8.666.
Equidade	Distribuição equilibrada de benefícios. Possibilita oportunidades iguais a todos os envolvidos. Responsável pela prevenção de privação de resultados, especialmente em saúde, educação e níveis de consumo.	Pilar de sustentação do SUS prevê a distribuição paritária de procedimentos / internações de alta complexidade entre municípios.
Eficiência	Relação entre os produtos/serviços gerados com os insumos empregados, usualmente sob a forma de custos ou produtividade.	Avaliação dos custos de procedimentos médicos.
Eficácia	Refere-se à quantidade e qualidade de produtos/ serviços entregues ao usuário (beneficiários diretos dos produtos/serviços da organização).	Pactuação de metas entre união, estados e municípios por meio do COAP.
Efetividade	Refere-se aos impactos gerados pelos produtos/serviços, processos ou projetos.	Redução das taxas de morbidade e mortalidade
Regulamentação e Vigilância em saúde	Ação normativa do poder do Estado sobre um conjunto de atividades econômicas e sociais que impactam a saúde humana e o ambiente.	Normatizações emitidas pelas SVS's estaduais e municipais e pela ANVISA.

**Quadro 8 - Princípios da Governança Pública em Saúde**

Fonte: Elaborado pela autora com base em Matias-Pereira (2010), Pisa (2014) e Buss *et al.* (2012).

Analisando especificamente o princípio da Regulamentação e Vigilância em Saúde, percebe-se a importância da regionalização em saúde como instrumento de governança pública, visto que para o planejamento e realização das ações regulamentadoras do SUS é fundamental a compreensão da relação local/global da região de saúde. No entanto, é necessário ultrapassar a análise puramente geográfica e avaliar também o aspecto relacional da região.

Uma vez evidenciada a importância da regionalização em saúde e da governança pública em saúde, é chegado o momento de avaliar a regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde. Almeja-se, com este objetivo, identificar as contribuições da regionalização em saúde para redução de vazios assistenciais e como instrumento de governança pública. Para tanto, a seção seguinte aborda os procedimentos metodológicos selecionados para este estudo.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Aborda-se, nesta seção, a proposta metodológica para a obtenção de respostas ao pressuposto e ao problema de pesquisa deste estudo, ou seja, quais as contribuições da regionalização de leitos hospitalares para a governança pública em saúde do Estado do Paraná? Esclarecendo que de acordo com Demo (1996, p.20), a ciência busca conhecer e interpretar a realidade, e o método permite ao pesquisador alcançar esse objetivo.

Dessa forma, o entendimento das contribuições da regionalização para governança pública em saúde é fundamental para atingir o objetivo deste estudo, que consiste em avaliar a regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde.

#### 3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa é a atividade central da ciência e possibilita uma aproximação e entendimentos da realidade que se pretende investigar, sendo um processo permanentemente inacabado. É realizada por meio de aproximações sucessivas da realidade, fornecendo subsídios para intervenção no real (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A pesquisa é um “processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos” (GIL, 1999, p.42). Definição corroborada por Demo (1996, p.34), que descreve que a pesquisa consiste em um “questionamento sistemático crítico e criativo, acrescido da intervenção competente na realidade, ou no diálogo crítico permanente com a realidade em sentido teórico e prático”.

Dessa forma, de acordo com Gil (1999, p.26), o método consiste em “caminho para se chegar a determinado fim”, ou seja, “o método demonstra de forma objetiva como o pesquisador obteve (ou pretende obter) os resultados da pesquisa. Assim, outros pesquisadores, guiando-se pelos mesmos passos, deverão chegar aos mesmos resultados” (PISA, 2014, p.143).

Diante do exposto, para se atingir os objetivos propostos é necessário definir o caminho metodológico a ser percorrido. No quadro 9 encontra-se a classificação metodológica deste estudo.

continua

Classificação Metodológica do Estudo	Quanto à natureza	Aplicada	Objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigida à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p.26).
	Quanto ao método	Comparativo	Consiste na comparação / confronto entre os elementos estudados, levando-se em conta seus atributos. Fundamenta-se na análise dos dados para determinar semelhanças e diferenças constatadas, bem como as relações entre ambas (GIL, 2008, p.35).
	Quanto ao problema ou tipo de pesquisa	Qualitativa	A pesquisa qualitativa busca explicar o porquê das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantifica os valores e as trocas simbólicas nem se submetem à prova de fatos, pois os dados analisados são não-métricos e se valem de diferentes abordagens (GERHARDT; SILVEIRA, 2009, p.32). Não requer o uso de métodos e técnicas estatísticas. O ambiente natural é a fonte direta para coleta de dados e o pesquisador é o instrumento-chave. Os pesquisadores tendem a analisar seus dados indutivamente (SILVA, 2005, p.20), (PISA, 2014, p.143).
		Quantitativa	Considera o que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas como: percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p.26).
	Quanto aos procedimentos	Bibliográfica	Estudo e análise de documentos de domínio científico, tais como livros, periódicos, enciclopédias, ensaios críticos, dicionários e artigos científicos (PISA, 2014, p.144). É o “estudo direto em fontes científicas, sem precisar recorrer diretamente aos fatos/fenômenos da realidade empírica” (OLIVEIRA, 2007, p.69).

			conclusão
Classificação Metodológica do Estudo	Quanto aos procedimentos	Documental	Elaborada a partir de materiais que não receberam tratamento analítico (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010, p.26). Como tabelas estatísticas, jornais, relatórios, documentos oficiais, etc.
	Quanto às fontes de coleta de dados	Secundárias ou indiretas	Corresponde a fontes de dados coletados por outras pessoas, podendo constituir-se de materiais já elaborados ou não (LAKATOS; MARCONI, 1992, p.43). Corresponde a obras literárias, livros, artigos, etc. (MARCONI; LAKATOS, 2003).
	Quanto aos objetivos	Exploratória	Tem como finalidade trazer maior familiaridade ao problema, torná-lo mais explícito (GIL, 2010). Pode-se dizer que a pesquisa exploratória raramente será um fim em si mesmo, normalmente ela será o primeiro passo que futuramente servirá de auxílio para a construção de hipóteses (CERVO, 2007).
		Descritiva	Ocorre quando os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem que o pesquisador interfira sobre eles (ANDRADE, 2002, p.19-20).

**Quadro 9 - Descrição Metodológica da Pesquisa**

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos autores referenciados.

Este estudo classifica-se quanto aos seus objetivos em pesquisa exploratória, porque busca estabelecer maior familiaridade entre a regionalização em saúde e a governança pública, pois se propõe a avaliar a regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde.

Pesquisas demonstram que a regionalização em saúde e a governança pública são temas amplamente estudados. No entanto, a análise da regionalização como instrumento de governança pública em saúde é campo pouco estudado e fecundo.

Ademais, a pesquisa é descritiva porque objetiva descrever o cenário atual da distribuição de leitos hospitalares no Estado do Paraná; comparativamente ao cenário ideal de leitos conforme regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.101/02; e a identificação dos vazios assistenciais, com vistas a subsidiar futuras discussões em saúde no Estado do Paraná.

Para se atingir os objetivos propostos foi desenvolvida uma pesquisa quanti-qualitativa. Quantitativa porque se estabeleceu o cenário ideal de leitos hospitalares no Estado do Paraná. Para tanto, foi calculado o número de leitos adequados por especialidade de acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

Após essa definição quantitativa, foi realizada a análise qualitativa da quantidade de leitos existentes e de sua distribuição geográfica; análise da quantidade de leitos ideal e definição dos vazios assistenciais que demandam planejamento e readequação na distribuição de leitos hospitalares.

Os procedimentos utilizados para coleta de dados consistem em pesquisa bibliográfica e documental. Bibliográfica porque para determinar o cenário ideal da distribuição de leitos, assim como para estabelecer a contribuição da regionalização para governança pública em saúde fez-se necessária a análise de dados secundários que estão disponíveis em artigos científicos, dissertações, teses e demais bibliografias relacionadas à temática.

Pesquisa documental porque para o levantamento da quantidade de leitos hospitalares existentes e definição dos vazios assistenciais foi necessária a análise de dados estatísticos, disponíveis em documentos oficiais publicados pelos órgãos gestores; bem como a verificação quanto ao cumprimento normativo assentado em leis, portarias, instruções normativas, anuários, etc.

Para a análise dos dados foi aplicado o método comparativo, visto que, após o estabelecimento do Mapa de Saúde Hospitalar Real; do Mapa de Saúde Hospitalar Ideal; e da realização do confronto/comparação entre ambos, foi possível estabelecer os vazios assistenciais, caracterizando-se, dessa forma, como pesquisa aplicada.

### 3.2 OBJETO DO ESTUDO

O objeto deste estudo consiste no levantamento e análise da distribuição de leitos hospitalares nas 22 (vinte e duas) regionais de saúde do Estado do Paraná, ou seja, a análise do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares comparativamente ao ideal regulamentado pela Portaria GM/MS 1.101/02, permitindo a identificação de vazios assistenciais de leitos hospitalares que demandam intervenção do estado.



Foi analisada a distribuição de todos os leitos hospitalares (SUS, privados, conveniados e filantrópicos) da atenção secundária (hospitais simples) e da atenção terciária (hospitais gerais e especializados), ou seja, o atendimento caracterizado como de média e alta complexidade.

Ademais, foram avaliados os parâmetros de cobertura assistencial hospitalar para as quatro clínicas básicas: clínica médica, obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica e para os leitos de UTI conforme estabelecido na portaria GM/MS n.º 1.101/02.

### 3.3 COLETA DE DADOS

De acordo com Marconi e Lakatos (2003), a coleta de dados consiste na etapa da pesquisa em que se inicia a aplicação dos instrumentos elaborados e das técnicas selecionadas, a fim de se obter os dados previstos. Neste estudo, a coleta de dados se deu por meio de pesquisa bibliográfica e documental, com análise de dados secundários e foi realizada no período de 16 de setembro a 14 de outubro de 2015.

A coleta de dados foi caracterizada por dois momentos. O primeiro momento consistiu no estabelecimento do cenário ideal regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.101/02, quanto à necessidade de leitos hospitalares no estado do Paraná. Para essa etapa definiu-se os parâmetros com base na referida portaria, conforme podem ser evidenciados no quadro 10:

Leitos	Quantitativo regulamentado	Quantitativo utilizado no Estudo
Leitos Hospitalares Totais	2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes	2,92 leitos para cada 1.000 habitantes
Leitos de UTI	4% a 10% do total de Leitos Hospitalares; (média para municípios grandes, regiões, etc.)	8% do total de Leitos Hospitalares

**Quadro 10 - Parâmetros para o Cálculo da Necessidade de Leitos Hospitalares utilizado pelo estudo**

**Fonte: Elaborado pela autora com base na Portaria GM/MS n.º 1.101/02.**

Definiu-se o parâmetro de 2,92 leitos hospitalares totais para cada 1.000 habitantes, porque este é o valor médio indicado pela Portaria GM/MS n.º 1.101/02, conforme pode ser evidenciado no quadro 5. Além disso, se estabeleceu 8% do total de

leitos para UTI porque este é o parâmetro utilizado pela SESA, informação confirmada em consulta telefônica à Superintendência de Gestão em Saúde (SGS/SESA).

Após a definição do padrão para o cálculo de leitos totais e leitos de UTI, foram definidos os parâmetros para o cálculo do quantitativo de leitos por especialidade, conforme pode ser evidenciado no quadro 11.

Tipo de Leito Hospitalar	Número Absoluto de leitos sobre total da população - Regulamentado	Número Absoluto de leitos sobre total da população - Utilizado no Estudo	Unidade de Medida
TOTAL	2,92	2,92	Leitos/1.000 hab.
UTI	0,12 - 0,29	0,23	Leitos/1.000 hab.
Total de Leitos sem UTI	(2,92 - 0,23)	2,69	Leitos/1.000 hab.
Cirúrgica	0,44	0,48	Leitos/1.000 hab.
Clínica Médica	0,78	0,80	Leitos/1.000 hab.
Cuidados prolongados	0,16	0,15	Leitos/1.000 hab.
Obstetrícia	0,28	0,25	Leitos/1.000 hab.
Pediátrica	0,41	0,38	Leitos/1.000 hab.
Psiquiátrica	0,45	0,41	Leitos/1.000 hab.
Reabilitação	0,14	0,13	Leitos/1.000 hab.
Tisiologia	0,01	0,01	Leitos/1.000 hab.
Psiquiatria Hospital Dia	0,08	0,07	Leitos/1.000 hab.
Fator de Ajuste <sup>(1)</sup>	0,17	<sup>(2)</sup> 0	Leitos/1.000 hab.

**Quadro 11 - Parâmetros para o Cálculo da Necessidade de Leitos por especialidade utilizado no Estudo**

Fonte: Elaborado pela autora com base na Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

- (1) Fator de Ajuste é a porcentagem do total de leitos, que poderá ser utilizada, dependendo dos fatores locais, em uma especialidade, dividida entre algumas ou entre todas.
- (2) O fator de ajuste foi dividido entre as especialidades de clínica cirúrgica e clínica médica.

Para o cálculo dos leitos por especialidade, optou-se pela utilização de números absolutos para cada 1.000 habitantes e o fator de ajuste foi dividido entre as especialidades de clínica médica e cirúrgica. Foram realizados os cálculos para todas as especialidades. No entanto, face à delimitação do estudo, foram analisados apenas o quantitativo de leitos da clínica cirúrgica, clínica médica, obstetrícia, pediatria e UTI.

Após a definição do padrão para o cálculo de leitos totais, leitos de UTI e leitos por especialidade, foi realizado o levantamento dos dados populacionais do Estado junto ao IBGE. Frente a essas informações foi possível estabelecer o cenário ideal regulamentado pela portaria GM/MS n.º 1.101/02, quanto à necessidade de leitos hospitalares no estado do Paraná.

O segundo momento consistiu no levantamento/descrição do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares no estado do Paraná. Para tanto foi realizado o levantamento do quantitativo de leitos hospitalares totais, leitos de UTI e leitos por especialidade junto aos dados publicizados no *TabWin* / DATASUS.

O DATASUS é o Departamento de Informática do SUS que é responsável pelo registro e informatização das atividades do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponibiliza as informações relacionadas à assistência à saúde (dados, indicadores) que podem ser utilizadas para subsidiar análises da situação sanitária e elaboração de programas de saúde.

A disponibilização dos dados é realizada por meio da ferramenta Tabnet, que consiste em um tabulador genérico de domínio público que permite organizar dados de forma rápida conforme a consulta que se deseja tabular, sendo que o programa utilizado pelo Tabnet é chamado de *Tab* para *Windows*, ou seja, *TabWin*.

Dessa forma, as informações referentes à quantidade, característica e perfil dos leitos hospitalares do Estado do Paraná foram pesquisadas no banco de dados do DATASUS, com a utilização do programa *TabWin*. Os dados foram obtidos no diretório *TabWin* CNES, na competência de maio de 2015 permitindo-se a elaboração do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares no estado do Paraná.

### 3.4 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento e análise dos dados foi aplicado o método comparativo, que consiste no estudo das semelhanças e diferenças entre diversos tipos de sociedades, grupos, localizações, povos, etc. Esse método realiza comparações com a finalidade de verificar similitudes e explicar divergências, e contribui para uma melhor compreensão do comportamento humano (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Tal definição é corroborada por Gil (1990, p.35), que define o método comparativo como investigação de indivíduos, classes, fenômenos ou fatos, com vistas a ressaltar as diferenças e similaridades entre eles. Além disso, permite o estudo de grandes grupamentos sociais, separados pelo espaço ou pelo tempo.

Ainda de acordo com Marconi e Lakatos (2010), o método comparativo permite analisar o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos gerais, constantes e abstratos.

Diante do exposto, após a coleta de dados e estabelecimento do cenário atual e do cenário ideal regulamentado da distribuição de leitos hospitalares no estado do Paraná, foi-se então aplicado o método comparativo, visando o confronto/comparação entre estes cenários, permitindo a identificação de déficits de leitos e dos vazios assistenciais que demandam planejamento e readequação na distribuição de leitos hospitalares.

Para auxiliar este processo, foi firmada parceria com o Programa de Pós-Graduação em Planejamento Territorial e Desenvolvimento Socioambiental (PPGPLAN) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Florianópolis-SC, que disponibilizou o Laboratório de Geoprocessamento (Geolab), o *software* ArcGIS e apoio técnico para tratamento dos dados. O ArcGIS é uma ferramenta de geoprocessamento, licenciado pelo Geolab que possibilita a elaboração de mapas que permitem apresentação gráfica e melhor comunicação visual com o leitor.

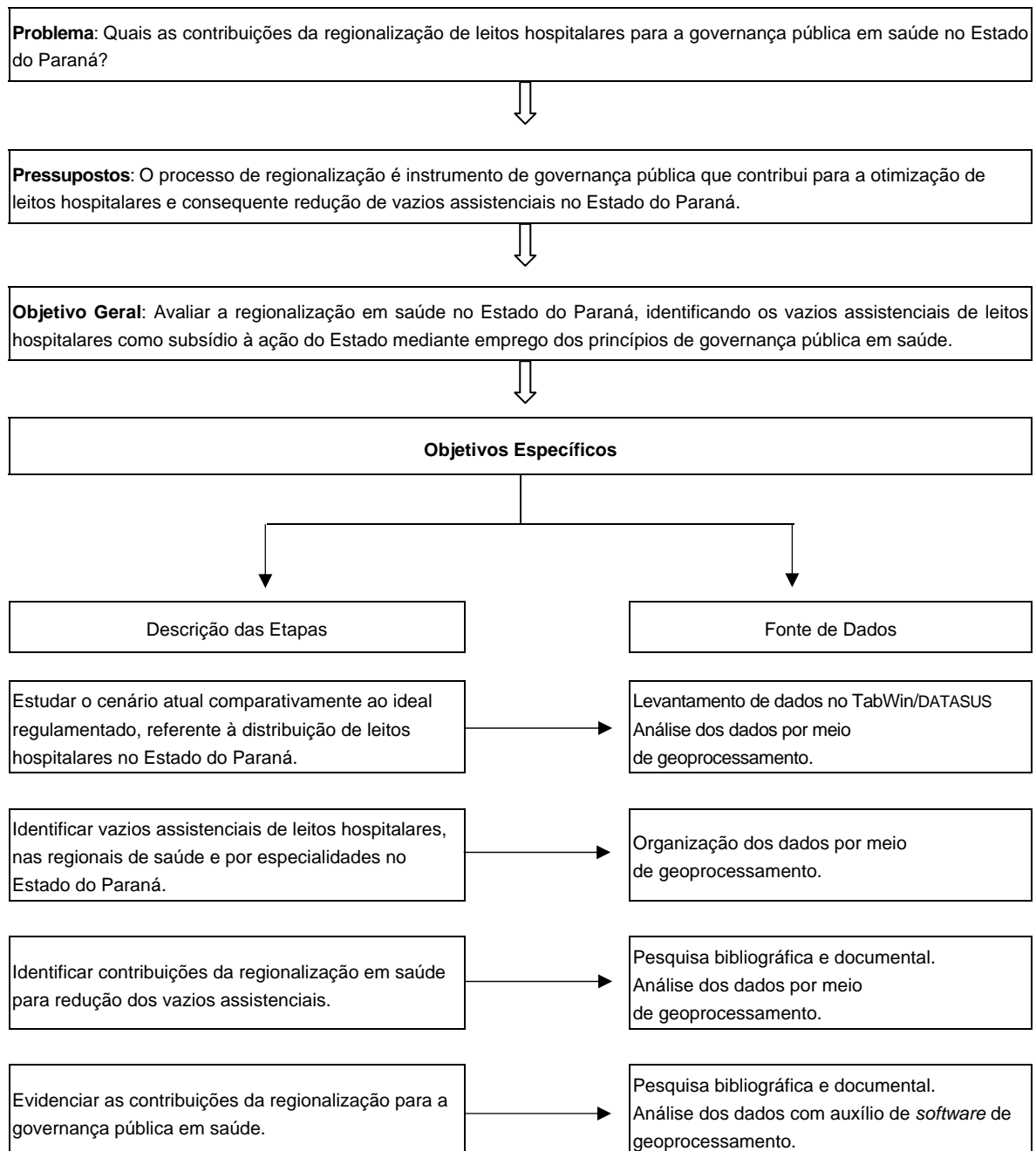
Dessa forma, nos dias 15 e 16 de outubro de 2015 foi realizado no Geolab o tratamento e análise dos dados com auxílio da ferramenta de geoprocessamento ArcGIS, que permitiu a confecção dos mapas que demonstram graficamente o cenário atual e o cenário ideal regulamentado da distribuição de leitos hospitalares para o estado do Paraná, para as 4 (quatro) macrorregionais de saúde e 22 (vinte duas) regionais de saúde.

Após a confecção desses mapas, foi possível evidenciar os vazios assistenciais e conseqüente definição do cenário de déficit/superávit de leitos no estado do Paraná, nas 4 (quatro) macrorregionais de saúde e nas 22 (vinte duas) regionais de saúde.

### 3.5 VISÃO GRÁFICA DO ATENDIMENTO AOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Para melhor compreensão do cumprimento dos objetivos e atinente à solução do problema apresentado, demonstra-se na figura 6 a visualização gráfica das etapas do trabalho.

Descritos os aspectos metodológicos que delinearam a pesquisa, na próxima seção são apresentados os resultados e discussões.



**Figura 6 - Resumo do Atendimento aos Objetivos Propostos**  
**Fonte:** Elaborado pela autora.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A pesquisa está alicerçada em avaliar a regionalização em saúde no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde.

Dessa forma, relata-se nas seções seguintes os resultados alcançados conforme a proposta deste estudo, iniciando-se pelo estudo do cenário atual comparativamente ao ideal regulamentado, referente à distribuição de leitos hospitalares, seguido pela identificação dos vazios assistenciais, nas regionais de saúde e por especialidades no Estado do Paraná.

### 4.1 PANORAMAS DA DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES NO ESTADO DO PARANÁ

Precedendo à apresentação do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares comparativamente ao ideal regulamentado e à identificação dos vazios assistenciais no estado do Paraná, faz-se relevante apresentar os dados populacionais por região e macrorregião de saúde de acordo com o IBGE e que podem ser evidenciados no quadro 12.

continua

Macrorregional	Regional		
	Nome	Municípios	População
Macrorregional Leste	1. <sup>a</sup> RS - Paranaguá	7	265.392
	2. <sup>a</sup> RS - Curitiba	29	3.223.836
	3. <sup>a</sup> RS - Ponta Grossa	12	575.463
	4. <sup>a</sup> RS - Irati	9	160.962
	5. <sup>a</sup> RS - Guarapuava	20	441.070
	6. <sup>a</sup> RS - União da Vitória	9	165.299
	21. <sup>a</sup> RS Telêmaco Borba	7	172.922
	Total	93	5.004.944
Macrorregional Norte	16. <sup>a</sup> RS - Apucarana	17	346.972
	17. <sup>a</sup> RS - Londrina	21	871.267
	18. <sup>a</sup> RS - Cornélio Procópio	21	225.961
	19. <sup>a</sup> RS - Jacarezinho	22	278.111
	22. <sup>a</sup> RS - Ivaiporã	16	139.337
	Total	97	1.861.648

conclusão

Macrorregional	Regional		
	Nome	Municípios	População
Macrorregional Oeste	7. <sup>a</sup> - RS - Pato Branco	15	249.793
	8. <sup>a</sup> RS - Francisco Beltrão	27	337.703
	9. <sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu	9	388.795
	10. <sup>a</sup> RS - Cascavel	25	507.385
	20. <sup>a</sup> RS - Toledo	18	358.660
	Total	94	1.842.336
Macrorregional Noroeste	11. <sup>a</sup> RS - Campo Mourão	25	334.125
	12. <sup>a</sup> RS - Umuarama	21	265.092
	13. <sup>a</sup> Cianorte	11	142.433
	14. <sup>a</sup> RS - Paranavaí	28	260.544
	15. <sup>a</sup> RS - Maringá	30	733.404
	Total	115	1.735.598
TOTAL	22. <sup>a</sup> RS	399	10.444.526

**Quadro 12 - População por Regional e Macrorregional de Saúde - Paraná**

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do IBGE - ano base 2010.

O estado do Paraná conta com aproximadamente 10,5 milhões de habitantes, distribuídos em 4 macrorregionais de saúde, 22 regionais de saúde e 399 municípios. A macrorregional mais populosa é a Leste, com 5 milhões de habitantes. Já as demais macrorregionais de saúde possuem aproximadamente 1,8 milhões de habitantes.

A regional de saúde mais populosa do estado é a 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba, que é composta pela capital do Estado e sua região metropolitana, a qual conta com uma população de 3,2 milhões de habitantes. As regionais com menor número de habitantes são 22.<sup>a</sup> RS - Ivaiporã e 13.<sup>a</sup> RS - Cianorte, com 139 mil e 142 mil habitantes, respectivamente.

Essas informações populacionais são fundamentais para identificação do cenário ideal regulamentado da distribuição de leitos hospitalares, que para o estado do Paraná, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02, seria de 30.498 leitos hospitalares.

De acordo com os dados do DATASUS, o estado possui atualmente 29.451 leitos hospitalares, o que demonstra um déficit de 1.047 leitos. O panorama do cenário ideal regulamentado comparado ao cenário atual, com a evidência de déficit de leitos hospitalares por especialidade para o estado do Paraná encontra-se no quadro 13:

<b>Tipo de Leito</b>	<b>Ideal</b>	<b>Real</b>	<b>Déficit/Superávit</b>
Cirúrgico	5.024	7.269	2.246
Clínico	8.343	8.876	533
Obstétrico	2.663	3.323	660
Pediátrico	3.945	3.203	-742
UTI	2.440	2.564	125

**Quadro 13 - Panorama da Distribuição de Leitos Hospitalares por Especialidade no Estado do Paraná**

**Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do DATASUS/2015.**

Evidencia-se que todas as especialidades, com exceção da pediatria, apresentaram quantitativo de leitos superior ao regulamentado. Dos 1.047 leitos totais de déficit para o estado, 742 são da pediatria. Os outros 305 estão distribuídos entre as demais especialidades que não são foco deste estudo.

No entanto, é relevante pontuar que a estrutura etária na região sul do Brasil está se modificando com o tempo e adquirindo cada vez mais o formato de países com populações mais velhas, caracterizando um estreitamento da base da pirâmide populacional nas últimas décadas. Isso significa uma redução na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, com conseqüente redução da necessidade de leitos pediátricos e aumento da necessidade de leitos de clínica médica. Como a portaria vigente para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares é datada de 2002, é provável que esse fator não tenha sido considerado, o que pode mascarar a real necessidade de leitos pediátricos.

Os 29.451 leitos existentes no estado do Paraná estão distribuídos em 461 hospitais, distribuídos entre hospitais gerais e especializados nas 22 regionais de saúde, conforme descrito no quadro 14:

continua

<b>Regional de Saúde</b>	<b>Hospital Geral</b>	<b>Hospital Especializado</b>	<b>Total</b>
1. <sup>a</sup> RS - Paranaguá	9	0	9
2. <sup>a</sup> RS - Curitiba	65	24	89
3. <sup>a</sup> RS - Ponta Grossa	18	3	21
4. <sup>a</sup> RS - Irati	7	0	7
5. <sup>a</sup> RS - Guarapuava	12	1	13
6. <sup>a</sup> RS - União da Vitória	7	1	8
7. <sup>a</sup> RS - Pato Branco	9	0	9
8. <sup>a</sup> RS - Francisco Beltrão	20	0	20
9. <sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu	13	0	13
10. <sup>a</sup> RS - Cascavel	21	7	28



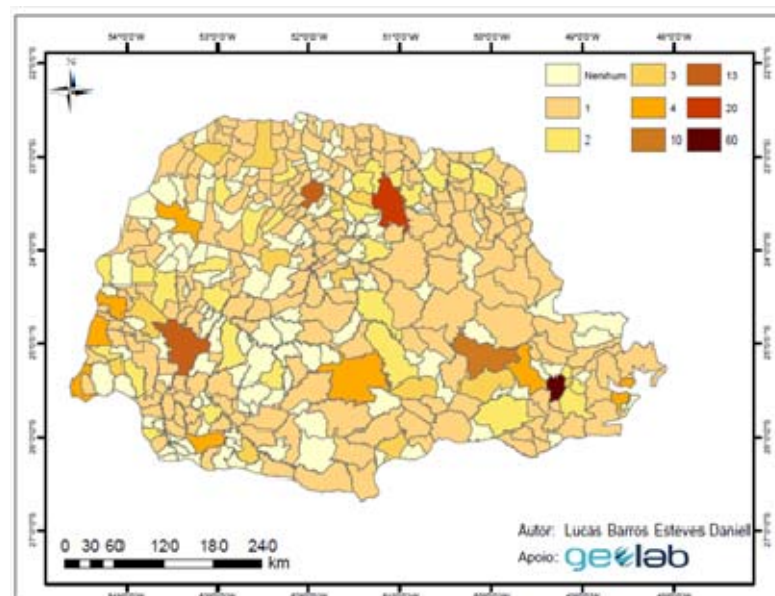
conclusão

Regional de Saúde	Hospital Geral	Hospital Especializado	Total
11. <sup>a</sup> RS - Campo Mourão	20	0	20
12. <sup>a</sup> RS - Umuarama	11	1	12
13. <sup>a</sup> RS - Cianorte	9	0	9
14. <sup>a</sup> RS - Paranavaí	25	1	26
15. <sup>a</sup> RS - Maringá	33	4	37
16. <sup>a</sup> RS - Apucarana	14	1	15
17. <sup>a</sup> RS - Londrina	34	7	41
18. <sup>a</sup> RS - Cornélio Procópio	19	0	19
19. <sup>a</sup> RS - Jacarezinho	21	0	21
20. <sup>a</sup> RS - Toledo	25	1	26
21. <sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba	5	0	5
22. <sup>a</sup> RS - Ivaiporã	13	0	13
TOTAL	410	51	461

**Quadro 14 - Distribuição de Hospitais Gerais e Especializados por Regional de Saúde - Paraná**

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do DATASUS/2015.

Dos 461 hospitais existentes no estado, 410 são hospitais gerais e 51 são hospitais especializados. A regional de saúde com maior concentração de hospitais é, por óbvio, a mais populosa: a 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba, com 89, dos quais 65 são hospitais gerais e 24 hospitais especializados, e a regional de saúde com menor concentração de hospitais é a 21.<sup>a</sup> RS -Telêmaco Borba, com apenas 5 hospitais gerais. A distribuição de hospitais por municípios paranaenses é evidenciada na figura 7:



**Figura 7 - Distribuição de Hospitais por Município - Paraná**  
Fonte: DATASUS (2015).

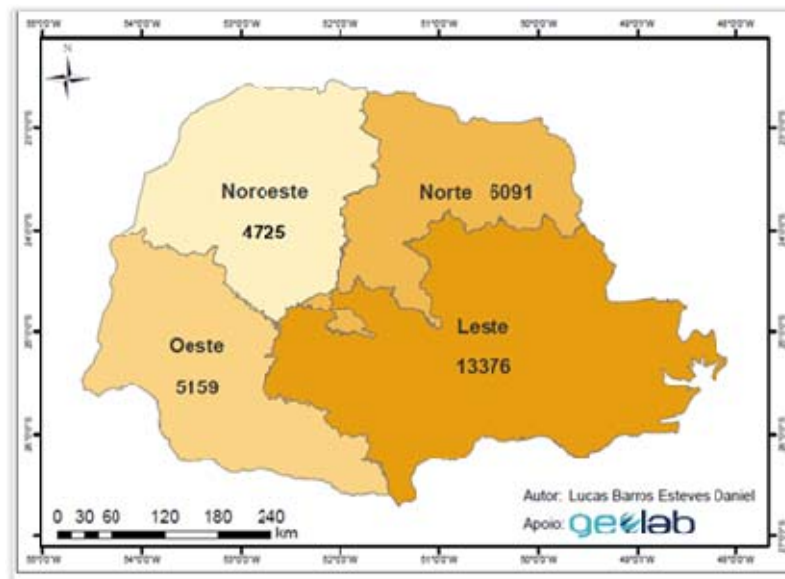
Os 461 hospitais estão distribuídos em 268 municípios. Dessa forma, no estado do Paraná 131 municípios não possuem hospitais e, conseqüentemente, leitos hospitalares. A cidade que concentra o maior número de hospitais é a Capital Curitiba com 61, seguida por Londrina com 20 e Maringá e Cascavel com 13 instituições hospitalares.

Discussão mais aprofundada da distribuição de leitos hospitalares pode ser realizada com a análise da distribuição de leitos por macrorregional de saúde. Na figura 8 visualiza-se a necessidade de leitos totais por macrorregional.



**Figura 8 - Cenário Ideal Regulamentado da Distribuição de Leitos Hospitalares por Macrorregional de Saúde - Paraná**  
 Fonte: DATASUS (2015).

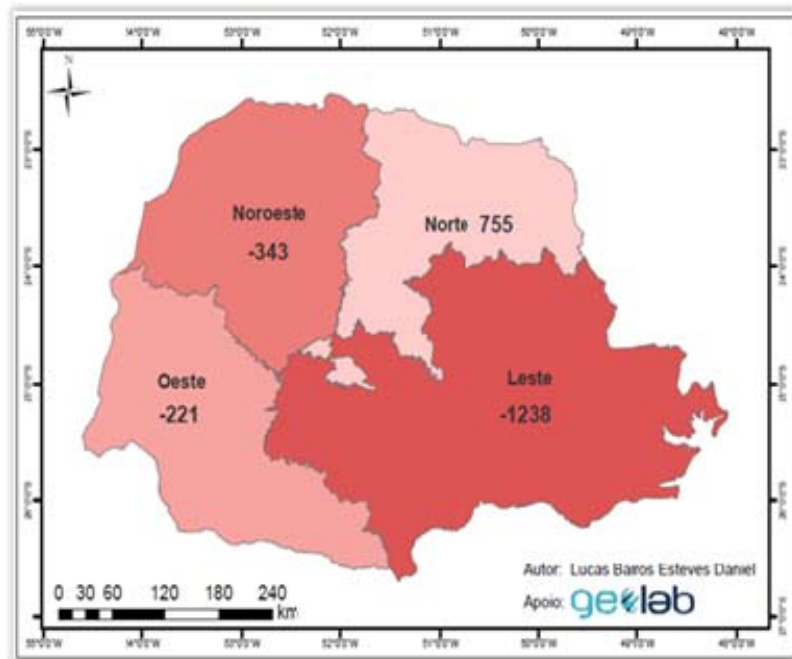
O mapa do cenário ideal da distribuição de leitos hospitalares (figura 8) por macrorregional de saúde utiliza a paleta de cor verde de maneira crescente, para representar as necessidades de leitos hospitalares por macrorregional de saúde. Evidencia que dos 30.498 leitos hospitalares necessários para o estado, 5.068 devem estar presentes na Macrorregional Noroeste; 5.380 na Macrorregional Oeste; 5.436 na Macrorregional Norte; e 14.614 na Macrorregional Leste. Lembrando que a macro leste possui a regional de saúde mais populosa do estado. Já a figura 9 representa o cenário real da distribuição de leitos hospitalares nas 4 macrorregionais de saúde.



**Figura 9 - Cenário Real da Distribuição de Leitos Hospitalares por Macrorregional de Saúde - Paraná**  
 Fonte: DATASUS (2015).

O mapa do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares por macrorregional de saúde (figura 9) utiliza a paleta de cor laranjada de maneira crescente, para representar o quantitativo de leitos hospitalares disponíveis em cada macrorregional de saúde. Evidencia que dos 29.451 leitos existentes no estado do Paraná 4.725 estão na macrorregional noroeste; 5.159, na macrorregional oeste; 6.091, na macrorregional norte; e 13.376, na macrorregional leste. Analisando-se rasamente os dados, é possível perceber um déficit de leitos nas macrorregionais leste, noroeste e oeste, não obstante o *superávit* da macro norte, conforme pode ser melhor evidenciado na figura 10.

O mapa do déficit da quantidade de leitos hospitalares por macrorregional de saúde (figura 10) utiliza a paleta de cor vermelha de maneira decrescente, para representar o déficit de leitos no estado do Paraná, sendo que números positivos (mais claros) representam *superávit* e números negativos, *déficits* (mais escuros).



**Figura 10 - Déficit/Superávit na quantidade de Leitos Hospitalares por Macrorregional de Saúde - Paraná**  
**Fonte: DATASUS (2015).**

Percebe-se que com exceção da macrorregional norte, que possui superávit de 755 leitos, as demais macrorregionais apresentam déficits, sendo que a macrorregional oeste apresenta déficit de 221 leitos; a macrorregional noroeste, de 343, e a macrorregional leste aparece com déficit de 1238 leitos.

Analisando o panorama da distribuição de leitos por especialidade e por macrorregional tem-se o cenário apresentado no quadro 15:

Tipo de Leito	Macrorregional Leste			Macrorregional Oeste			Macrorregional Noroeste			Macrorregional Norte		
	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit
Cirúrgico	2407	3567	1160	886	1334	448	835	1060	225	895	1308	413
Clínico	3998	3471	-527	1472	1736	264	1386	1644	258	1487	2025	538
Obstétrico	1276	1374	98	470	668	198	442	577	135	475	704	229
Pediátrico	1890	1171	-719	696	683	-13	656	608	-48	703	741	38
UTI	1169	1412	243	430	384	-46	405	298	-107	435	470	35

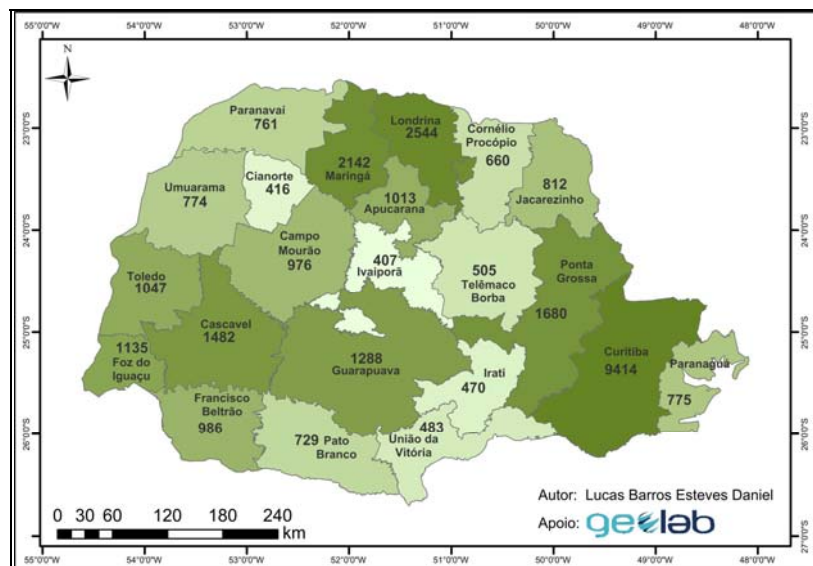
**Quadro 15 - Panorama da Distribuição de Leitos Hospitalares por Especialidade e Macrorregional de Saúde - Paraná**  
**Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do DATASUS/2015.**

Evidencia-se que a macrorregional norte apresenta superávit na quantidade de leitos em todas as especialidades. Já as macrorregionais leste, oeste e noroeste

apresentam déficits no quantitativo de leitos de pediatria: 719, 13 e 48, respectivamente. O déficit de leitos pediátricos nas macrorregionais oeste e noroeste é relativamente pequeno se levar-se em consideração a inversão da pirâmide populacional. No entanto, o déficit da macrorregional leste é importante. Dessa forma, análise mais precisa é também realizada por regional de saúde.

As macrorregionais noroeste e oeste apresentam déficit importante na quantidade de leitos de UTI, ou seja, 107 e 46, respectivamente. Assim também a macrorregional leste apresenta um déficit importante no quantitativo de leitos clínicos: 527 leitos. Esses dados analisados por macro podem caracterizar vazios assistenciais. No entanto, demandam de análise mais precisa que é realizada por regional de saúde.

Como na análise por macrorregional de saúde foram identificados importantes déficits de leitos, principalmente nos leitos cirúrgicos e de UTI, faz-se relevante analisar a distribuição de leitos hospitalares por regional de saúde. O panorama da distribuição de leitos hospitalares por regional de saúde é evidenciado na figura 11:

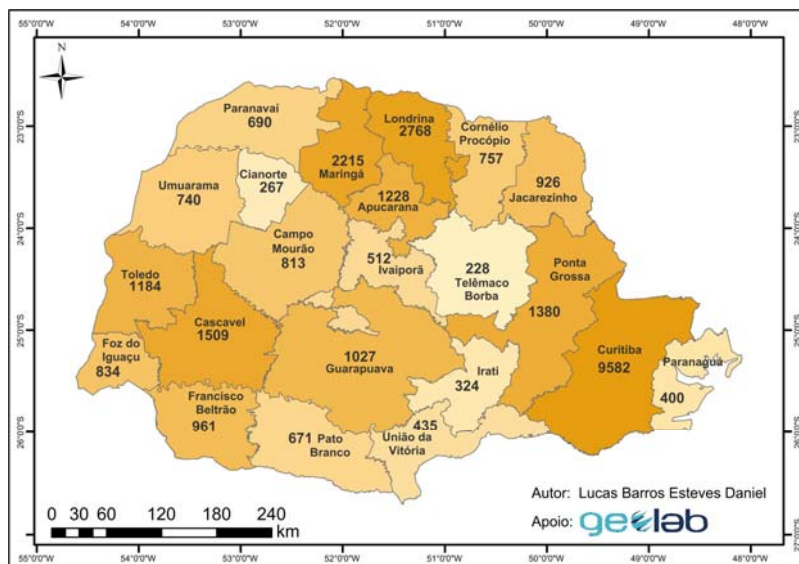


**Figura 11 - Cenário Ideal Regulamentado da Distribuição de Leitos Hospitalares por Regional de Saúde - Paraná**  
 Fonte: DATASUS (2015).

O mapa do cenário ideal regulamentado da distribuição de leitos hospitalares por regional de saúde utiliza a paleta de cor verde de maneira crescente, para representar as necessidades de leitos hospitalares para cada uma das 22 regionais de saúde do Estado.

Evidencia que dos 30.498 leitos hospitalares necessários para o estado 9.414 leitos devem estar presentes na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba, quantitativo superior ao estabelecido para as macrorregionais de saúde noroeste, oeste e norte. Isto se dá porque a 2.<sup>a</sup> RS de saúde é a mais populosa do estado. Uma das regionais de saúde com importante área territorial – como pode ser evidenciado na figura 11 - é a 5.<sup>a</sup> RS - Guarapuava, que necessita de 1.288 leitos. Já a regional de saúde que demanda a menor quantidade de leitos hospitalares é a 13.<sup>a</sup> RS - Cianorte, com demanda de 416 leitos.

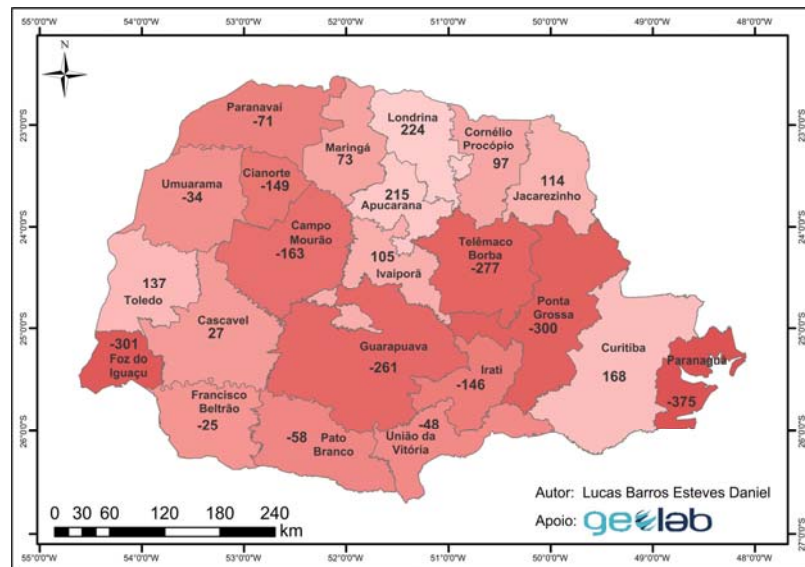
O cenário atual da distribuição de leitos hospitalares nas 22 regionais de saúde do estado do Paraná pode ser evidenciado na figura 12:



**Figura 12 - Cenário atual da Distribuição de Leitos Hospitalares por Regional de Saúde - Paraná**  
Fonte: DATASUS (2015).

O mapa do cenário atual da distribuição de leitos hospitalares por regional de saúde utiliza a paleta de cor laranjada de maneira crescente, para representar o quantitativo de leitos hospitalares disponíveis em cada regional de saúde. Evidencia que dos 29.451 leitos existentes no estado do Paraná 9.582 estão localizados na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba, sendo que a regional de saúde com menor quantitativo de leitos é a 21.<sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba com 228 leitos.

Em comparação ao mapa do cenário ideal regulamentado da distribuição de leitos hospitalares por regional de saúde, percebe-se que mais da metade das regionais de saúde apresentam déficit no quantitativo de leitos hospitalares totais, conforme pode ser evidenciado na figura 13:



**Figura 13 - Déficit/Superávit na quantidade de Leitos Hospitalares por Regional de Saúde - Paraná**

Fonte: DATASUS (2015).

O mapa do déficit da quantidade de leitos hospitalares por regional de saúde utiliza a paleta de cor vermelha de maneira decrescente, para representar o déficit de leitos no estado do Paraná, sendo que números positivos (mais claros) representam superávit e números negativos, déficits (mais escuros).

Das 22 regionais de saúde 9 (nove) apresentam superávit do quantitativo de leitos hospitalares, sendo que a regional com maior superávit é a 17.<sup>a</sup> RS - Londrina, com 224 leitos a mais do que o regulamentado, seguida pela 16.<sup>a</sup> RS - Apucarana, com 215 e 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba, com 168 leitos. Evidencia-se que 13 regionais apresentaram déficit. A regional que apresentou maior déficit no quantitativo de leitos foi a 1.<sup>a</sup> RS - Paranaguá, com 375 leitos de déficit, seguida pela 9.<sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu, com 301; 3.<sup>a</sup> RS - Ponta Grossa, com 300; 21.<sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba, com 277 e 5.<sup>a</sup> RS - Guarapuava, com 261 leitos de déficit.

Importante pontuar que, como podem ser visualizados no mapa (figura 13), as regionais 1.<sup>a</sup> RS - Paranaguá e 9.<sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu são as principais portas de entrada do Estado, sendo que Paranaguá possui o porto e Foz do Iguaçu faz fronteira com o Paraguai e Argentina. Dessa forma, é muito provável que a população que se utiliza dos serviços de saúde nessas regiões é maior do que a população cadastrada pelo IBGE, sendo que a necessidade de leitos hospitalares pode ser maior à limitada neste estudo, assim como o déficit na quantidade de leitos.

As regionais que apresentam déficits significativos de leitos podem apresentar vazios assistenciais. Para avaliar essa possibilidade é necessário realizar a análise da distribuição de leitos por especialidade. Dessa forma, a seguir, analisa-se cada especialidade para as 22 regionais de saúde do estado do Paraná. A primeira especialidade a ser analisada é a de leitos cirúrgicos, conforme evidenciado no quadro 16:

Macrorregião	Regional de Saúde	Leito Cirúrgico		
		Ideal	Real	Déficit
Leste	1. <sup>a</sup> RS - Paranaguá	128	67	-61
	2. <sup>a</sup> RS - Curitiba	1551	2779	1228
	3. <sup>a</sup> RS - Ponta Grossa	277	374	97
	4. <sup>a</sup> RS - Irati	77	57	-20
	5. <sup>a</sup> RS - Guarapuava	212	192	-20
	6. <sup>a</sup> RS - União da Vitória	80	55	-25
	21. <sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba	83	43	-40
	Total	2407	3567	1160
Oeste	7. <sup>a</sup> RS - Pato Branco	120	146	26
	8. <sup>a</sup> RS - Francisco Beltrão	162	209	47
	9. <sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu	187	256	69
	10. <sup>a</sup> RS - Cascavel	244	518	274
	20. <sup>a</sup> RS - Toledo	173	205	32
	Total	886	1334	448
Noroeste	11. <sup>a</sup> RS - Campo Mourão	161	196	35
	12. <sup>a</sup> RS - Umuarama	128	110	-18
	13. <sup>a</sup> RS - Cianorte	69	55	-14
	14. <sup>a</sup> RS - Paranavaí	125	131	6
	15. <sup>a</sup> RS - Maringá	353	568	215
	Total	835	1060	225
Norte	16. <sup>a</sup> RS - Apucarana	167	282	115
	17. <sup>a</sup> RS - Londrina	419	689	270
	18. <sup>a</sup> RS - Cornélio Procópio	109	87	-22
	19. <sup>a</sup> RS - Jacarezinho	134	143	9
	22. <sup>a</sup> RS - Ivaiporã	67	107	40
	Total	895	1308	413

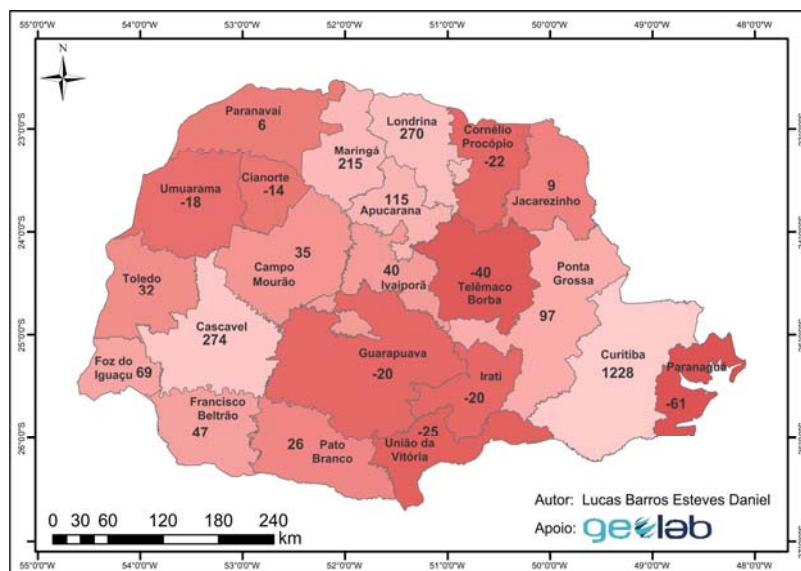
**Quadro 16 - Panorama da Distribuição de Leitos Cirúrgicos por Regional de Saúde - Paraná**

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do DATASUS/2015.

Com a análise do panorama da distribuição de leitos cirúrgicos por regional de saúde, evidencia-se que na macrorregional leste, com exceção das regionais de saúde 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba e 3.<sup>a</sup> RS - Ponta Grossa, que possuem superávit respectivo de 1228 e 97 leitos de clínica cirúrgica, as demais regionais de saúde possuem déficit no quantitativo de leitos cirúrgicos, sendo que a regional com maior déficit de leitos cirúrgicos é a 1.<sup>a</sup> RS - Paranaguá, com 61 leitos de déficit.



Na macrorregional oeste todas as regionais de saúde apresentam superávit na distribuição de leitos cirúrgicos, totalizando 448 leitos de superávit. Na macrorregional noroeste, as regionais de saúde apresentam superávit, com exceção da 12.<sup>a</sup> RS - Umuarama e da 13.<sup>a</sup> RS - Cianorte, que apresentam déficit. Mesmo assim a macrorregional apresenta superávit de 225 leitos. Na macrorregional norte as regionais de saúde apresentam superávit na distribuição de leitos cirúrgicos, com exceção da 18.<sup>a</sup> RS - Cornélio Procópio que apresenta déficit, totalizando um superávit de 413 leitos. O panorama do déficit de leitos cirúrgicos pode ser visualizado graficamente na figura 14:



**Figura 14 - Déficit/Superávit na quantidade de Leitos Cirúrgicos por Regional de Saúde - Paraná**  
**Fonte: DATASUS (2015).**

O mapa do déficit da quantidade de leitos cirúrgicos por regional de saúde utiliza a paleta de cor vermelha de maneira decrescente, para representar o déficit de leitos cirúrgicos no estado do Paraná, sendo que números positivos (mais claros) representam superávit e números negativos, déficits (mais escuros). Das 22 (vinte e duas) regionais de saúde 8 (oito) apresentam déficit no quantitativo de leitos cirúrgicos, sendo que 5 (cinco) regionais estão presentes na macrorregional leste.

Na macrorregional oeste todas as regionais de saúde apresentam superávit na quantidade de leitos cirúrgicos. Na macrorregional noroeste, as regionais 12.<sup>a</sup> RS - Umuarama e 13.<sup>a</sup> RS - Cianorte apresentam déficit respectivo de 18 e 14 leitos

cirúrgicos. Na macrorregional norte apenas a 18.<sup>a</sup> RS - Cornélio Procópio apresenta déficit de 22 leitos cirúrgicos. Na macrorregional leste evidencia-se um déficit importante de leitos cirúrgicos na área territorial que inclui a 4.<sup>a</sup> RS - Irati; 5.<sup>a</sup> RS - Guarapuava; 6.<sup>a</sup> RS - União da Vitória e 21.<sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba, que totaliza 166 leitos e um déficit de 61 leitos na 1.<sup>a</sup> RS - Paranaguá.

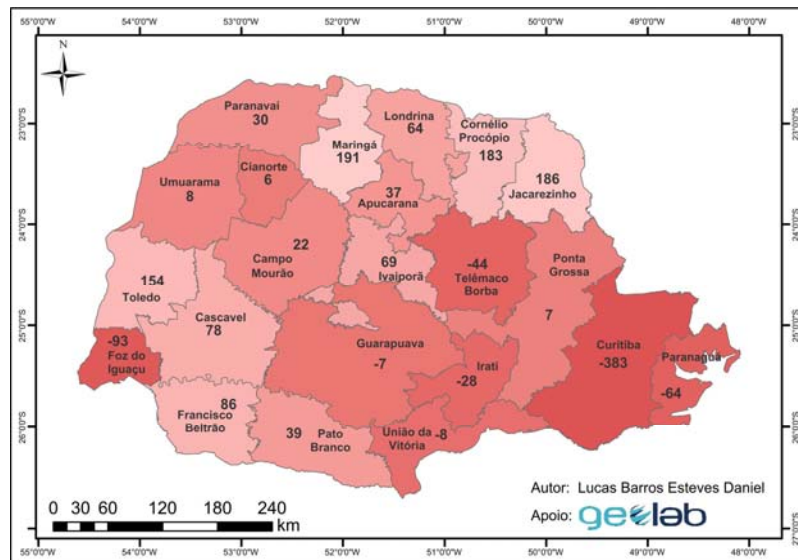
No entanto, como os pontos de atenção secundária e terciária em saúde devem ser referenciados em nível regional e macrorregional, mesmo com a distância geográfica, os pacientes cirúrgicos residentes nas regionais que apresentam déficit de leitos podem ser atendidos em outras regionais que compõem a macrorregional de saúde. Dessa forma, os déficits de leitos descritos anteriormente não necessariamente se caracterizam como vazios assistenciais.

Quanto à especialidade de clínica médica, o panorama da distribuição de leitos pode ser evidenciado no quadro 17:

Macrorregião	Regional de Saúde	Leitos Clínicos		
		Ideal	Real	Déficit
Leste	1. <sup>a</sup> RS - Paranaguá	212	148	-64
	2. <sup>a</sup> RS - Curitiba	2575	2192	-383
	3. <sup>a</sup> RS - Ponta Grossa	460	467	7
	4. <sup>a</sup> RS - Irati	129	101	-28
	5. <sup>a</sup> RS - Guarapuava	352	345	-7
	6. <sup>a</sup> RS - União da Vitória	132	124	-8
	21. <sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba	138	94	-44
	Total	3998	3471	-527
Oeste	7. <sup>a</sup> RS - Pato Branco	200	239	39
	8. <sup>a</sup> RS - Francisco Beltrão	270	356	86
	9. <sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu	311	218	-93
	10. <sup>a</sup> RS - Cascavel	405	483	78
	20. <sup>a</sup> RS - Toledo	286	440	154
	Total	1472	1736	264
Noroeste	11. <sup>a</sup> RS - Campo Mourão	267	289	22
	12. <sup>a</sup> RS - Umuarama	212	220	8
	13. <sup>a</sup> RS - Cianorte	114	120	6
	14. <sup>a</sup> RS - Paranavaí	208	238	30
	15. <sup>a</sup> RS - Maringá	586	777	191
	Total	1386	1644	258
Norte	16. <sup>a</sup> RS - Apucarana	277	314	37
	17. <sup>a</sup> RS - Londrina	696	760	64
	18. <sup>a</sup> RS - Cornélio Procópio	180	363	183
	19. <sup>a</sup> RS - Jacarezinho	222	408	186
	22. <sup>a</sup> RS - Ivaiporã	111	180	69
	Total	1487	2025	538

**Quadro 17 - Panorama da Distribuição de Leitos Clínicos por Regional de Saúde - Paraná**  
 Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do DATASUS/2015.

Com a análise do panorama da distribuição de leitos clínicos é possível perceber que todas as regionais de saúde da macrorregional norte e noroeste apresentam superávit no quantitativo de leitos clínicos. Além disso, todas as regionais de saúde da macrorregional oeste também possuem superávit na distribuição de leitos clínicos, com exceção da 9.<sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu, que possui déficit de 93 leitos, panorama esse muito diferente do encontrado na macrorregional leste, onde todas as regionais de saúde possuem déficit no quantitativo de leitos clínicos, com exceção à 3.<sup>a</sup> RS - Ponta Grossa, que apresenta superávit de 7 (sete) leitos. O panorama do déficit de leitos clínicos pode ser visualizado graficamente na figura 15.



**Figura 15 - Déficit/Superávit na quantidade de Leitos Clínicos por Regional de Saúde - Paraná**  
**Fonte: DATASUS (2015).**

A figura 15 demonstra o mapa do déficit da quantidade de leitos clínicos por regional de saúde e utiliza a paleta de cor vermelha, de maneira decrescente, para representar o déficit de leitos clínicos no estado do Paraná, sendo que números positivos (mais claros) representam superávit e números negativos, déficits (mais escuros).

Como descrito anteriormente, nenhuma regional de saúde da macrorregional norte e noroeste apresenta déficit no quantitativo de leitos clínicos. Apenas a 9.<sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu apresenta déficit de leitos na macrorregional oeste, sendo que as outras regionais dessa macro apresentam superávit e podem suprir essa necessidade.

No entanto, a situação na macrorregional leste é mais delicada. Das 7 (sete) regionais de saúde apenas uma, a 3.<sup>a</sup> RS - Ponta Grossa, possui superávit de 7 leitos, contabilizando um déficit de 527 leitos para toda a macro. O maior déficit encontra-se na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba: 383 leitos, seguido por 1.<sup>a</sup> RS - Paranaguá, com 64 leitos de déficit.

Como os pontos de atenção secundária e terciária em saúde devem ser referenciados em nível regional e macrorregional e na macrorregional leste não existe superávit de leitos, identifica-se então, neste caso, um significativo vazio assistencial de leitos clínicos, que demanda de intervenção do estado.

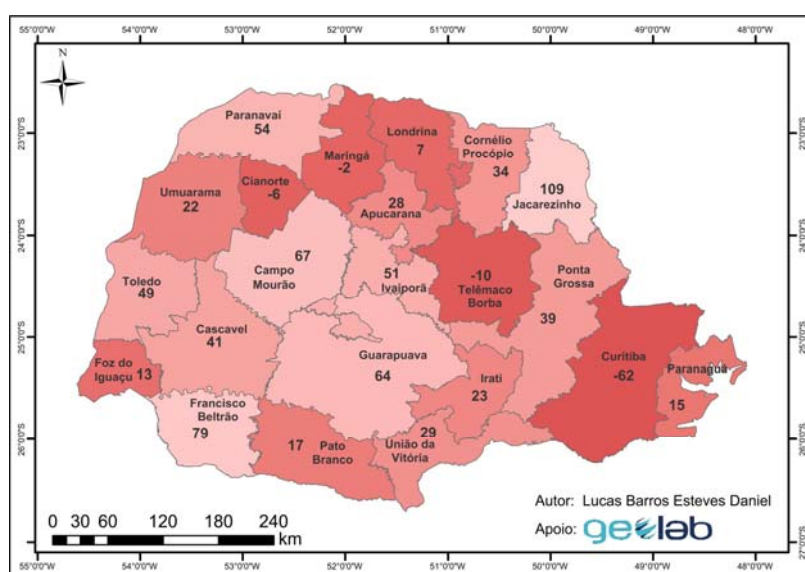
Quanto à especialidade de obstetrícia, o panorama da distribuição de leitos pode ser evidenciado no quadro 18:

Macrorregião	Regional de Saúde	Leitos Obstétricos		
		Ideal	Real	Déficit
Leste	1. <sup>a</sup> RS - Paranaguá	68	83	15
	2. <sup>a</sup> RS - Curitiba	822	760	-62
	3. <sup>a</sup> RS - Ponta Grossa	147	186	39
	4. <sup>a</sup> RS - Irati	41	64	23
	5. <sup>a</sup> RS - Guarapuava	112	176	64
	6. <sup>a</sup> RS - União da Vitória	42	71	29
	21. <sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba	44	34	-10
	Total	1276	1374	98
Oeste	7. <sup>a</sup> RS - Pato Branco	64	81	17
	8. <sup>a</sup> RS - Francisco Beltrão	86	165	79
	9. <sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu	99	112	13
	10. <sup>a</sup> RS - Cascavel	129	170	41
	20. <sup>a</sup> RS - Toledo	91	140	49
	Total	470	668	198
Noroeste	11. <sup>a</sup> RS - Campo Mourão	85	152	67
	12. <sup>a</sup> RS - Umuarama	68	90	22
	13. <sup>a</sup> RS - Cianorte	36	30	-6
	14. <sup>a</sup> RS - Paranavaí	66	120	54
	15. <sup>a</sup> RS - Maringá	187	185	-2
	Total	442	577	135
Norte	16. <sup>a</sup> RS - Apucarana	88	116	28
	17. <sup>a</sup> RS - Londrina	222	229	7
	18. <sup>a</sup> RS - Cornélio Procópio	58	92	34
	19. <sup>a</sup> RS - Jacarezinho	71	180	109
	22. <sup>a</sup> RS - Ivaiporã	36	87	51
	Total	475	704	229

**Quadro 18 - Panorama da Distribuição de Leitos Obstétricos por Regional de Saúde - Paraná**

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do DATASUS/2015.

Evidencia-se que todas as regionais de saúde da macrorregional norte e oeste possuem superávit na quantidade de leitos obstétricos. A macrorregional noroeste também possui superávit, com exceção da 15.<sup>a</sup> RS - Maringá e 13.<sup>a</sup> RS - Cianorte, que possuem baixo déficit de 2 (dois) e 6 (seis) leitos, respectivamente. A macrorregional leste possui superávit no quantitativo de leitos obstétricos, com exceção da 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba, que possui déficit de 62 (sessenta e dois) leitos e da 21.<sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba, que possui déficit de 10 (dez) leitos obstétricos. O panorama do déficit de leitos clínicos pode ser visualizado graficamente na figura 16.



**Figura 16 - Déficit/ Superávit na quantidade de Leitos Obstétricos por Regional de Saúde - Paraná**  
**Fonte: DATASUS (2015).**

A figura 16 demonstra o mapa do déficit da quantidade de leitos obstétricos por regional de saúde e utiliza a paleta de cor vermelha, de maneira decrescente, para representar o déficit de leitos, sendo que números positivos representam superávit (mais claros) e números negativos, déficits (mais escuros).

Déficits significativos foram encontrados somente na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba: 62 (sessenta e dois) leitos, e na 21.<sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba: 10 (dez) leitos. No entanto, como os pontos de atenção secundária e terciária em saúde devem ser referenciados em nível regional e macrorregional e como as demais regionais de saúde dessa macrorregião possuem superávit de leitos obstétricos, esses déficits não podem ser caracterizados como vazios assistenciais.

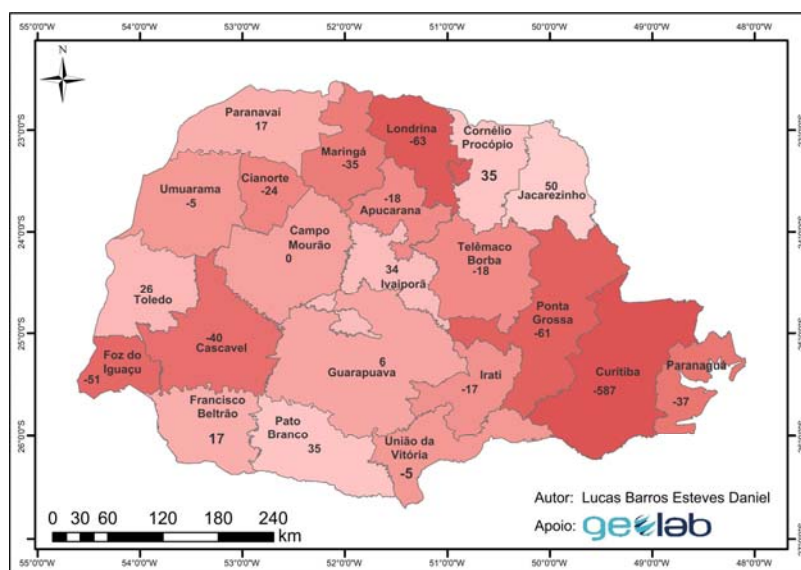
Quanto à especialidade de pediatria, o panorama da distribuição de leitos pode ser evidenciado no quadro 19:

Macrorregião	Regional de Saúde	Leitos Pediátricos		
		Ideal	Real	Déficit
Leste	1.ª RS - Paranaguá	100	63	-37
	2.ª RS - Curitiba	1218	631	-587
	3.ª RS - Ponta Grossa	217	156	-61
	4.ª RS - Irati	61	44	-17
	5.ª RS - Guarapuava	167	173	6
	6.ª RS - União da Vitória	62	57	-5
	21.ª RS - Telêmaco Borba	65	47	-18
	Total	1890	1171	-719
Oeste	7.ª RS - Pato Branco	94	129	35
	8.ª RS - Francisco Beltrão	128	145	17
	9.ª RS - Foz do Iguaçu	147	96	-51
	10.ª RS - Cascavel	192	152	-40
	20.ª RS - Toledo	135	161	26
	Total	696	683	-13
Noroeste	11.ª RS - Campo Mourão	126	126	0
	12.ª RS - Umuarama	100	95	-5
	13.ª RS - Cianorte	54	30	-24
	14.ª RS - Paranavaí	98	115	17
	15.ª RS - Maringá	277	242	-35
	Total	656	608	-48
Norte	16.ª RS - Apucarana	131	113	-18
	17.ª RS - Londrina	329	266	-63
	18.ª RS - Cornélio Procópio	85	120	35
	19.ª RS - Jacarezinho	105	155	50
	22.ª RS - Ivaiporã	53	87	34
	Total	703	741	38

**Quadro 19 - Panorama da Distribuição de Leitos Pediátricos por Regional de Saúde - Paraná**

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do DATASUS/2015.

O panorama da distribuição de leitos pediátricos no estado do Paraná evidencia que apenas a macrorregional norte possui superávit de leitos. As macrorregionais leste, oeste e noroeste possuem déficits significativos dessa especialidade. Ademais, das 22 (vinte e duas) regionais de saúde apenas 9 (nove) apresentam superávit de leitos, sendo que 13 (treze) apresentam déficit. O panorama do déficit de leitos pediátricos pode ser visualizado graficamente na figura 17.



**Figura 17 - Déficit/ Superávit na quantidade de Leitos Pediátricos por Regional de Saúde - Paraná**  
**Fonte: DATASUS (2015).**

A figura 17 demonstra o mapa do déficit da quantidade de leitos pediátricos por regional de saúde e utiliza a paleta de cor vermelha de maneira decrescente, para representar o déficit de leitos, sendo que números positivos (mais claros) representam superávit e números negativos déficits (mais escuros).

Evidencia-se que das 7 (sete) regionais de saúde da macrorregional leste, 6 (seis) apresentam déficit na quantidade de leitos pediátricos, sendo que déficit relevante é encontrado na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba, ou seja, 587 leitos. Ademais a macrorregional leste contabiliza um déficit de 719 leitos. Na macrorregional oeste apenas duas regionais de saúde apresentam superávit no quantitativo de leitos pediátricos, sendo que o déficit mais significativo é encontrado na 9.<sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu, 51 leitos. Esta macrorregional contabiliza um déficit de 13 leitos.

Na macrorregional noroeste apenas uma regional de saúde possui superávit de leitos pediátricos, a 14.<sup>a</sup> RS - Paranavaí com 17 leitos a mais do que o regulamentado, sendo que a regional de saúde com maior déficit de leitos é a 15.<sup>a</sup> RS - Maringá, com 35 leitos a menos do que o regulamentado. Essa macrorregional contabiliza um déficit de 48 leitos pediátricos. A macrorregional norte é a única que contabiliza balanço positivo na quantidade de leitos pediátricos: 38 leitos. No entanto, a 17.<sup>a</sup> RS - Londrina possui déficit de 63 leitos e a 16.<sup>a</sup> RS - Apucarana possui déficit de 18 leitos.

Como os pontos de atenção secundária e terciária em saúde devem ser referenciados em nível regional e macrorregional, apenas a macrorregional norte não possui vazios assistenciais de leitos pediátricos. As demais macrorregionais apresentam déficits importantes, sendo que a macrorregional com maior vazio assistencial em leitos pediátricos é a leste.

No entanto, como já evidenciado alhures, a estrutura etária da região sul do Brasil está se modificando e adquirindo cada vez mais o formato de países com populações mais velhas, caracterizando um estreitamento da base da pirâmide populacional nas últimas décadas. Isto significa uma redução na taxa de natalidade e aumento da expectativa de vida, com conseqüente redução da necessidade de leitos pediátricos. Como a portaria vigente para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares é datada de 2002, é provável que esse fator não tenha sido considerado, o que pode mascarar a real necessidade de leitos pediátricos. Dessa forma, estudos que analisem a interferência da inversão na pirâmide populacional na distribuição de leitos hospitalares são relevantes e bem-vindos.

Por fim, o panorama da distribuição de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) pode ser evidenciado no quadro 20:

O panorama da distribuição de leitos de UTI no estado do Paraná evidencia que das 22 (vinte e duas) regionais de saúde 17 (dezessete) possuem déficit no quantitativo de leitos, sendo que apenas 5 (cinco) apresentam superávit de leitos. Este superávit encontra-se nas cidades polos e geralmente onde estão as universidades de medicina. Como os leitos de UTI demandam de tecnologias e conhecimentos específicos estes leitos estão localizados nas regiões que possuem qualificação profissional. Ademais, evidencia-se que as macrorregionais leste e norte apresentam superávit de leitos, sendo que as macrorregionais oeste e noroeste apresentam déficits de leitos.



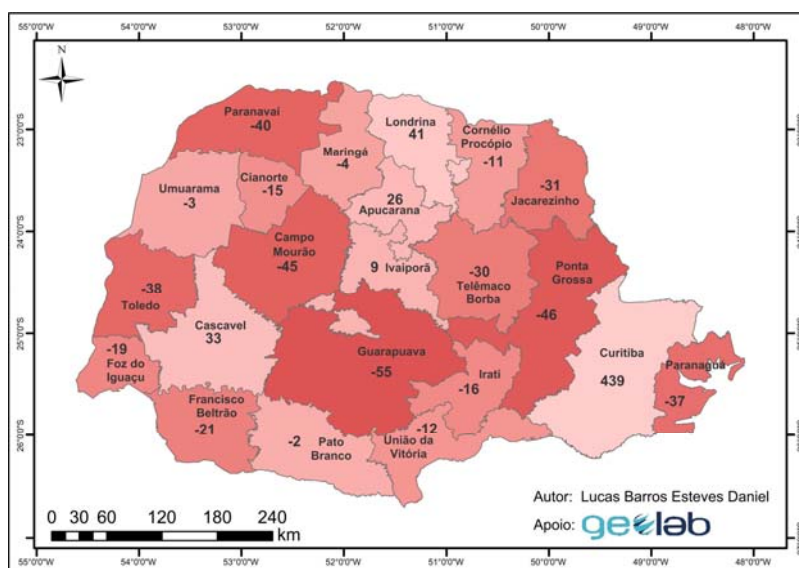
Macrorregião	Regional de Saúde	Leito/UTI		
		Ideal	Real	Déficit
Leste	1. <sup>a</sup> RS - Paranaguá	62	25	-37
	2. <sup>a</sup> RS - Curitiba	753	1192	439
	3. <sup>a</sup> RS - Ponta Grossa	134	88	-46
	4. <sup>a</sup> RS - Irati	38	22	-16
	5. <sup>a</sup> RS - Guarapuava	103	48	-55
	6. <sup>a</sup> RS - União da Vitória	39	27	-12
	21. <sup>a</sup> RS - Telêmaco Borba	40	10	-30
	Total	1169	1412	243
Oeste	7. <sup>a</sup> RS - Pato Branco	58	56	-2
	8. <sup>a</sup> RS - Francisco Beltrão	79	58	-21
	9. <sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu	91	72	-19
	10. <sup>a</sup> RS - Cascavel	119	152	33
	20. <sup>a</sup> RS - Toledo	84	46	-38
	Total	430	384	-46
Noroeste	11. <sup>a</sup> RS - Campo Mourão	78	33	-45
	12. <sup>a</sup> RS - Umuarama	62	59	-3
	13. <sup>a</sup> RS - Cianorte	33	18	-15
	14. <sup>a</sup> RS - Paranavaí	61	21	-40
	15. <sup>a</sup> RS - Maringá	171	167	-4
	Total	405	298	-107
Norte	16. <sup>a</sup> RS - Apucarana	81	107	26
	17. <sup>a</sup> RS - Londrina	204	245	41
	18. <sup>a</sup> RS - Cornélio Procópio	53	42	-11
	19. <sup>a</sup> RS - Jacarezinho	65	34	-31
	22. <sup>a</sup> RS - Ivaiporã	33	42	9
	Total	435	470	35

**Quadro 20 - Panorama da Distribuição de Leitos de UTI por Regional de Saúde - Paraná**

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do DATASUS/2015.

O panorama do déficit de leitos de UTI pode ser visualizado graficamente na figura 18, que demonstra o mapa do déficit da quantidade de leitos de UTI por regional de saúde, a qual utiliza a paleta de cor vermelha de maneira decrescente, para representar o déficit de leitos, sendo que números positivos (mais claros) representam superávit e números negativos déficits (mais escuros).

A macrorregional leste não possui déficit de leitos de UTI porque a 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba possui um superávit de 439 leitos, que suprem e compensam os déficits existentes nas demais regionais de saúde dessa macro e que contabilizam 196 leitos. No entanto, considerando a complexidade assistencial de um paciente de Unidade de Terapia Intensiva; da urgência desse tipo de atendimento; dos riscos de instabilidade hemodinâmica durante o transporte médico; e da distância entre as regionais de saúde, faz-se importante uma análise mais minuciosa pela Secretaria de Saúde do Paraná quanto a real necessidade de leitos de UTI.



**Figura 18 - Déficit/ Superávit na quantidade de Leitos de UTI por Regional de Saúde - Paraná**  
**Fonte: DATASUS (2015).**

Na macrorregional norte, das 6 (seis) regionais de saúde duas apresentam déficit na quantidade de leitos de UTI: 17.<sup>a</sup> RS - Londrina - déficit de 63 leitos e 16.<sup>a</sup> RS - Apucarana com déficit de 18 leitos. No entanto, as demais regionais de saúde contabilizam um superávit de 157 leitos que suprimem esse déficit, visto que a assistência em nível terciário deve ser estruturada em nível macrorregional.

Já as macrorregionais Noroeste e Oeste possuem déficit significativo de leitos de UTI, de 107 e 46, respectivamente. Na macrorregional Noroeste todas as regionais de saúde apresentam déficits de leitos e na Oeste apenas a 10.<sup>a</sup> RS - Cascavel apresentou superávit de leitos: 33 leitos que não suprem a necessidade de toda macrorregional que é de 80 leitos. Dessa forma, evidencia-se aqui um importante vazio assistencial de leitos de UTI nessas duas macrorregiões e que demandam ação do estado.

Tendo realizada a análise minuciosa da distribuição dos leitos hospitalares totais e por especialidade (clínica cirúrgica, clínica médica, obstetrícia, pediatria e UTI) para o estado do Paraná, em suas macrorregionais de saúde e regionais de saúde, é chegado o momento de avaliar as contribuições da regionalização para redução de vazios assistenciais.

## 4.2 CONTRIBUIÇÕES DA REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE PARA REDUÇÃO DOS VAZIOS ASSISTENCIAIS

Como evidenciado neste estudo, o processo de regionalização na área da saúde deve compreender as noções de territorialidade, que não se restringem à abrangência municipal, mas que respeitam seus limites como unidade indivisível, e considerar as questões de ordem social, econômica e demográfica, com o objetivo de garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços de saúde.

No estado do Paraná, o território foi organizado em 4 (quatro) macrorregionais de saúde e essas em 22 (vinte e duas) regionais de saúde, sendo que para a regionalização dos leitos hospitalares foi considerada a capacidade instalada e os instrumentos disponíveis.

A avaliação da regionalização dos leitos hospitalares no estado do Paraná se mostrou importante instrumento para redução dos vazios assistenciais, visto que o estudo do cenário atual comparativamente ao ideal regulamentado permitiu a identificação dos vazios assistenciais por especialidade e por regional e macrorregional de saúde no Estado do Paraná.

Primeiramente, foi possível identificar que o estado do Paraná possui um déficit de 1.047 leitos hospitalares, sendo o maior déficit encontrado na especialidade de pediatria, com 742 leitos de déficit. As demais especialidades estudadas não apresentaram déficit de leitos, sendo que os outros 305 leitos de déficit são referentes às demais (outras) especialidades que não são foco da delimitação deste estudo.

Na análise por macrorregional de saúde, apenas a macrorregional norte não apresentou déficit de leitos hospitalares. A macrorregional leste apresentou déficit de leitos clínicos (-527) e pediátricos (-719); a macrorregional oeste apresentou déficit de leitos pediátricos (-13) e de UTI (-14) e a macrorregional noroeste apresentou déficit de leitos pediátricos (-48) e de UTI (-107), sendo que para a análise dos vazios assistenciais foi necessária à análise por regional de saúde.

Com a análise da distribuição de leitos hospitalares gerais e por especialidade e por regional de saúde, foi possível evidenciar os vazios assistenciais de leitos hospitalares. No entanto, como os pontos de atenção secundária e terciária

em saúde devem ser referenciados em nível regional e macrorregional, a definição dos vazios é realizada por macrorregional de saúde.

Foi então identificado vazio assistencial de leitos clínicos na macrorregional leste, principalmente na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba. No entanto, como os leitos cirúrgicos dessa regional de saúde apresentaram superávit, remete-se então a considerar que compete à Secretaria de Saúde do Paraná a possibilidade de negociação com os prestadores de serviço para readequação no perfil dos leitos hospitalares.

Ademais, foram identificados vazios assistenciais de leitos pediátricos nas macrorregionais leste, oeste e noroeste, sendo necessária a avaliação minuciosa da pirâmide demográfica do estado e a avaliação da confiabilidade da Portaria MS/GM n.º 1.101/2002 para o cálculo da necessidade de leitos dessa especialidade.

Foi evidenciado também importante vazio assistencial de leitos de UTI nas macrorregionais noroeste e oeste, além da sinalização de que é necessária atenção especial na distribuição de leitos de UTI no território da macrorregional leste. Visto que, considerando a complexidade assistencial de um paciente de Unidade de Terapia Intensiva; da urgência desse tipo de atendimento e os riscos de instabilidade hemodinâmica durante o transporte médico, há uma distância geográfica importante do superávit existente na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba. Dessa forma, considera-se a importância de futura análise minuciosa pela Secretaria de Saúde do Paraná quanto a real necessidade de leitos de UTI nessa macrorregional.

A intervenção do Estado frente a essa necessidade é urgente, vista a constante denúncia na mídia de falta de leitos de UTI e do grande quantitativo de pacientes que aguardam vagas de UTI em unidades de pronto atendimento. Lembrando que devido à complexidade assistencial e tecnológica de um leito de UTI não é possível a readequação de leitos existentes, sendo necessária a criação de novos serviços conforme normas regulamentadoras.

Outro aspecto pontuado pelo estudo da regionalização dos leitos hospitalares foi que a 1ªRS-Paranaguá e a 9ªRS-Foz do Iguaçu são as principais portas de entrada do Estado. Dessa forma, é provável que a população que se utiliza dos serviços de saúde nessas regiões é maior do que a população cadastrada pelo IBGE, sendo que, então, a necessidade de leitos hospitalares pode ser maior, assim como o déficit de

leitos. Sendo assim, demonstra-se a importância de estudos sobre a real população e necessidade de leitos hospitalares para essas regionais de saúde, fundamentando as intervenções do estado para otimização dos leitos hospitalares.

Em suma, os aspectos pontuados por este estudo evidenciam a necessária ação do estado em saúde, principalmente nas especialidades de clínica médica, pediatria e UTI para otimização de leitos hospitalares e redução dos vazios assistenciais. Além disso, demandam a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e até mesmo financiamento da rede de ações e serviços de saúde hospitalar no território.

#### 4.3 REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE GOVERNANÇA PÚBLICA

Após o estudo do cenário atual comparativamente ao ideal regulamentado, referente à distribuição de leitos hospitalares no Estado do Paraná; da identificação dos vazios assistenciais de leitos hospitalares nas regionais de saúde e por especialidades no Estado do Paraná, e da identificação das contribuições da regionalização em saúde para redução dos vazios assistenciais, é chegado o momento de responder ao problema de pesquisa deste estudo que consiste em: Quais as contribuições da regionalização de leitos hospitalares para a governança pública em saúde no Estado do Paraná?

Como evidenciado no referencial teórico, a governança pública pode ser entendida como um modelo de gestão que possibilita a interação de diversos atores, desde políticos até representantes da sociedade civil que almejam alcançar objetivos definidos conjuntamente e com foco nas necessidades da sociedade, sendo que ao atingir o melhor desempenho todos os atores envolvidos ficam satisfeitos. Ademais, a boa governança caracteriza-se pela combinação de boas práticas de gestão pública.

Na área da saúde encontram-se três tipos de governança: 1) Governança da Saúde: que são as melhores práticas para gestão da saúde e que consideram a interação entre os atores envolvidos e a dinâmica dos processos envolvidos na

tomada e implementação das decisões; 2) Governança para Saúde: busca da saúde como elemento essencial do bem estar pelo governo e sociedade, visto que a saúde e o bem estar são essenciais para uma sociedade bem-sucedida e uma economia próspera; e 3) Governança Global da Saúde: arranjos institucionais existentes com vistas à condução dos assuntos internacionais e globais na área da saúde.

Essas três definições difundem o termo governança em saúde, que passou do modelo centrado no Estado para um modelo descentralizado com participação do nível estatal, social e supranacional, permitindo que os atores regionais e locais tenham cada vez mais importância e demonstrando que a governança está presente nas diversas abordagens em saúde, desde abordagens locais até abordagens globais.

O estudo da regionalização dos leitos hospitalares no estado do Paraná evidenciou que a regionalização é, sim, um instrumento de governança pública, visto que ela permite a aplicação da Governança da Saúde, pois a regionalização é um importante instrumento para o planejamento das ações e serviços de saúde. Além disso, é uma boa prática para gestão da saúde e considera a dinâmica dos processos envolvidos na tomada e implementação das decisões.

Ademais, a regionalização permite a aplicação de alguns dos princípios da governança pública em saúde que foram definidos no capítulo de referencial teórico, lembrando que os princípios de governança em saúde estabelecidos para este estudo são: Transparência; *Accountability*; Participação; Integridade/Ética; Conformidade Legal; Equidade; Eficiência; Eficácia, Efetividade, Regulamentação e Vigilância em Saúde.

De acordo com o Decreto n.º 7.508/ 2011, a regionalização deve ser representada graficamente pelo Mapa de Saúde, que consiste na descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada. Dessa forma, o mapa de saúde pode ser utilizado como instrumento de divulgação do processo de regionalização à população, caracterizando-se como uma importante ferramenta de transparência, demonstrando ao usuário as unidades de atenção à saúde que são referência para sua regional de saúde. Além disso, o mapa pode ser utilizado também como uma ferramenta de prestação de contas, permitindo a aplicação do princípio *Accountability*.

Como o Mapa de Saúde é apresentado pela Secretaria Estadual de Saúde ao Conselho Estadual de Saúde (CES) para discussão e aprovação, lembrando que o CES é composto por representantes dos usuários dos serviços de saúde e possui a função de interlocutor para formulação e implementação de ações de saúde, a regionalização permite a aplicação do princípio de participação.

A regionalização em saúde permite também a aplicação do princípio da legalidade, visto que sua realização permite o cumprimento do Decreto n.º 7.508/ 2011. Ademais, a regionalização em saúde pode ser utilizada como ferramenta para equidade na distribuição dos serviços de saúde, possibilitando a distribuição equilibrada dos serviços e ações de saúde de acordo com a população residente e com as necessidades de saúde da população.

E mais: a regionalização em saúde permite a análise da quantidade de serviços entregues à população, permitindo a avaliação da eficácia dos pontos de atenção em saúde. No entanto, não permite a avaliação da eficiência e da efetividade das ações e serviços prestados, pois não permite a avaliação de como as ações e serviços de saúde estão sendo realizados e do resultado final obtido por estes serviços.

E por fim, prima-se que a regionalização em saúde é um importante instrumento para aplicação do princípio de regulamentação e vigilância em saúde, porque para o estabelecimento de normas e leis é necessária a delimitação e compreensão do território de abrangência e de sua relação entre o local e o global. Como o princípio da regulamentação e vigilância em saúde é responsável pela criação e emissão de leis e normativas em saúde, o cumprimento das mesmas é de responsabilidade do princípio *compliance*. No entanto, a avaliação do processo de regionalização não permite a verificação da aplicação desse princípio.

Como evidenciado, a regionalização em saúde permite a aplicação de 7 (sete) dos 10 (dez) princípios da governança pública em saúde definidos por este estudo, reforçando que a regionalização é um importante instrumento de governança pública em saúde.

## 5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES

A governança pública é considerada por estudiosos como uma atividade insubstituível no mundo contemporâneo. Ela pode ser entendida como um modelo alternativo às estruturas governamentais hierarquizadas, implicando em governos mais eficazes, atuando com capacidade máxima de gestão, garantindo e respeitando as normas e valores de uma sociedade democrática.

A governança pública é um modelo de gestão que possibilita a interação de diversos atores, desde políticos até representantes da sociedade civil que almejam alcançar objetivos definidos conjuntamente e com foco nas necessidades da sociedade, sendo que, ao atingir o melhor desempenho, todos os atores envolvidos ficam satisfeitos.

Como visto no presente estudo, na área da saúde existem três tipos de governança: 1) Governança da Saúde: que são as melhores práticas para gestão da saúde e que consideram a interação entre os atores envolvidos e a dinâmica dos processos envolvidos na tomada e implementação das decisões; 2) Governança para Saúde: busca da saúde como um elemento essencial do bem estar pelo governo e sociedade, visto que a saúde e o bem estar são essenciais para uma sociedade bem-sucedida e uma economia próspera; e 3) Governança Global da Saúde: arranjos institucionais existentes com vistas à condução dos assuntos internacionais e globais na área da saúde.

O estudo da regionalização dos leitos hospitalares no estado do Paraná permitiu a confirmação do pressuposto positivo deste estudo, ou seja, o processo de regionalização é instrumento de governança pública que contribui para a otimização de leitos hospitalares e consequente redução de vazios assistenciais no Estado do Paraná, pois a regionalização é um processo político que envolve alterações significativas na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico. Requer também a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento da rede de ações e serviços de saúde no território.



Ademais, o processo de regionalização contempla uma lógica de planejamento integrado, compreende as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não restrito à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, garantindo o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde.

Tal conclusão só foi possível com a aplicação do método comparativo entre cenário atual e o ideal regulamentado, referente à distribuição de leitos hospitalares no Estado do Paraná, que permitiu identificar que no estado existe um déficit de 1.047 leitos hospitalares totais, sendo que o maior desse déficit se encontra na especialidade de pediatria.

A análise por macrorregional de saúde identificou que apenas a macrorregional norte não apresentou déficit de leitos hospitalares. Sendo que a macrorregional leste possui déficit de leitos clínicos e pediátricos e as macrorregionais oeste e noroeste possuem déficits de leitos pediátricos e de Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

A identificação dos vazios assistenciais de leitos hospitalares só foi possível com a análise por regional de saúde e por especialidades. No entanto, como os pontos de atenção secundária e terciária em saúde devem ser referenciados em nível regional e macrorregional, a definição dos vazios foi realizada por macrorregional de saúde.

Foram identificados vazios assistenciais de leitos clínicos na macrorregional leste, principalmente na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba; vazios assistenciais de leitos pediátricos nas macrorregionais leste, oeste e noroeste; e vazios assistenciais de leitos de UTI nas macrorregionais noroeste e oeste. Além da sinalização de que é necessária atenção especial na distribuição de leitos de UTI no território da macrorregional leste, devido ao déficit de leitos existentes nas regionais dessa macro e da distância geográfica do superávit existente na 2.<sup>a</sup> RS - Curitiba.

Outro aspecto pontuado pelo estudo foi que a 1.<sup>a</sup> RS - Paranaguá e a 9.<sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu são as principais portas de entrada do Estado. Dessa forma, se permite supor que a população que utiliza os serviços de saúde nessas regiões é maior do que a população cadastrada pelo IBGE, pois são duas regiões de fronteira. Sendo assim, a necessidade de leitos hospitalares pode ser maior, bem como o déficit na quantidade de leitos.

Os aspectos pontuados por este estudo sobre vazios assistenciais evidenciam a necessária ação do estado em saúde. Além disso, demandam a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e até mesmo financiamento da rede de ações e serviços de saúde hospitalares no território.

Diante do exposto, evidencia-se que a regionalização em saúde pode contribuir para a redução dos vazios assistenciais, visto que os identifica e, além disso, permite refletir sobre soluções para sua resolução.

Com a realização deste estudo foi possível também destacar as contribuições da regionalização como instrumento de governança pública em saúde e responder ao problema de pesquisa: Quais as contribuições da regionalização de leitos hospitalares para a governança pública em saúde no Estado do Paraná? Pois a regionalização em saúde permite a aplicação de sete dos dez princípios da governança pública em saúde estabelecidos por este estudo, sendo eles a Transparência; *Accountability*; Participação; Conformidade Legal; Equidade; Eficiência; e Regulamentação e Vigilância em saúde.

Dessa forma, foi possível avaliar a regionalização de leitos hospitalares no Estado do Paraná, identificando os vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde, o que permitiu atingir o objetivo geral proposto.

Ademais, este estudo contribuiu com a definição de vazio assistencial hospitalar, termo de tessitura aberta que não possuía convergência teórica e que foi aqui definido como área territorial que apresenta déficit de leitos hospitalares, além de estabelecer os dez princípios para governança pública em saúde, temática que não possui evidência de estudos anteriores, assim como a regionalização como instrumento de governança pública.

No entanto, ao longo da pesquisa surgiram questões que não puderam ser aprofundadas, haja vista a delimitação do escopo traçado para este estudo. Nesse sentido, e com o objetivo de contribuir para ampliar o conhecimento na área de regionalização em saúde e governança pública em saúde, fazem-se necessários, como sugestão, os seguintes estudos futuros: análise comparativa entre o regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.101/02 e a nova Portaria GM/MS n.º 1.631/2015 no que

tange a necessidade de leitos hospitalares; estudo da interferência da pirâmide populacional do estado para verificar a real necessidade de leitos hospitalares pediátricos; análise específica da população que utiliza os serviços de saúde na 1.<sup>a</sup> RS - Paranaguá e 9.<sup>a</sup> RS - Foz do Iguaçu e da real necessidade de leitos hospitalares nestas regionais de saúde; estudo da necessidade de salas cirúrgicas e de parto para o estado do Paraná, visto que a Portaria GM/MS n.º 1.101/02 não definiu esses parâmetros, o que impossibilitou sua análise; avaliação das redes de atenção à saúde como instrumento de governança pública; e por fim o estudo da regionalização como instrumento de governança pública em outros pontos e níveis de atenção à saúde.

Ademais, este estudo se delimitou a estudar a questão geoespacial da regionalização de leitos hospitalares, sendo que para aprofundar a discussão da real necessidade de leitos é necessário verificar a produtividade dos leitos hospitalares disponíveis, sendo que só assim será possível afirmar se é necessário ou não a ampliação ou alteração na disponibilização de leitos. Isto quer dizer que o assunto não se esgota aqui. Ao contrário, ele apenas se inicia e contribui para a temática da proposição de melhorias gerenciais para o sistema público de saúde brasileiro.

No entanto, conclui-se que a contribuição da regionalização em saúde para a governança pública em saúde é fato inegável, tendo em vista que a sua aplicação traz inúmeros benefícios para os gestores, para os usuários e para a sociedade.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria M. de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

AZEVEDO, Sérgio de; ANASTASIA, Fátima. Governança, “accountability” e responsividade. **Revista de Economia Política**, v.22, n.1, p.85, 2002. Disponível em: <<http://www.emprende.org.br/pdf/Programas%20e%20Pol%C3%ADticas%20Sociais/Governan%C3%A7a,%20accountability%20e%20responsividade.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

BANCO MUNDIAL. **Relatório sobre o desenvolvimento mundial 2006**. Disponível em <<http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2006/Resources/477383-1127230817535/0821364154.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2014.

BERNARDES, Patricia; GUARIENTE, Luiz A. Atributos e papéis dos comitês de auditoria na implementação das boas práticas de governança corporativa em instituições financeiras brasileiras. **Revistas Faces**, Belo Horizonte, v.7, n.3, p.64-79, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/facesp/article/view/124>>. Acesso em: 06 dez. 2014.

BORGES, Luiz F. X.; SERRÃO, Carlos F. B. Aspectos de governança corporativa moderna no Brasil. **Revista do BNDES**, Rio de Janeiro, v.12, n.24, p.111-148, dez. 2005. Disponível em: <[http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes\\_pt/Institucional/Publicacoes/Consulta\\_Expressa/Setor/Governanca\\_Corporativa/200512\\_8.html](http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Publicacoes/Consulta_Expressa/Setor/Governanca_Corporativa/200512_8.html)>. Acesso em: 06 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 1.101 de 12 de junho de 2002. Estabelecer os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2015.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Decreto n.º 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato20112014/2011/decreto/D7508.-htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.-htm)>. Acesso em: 07 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011A. 291p. (Coleção para entender a gestão do SUS 2011, 1). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos>>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. **Emenda Constitucional n.º 29**, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm)>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar Federal n.º 101 - LRF, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, DF, 04 maio 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/leis/LCP/Lcp101.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm)>. Acesso em: 04 jul. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar Federal n.º 131, de 27 de maio de 2009**. Acrescenta dispositivos à Lei Complementar n.º 101, de 4 de maio de 2000. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LCP/Lcp131.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp131.htm)>. Acesso em: 06 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Complementar n.º 141** de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis n.ºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm)>. Acesso em: 01 maio 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal n.º 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm)>. Acesso em: jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Colegiado de gestão regional na região de saúde intraestadual**: orientações para organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Série Pactos pela Saúde, vol.10].

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3390 de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html)>. Acesso em: maio 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 968 de 11 de dezembro de 2002. Atualiza os Procedimentos de Alta Complexidade e Estratégicos do Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares – SIA e SIH/SUS. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968\\_11\\_12\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2002/prt0968_11_12_2002.html)>. Acesso em: maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GMS n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.htm](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.htm)>. Acesso em: maio 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM 95, de 26/01/01**, Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 – Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 03 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **A regionalização da saúde**. Versão preliminar para discussão interna. Jun. 2004. Disponível em: <[www.conasems.org.br/Doc\\_diversos/Pacto\\_Gestao/ms\\_Regio\\_Saude.pdf](http://www.conasems.org.br/Doc_diversos/Pacto_Gestao/ms_Regio_Saude.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 325**, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/GM/GM-325.htm>>. Acesso em: 31 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 31 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Portaria n.º 545**, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html)>. Acesso em: 03 ago. 2015.

BRESSER-PEREIRA, Luiz C. O modelo estrutural de governança pública. **Revista eletrônica sobre a reforma do Estado, Salvador**, n.10, p.2-19, 2007. Disponível em: <[http://www.researchgate.net/profile/Luiz\\_Carlos\\_Bresser-Pereira/publication/242307224\\_O\\_MODELO\\_ESTRUTURAL\\_DE\\_GOVERNANA\\_PB\\_LICA/links/544668d50cf22b3c14de2242.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Luiz_Carlos_Bresser-Pereira/publication/242307224_O_MODELO_ESTRUTURAL_DE_GOVERNANA_PB_LICA/links/544668d50cf22b3c14de2242.pdf)>. Acesso em: 27 jun. 2015.

BUSS, Paulo M.; MACHADO, Jorge M. H.; GALLO, Edmundo.; MAGALHÃES, Danielly P. de; SETT, Andréia F. F.; NETTO, Francisco A. F.; BUSS, Daniel F. Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.6, p.1479-1491, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n6/v17n6a12.pdf>>. Acesso em: jun. 2015.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: jun. 2015.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A.; SILVA, Roberto. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

DATASUS. Disponível em <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: fev. 2015.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção de conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1996.

DOBASH, Beatriz de F.; BRÊTAS JÚNIOR, Nilo; SILVA, Silvio F. da. O pacto interfederativo na saúde e a gestão descentralizada: uma oportunidade estratégica de promover avanços no Sistema Único de Saúde? In: SANTOS, Nelson R. dos; AMARANTE, Paulo D. C. **Gestão pública e relação público privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FADEL, Cristina B. *et al.* A. Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.445-56, mar./abr. 2009.

GERHARDT, Tatiana E.; SILVEIRA, Denise T. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2009.

GERSCHMAN, Silvia; SANTOS, Maria A. B. dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Rev. Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.21, n.61, p.177-190, jun. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092006000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 maio 2015.

GIAMBIAGI, Fabio; BARROS DE CASTRO, L.; VILLELA, André; HERMANN, Jennifer. **Economia brasileira contemporânea**. 2.ed. São Paulo: Campus Elsevier, 2011.

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. 11 reimp. São Paulo: Atlas, 2008.

\_\_\_\_\_. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

\_\_\_\_\_. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, Antonio C.; LICHT, René H. G.; YAMAUCHI, Nancy I. Regionalização da saúde e consciência regional. **HYGEIA - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.2, n.3, p.35-46, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/16852/9277>>. Acesso em: 30 set. 2014.

HAESBAERT, Rogério. **Regional-global: dilemas da região e da regionalização na geografia contemporânea**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. 208p.

IBANHES, Lauro C.; HEIMANN, Luiza S.; JUNQUEIRA, Virginia; BOARETTO, Roberta C.; PESSOTO, Umberto C.; CORTIZO, Carlos T.; CASTRO, Iracema E. N.; ROCHA, Jucilene L.; KAYANO, Jorge; LUIZ, Olinda C.; BARBOSA, Renato; TELES JUNIOR, Emilio. Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.575-584, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/16.pdf>>. Acesso em: 29 jun. 2015.

IFAC. International Federation Of Accountants - PSC. Study 13. **Governance in the public sector: a governing body perspective**, 2001. Disponível em: <<http://www.ifac.org/sites/default/files/publications/files/study-13-governance-in-th.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2014.

KAUARK; Fabiana S. da; MANHÃES; Fernanda C.; MEDEIROS, Carlos H. **Metodologia da pesquisa: um guia prático**. Bahia: Via Litterarum, 2010.

KICKBUSCH, Ilona; BERGER, Chantal. Diplomacia da Saúde Global. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v.4, n.1, 2010. Disponível em: <<http://homologacao-rciis.icict.fiocruz.br/index.php/rciis/article/view/280/268>>. Acesso em: 26 jun. 2015.

KICKBUSCH, Ilona; GLEICHER, David. Governance for health in the 21st Century. World Health Organization, 2012. Disponível em: <**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**>. Acesso em: jun. 2015.

KUSCHNIR, Rosane; LIMA, Luciana D. de; BAPTISTA, Tatiana W. F.; MACHADO, Cristiani V. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM R.; GRABOIS V.; MENDES W. (Orgs.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2011. p.121-51. Disponível em: <[http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt\\_484701327.pdf](http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf)>. Acesso em: 16 maio 2015.

LÉLIS, Leandro J. B. Indicador de resolubilidade como instrumento de avaliação da regionalização da assistência à saúde no SUS/MG. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 5, 2012, Brasília. **Anais...** Disponível em: <[http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/701/1/C5\\_TP\\_INDICADOR%20DE%20RESOLUBILIDADE%20COMO%20INSTRUMENTO.pdf](http://repositorio.fjp.mg.gov.br/consad/bitstream/123456789/701/1/C5_TP_INDICADOR%20DE%20RESOLUBILIDADE%20COMO%20INSTRUMENTO.pdf)>. Acesso em: 03 ago. 2015.

LIMA, Luciana D. de; QUEIROZ, Lúcia F. N. de; MACHADO, Cristiani V.; VIANA, Ana Luiza D. Descentralização e regionalização: dinâmicas e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.7, p.1903-1914, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n7/30.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

MARCONI, Marin A. de; LAKATOS, Eva M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MARCONI, Marin A. de; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.



MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas. A problemática do financiamento da saúde pública brasileira: de 1985 a 2008. **Economia e Sociedade**, Campinas, v.21, n.2, p.345-362, ago. 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-06182012000200005>>. Acesso em: 01 maio 2014.

MARQUES, Rosa M.; MENDES, Áquilas. O SUS versus as diretrizes da política econômica. **Revista SER Social**, v.11, n.25, p.55-81, 2009. Disponível em: <[http://seer.bce.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/viewArticle/370](http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewArticle/370)>. Acesso em: 21 maio 2014.

MATIAS-PEREIRA, J. **Governança no setor público**. São Paulo: Atlas, 2010.

MENDES, Antonio C. G.; SÁ, Domicio. A.; MIRANDA, Gabriela M. D.; LYRA, Tereza M.; TAVARES, Ricardo. A. W. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.955-964, maio 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n5/14.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2015.

MENDES, Eugênio V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-305, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.

MENDES, Heloisa W. B.; ALMEIDA, Eurivaldo S. de. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.29; n.1. jan./mar. 2005. Disponível em: <[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/28/03\\_Regionalizacao.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/28/03_Regionalizacao.pdf)>. Acesso em: 30 set. 2014.

MIRANDA, Denismar B. de; GUIMARÃES, Iraci G.; ALVES, Elíoenai D. Representações Sociais da descentralização do SUS: Perspectivas dos gestores municipais de saúde de Goiânia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.33, n.3, p.349, 2012. Disponível em: <<http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/218>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

NETO, Gonzalo V.; MALIK, Ana M. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p.825-39, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n4/02.pdf>>. Acesso em: 31 maio 2015.

OCDE - Organização para Cooperação Econômica e Desenvolvimento. **Avaliação da OCDE sobre o sistema e integridade da administração pública federal brasileira**. Paris, 2011. Disponível em: <<http://www.cgu.gov.br/assuntos/articulacao-internacional/convencao-da-ocde/arquivos/avaliacaointegridadebrasileiraocde.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2014.

OLIVEIRA, Gustavo J. de. Governança pública e parcerias do Estado: a relevância dos acordos administrativos para a nova gestão pública. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, RS, v.XI, n.58, out. 2008. Disponível em: <[http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=5177](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=5177)>. Acesso em: 03 jul. 2015.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PAIM, Jairnilson. A constituição cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p.1927-1953, out, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n10/a03v29n10.pdf>>. Acesso em: 09 maio 2015.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, [online] 9 May, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2014.

PARANÁ. **Plano Plurianual 2012 -2015**. Lei n.º 17.013 de 14 de dez. 2011. Disponível em: <[http://www.planejamento.pr.gov.br/arquivos/File/Lei\\_17013\\_de\\_14\\_12\\_2011\\_PPA\\_2012\\_2015.pdf](http://www.planejamento.pr.gov.br/arquivos/File/Lei_17013_de_14_12_2011_PPA_2012_2015.pdf)>. Acesso em: 03 ago. 2015.

PINHO, José A. G. de; SACRAMENTO, Ana R. S. Accountability, já podemos traduzi-la para o português? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.43, n.6, p.1343-1368, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n6/06.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2014.

PISA, Beatriz J. **Uma proposta para o desenvolvimento do índice de avaliação da governança pública (IGovP)**: instrumento de planejamento e desenvolvimento do Estado. 2014. Dissertação (Mestrado em Planejamento e Governança Pública) – Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Governança Pública (PPGPGP), Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR), Curitiba, 2014. Disponível em: <[http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/818/1/CT\\_PPGPGP\\_M\\_Pisa,%20Beatriz%20Jackiu\\_2014.pdf](http://repositorio.utfpr.edu.br/jspui/bitstream/1/818/1/CT_PPGPGP_M_Pisa,%20Beatriz%20Jackiu_2014.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2014.

QUEIROZ, Valeria D. C. Frágil como um cristal: o Sistema Único de Saúde Brasileiro. In: 2.º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE, Belo Horizonte, 2013. Universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Disponível em: <[www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/150.pdf](http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/150.pdf)>. Acesso em: 21 maio 2014.

SANTOS, Adriano M. dos; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública** [online], v.48, n.4, p.622-631, 2014. ISSN 0034-8910. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt\\_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n4/pt_0034-8910-rsp-48-4-0622.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2015.

SANTOS, Milton. **Espaço e método**. São Paulo: Ed. USP, 2008.

SARRETA, Fernanda O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248p. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: <SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 02 maio 2015.

SECCHI, Leonardo. Modelos organizacionais e reformas da administração pública. **Revista de Administração Pública (RAP)**, Rio de Janeiro, v.43, n.2, p.347-369, mar./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v43n2/v43n2a04.pdf>>. Acesso em: 06 dez. 2014.

SILVA, Edna L. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: <[http://soniaa.arq.prof.ufsc.br/roteiros metodologicos/metpesq.pdf](http://soniaa.arq.prof.ufsc.br/roteiros_metodologicos/metpesq.pdf)>. Acesso em: 17 set. 2013.

SILVA, Silvio F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2753-62, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

SOUZA, Renildo R. Desafios organizacionais do sistema de saúde brasileiro: descentralização, regionalização e redes de atenção à saúde. In: CICLO DE SIMPÓSIOS SOBRE SAÚDE PÚBLICA, São Paulo: Pólen Editorial, 2014.

THEIS, Ivo M.; GALVÃO, Antônio C. F. A formulação de políticas públicas e as concepções de espaço, território e região. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, São Paulo, v.14, n.2, p.55-60, nov. 2012.

TORRES, Marcelo D. F. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

VIANA, Ana L. D.; LIMA, Luciana D. de; FERREIRA, Maria P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2317-2326, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500007&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500007&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 30 set. 2014.

**APÊNDICE A - CENÁRIO IDEAL REGULAMENTADO DA DISTRIBUIÇÃO DE  
LEITOS HOSPITALARES POR REGIONAL DE SAÚDE - PARANÁ**

Regional Saúde	População	Total de Leitos	Leitos UTI (8%)	Total leitos s/ UTI	Leitos por Especialidade								
					Cirúrgica	Clinica Médica	C. Prolongados	Obstetria	Pediatria	Psiquiatria	Reabilitação	Tisiologia	Hosp Dia / Psiq
Parâmetro para cálculo		<b>2,92</b>	<b>0,23</b>	<b>2,69</b>	<b>0,48</b>	<b>0,80</b>	<b>0,15</b>	<b>0,25</b>	<b>0,38</b>	<b>0,41</b>	<b>0,13</b>	<b>0,01</b>	<b>0,07</b>
Paranaguá	265392	775	62	713	128	212	40	68	100	109	34	3	19
Metropolitana	3223836	9414	753	8661	1551	2575	487	822	1218	1326	409	37	236
Ponta Grossa	575463	1680	134	1546	277	460	87	147	217	237	73	7	42
Irati	160962	470	38	432	77	129	24	41	61	66	20	2	12
Guarapuava	441070	1288	103	1185	212	352	67	112	167	181	56	5	32
União da Vitória	165299	483	39	444	80	132	25	42	62	68	21	2	12
Pato Branco	249793	729	58	671	120	200	38	64	94	103	32	3	18
Francisco Beltrão	337703	986	79	907	162	270	51	86	128	139	43	4	25
Foz do Iguaçu	388795	1135	91	1044	187	311	59	99	147	160	49	4	29
Cascavel	507385	1482	119	1363	244	405	77	129	192	209	64	6	37
Campo Mourão	334125	976	78	898	161	267	50	85	126	137	42	4	25
Umuarama	265092	774	62	712	128	212	40	68	100	109	34	3	19
Cianorte	142433	416	33	383	69	114	22	36	54	59	18	2	10
Paranavaí	260544	761	61	700	125	208	39	66	98	107	33	3	19
Maringá	733404	2142	171	1970	353	586	111	187	277	302	93	8	54
Apucarana	346972	1013	81	932	167	277	52	88	131	143	44	4	25
Londrina	871267	2544	204	2341	419	696	132	222	329	358	110	10	64
Cornélio Procopio	225961	660	53	607	109	180	34	58	85	93	29	3	17
Jacarezinho	278111	812	65	747	134	222	42	71	105	114	35	3	20
Toledo	358660	1047	84	964	173	286	54	91	135	148	45	4	26
Telêmaco Borba	172922	505	40	465	83	138	26	44	65	71	22	2	13
Ivaiporã	139337	407	33	374	67	111	21	36	53	57	18	2	10
<b>Total</b>	<b>10444526</b>	<b>30498</b>	<b>2440</b>	<b>28058</b>	<b>5024</b>	<b>8343</b>	<b>1577</b>	<b>2663</b>	<b>3945</b>	<b>4296</b>	<b>1324</b>	<b>121</b>	<b>766</b>
Necessidade de leitos Hospitalares/1.000 habitantes = 2,92 (recomendado: 2,5 a 3)													
Leitos de UTI: calcula-se, em média, a necessidade de 4% a 10% do total de Leitos Hospitalares - utilizado 8%													
Fator de Ajuste de 0,16 foi dividido entre as especialidades de clinica médica e cirúrgica (0,085), por se tratar das especialidades com maior demanda por internamento													

### Cenário Ideal Regulamentado da Distribuição de Leitos hospitalares por Regional de Saúde - Paraná

Fonte: Elaborado pela Autora.

**APÊNDICE B - PANORAMA DA 'DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS HOSPITALARES  
NO ESTADO DO PARANÁ**

Macrorregião	Regional de Saúde	Hospitais	Leito/Especialidade																	
			Total de Leitos			Cirúrgico			Clínico			Obstétrico			Pediátrico			Leito / UTI		
			Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit
Leste	1ª RS - Paranaguá	9	775	400	-375	128	67	-61	212	148	-64	68	83	15	100	63	-37	62	25	-37
	2ª RS - Metropolitana	89	9414	9582	168	1551	2779	1228	2575	2192	-383	822	760	-62	1218	631	-587	753	1192	439
	3ª RS - Ponta Grossa	21	1680	1380	-300	277	374	97	460	467	7	147	186	39	217	156	-61	134	88	-46
	4ª RS - Irapuã	7	470	324	-146	77	57	-20	129	101	-28	41	64	23	61	44	-17	38	22	-16
	5ª RS - Guarapuava	13	1288	1027	-261	212	192	-20	352	345	-7	112	176	64	167	173	6	103	48	-55
	6ª RS - União da Vitória	8	483	435	-48	80	55	-25	132	124	-8	42	71	29	62	57	-5	39	27	-12
	21ª RS - Telemaco Borba	5	505	228	-277	83	43	-40	138	94	-44	44	34	-10	65	47	-18	40	10	-30
	152	14614	13376	-1238	2407	3567	1160	3998	3471	-527	1276	1374	98	1890	1171	-719	1169	1412	243	
Oeste	7ª RS - Pato Branco	9	729	671	-58	120	146	26	200	239	39	64	81	17	94	129	35	58	56	-2
	8ª RS - Francisco Beltrão	20	986	961	-25	162	209	47	270	356	86	86	165	79	128	145	17	79	58	-21
	9ª RS - Foz do Iguaçu	13	1135	834	-301	187	256	69	311	218	-93	99	112	13	147	96	-51	91	72	-19
	10ª RS - Cascavel	28	1482	1509	27	244	518	274	405	483	78	129	170	41	192	152	-40	119	152	33
	20ª RS - Toledo	26	1047	1184	137	173	205	32	286	440	154	91	140	49	135	161	26	84	46	-38
		96	5380	5159	-221	886	1334	448	1472	1736	264	470	668	198	696	683	-13	430	384	-46
Noroeste	11ª RS - Campo Mourão	20	976	813	-163	161	196	35	267	289	22	85	152	67	126	126	0	78	33	-45
	12ª RS - Umuarama	12	774	740	-34	128	110	-18	212	220	8	68	90	22	100	95	-5	62	59	-3
	13ª RS - Cianorte	9	416	267	-149	69	55	-14	114	120	6	36	30	-6	54	30	-24	33	18	-15
	14ª RS - Paranavai	26	761	690	-71	125	131	6	208	238	30	66	120	54	98	115	17	61	21	-40
	15ª RS - Maringá	37	2142	2215	73	353	568	215	586	777	191	187	185	-2	277	242	-35	171	167	-4
		104	5068	4725	-343	835	1060	225	1386	1644	258	442	577	135	656	608	-48	405	298	-107
Norte	16ª RS - Apucarana	15	1013	1228	215	167	282	115	277	314	37	88	116	28	131	113	-18	81	107	26
	17ª RS - Londrina	41	2544	2768	224	419	689	270	696	760	64	222	229	7	329	266	-63	204	245	41
	18ª RS - Cornélio Procopio	19	660	757	97	109	87	-22	180	363	183	58	92	34	85	120	35	53	42	-11
	19ª RS - Jacarezinho	21	812	926	114	134	143	9	222	408	186	71	180	109	105	155	50	65	34	-31
	22ª RS - Ivaiporã	13	407	512	105	67	107	40	111	180	69	36	87	51	53	87	34	33	42	9
		109	5436	6191	755	895	1308	413	1487	2025	538	475	704	229	703	741	38	435	470	35
TOTAL		461	30498	29451	-1047	5024	7269	2245	8343	8876	533	2663	3323	660	3945	3203	-742	2440	2564	124

### Panorama da Distribuição de Leitos Hospitalares no Estado do Paraná

Fonte: Elaborado pela Autora.