

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Programa de Pós-graduação em Saúde Pública

Lenir Aparecida Chaves

**ANÁLISE DOS COMPONENTES DE COBERTURA, DE QUALIDADE E DA TAXA
DE RESOLUBILIDADE DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR NA ATENÇÃO EM
SAÚDE DAS MACRORREGIÕES DO SUS: contribuições para delinear uma tipologia
de rede assistencial**

Belo Horizonte

2022

Lenir Aparecida Chaves

**ANÁLISE DOS COMPONENTES DE COBERTURA, DE QUALIDADE E DA TAXA
DE RESOLUBILIDADE DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR NA ATENÇÃO EM
SAÚDE DAS MACRORREGIÕES DO SUS: contribuições para delinear uma tipologia
de rede assistencial**

Versão final

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^ª Eli Iola Gurgel Andrade

Coorientadora: Prof^ª Alaneir de Fátima dos Santos

Belo Horizonte

2022

C512a Chaves, Lenir Aparecida.
Análise dos componentes de cobertura, de qualidade e da taxa de resolubilidade da internação hospitalar na Atenção em Saúde das macrorregiões do SUS [manuscrito]: contribuições para delinear uma tipologia de rede assistencial. / Lenir Aparecida Chaves. - - Belo Horizonte: 2022.
121 f.: il.
Orientador(a): Eli Iola Gurgel Andrade.
Coorientador(a): Alaneir de Fátima dos Santos.
Área de concentração: Saúde Pública.
Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Atenção Terciária à Saúde. 3. Regionalização da Saúde. 4. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. 5. Cobertura de Serviços de Saúde. 6. Sistema Único de Saúde. 7. Dissertação Acadêmica. I. Andrade, Eli Iola Gurgel. II. Santos, Alaneir de Fátima dos. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WA 541



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS GRADUAÇÃO

ATA DE DEFESA DE TESE DO ALUNO

LENIR APARECIDA CHAVES

Às 09:00 horas do dia 31 de março de 2022, através de transmissão por videoconferência pela Plataforma Lifesize, realizou-se a sessão pública para a defesa da Tese de **LENIR APARECIDA CHAVES**. A presidência da sessão coube a **Professora Eli Iola Gurgel Andrade -(UFMG), Orientadora**. Inicialmente, a presidente fez a apresentação da Comissão Examinadora assim constituída: **Profa. Alaneir de Fátima Santos- Coorientadora (UFMG), Profa. Alzira de Oliveira Jorge (UFMG), Prof(a). José Ângelo Machado (UFMG), Prof(a). Ivan Batista Coelho - (UNILAB- Instituto de Ciências da Saúde), Prof(a). Armando Antônio De Negri Filho (FIOCRUZ), Prof. Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado (UFMG), Prof(a). Maria Jesus Barreto Cruz Pires (Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri)**. Em seguida, o candidato fez a apresentação do trabalho que constitui sua **Tese de Doutorado**, intitulada: "**Análise dos componentes de cobertura, de qualidade e da taxa de resolubilidade de internação hospitalar na atenção em saúde das macrorregiões do SUS: construindo uma tipologia de rede**". Seguiu-se a arguição pelos examinadores e logo após, a Comissão reuniu-se, sem a presença da candidata e do público e decidiu considerar **aprovada a Tese de Doutorado**. O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ata que, depois de lida, se aprovada, será assinada pela Comissão Examinadora.

Assinatura dos membros da banca examinadora:

Prof(a). Eli Iola Gurgel Andrade - (UFMG)

Prof(a). Alaneir de Fatima dos Santos - (UFMG)

Prof(a). Alzira de Oliveira Jorge - (UFMG)

Prof(a). José Ângelo Machado - (UFMG)

Prof(a). Ivan Batista Coelho - (UNILAB- Instituto de Ciências da Saúde)

Prof(a). Armando Antônio De Negri Filho - (FIOCRUZ)

Prof(a). Antônio Thomaz Gonzaga da Matta Machado - (UFMG)

Prof(a). Maria Jesus Barreto Cruz Pires (Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri)

Documento assinado eletronicamente por **Alaneir de Fatima dos Santos, Coordenador(a)**, em 18/04/2022, às 13:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº](#)



[10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Jose Angelo Machado, Professor do Magistério Superior**, em 18/04/2022, às 14:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado, Professor do Magistério Superior**, em 18/04/2022, às 16:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Alzira de Oliveira Jorge, Professora do Magistério Superior**, em 19/04/2022, às 08:25, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Maria Jesus Barreto Cruz Pires, Usuário Externo**, em 19/04/2022, às 10:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Ivan Batista Coelho, Usuário Externo**, em 19/04/2022, às 15:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Armando Antonio de Negri Filho, Usuário Externo**, em 19/04/2022, às 23:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



Documento assinado eletronicamente por **Eli Iola Gurgel Andrade, Professora do Magistério Superior**, em 20/04/2022, às 12:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020.](#)



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1392067** e o código CRC **963C60A0**.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão desse trabalho e, em especial, a meus filhos, Lucas e Clara, que sempre me apoiaram nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, à DEUS, pela VIDA.

Ao meu pai que sempre acreditou em meu potencial e nunca me deixou sozinha e à minha mãe que se preocupa com minha felicidade.

Aos meus filhos, Lucas e Clara, que com sua presença amiga e paciente me incentivaram na busca pelo crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Às orientadoras, prof^a Eli Iola e prof^a Alaneir que, além da presença amiga, carinhosamente mostraram a direção a ser seguida para a construção desse estudo, ajudando-me a crescer em um novo caminho.

Aos amigos do doutorado e mestrado, por experiências compartilhadas nas aulas e trabalhos que possibilitaram meu crescimento enquanto aluna e, principalmente, enquanto pessoa.

Aos meus amigos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse trabalho, através de conversas e reflexões.

RESUMO

O estudo trata da organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a criação do SUS, em 1988, a regionalização experimentou diferentes ciclos, prevalecendo a descentralização no período de 1988 a 2000 e, de 2000 até os dias atuais, tem início a construção de Regiões de Saúde e Redes de Atenção à Saúde, estabelecendo-se como uma grande desafio, devido aos necessários arranjos interfederativos, entre os diferentes níveis de atenção, para conformação da governança na rede assistencial. O objetivo foi apontar as diferentes configurações de Redes de Atenção à Saúde na Atenção Básica (AB) e Atenção Hospitalar (AH), a partir de características de cobertura, de qualidade e de resolubilidade nas macrorregiões de saúde do SUS. Trata-se de estudo transversal, com dados do PMAQ-AB (2013-2014); do PNASS (2015-2016); do Sistema e-Gestor AB e do DATASUS. Primeiramente, foi construída uma nota de desempenho para os hospitais avaliados no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS 2015-2016). Em seguida, empregada a técnica estatística de agrupamentos/cluster que permite classificar elementos em grupos e identificar uma estrutura “natural” das observações com base em um perfil multivariado. Foram utilizadas as variáveis de cobertura e qualidade/AB-AH e a taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade. A unidade de análise foi a macrorregião de saúde. Utilizada a função NbClust para definir o número ótimo de grupos. Obtido o Escore Médios (EM) para cada variável por grupo e construída uma escala para classificação dos agrupamentos utilizando o percentil (P). Aplicado o teste Kruskal-Wallis e Nemenyi para comparação das variáveis por região; calculado o quantitativo e o percentual de macrorregiões, municípios e população para cada grupo e resumido para o Brasil por unidade federada e região, observando como se dá a distribuição populacional. Adicionalmente, a descrição dos agrupamentos comparou o EM obtido em cada variável com a escala de classificação construída. As macrorregiões foram segmentadas segundo agrupamentos com distintos perfis de cobertura, qualidade e resolubilidade para nomear um rótulo que fosse capaz de descrever a natureza dos agregados e, assim, delinear uma tipologia de rede assistencial. Os resultados demonstram que o número ótimo de grupos foi: **grupo 1** (Alta Cobertura/AB e Média/AH; Baixa qualidade/AB-AH com Alta resolubilidade); **grupo 2** (Alta Cobertura/AB e Baixa/AH; Baixa qualidade/AB-AH com Média resolubilidade) e **grupo 3** (Alta Cobertura/AB e Média/AH; Alta qualidade/AB-AH com Alta resolubilidade). A análise evidenciou, na AB, alta cobertura para 100% da população brasileira, sendo que (58.54%) acessam serviços de baixa qualidade e (41.15%) de alta. Na AH, a cobertura é baixa para (9.7%) da população e média para (90.29%), sendo que (58.54%) acessam serviços de baixa qualidade e (41.15%) de alta. A resolubilidade é alta para (90.29%) da população e média para (9.7%). Observou-se que prevalece no Brasil um cenário de alta cobertura e baixa qualidade/AB; média cobertura e baixa qualidade/AH com alta resolubilidade na internação hospitalar de média complexidade. Todavia, para dois quintos da população destaca-se um cenário de alta cobertura e qualidade/AB; média cobertura e alta qualidade/AH com alta resolubilidade. Conclui-se que a relação interfederativa constitui-se em um grande desafio no desenho institucional de políticas públicas. No SUS, materializa-se na complexidade de efetivação de uma integração sistêmica regional, chamando atenção para a importância da dimensão territorial e do papel político-administrativo dos entes federados na implementação de um sistema de saúde universal, equânime e integral.

Palavras chaves: Atenção Primária à Saúde; Atenção Terciária à Saúde; Regionalização da Saúde; Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde; Cobertura de Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

The study is about the organization of Health Care Networks (RAS) at the Single Health System (SUS). Since the creation of the SUS, in 1988, regionalization has experienced different cycles, with decentralization prevailing in the period from 1988 to 2000 and, 2000 to the present day, the construction of the Health Care Networks begins, establishing a major challenge, due to the necessary inter-federative arrangements, between the different levels of care, for the conformation of governance in the care network. The objective was to point out the different configuration of RAS in Primary Care (AB) and hospital Care (AH), from coverage, quality and resolution characteristics in the SUS health macro-regions. This is a cross-sectional study, with data from the PMAQ-AB (2013-2014); the PNASS (2015-2016); e-Gestor AB System and DATASUS. Primarily, was built a performance score for the hospitals evaluated in the National Health Services Evaluation Program (PNASS 2015-2016). Then, the cluster statistical technique was used, which allows classifying elements into groups and identifying a “natural” structure of the observations based on a multivariate profile. The variables used were coverage and quality at AB-AH and the resolution rate of medium complexity hospital admission. The unit of analysis was the health macro-region. In the cluster analysis, the NbClust function was used to define the optimal number of groups. Average Score (EM) was obtained for each variable per group and a scale was also constructed for classifying the groups using the percentile (P). The Kruskal-Wallis and Nemenyi test was applied to compare the variables by region; calculated the quantity and percentage of macro-regions, municipalities and population for each group and summarized for Brazil by federated unit and region, observing how its population distribution occurs. Additionally, the description of the clusters compared the EM obtained in each variable with the classification scale constructed. Thus, the macro-regions were segmented according to groups with distinctive coverage, quality and solvability profiles to name a label capable of describing the nature of the aggregates and, thus, delineate a typology of care network. The results demonstrate that the optimal number of groups was: group 1 (High Coverage/AB and Medium/AH; Low Quality/AB-AH with High Resolvability); group 2 (High Coverage/AB and Low/AH; Low Quality/AB-AH with Medium Resolvability) and Group 3 (High Coverage/AB and Medium/AH; High Quality/AB-AH with High Resolvability). The analysis showed, in AB, high coverage for 100% of the Brazilian population, with (58.54%) accessing services of low quality and (41.15%) of high quality. In AH, coverage is low for (9.7%) of the population and medium for (90.29%), with (58.54%) accessing services of low quality and (41.15%) of high quality. Resolvability is high for (90.29%) of the population and medium for (9.7%). It was observed that a scenario of high coverage and low quality/AB prevails in Brazil; medium coverage and low quality/HA with high resolution in medium-complexity hospital admissions. However, for two-fifths of the population, a scenario of high coverage and quality/AB stands out; medium coverage and high quality/AH with high resolution. It is concluded that the interfederative relationship constitutes a major challenge in the institutional design of public policies. In the SUS, it materializes in the complexity of effecting a regional systemic integration, calling attention to the importance of the territorial dimension and the political-administrative role of the federated entities in the implementation of a universal, equitable and integral health system.

Keywords: Primary Health Care; Tertiary Health Care; Health Regionalization; Quality, Access and Evaluation of Health Care; Health Services Coverage; Single Health System

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fases de Implantação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica.....	41
Figura 2: Estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde (RAS)	59
Quadro 2: Blocos e critérios do primeiro instrumento avaliativo do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde 2015-2016 – Roteiro de Itens de Verificação, com indicação dos critérios incluídos** e excluídos*** na análise.....	68
Quadro 3: Variáveis utilizadas na análise de agrupamento.....	71
Figura 3: Histograma para as variáveis selecionadas no estudo.....	83
Figura 4: Dendograma de Análise Hierárquica de agrupamentos, usando ligação complete (entre grupos) e Distância Euclidiana com partição de 3 grupos.....	84
Mapa 1: Distribuição espacial dos grupos gerados na análise de cluster segundo macrorregiões de saúde no Brasil.....	92

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1: Dimensões e subdimensões para certificação da avaliação externa.....	42
Tabela 2: Comparativo de aplicabilidade para os critérios incluídos* e excluídos** no estudo com apresentação do percentual de NÃO, SIM e de não se aplica (NA) para os 1.761 hospitais avaliados no programa.....	78
Tabela 3: Nota final de desempenho dos hospitais avaliados no Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde (PNASS) 2015–2016 por tipo de gestão segundo esfera administrativa.....	79
Tabela 4: Nota final de desempenho dos hospitais que compõem a análise por bloco (roteiro itens de verificação) segundo estado*.....	80
Tabela 5: Estatísticas descritivas para os valores originais das variáveis no estudo.....	82
Tabela 6: Comparação entre as regiões e os estados para as variáveis de atenção básica e atenção hospitalar no Brasil.....	85
Tabela 7: Escores médios da variável para cada grupo e sua classificação em alto, médio e baixo, seguida das características para cada agrupamento.....	87
Tabela 8: Distribuição dos grupos gerados na análise de agrupamentos com apresentação do percentual de macrorregião de saúde por grupo, segundo região e unidade federativa no Brasil.....	89

LISTA DE SIGLAS E ILUSTRAÇÕES

AB – Atenção Básica

AVC – Acidente Vascular Cerebral

APS – Atenção Primária à Saúde

ADPS – Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

AH – Atenção Hospitalar

AMQ – Avaliação para Melhoria da Qualidade

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF – Constituição Federal Brasileira

CIB – Comissão Intergestora Bipartite

CIT – Comissão Intergestora Tripartite

CIR – Comissão Intergestora Regional

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CGR – Colegiado Gestão Regional

CER – Centro de Referência Especializado

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

DEMAS – Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS

DOGS – Departamento de Ouvidoria geral do SUS

DAHU/SAS/MS – Departamento de Atenção Hospitalar e Urgência do Ministério da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

EAB – Equipe de Atenção Básica

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

GTA – Grupo Temático de Atenção

HPP - Hospital de Pequeno Porte

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

IAC – Incentivo de Adesão à Contratualização

MS - Ministério da Saúde

MCH – Média Complexidade Hospitalar

NOAS – Norma Operacional da Assistência Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NH – Nível Hierárquico

NR – Não Respondeu

NA – Não se aplica

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OS – Organizações Sociais

PSF – Programa Saúde Família

PMAQ-AB – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNASS – Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização

PNHOSP – Política Nacional de Atenção Hospitalar

PPI – Programação Pactuada Integrada

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PAB – Piso de Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PROESF – Programa de Expansão e Consolidação de Saúde Família

PAB – Piso de Atenção Básica

PPP – Parceria Público Privado

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RRAS – Rede Regional de Atenção à Saúde

RUE – Rede Atenção às Urgências e Emergências

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RS – Região de Saúde

RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica

SIAH – Sistema de Informação em Atenção Hospitalar

TCG – Termo Compromisso de Gestão

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TRS – Terapia Renal Substitutiva

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFPel - Universidade Federal de Pelotas

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

UnB - Universidade Federal de Brasília

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	9
LISTA DE SIGLAS E ILUSTRAÇÕES	11
1. INTRODUÇÃO	18
2. REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1. Atenção Básica.....	25
2.2. Atenção Hospitalar.....	29
2.3. Avaliação em Saúde.....	34
2.3.1. Avaliação dos Serviços de Saúde.....	34
2.3.2. O componente de qualidade na avaliação em saúde.....	37
2.3.3. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB	39
2.3.4. Programa Nacional Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.....	44
2.4. O processo de regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS)	47
2.4.1. Federalismo Brasileiro – autonomia administrativa sem subordinação hierárquica.....	48
2.4.2. Evolução normativa da organização político-territorial do SUS – Um processo Em permanente construção.....	50
2.4.3. O enfoque regional do processo de organização político-territorial no SUS – Descentralização, Regionalização e as Redes de Atenção à Saúde.....	55
3. OBJETIVOS	
3.1. Objetivo Geral	63
3.2. Objetivos Específicos	63
4. METODO	64
4.1. Desenho do Estudo	64
4.2. População do Estudo	64

4.3. Descrição das Variáveis	64
4.4. Análise	67
4.4.1. Primeira Fase do Estudo - Mensurar o desempenho dos hospitais que participaram do PNASS 2015-2016	67
4.4.2. Segunda Fase do Estudo - Verificar, com base em características da atenção básica e atenção hospitalar, a situação de cobertura, de qualidade e da taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade, por macrorregião de saúde no SUS	70
4.4.3. Terceira Fase do Estudo - Delinear uma tipologia de rede das macrorregiões de saúde no SUS	74
4.5. Critérios Éticos	75
5. RESULTADOS	77
5.1. O desempenho dos hospitais avaliado no Programa Nacional de Avaliação de Serviço de Saúde - PNASS, 2015-2016	77
5.2. Segmentação das macrorregiões de saúde do SUS segundo agrupamentos com distintos perfis de cobertura, qualidade e da taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade na atenção básica e atenção hospitalar	81
5.3. O estágio de interpretação – delineando uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde do SUS.....	91
6. DISCUSSÃO	94
6.1. Uma análise sobre os hospitais no Brasil	94
6.2. Situação de cobertura, qualidade e resolubilidade – delineando uma tipologia de rede das macrorregiões de saúde no SUS	97
7. LIMITAÇÃO DO ESTUDO	102
8. CONCLUSÃO	103
REFERÊNCIAS	106

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a universalização do direito à saúde, promulgado pela Constituição Federal de 1988 (CF/88), se materializa em um Sistema Único de Saúde (SUS), constituído por ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988). Desde então, a efetivação e implementação do direito constitucional se impõem aos gestores municipais, estaduais e federal por meio de normativas que buscam concretizar os princípios constitucionais de universalidade, integralidade, equidade e participação social.

Todavia, mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira, coincidentes com cenários de reforma do Estado e fortalecimento de políticas neoliberais, além de inovações científicas e tecnológicas, impõem desafios para a organização de uma atenção à saúde integral, de qualidade e participativa. Desafios ainda mais complexos frente às especificidades do federalismo brasileiro, agravado pela heterogeneidade econômica entre as regiões (SOUZA, 2005; PEITER et al, 2019; OLIVEIRA et al, 2019; VIANA e IOZZI, 2019; MORAIS, 2019; GIOVANELLA, FRANCO e ALMEIDA, 2020; REGIÃO E REDE, 2020).

Por outro lado, esforços de expansão da cobertura e ampliação do acesso, articulados aos de melhoria permanente da qualidade dos serviços; do processo de trabalho; da gestão e das ações oferecidas aos usuários, vêm sendo empreendidos (BRASIL, 2013a). A Política de Monitoramento e Avaliação para qualificação do SUS que, desde 2011, vem sendo formulado pelo Ministério da Saúde (MS) tem como objetivo imprimir maior qualidade, propôs-se a avaliar o desempenho do sistema de saúde nas dimensões estratégicas e prioritárias: acesso e qualidade, no sentido de reunir indicadores capazes de medir e refletir a situação atual das redes de serviços de saúde (BRASIL, 2011a; 2017) e, assim, contribuir para o desenvolvimento do SUS, produzindo evidências sobre o alcance de seus princípios estruturantes (FACCHINI, THOMASI e DELELI, 2018).

Entre os componentes do sistema de monitoramento e avaliação do SUS, se insere o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). O primeiro, instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho 2011, republicada em 02 de outubro 2015, tem o objetivo induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade da gestão federal, estaduais e municipais e das equipes de saúde na Atenção Básica (AB) para assegurar o acesso e a qualidade com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente (BRASIL, 2013a; 2017). O segundo, o PNASS foi reformulado pela Portaria nº 28 em 8 de janeiro 2015, pelo Ministério da Saúde (MS), e é considerado um importante instrumento na dimensão de

Regulação da Atenção à Saúde, de avaliação de desempenho dos serviços, da gestão e de satisfação dos usuários. O PNASS tem como objetivo avaliar estabelecimentos de atenção especializada, ambulatoriais e hospitalares quanto às dimensões de estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e satisfação dos usuários em relação ao atendimento (BRASIL, 2015c).

Estudos nacionais e internacionais apontam que uma Atenção Primária à Saúde (APS) forte e integrada a outros níveis de atenção melhora a saúde individual e coletiva (LIMA *et al*, 2018). Nesse enquadramento, espera-se que a APS desempenhe a função de coordenar o cuidado do paciente no *continuum* assistencial (MENDES *et al*, 2021). Vale destacar que AB no Brasil teve extraordinário aumento da cobertura com investimento tripartite na Estratégia de Saúde da Família (ESF), garantindo ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação em saúde (BRASIL, 2017b).

Todavia, Facchini, Tomasi e Dilelio (2018) chamam atenção que, para estimular a melhoria sistêmica da qualidade da ESF no Brasil e contribuir para a redução das desigualdades em saúde, faz-se necessário o desenvolvimento de programas de educação permanente, a institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação em equipes locais, além da realização de ‘mutirões de qualidade’. Destaca-se o entendimento de que mudanças empreendidas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017) têm propiciado uma concepção restrita da APS em detrimento de uma abordagem abrangente de integração da AB à rede de serviços de saúde (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Todavia, sob outra perspectiva, em artigo publicado na revista *Consensus* em 2017, persiste divergência sobre esse entendimento não compreendendo as mudanças como um retrocesso para APS, uma vez que a ESF continua sendo prioritária na AB. Segundo o presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), o debate que levantou a necessidade de modernização da PNAB foi iniciado no CONASEMS e ouviu quem executa a Atenção Básica no país (ROSA, 2017).

De outra parte, destaca-se a necessidade de desenvolvimento de centros de referência especializados e Atenção Hospitalar (AH), composta por organizações complexas; de caráter multiprofissional e interdisciplinar; com relações complexas de poder e processos de trabalho que utilizam tecnologias especializadas, além de exigirem assistência contínua em regime de internação e ações de promoção; prevenção de agravos; diagnóstico; tratamento e reabilitação (STARFIELD; SHI, 2007; BRASIL, 2013a; LIMA *et al*, 2018; BOUSQUAT *et al*, 2019; PROADESS, 2019; CASTRO *et al*, 2019; ALBUQUERQUE *et al*, 2019; GIOVANELLA;

FRANCO; ALMEIDA, 2020). Na AH, a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) propõe-se que o hospital seja:

“Efetivamente parte da rede de atenção, funcionando de forma articulada, regulada, implementando dispositivos de Gestão da Clínica e do Cuidado, como o Acolhimento com Classificação de Risco, o gerenciamento de leitos, a coordenação e transferência segura do cuidado por meio da horizontalização das equipes, entre outros aspectos” (CHIORO et al, 2021, p. 61)

Segundo Chioro *et al* (2021) o hospital integrado e orientado à rede pressupõe a construção de planos transversais de cuidado, tendo a centralidade na AB, coordenadora do cuidado no território e articulada com outros pontos de atenção. Em Viana *et al* (2018) experiências têm demonstrado que o hospital e a APS não se viabilizam sem uma integração sistêmica, incluindo a atenção especializada. Discutem ainda a necessidade de superação da quase oposição entre APS e o hospital, chamando atenção para a importância em se considerar o papel do hospital enquanto ponto de atenção na rede de serviços do SUS.

Nesse contexto, a necessidade de avaliação da qualidade na AH também se evidencia. Todavia, para Coelho (2013), o Ministério da Saúde não tem uma política consistente e permanente de avaliação dos hospitais, sendo, as iniciativas existentes, a saber: o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), apesar de possibilitarem novas e interessantes visões do parque hospitalar brasileiro configuram-se enquanto recortes ao invés de se constituírem como políticas de avaliação contínua.

Soma-se à discussão, a pouca predominância de políticas de saúde de corte macrorregional apresentada em Viana *et al* (2007); a diversidade regional, abordada em Ribeiro *et al* (2017) quando aponta estudos que demonstram uma desigualdade macrorregional Norte-Sul com existência de bolsões de baixo desenvolvimento econômico nas regiões mais ricas; além do envolvimento de diferentes atores (governamentais e não governamentais, públicos e privados) na oferta de serviços de saúde, conforme discutido por Bousquat *et al* (2017, 2019). Questões essas que conformam sistemas municipais de saúde atomizados e desarticulados com baixa relação intergovernamental. Situação em que a APS e a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) caracterizam-se por uma elevada fragmentação, frágil interação e comunicação entre os pontos de atenção; deficiência nos processos de regulação do acesso aos serviços e carência de dispositivos efetivos de coordenação dos fluxos dos usuários e da agenda de especialistas (BRASIL, 2017).

Assim, a regionalização como alternativa para políticas públicas (CAJUEIRO, 2019) e, no sistema de saúde, a organização de redes de atenção que qualifiquem os serviços nos diversos

níveis de atenção (ABRASCO, 2020a), mostram-se estratégicas enquanto formas de articulação de ações e serviços (VIANA *et al*, 2018) para garantia da cobertura, universalização do acesso e maior eficiência e qualidade da atenção à saúde (BOUSQUAT *et al*, 2019). Para Cajueiro (2019), significa tratar as regiões brasileiras de forma diferenciada, construindo sistemas regionais de saúde que visem a organização dos sistemas municipais existentes na busca pela equidade.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem como objetivo melhorar os resultados sanitários do sistema de atenção, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde, possibilitando, assim, atendimento integral, de qualidade e resolutivo frente às necessidades de saúde da população (MENDES, 2011; BRASIL, 2015b). Bousquat *et al* (2017) acrescenta que a conformação da RAS está imbricada em uma APS integral e resolutiva, pois não existe RAS sem APS robusta capaz de coordenar o cuidado e, por outro lado, a APS não consegue exercer seu papel, sem um sólido arranjo regional e articulação entre os entes federados. Vale destacar que a RAS, considerada um avanço na organização do SUS, tem como principais características:

“A formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos” (BRASIL, 2014, p. 10).

Na análise de Mendes (2011) a RAS pode ser definida como:

“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 permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde –restada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população” (MENDES, 2011, p. 82)

Nesse contexto, compreende-se que a implementação da RAS, com articulação intermunicipal (RODRIGUES; MOSCARELLI, 2015; VIANA; FELISBERTO, 2017; VIANA *et al*, 2017); planejamento regional integrado e gerando valor para a população (NERI e PINTO, 2021) não é tarefa fácil, pois reveste-se de uma complexidade que precisa considerar, de um lado, as heterogeneidades regionais (sustentabilidade financeira; estrutura física, material, equipamentos e recursos humanos; satisfação do usuário) e, de outro, as limitações da descentralização político-administrativa da gestão (VIANA *et al*, 2007), processos que demandam revisão e reorientação na trajetória e execução das ações e serviços de saúde empreendidas pelos entes federados.

Frente a esses desafios, Mendes (2011) considera que, para a estruturação e o funcionamento adequado da RAS, alguns fundamentos são essenciais, a saber: economia de escala; disponibilidade e suficiência de recursos; qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários e níveis de atenção. Morais (2019), por sua vez, discute a necessidade de se fortalecer os arranjos criados, especialmente no que toca à coordenação das relações, utilizando mecanismos de monitoramento e controle que assegurem o cumprimento das responsabilidades sanitárias de cada ente. Já Cajueiro (2019) chama atenção para aspectos como: Regulamentação - Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/2001), Pacto pela Saúde/2006, Decreto 7.508/2011; Institucionalidades - Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho Estadual de Saúde (CES), Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), regiões de saúde, Colegiado Gestão Regional (CGR)/Comissão Intergestora Regional (CIR); Atores - União, estados, municípios, conselhos, comissões, setor privado; Planejamento e Gestão - planos, políticas, programas de governo, instrumentos; Financiamento - vinculação, repasses intergovernamentais, recursos destinados à regionalização, além da Oferta de serviços - organização da região e da rede de serviços.

Diante do exposto, considerando que a APS coordenadora do cuidado e ordenadora da RAS é um dos condicionantes da dinâmica regional da saúde (BOUSQUAT *et al*, 2019) e que o funcionamento dos serviços em rede constitui-se uma estratégia de qualificação da atenção à saúde (NERI; PINTO, 2021), este trabalho tem como objetivo apontar as diferentes configurações de Redes de Atenção à Saúde na atenção básica e atenção hospitalar, a partir de características de cobertura, de qualidade e de resolubilidade, nas macrorregiões de saúde do SUS.

Adicionalmente, no estágio de interpretação, que envolveu o exame dos agrupamentos em termo das variáveis estatísticas utilizadas, buscou-se nomear um rótulo que fosse capaz de descrever a natureza dos agregados (HAIR *et al*, 2009), delineando, assim, uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS. Ressalta-se que a tipologia proposta busca uma aproximação empírica de aspectos que, para o presente estudo, estão relacionados ao processo de regionalização no SUS. Todavia, vale destacar, conforme discutido em Pereira, Lima e Machado (2018), que a regionalização se desenvolve em um contexto de complexas interações históricas, institucionais e políticas, não sendo possível às variáveis utilizadas, esgotar o contexto que reflete a organização regional dos serviços de saúde.

Delimitar a macrorregião de saúde como unidade de análise, reconhece a possibilidade de empreender um debate sobre os diferentes arranjos setoriais dos entes federados na condução do planejamento dos sistemas regionais na conformação da RAS (ALBUQUERQUE, 2013; VIANA; FELISBERTO, 2017; SES/MG, 2020). Segundo normativa do SUS, a macrorregião de saúde é o espaço regional ampliado que garante a resolutividade da rede de atenção (BRASIL, 2018). Essa é composta por microrregiões de saúde que representam o primeiro nível de agregação territorial que supera os limites municipais e onde se iniciam as relações intergestores e a cooperação intermunicipal (MORAIS, 2019). Para Menicucci e Marques (2016), é o espaço territorial de responsabilidades sanitárias onde se dá o fluxo dos usuários a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR) e dos pactos estabelecidos entre municípios, conforme sua capacidade de prestar assistência em níveis de complexidade.

Apesar do agrupamento de procedimentos ou ações de saúde sob responsabilidade sanitária da macrorregião (território sanitário de atenção à saúde de nível terciário) corresponderem à alta densidade tecnológica e de alto custo com elevados custos fixos organizados em municípios polos de macrorregiões, o presente estudo não utilizou, para sua caracterização, o elenco de procedimentos de alta complexidade, mas de média complexidade hospitalar, além de dados de cobertura e qualidade da AB-AH. Menicucci e Marques (2016) apresentam que o processo de regionalização pressupõe acesso à AB de qualidade, no município de residência responsável pela assistência primária à população; à assistência de nível secundário (média complexidade) na Região de Saúde (RS) ou microrregião e à assistência de nível terciário na Região Ampliada de Saúde ou macrorregião.

Assim, admitindo a necessidade de interação entre a atenção básica e atenção hospitalar nos sistemas de saúde, discussão empreendida nos diversos estudos citados nessa introdução e apresentada como necessária para garantir a integralidade do cuidado em redes de atenção, adotou-se, no presente estudo, como indicador de análise, as características de cobertura e qualidade da AB-AH e a taxa de resolubilidade da internação hospitalar na média complexidade. Esse último, compreendido como indicador capaz de mensurar a acessibilidade dos usuários nos limites de sua macrorregião de saúde de residência (MORAIS, 2019). Sabe-se que, no processo de regionalização, é fundamental a interconexão, a interação entre os serviços de saúde, compondo uma rede capaz de garantir ao cidadão de um município ou de outro a integralidade da assistência (SANTOS; ANDRADE, 2011). Nesse processo, Cajueiro (2019) complementa ser necessário promover a coordenação federativa em todos os aspectos (político, fiscal e administrativo).

Desse modo, identificar os diferentes desenhos de organização político-territorial do SUS, a partir do processo de regionalização, soma-se aos estudos existentes para uma discussão dos arranjos regionais estabelecidos na conformação da RAS. Na perspectiva do presente estudo, significa avançar na compreensão das desigualdades regionais, lançando luz sobre problemas que perpassam a relação intergovernamental na provisão de serviços em saúde, propondo-se a rever criticamente as limitações do sistema. Contudo, sem a pretensão de esgotar o tema, mas, suscitar novas problemáticas, tendo em vista a complexidade dos contornos de um sistema de saúde público, que se organiza de acordo com as diretrizes de integralidade, universalidade, equidade e participação social, em um contexto federativo, como o brasileiro.

Assim, o presente trabalho, além desta introdução, dispõe do capítulo 2 com a apresentação do referencial teórico, seguida da apresentação dos objetivos geral e específicos. O capítulo 4 aborda a metodologia adotada na pesquisa, especificando os apontamentos estatísticos e as variáveis utilizadas, ou seja, o caminho metodológico que nos levou aos resultados aqui apresentados. O capítulo 5 dá conhecimento aos resultados e à discussão dos mesmos está descrita no capítulo 6. O capítulo 8 apresenta a conclusão e evidencia reflexões que, à luz dos resultados alcançados, possam problematizar as questões que perpassam o tema proposto: as Redes de Atenção à Saúde no processo de regionalização do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo é organizado de forma a dispor em sua primeira parte, de uma breve apresentação da atenção básica e atenção hospitalar. Em seguida, faz-se uma introdução da política de monitoramento e avaliação no SUS abordando na sequência, o componente de qualidade em saúde no contexto da Atenção Básica - o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) e o componente de Atenção Especialização, incluindo a Hospitalar - o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS). Finalizando, problematiza o processo de regionalização no contexto do sistema de saúde brasileiro que, ao longo dos mais de 30 anos de progressiva construção do SUS, busca garantir os princípios constitucionais do direito universal à saúde.

2.1 Atenção Básica

Enquanto resposta social deliberada às necessidades de saúde da população, os sistemas de saúde devem estar organizados de forma a responder as situações de saúde (BRASIL, 2015- a) Em sistemas de saúde orientados pela APS - um conjunto de práticas integrais em saúde - é necessário que essa seja direcionada à responder as necessidades individuais e coletivas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Na Declaração de Alma-Ata (1978), a APS foi considerada função central do sistema de saúde e parte do processo de desenvolvimento econômico das comunidades. Denominada no Brasil durante o processo de implantação do SUS como AB, a APS representa o primeiro nível de atenção, porta de entrada do sistema de saúde, levando a atenção em saúde o mais próximo de onde as pessoas reside e trabalha. Desse modo, constitui serviços de primeiro contato com o paciente, de fácil acesso e direcionados a cobrir condições mais comuns, resolvendo a maioria dos problemas de saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Para Starfield (2002, apud GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p.502) são atributos essenciais da APS:

“prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade longitudinal pelo paciente com continuidade da relação equipe-paciente ao longo da vida; a garantia de cuidado integral considerando-se os âmbitos físico, psíquico e social da saúde dentro dos limites de atuação do pessoal de saúde; e a coordenação das diversas ações e serviços indispensáveis para resolver necessidades menor frequentes e mais complexas”

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a APS tem como essência cuidar das pessoas ao invés de apenas tratar as doenças; ofertar atendimento abrangente, acessível e

com base na comunidade; incluir um espectro de serviços desde a promoção e prevenção da saúde até o controle de doenças crônicas e cuidados paliativos e, para alcançar saúde para todos, ir além do setor da saúde e agir sobre os determinantes sociais, econômicos, ambientais e comerciais da saúde (OPAS, 2022).

Considerada a base de qualquer sistema de saúde (KOVACS *et al*, 2021) para um novo modelo assistencial que tenha em seu centro o usuário-cidadão (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012), iniciativas de fortalecimento da APS foram desenvolvidas como apoio à reforma da atenção em saúde. Essas, pautadas em princípios constitucionais de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular, buscam superar o modelo de atenção previdenciário, corporativo, privatista e curativo (produtor de ineficiência e iniquidades), na direção de ofertar e organizar ações e serviços de saúde capazes de oferecer uma atenção em saúde integral (ISAGS, 2014) e de qualidade. Para isso, era necessário o desenvolvimento de uma concepção em saúde mais abrangente cujo acesso fosse garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) e que implicasse na articulação da APS como parte e como coordenadora de uma RAS (BRASIL, 2015a).

Em um contexto de atenção à saúde seletiva, o Programa Saúde da Família (PSF) foi implantado no Brasil, em 1994, com orientação as populações de risco em uma APS de perspectiva focalizada. Ampliando a cobertura em saúde, o PSF configurou-se em um modo para compor a equipe e organizar processo de trabalho a partir da base territorial e responsabilidade sanitária. Na NOB SUS de 1996, o governo passa a considerar o PSF como principal estratégia de reorientação da APS (e próprio modelo de atenção em saúde); institui os componentes fixo e variável do Piso da Atenção Básica (PAB) e estabelece incentivos financeiros para municípios que implementassem o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o PSF. Gradativamente, consolidou-se uma agenda de fortalecimento da APS por meio do PSF que possibilitou o desenvolvimento de programas e estratégias no âmbito do SUS ao longo dos anos (Pacto de Indicadores da Atenção Básica (1998); Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB); Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF); Avaliação para a Melhoria da Qualidade (AMQ) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ), entre outros (ISAGS, 2014; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Nesse cenário de consolidação da AB brasileira, verificou-se a necessidade de elaboração de uma política nacional que agrupasse as iniciativas e revisasse muitas delas, com vistas a definir prioridades e otimizar gastos públicos. Assim, em 2003, foi instituído um grupo de trabalho no MS que produziu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em

março de 2006 (ALMEIDA *et al*, 2018). Na formulação da PNAB (2006), o PSF foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), estabelecendo um diferencial em relação a programas seletivos e ressaltando o potencial de uma APS forte com potencial de ampliar a cobertura, oferecer cuidados integrais e desenvolver a promoção da saúde, constituindo-se como porta de entrada preferencial e de primeiro contato, coordenadora do cuidado e ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (ISAGS, 2014; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Buscando preservar a centralidade da ESF e consolidar uma APS forte, em outubro de 2011, a PNAB foi republicada pela Portaria Nº 2.488, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da AB, para ESF e o PACS. A nova PNAB (2011) manteve a essência de 2006, porém introduziu inovações de ampliação do acesso, cobertura e resolubilidade da AB, com destaque para a flexibilidade da carga horária médica, a introdução de novos arranjos de equipes e o PMAQ-AB. Apesar de um cenário nacional de instabilidade econômica e política, que prossegue até os dias atuais, diversos programas e ações foram modificados ou instituídos na atenção básica, como o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013b), as ações e instrumentos para consolidação da integração ensino-serviço, as ações de regulação vinculadas ao Telessaúde Brasil Redes, dentre outras (ALMEIDA *et al*, 2018).

Compreende-se que a atenção básica brasileira propôs organizar estratégias efetivas de promoção e prevenção integradas com a assistência, aproximando-se das pessoas que precisam de cuidados, com o objetivo *“de construção de uma rede de cuidados integrais com universalidade, em diversos pontos de atenção e a partir de múltiplos itinerários, de acordo com as necessidades de saúde da população”* (CHIORO *et al*, 2021 p. 42). Nessa perspectiva, são desafios para uma APS forte que cumpre os seus atributos essenciais: *“aliar a boa prática clínica, o compromisso com a promoção de saúde, o amplo acesso aos serviços, a vinculação aos territórios, a participação da comunidade, o cuidado multiprofissional e a defesa da saúde como direito universal e público”* (REDE APS, 2019, p. 12).

Todavia, apesar dos avanços alcançados persistia ainda um cenário de baixa resolubilidade, levando, gestores municipais e estaduais, por intermédio do CONASEMS e CONASS, a concluírem pela necessidade de se debater a PNAB de 2011 (BRASIL, 2011b). Isso, no sentido de discutir, sobretudo, a ampliação do financiamento federal para outras modalidades de organização da AB e a possibilidade de novos arranjos na composição da ESF. Também o relatório da 15ª Conferência Nacional de Saúde (2015), propôs garantir o processo de revisão da PNAB, discutindo a composição e a carga horária de profissionais da ESF, além dos critérios de distribuição de habitantes por equipe (ALMEIDA *et al*, 2018).

Desse modo, iniciou-se, em 2015, a segunda revisão da PNAB republicada pela Portaria 2436 de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a). Destaca-se, todavia, que as alterações promovidas lançaram preocupações com os riscos de retrocessos referentes à construção de uma APS integral (retirada do caráter indutor e propositivo da PNAB (2006, 2011) e a desconstrução de um compromisso com a expansão da ESF e do sistema público (MOROSINI *et al*, 2018). Alteração defendida pelo CONASEMS (ROSA, 2017), para quem a revisão da PNAB não representou um retrocesso para APS, entendendo que a ESF continua sendo prioritária para a organização da AB, permitindo que o gestor componha sua equipe conforme suas especificidades e necessidades.

É importante destacar que, na conjuntura brasileira atual, além da PNAB, outras mudanças foram realizadas e, apresentadas em conjunto, representando grande potencial de alterações em pilares que favoreciam a estabilidade institucional e alcance de bons resultados sanitários, a saber: desmonte do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013b); Carteira de Serviços para a APS; a criação da Agência de Desenvolvimento da APS (ADAPS) por meio da Medida Provisória 890/2019 e uma nova proposição de financiamento (Portaria 2.979/2019) (REDE APS, 2019).

Em se tratando da PNAB, Mendes *et al* (2021) alertam que, em sistema orientados pela APS, essa deve desempenhar a função de coordenar o cuidado ao longo do *continuum* assistencial, apresentando-se, a coordenação do cuidado – “*como um dos resultados da integração assistencial e pode ser definida como a conexão de todos os serviços e ações relacionados à atenção do paciente, de forma que, independentemente do local onde sejam ofertados, se harmonizem e alcancem um objetivo comum, sem conflitos*” (MENDES *et al*, 2021, p. 2).

Também Chioro *et al* (2021), em uma reflexão sobre o futuro dos sistemas públicos e universais de saúde, apresenta ser recomendável observar ideias-força de outras experiências, de acordo com Beltrammi e Camargo (2017, apud CHIORO *et al*, 2021, p. 46):

“a centralidade no usuário; a conexão viva entre o hospital e a rede de atenção à saúde; o acesso aos cuidados em tempo oportuno; a formação de capacidades humanas para a saúde na lógica das necessidades vigentes; a produção de autonomia para que os indivíduos sejam sujeitos de seu próprio cuidado; a clínica ampliada baseada em evidência para o melhor cuidado; a incorporação tecnológica guiada por necessidades e não pelas induções assimétricas do mercado; a produção e a gestão do cuidado integral por meio de relações de trabalho baseadas em equipes e não em hierarquias profissionais; o financiamento do sistema guiado por resultados (viver mais e melhor) e não pela execução de procedimentos; a tomada de decisão sempre baseada em informação e, ainda, a participação social como eixo balizador de um sistema que seguirá sustentando um sólido compromisso civilizatório”

Ideias-força fundamentais para a conformação da atenção em saúde baseada nos pressupostos constitucionais de universalidade, equidade, integralidade e participação social. Nesse cenário, o fortalecimento da APS, pilar para a RAS (ABRASCO, 2020b), é chave para enfrentar as iniquidades e garantir acesso e qualidade ao longo do processo de cuidado em um sistema público de saúde.

2.2. Atenção Hospitalar

O hospital é uma instituição antiga, e em seus primórdios, tinha como foco a salvação espiritual dos homens. Apesar de não ser possível determinar uma origem única ou precisar o local de seu nascimento, relatos históricos datam seu surgimento a partir do final do Século IV e início do V d.C. Instalado próximo às igrejas, recebia todo tipo de pessoas necessitadas de alguma ajuda, não apenas doentes, mas pobres, incapacitados, peregrinos e vagabundos. Somente a partir do século XVIII, o Estado passa a assumir a responsabilidade por essa modalidade de assistência. (COELHO, 2013; FILHO, 2016; CHIORO *et al*, 2021).

Hospital e medicina permaneceram independentes até meados do século XVIII. A partir de então, segundo Foucault (1984), o nascimento do hospital médico foi possível, pela configuração de técnicas de poder disciplinar e técnicas médicas de intervenção sobre o corpo. Nesse processo, o sistema de poder no interior do hospital passa para o médico, e o hospital torna-se o principal lugar de aquisição e sistematização da experiência clínica. É importante destacar que a organização do hospital foi se transformando durante os séculos, passando de uma concepção religiosa a um instrumento da prática médica terapêutica-curativa e investigativa no final do século XVIII (SANTOS; PINTO, 2017).

O século XIX foi marcado por avanços tecnológicos e científicos, muito em função do desenvolvimento de disciplinas da bioquímica e microbiologia, e do investimento do Estado em pesquisas científicas no interior do novo padrão econômico e social experimentado pelos países ocidentais a partir de 1945. Nesse período, o Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) se configurou, com a expansão das políticas sociais e, na maioria dos países europeus, a saúde foi considerada um direito do cidadão. Desenvolvem-se e ampliam-se sistemas nacionais públicos de saúde para garantir o acesso gratuito e universal às populações (FILHO, 2016).

Desse modo, o hospital moderno é, historicamente, um resultado das políticas sociais dos Estados e dos progressos científicos da humanidade (CATÃO, 2011) que, com a implantação desses sistemas, envolveu a ampliação de acesso e oferta de serviços à população

e a reprodução e o aprofundamento de um modelo estruturado de atenção à saúde (FILHO, 2016). Assim, registra-se um crescimento vertiginoso do número de hospitais nas décadas de 1940 e 1950 e, já na década seguinte de 60, medidas voltadas para sua modernização gerencial começaram a ser debatidas e experimentadas, ganhando maior ênfase no âmbito da assistência e da gestão hospitalar a partir do final da década de 1970 (FILHO, 2016).

Vale destacar que, apesar do expressivo aumento dos gastos com assistência médica nos anos 70 e 80 do século XX (devido a uma medicina hospitalar cada vez mais especializada e equipamento-dependente, e ao alargamento da clientela, com a implementação do direito à saúde como política do *Welfare State*), esse aumento não se fez acompanhar da melhoria dos indicadores de saúde. Nesse contexto, passa-se a questionar a potencialidade da instituição hospitalar enquanto centro da organização de um modelo de atenção às necessidades de saúde da população (COELHO, 2013).

No Brasil, a rede hospitalar tem sua origem no Brasil colônia, tendo o primeiro hospital - a Santa Casa de Misericórdia, na cidade de Santos, fundada em 1543, segundo uma concepção coerente com orientações dos hospitais portugueses do período: vestir os nus, alimentar os famintos, dar guarida aos desabrigados e tratar os doentes. Desse modo, seu objetivo não era aprimorar o diagnóstico ou promover a cura, pois constituía-se em instituição caritativa que era sustentada por doações e não contava com recursos da esfera estatal imediata (COELHO, 2013).

Foi a presença da Corte Imperial que acentuou a maior atenção do Estado às questões de saúde, sobretudo na dimensão da saúde pública, dando início à regulação do exercício profissional médico, à higiene dos portos e cidades, à fiscalização de embarcações, cemitérios e áreas de comércio de alimentos. Todavia, diferentemente de Portugal e do restante da Europa, o modelo de assistência adotado pelo império brasileiro permaneceu o mesmo dos períodos anteriores, deixando a gestão e a manutenção dos hospitais a cargo das irmandades de misericórdia. A estrutura hospitalar brasileira baseava-se nas Santas Casas (hospitais filantrópicos) com poucos hospitais para atender as Forças Armadas (administrados pela Coroa), preocupando-se o aparato estatal com medidas higienistas e epidemias. Somente no século XX se consolida a posição do aparato estatal no que se refere à saúde, aprofundando-se o Estado no sanitarismo campanhista (vigilância dos portos, saneamento das cidades, controle de epidemias e endemias) e a assistência hospitalar para doenças infecciosas (hanseníase e tuberculose em especial) e saúde mental. Destaca-se que a assistência hospitalar se desenvolve em três polos, de forma paralela por um longo período, a saber: o aparato estatal - voltado para doenças infecciosas e saúde mental; a filantropia - assistência médica individual aos pobres e a prestação privada - para assistir aos que podiam pagar, seja com recursos próprios, seja por

meio de sindicatos e comunidades de imigrantes, conformando as bases da assistência médica da futura previdência social (COELHO, 2013).

Segundo Coelho (2013), o quadro hospitalar brasileiro vai se alterando ao longo dos anos. Em sua obra, o autor faz uma análise detalhada dessa evolução. Vale destacar a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs), com a promulgação da Lei Eloy Chaves, que oferecia assistencial médica aos trabalhadores da empresa e seus familiares. Em 1937, dá-se a fusão das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) que, ampliando a assistência à saúde, organizada por empresa, passa a ser estruturada por categoria profissional. Da Segunda Guerra até 1965, o Brasil viu nascer hospitais previdenciários e Postos de Atendimento Médico (PAMs) - tratava-se de hospitais gerais e grandes ambulatorios médicos, com diversas especialidades e que estavam espalhados por todo o País, especialmente nos grandes centros urbanos. Em plena ditadura militar, em 1966, ocorreu a fusão dos IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com uma política que privilegiou mais explicitamente a compra de serviços do setor privado (filantrópico ou lucrativo) em detrimento da construção de unidades próprias. Já na década de 80 temos a crise da previdência brasileira que, segundo pesquisadores, apresenta a necessidade de revisão da previdência social em todos os seus aspectos, incluindo a saúde. A essa crise, soma-se um questionamento em relação à capacidade dos hospitais e dos sistemas de saúde alterarem significativa os padrões de saúde da população, tendo em vista a forma como os mesmos estavam configurados.

Aqui é importante destacar que, seja em decorrência da crise de credibilidade dos hospitais e/ou da crise financeira, tem-se início uma série de projetos e programas como – o PIASS (Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), PREV-SAUDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), PAIS (Programa de Ações Integradas de Saúde), AIS (Ações Integradas de Saúde), SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) que, podendo ser considerados precursores do SUS, buscavam racionalizar o gasto com a assistência médica, fomentando atenção ambulatorial com investimentos nas unidades públicas, incluídos hospitais das três esferas de governo (COELHO, 2013).

Dando sequência a esse movimento, progressivamente, vários esforços influenciaram a proposição de um modelo de atenção hospitalar no país, onde, políticas foram sendo explicitadas por meio de documentos e portarias no MS, a saber: Política Nacional de Humanização (PNH); Política Nacional de Hospitais de Pequeno Porte (HPP) e de filantrópicos, psiquiátricos, universitários e de ensino, além de políticas de avaliação e qualificação hospitalar, de revisão do formato jurídico dos hospitais públicos, de investimentos no SUS, de compra de serviços e, ainda, de atenção às urgências, de regulação do SUS, bem como no Pacto

pela Saúde, de Gestão e na Programação Pactuada Integrada (PPI) da Assistência, as Redes de Atenção à Saúde (Portaria GM/MS nº 4.279 de 2010) e o decreto 7508 de 2011 (BRASIL, 2011-c), entre outros (COELHO, 2013; SANTOS; PINTO, 2021).

Na contemporaneidade, a atenção hospitalar configura-se como um dos principais temas em debate acerca da assistência à saúde (BRASIL, 2004). Desde o surgimento do SUS, o parque hospitalar brasileiro padece de problemas, que segundo Chioro *et al* (2021), ainda persistem na atualidade, a saber:

“Predominância de hospitais de médio e pequeno porte; baixa capacidade para atender, de forma resolutiva, ao conjunto das necessidades em saúde vigentes; concentração expressiva de hospitais nos principais centros urbanos do país, com grandes vazios assistenciais; composição majoritária de leitos privados; e, baixa participação do Estado como ente contratante de leitos hospitalares” (CHIORO *et al*, 2021 p. 36)

Para os referidos autores, a questão da alta densidade de HPP gera repercussões, em sua maioria, negativas, na forma de expressivos gargalos de acesso a média e alta complexidades, devido à sua baixa efetividade e o aparente efeito de suficiência que transmite aos municípios onde estão instalados (CHIORO *et al*, 2021). Para Viana *et al* (2018), o debate estratégico acerca do setor hospitalar com um adequado exercício avaliativo de sua insuficiência estrutural e efetividade sistêmica, tem sido negligenciado e chama atenção para a necessidade de integração do hospital à RAS, fortalecendo o desempenho da APS. Não obstante, Chioro *et al* (2021) compreendem que, apesar de experiências exitosas, *“a integração da atenção hospitalar em rede segue sendo um importante desafio, fundamental na promoção de maior adesão e legitimidade ao SUS”* (CHIORO *et al*, 2021 p. 42). Para além disso, desafios precisam ser enfrentados, admitindo-se a existência de uma crise no setor que perpassa várias dimensões, seja em relação ao aspecto financeiro (custeio e financiamento); político, organizacional (internos e externos); assistencial; ensino e pesquisa e social, conformando em conjunto, uma situação extremamente desafiadora (BRASIL, 2004).

Coelho (2013) destaca três fatores que considera ter afetado profundamente a conformação do parque hospitalar no Brasil nas últimas décadas. O primeiro, refere-se ao contexto anti-hospitalar do ocidente nas últimas quatro décadas. Uma luta ideológica contra uma cultura *“hospitalocêntrica”* e *“medicocêntrica”* que permitiu diversificar as organizações e estratégias na produção de saúde, além de nos cegar em relação à assistência hospitalar, fazendo com que gestores não se assustassem com a diminuição significativa do número de leitos hospitalares nas últimas décadas. O segundo, a descentralização adotada na implantação do SUS. Aqui, os Estados e o MS ocuparam, predominantemente, funções de coordenação do

sistema, uma vez que aos municípios caberia a responsabilidade com a efetiva atenção à população. Essa situação fragilizou a função do Estado (restringiu-se a operar serviços próprios não municipalizados), gerando consequências para o destino da assistência hospitalar e, ainda, da média e alta complexidade ambulatorial, pois, constituindo-se em problemas que extrapolam a capacidade de resolução dos municípios, a média e alta complexidade, necessitam de contingentes populacionais maiores para se tornarem economicamente viáveis. Situação que se configurou como um grande desafio para a conformação de redes de serviços de saúde e que não tem sido impactada pelos dispositivos estabelecidos para prover tais estruturas (Consórcios Intermunicipais de Saúde, Norma Operacional de Assistência à Saúde e o Pacto pela Saúde). O terceiro refere-se à expansão da saúde suplementar, que se configura como alternativa de financiamento das atividades do parque hospitalar privado e filantrópicos, com acenos para os hospitais públicos.

A percepção da crise no setor hospitalar caracterizada por orientações políticas fragmentadas e inespecíficas para o setor, além da pactuação e publicação de Portarias que instituíram as diretrizes das RAS, da PNAB e de outras, buscou constituir uma Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro que fosse capaz de se opor à incapacidade ou insuficiência desses equipamentos em responder às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013c; VIANA *et al*, 2018). Vale destacar que todo esse movimento de reforma da atenção hospitalar tem início em 2003, quando o MS procurou estabelecer uma política de atenção hospitalar no país, tendo como marco conclusivo o plano da Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira, publicado em 2014, elegendo questões centrais como a *“garantia de acesso, a humanização, a necessidade de inserção na rede de serviços, a democratização da gestão, a descentralização e Regionalização”* (CHIORO *et al*, 2021, p. 48), além de outras políticas já citadas.

Em outubro de 2012, inicia-se uma discussão da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) que contou com a colaboração ativa de estados por meio da apresentação de processos regionais e elaboração de pareceres sobre o tema, com a finalidade de estabelecer as diretrizes do componente Hospitalar, frente a implementação da RAS. Assim, em 2013 (BRASIL, 2013d), foi publicada a PNHOSP instituída pela Portaria 3390, de 20 de dezembro 2013, (BRASIL, 2004; BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c; VIANA *et al*, 2018) que, compreendendo a necessidade de inovar o processo de qualificação do sistema de saúde (BRASIL, 2010), estabelece as diretrizes de organização do componente hospitalar alinhado com a RAS e respectivas redes temáticas, problemática que envolve a capacidade de gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2013b; SOUZA *et al*, 2018).

É importante destacar que a PNHOSP avança quando posiciona o hospital como parte das redes de atenção à saúde; orienta que as ações no hospital sejam adaptadas ao perfil epidemiológico e demográfico das regiões de saúde; remonta o hospital aos princípios de universalidade, equidade, integralidade e controle social, regionalização e continuidade da atenção; na definição do financiamento tripartite (modelos dinâmicos de contratualização); além de fortalecer o monitoramento, avaliação, transparência e eficiência na aplicação dos recursos (CHIORO *et al*, 2021).

Apesar disso, ainda se acentuam os desafios da gestão hospitalar e Souza et al (2018) destacam a necessidade de que os instrumentos contratuais de gestão sejam aperfeiçoados, qualificando, assim, o papel do hospital na prestação de serviços de forma que atendam às demandas da população da região e melhorem sua relação com o município e com outros níveis de atenção. Santos e Pinto (2021) apontam que vem sendo objeto de estudos da saúde coletiva, administração pública e ciência política entre outros, os modelos alternativos de gestão que, nos serviços hospitalares têm início com as Organizações Sociais (OS), avançando para as Parceria Público-Privada (PPP) e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

Diante do exposto, sabe-se que, enquanto organizações complexas, a atenção hospitalar demanda boas práticas de gestão que sejam capazes de orientar o aprimoramento de sua eficiência (FARIAS; ARAÚJO, 2017). Além disso, serviços acessíveis a todos precisam de um planejamento do setor saúde para que seja possível conhecer a sua distribuição e a de seus usuários nas várias escalas, da local à nacional (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004). Importante ainda compreender que os problemas enfrentados na assistência hospitalar brasileira demandam uma reorganização que seja global do cuidado hospitalar e ambulatorial especializado que, de forma integrada, ultrapassa o acesso a procedimentos, consultas e exames, conformando módulos integrais de cuidado, com foco em desfechos clínicos (CHIORO *et al*, 2021).

2.3 Avaliação em Saúde

2.3.1 Avaliação dos Serviços de Saúde

A avaliação é uma atividade antiga na história humana e inerente ao processo de aprendizagem, agrupando realidades múltiplas e diversas. Somente a partir da segunda Guerra Mundial surge o conceito de avaliação de programas públicos, especialmente a partir da segunda metade do século XX com a expansão dos sistemas de proteção e de saúde. Questões

relativas ao papel do estado no desenvolvimento dessas políticas vieram à tona, evidenciando a necessidade de aperfeiçoamento da regulação pública, com a definição de parâmetros/diretrizes para o controle das ações e dos custos dos sistemas e serviços de saúde, de ajustes entre necessidades e oferta de serviços e de melhorias na qualidade da atenção (VIANA; BAPTISTA, 2009; PROQUALIS, 2013).

Assim, a partir dos anos 60 do século passado, estudos específicos sobre as políticas públicas e análise da política de saúde (área estratégica no conjunto das políticas sociais) surgem com mais vigor. Desde então, a avaliação ganha relevância, assumindo uma grande diversidade de abordagens em sua tipologia (UCHIMURA; BOSI, 2002; VIANA; BAPTISTA, 2009; PROQUALIS, 2013).

Segundo Contandriopoulos *et al* (1997), as definições de avaliação são numerosas e, no sentido mais geral, a palavra avaliação refere-se a manifestar-se em relação a alguma coisa, sem compromisso com um método específico. Já a tarefa de avaliar serviços ou programas, configura-se como tarefa complexa e, ao mesmo tempo, essencial, passando pela exigência de investimento cuidadoso e consistente na construção de consensos referentes a aspectos: 1) técnicos - compatibilização de instrumentos, pactuação do objeto e objetivos da avaliação, modelos conceituais, dimensões de análise, construção de indicadores, comparação dos resultados; 2) culturais-organizacionais - *modus operandi* de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação e 3) políticos - relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diversos atores envolvidos nas práticas de saúde (UCHIMURA; BOSI, 2002; BRASIL, 2005).

Compreendida como uma atividade que, antes de tudo, deve ser negociada entre os diferentes atores do sistema de saúde, visando a melhoria das ações e não a punição dos atores envolvidos, a avaliação é um importante componente da gestão em saúde (BRASIL, 2005; OLIVEIRA; REIS, 2016).

Entretanto, destaca-se que a implantação de políticas de avaliação quase sempre é permeada de certas resistências e, para superá-las, será necessária uma "capacidade *da gestão em articular os envolvidos em torno de uma proposta (intervenção) qualificadora das práticas e dos consequentes efeitos positivos para o alcance dos objetivos do programa ou política a ser avaliado*" (FELISBERTO *et al*, 2010, p.1080). Ainda mais diante da complexidade de sistemas e serviços que, em se tratando do SUS, deve organizar ações e serviços públicos que integrem uma rede regionalizada e hierarquizada com articulação interfederativa e participação da iniciativa privada. Vale ressaltar o que foi apresentado por Denis e Champagne (1997, p. 67, apud FELISBERTO *et al*, 2010, p. 1080) quando considera que "os diferentes atores

organizacionais podem apoiar a implantação de uma intervenção se virem nela um meio de atualização de suas estratégias fundamentais”.

Outra questão levantada pelos autores (FELISBERTO *et al*, 2010) refere-se à sustentabilidade de projetos e programas em políticas de avaliação. Consideram a sustentabilidade de programas um grande problema para a saúde pública, devido à exposição a riscos como *“continuidade das atividades ao longo do tempo e podem ocasionar a perda de investimentos para as organizações e pessoas envolvidas em programas considerados exitosos”* (FELISBERTO *et al*, 2010, p. 1080). Por outro lado, apresentam que

“a permanência da relevância e da legitimidade do programa, sua estabilidade financeira, a garantia de uma gestão eficaz e sua capacidade de adaptar-se às mudanças de contextos político-institucionais, podem influenciar positivamente a continuidade dos mesmos evitando, ainda, que a interrupção desses programas levem à desmotivação dos envolvidos e, portanto, se torne um obstáculo a subseqüentes mobilizações” (FELISBERTO *et al*, 2010, p. 1080)

Implementada no âmbito do sistema de saúde, formulada pelo Ministério da Saúde enquanto uma Política de Monitoramento e Qualificação do SUS, a avaliação tem como propósito apoiar os processos decisórios para subsidiar a identificação de problemas; avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias; orientar ações e serviços desenvolvidos, além de mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre a saúde da população (BRASIL, 2005; BRASIL, 2011a; FACCHIN; TOMASI; DILELIO, 2018). Segundo Felisberto (2004, apud, OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 11):

“Investir na institucionalização da avaliação significa contribuir decisivamente com o objetivo de qualificar a atenção à saúde, pois seria promovida a construção de processos estruturados e sistemáticos, coerentes com os princípios do Sistema Único de Saúde e abrangentes em suas várias dimensões – da gestão, do cuidado e do impacto sobre o perfil epidemiológico”.

No sistema de saúde, a institucionalização da avaliação constitui-se em um dos mais importantes desafios, uma vez que, de acordo com Hartz (2002, p.419, apud BRASIL, 2005, p.7) *“...institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de integrá-la em um sistema organizacional no qual está seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas”*. Institucionalizar a avaliação significa qualificar a atenção em Saúde para construção de processos coerentes com os atributos da APS: universalidade, equidade, integralidade, participação social, resolutividade, acessibilidade (BRASIL, 2005). Savassi (2012) acrescenta:

“No setor saúde, a gestão baseada na qualidade envolve mudanças de foco de atuação e de tecnologias, apoiadas no resgate da relação profissional-paciente, na forma de remuneração de médicos e equipes, na qualificação e capacitação dos

profissionais, na qualificação da própria gestão e na participação ativa dos profissionais da saúde na pactuação destas metas e parâmetros de qualidade” (SAVASSI, 2012, p. 69)

As pesquisas avaliativas no Brasil se intensificaram com a expansão e consolidação do SUS (FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018). Porém, não basta estabelecer um sistema de avaliação da qualidade de serviços (SAVASSI, 2012), faz-se necessário colocar no centro da discussão questões referentes à qualificação das equipes e à resolubilidade (BRASIL, 2005), além da sustentabilidade dos programas e projetos (FELISBERTO *et al*, 2010). Para Savassi (2012) não se melhora a qualidade pela produtividade, sendo necessário:

“estruturar um sistema gerencial profissional que coordene os instrumentos disponíveis e garanta o planejamento, controle e melhorias de cada um dos processos, e que aplique o conceito de cadeia de valor: uma sequência de processos de produção relacionados entre si, dos insumos (recursos humanos, materiais e financeiros) à produção de serviços até a distribuição dos serviços ao usuário. Em outras palavras: a rede de saúde deve funcionar como equipe” (SAVASSI, 2012, p. 73).

Nessa perspectiva a avaliação da qualidade em serviços de saúde apresenta-se como um processo estratégico e atual no sistema de saúde brasileiro. Todavia, chama atenção que a institucionalização da avaliação enquanto estratégia de qualificação no SUS tem como resultado *“muitos documentos, muita informação acumulada e baixa capacidade de produzir uma visão integrada do desempenho do sistema de saúde, bem como do processo de gestão no âmbito do SUS” (OLIVEIRA; REIS, 2016, p. 9)*. Torna-se cada vez mais imprescindível avançar na diversidade de abordagens sobre a avaliação para o desenvolvimento da Política de Monitoramento e Qualificação do SUS.

2.3.2 O componente de qualidade na avaliação em saúde

Segundo Silva (2005), *“a avaliação pode ser considerada como um componente das práticas presente em diversos âmbitos e campos do espaço social” (SILVA, 2005 p. 15)*, gerando uma polissemia conceitual e metodológica nas suas diversas possibilidades de expressão. Entre as diversas definições sobre o significado da avaliação, os referentes à avaliação de programas sociais têm conseguido maior consenso. Nesse caso, Minayo (2005) considera que uma boa crítica deve problematizar o conceito de *“mudança”*, uma vez que todas as intervenções visam, em última análise, modificar o curso de determinadas visões, ações e problemas, considerado conceito chave, tanto para promotores de políticas públicas quanto para avaliadores de projetos.

Ocupando posição de destaque no processo de avaliação, a qualidade possui inúmeras definições que traduzem seu caráter pluridimensional, primeiro pelas várias dimensões de natureza subjetiva ou objetiva do termo e, segundo, porque a qualidade varia em função dos interesses de grupos ou atores sociais, seja pelo seu papel dentro da instituição e sua relação com o serviço, seja em função dos autores ou disciplinas de base que empregam, priorizando diferentes dimensões da qualidade (PROQUALIS, 2013; UCHIMURA; BOSSI, 2002).

O caráter multidimensional do termo qualidade constitui-se como um desafio para avaliação em saúde, uma vez que vários fatores determinam a qualidade dos serviços, deixando evidente o que foi apresentado por Silver (1992, p.208, apud UCHIMURA; BOSSI, 2002, p. 1567) “... *não existe uma metodologia única para a avaliação de serviços; (...) a metodologia apropriada está diretamente vinculada ao que se pretende avaliar e à perspectiva do avaliador*”.

Diante da complexidade inerente ao caráter polissêmico do termo qualidade, múltiplas abordagens da qualidade da atenção em saúde são desenvolvidas para produzir informação tanto para a melhoria das intervenções quanto evidências para o julgamento acerca da cobertura, acesso, equidade, qualidade técnica, efetividade, eficiência e percepção dos usuários (UCHIMURA; BOSSI, 2002; SILVA, 2005; FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018).

Nesse contexto, o modelo desenvolvido por Donabedian em 1966, com a tríade estrutura, processo e resultado, tem grande aceitabilidade (UCHIMURA; BOSI, 2002), sendo amplamente referida para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, principalmente, após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde realizada em Alma-Ata, em 1978 (FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018). Estrutura refere-se às características onde o cuidado ocorre, relacionadas a recursos materiais e humanos e estrutura organizacional. Processo caracteriza os cuidados oferecidos. Resultado caracteriza o efeito do cuidado sobre a saúde do paciente, a eficiência e a qualidade do serviço de saúde (DONABEDIAN, 1988).

Segundo Facchini, Tomasi e Dilelio (2018), ao modelo de Donabedian foram incorporadas novas formulações conceituais para melhorar a caracterização da qualidade de serviços básicos. Para Starfield (2002), a avaliação em saúde deve refletir, além da qualidade da atenção, a satisfação com os serviços; os custos de atenção; a qualificação dos profissionais; a segurança e aparência das unidades de saúde e a adequação dos equipamentos. Para Savassi (2012), qualificar a APS não passa apenas pela avaliação, mas também pela seleção de profissionais capacitados, além de sua valorização; pela qualificação dos serviços prestados e pelo monitoramento dos resultados.

No Brasil, a Política de Monitoramento e Avaliação para Qualificação do SUS, voltada para analisar as dimensões estratégicas e prioritárias de acesso e qualidade, propõe-se a avaliar o desempenho dos sistemas de saúde em seus aspectos essenciais da gestão e da atenção, contemplando as ações e serviços de promoção e prevenção; atenção básica; atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade; atenção às urgências e emergências; assistência farmacêutica, além da atenção à saúde mental e bucal (BRASIL, 2011a).

Desse modo, o Ministério da Saúde, enquanto indutor da institucionalização da avaliação nos serviços de saúde e, compreendendo a necessidade de implementação de um sistema de avaliação que visa produzir informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS (REIS; OLIVEIRA; SELLERA, 2012), além de incentivar uma cultura avaliativa no processo de trabalho de gestores e estabelecimentos de saúde para os entes federados, estabeleceu o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB (BRASIL, 2012a) e o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS (BRASIL, 2015a), entre outros.

2.3.3 Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB

Instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, republicada em 02 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015a), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica – PMAQ-AB tem como objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, buscando ajustar as estratégias previstas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) para reconhecer a qualidade dos serviços de AB (BRASIL, 2012a; BRASIL 2017c).

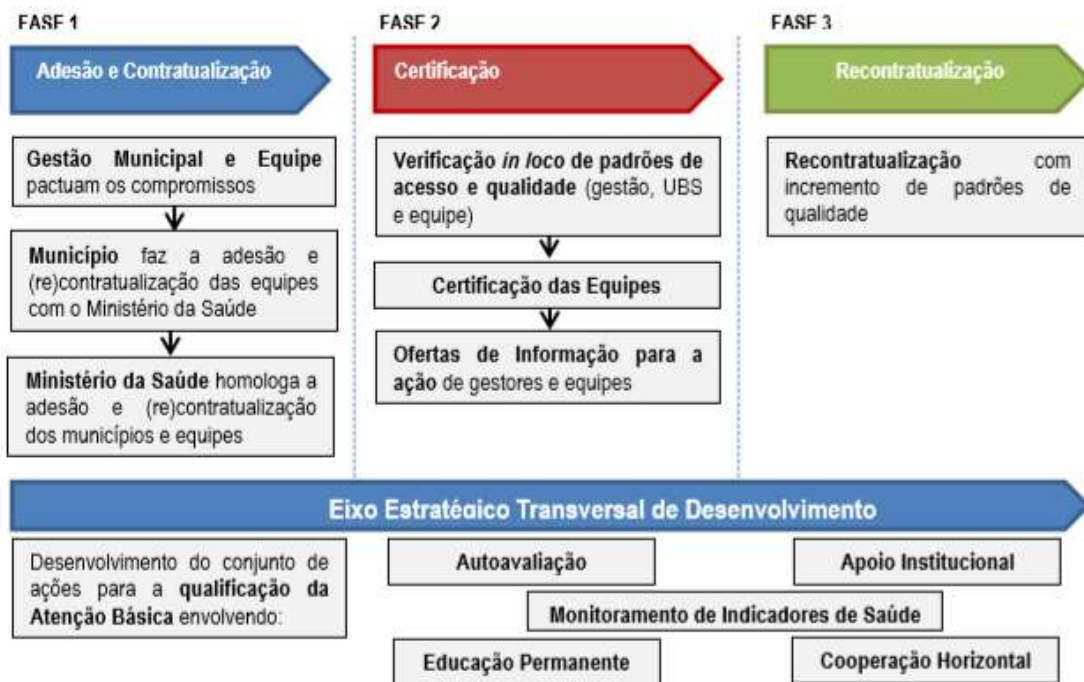
Realizado pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, em parceria com instituições de pesquisa e ensino superior, o PMAQ-AB faz parte de uma Política de Monitoramento e Avaliação para Qualificação do SUS que, conforme diretriz estabelecida pelo Ministério da Saúde, procura avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões e, assim, reunir indicadores capazes de medir e refletir a melhoria do acesso e da qualidade na AB (BRASIL, 2012a, 2017c, 2011a).

Articulado à melhoria da qualidade dos serviços, processo de trabalho e gestão das ações oferecidas aos usuários (PMAQ-AB), outros esforços foram importantes para incluir a AB como questão central na agenda dos gestores das esferas de governo, a saber: afirmação da AB como porta de entrada preferencial do sistema e coordenadora do cuidado; aumento expressivo do financiamento e a mudança de seu formato instituindo um componente de equidade, de

indução do modelo, de qualidade e de infraestrutura e modernização; criação do Programa Mais Médicos; investimento em infraestrutura, informatização e unificação e modernização dos sistemas de informação, por intermédio da estratégia e-SUS AB e criação de uma mobilização de gestores, trabalhadores e usuários, nas três esferas de governo (BRASIL, 2012a, 2017c).

O PMAQ-AB contou com o 1º, 2º e 3º ciclo, realizados em períodos distintos. No 3º ciclo, foi organizado em três fases: adesão e contratualização; avaliação externa e certificação; recontratualização e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento (Figura 1). A primeira é a etapa formal de adesão ao Programa, mediante a contratualização de compromissos e indicadores firmados entre as Equipes de Atenção Básica (EAB) com os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde num processo que envolve pactuação local, regional e estadual e a participação do controle social. A segunda fase consiste na Certificação, composta por: avaliação externa; avaliação de desempenho dos indicadores contratualizados e verificação da realização de momento autoavaliativo. Após a Certificação, as equipes serão classificadas em um dos cinco desempenhos: Ótimo; Muito Bom; Bom; Regular e Ruim. Já a terceira fase de Recontratualização é um processo de repactuação das equipes de atenção básica e dos gestores com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do programa. É importante destacar que o Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento percorre todas as fases e é composto pelos elementos (Autoavaliação, Monitoramento dos indicadores, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal), estruturadas de forma contínua e sistemática. São realizadas um conjunto de ações pelas equipes de atenção básica, pelas gestões municipais e estaduais e pelo Ministério da Saúde, na direção de promover movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (BRASIL, 2017b).

Figura 1: Fases de Implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica



Fonte: Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e Nasf (BRASIL, 2017b, p.15)

Destaca-se que o PMAQ-AB consiste em um modelo de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde que pretende mensurar os efeitos da política de saúde com vistas a subsidiar a tomada de decisão, garantir transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados (BRASIL, 2017b).

O programa, compondo um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade busca ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e satisfação aos usuários ao fornecer padrões de boas práticas e organização das Unidades Básicas de Saúde (UBS); promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB; promover a qualidade e inovação na gestão da AB; melhorar a qualidade da alimentação e uso dos Sistemas de Informação como ferramenta de gestão da AB; institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e estimular o foco da AB no usuário (BRASIL, 2012a, 2017c).

Cada ciclo do PMAQ-AB possui um conjunto de documentos e, no 2º ciclo (dados utilizados no presente estudo), a primeira fase envolveu a adesão do município ao programa com a contratualização de compromissos firmados entre as Equipes de Atenção Básica, gestores municipais e Ministério da Saúde. Na segunda fase, a de autoavaliação, percebida como ponto de partida para a reorganização da equipe e da gestão e visa a melhoria da qualidade dos serviços prestados. Nesta etapa, as equipes utilizaram algum instrumento para autoavaliação, seja a Avaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade (AMAQ); a Avaliação de Melhoria da

Qualidade (AMQ) ou outros instrumentos desenvolvidos pelo Estado, pelo município ou pela própria equipe. Na terceira fase temos a avaliação externa que consiste no levantamento de informações para análise das condições de acesso e de qualidade das EqAB que participam do programa. O instrumento de avaliação externa está organizado em quatro módulos, conforme o método de coleta das informações sobre: a Unidade Básica de Saúde (UBS) - para avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos; entrevista com o profissional da EqAB e verificação de documentos na UBS – para obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para os usuários; entrevista com o usuário na UBS - para verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e um módulo eletrônico - que compõem um conjunto de informações complementares e devem ser respondidas pelos gestores no Sistema de Gestão da Atenção Básica (SGDAB), no site do Programa (<http://dab.saude.gov.br/sistemas/Pmaq/>). Ainda, o processo de certificação, que deve ser entendido como um momento de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para a melhoria do acesso e da qualidade da AB. Na última fase, a recontractualização, com processos de repactuação entre as EqAB e gestores com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade (BRASIL, 2013e, BRASIL, 2015a).

Vale destacar que a certificação consiste em um processo tripartite que envolve o MS, Conselho Nacional dos dos Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para a certificação utilizou-se os padrões de qualidade da avaliação externa, agrupados em cinco dimensões e 34 subdimensões (tabela 1). Para cada subdimensão foi atribuído um valor conforme sua relevância técnica, estratégica e política dentro da dimensão, definido por áreas técnicas (BRASIL, 2015a).

Tabela 1: Dimensões e subdimensiones para certificação da avaliação externa

Dimensão		Subdimensão	Relevância	Percentual da Certificação
DIMENSÃO I – Gestão Municipal Para o Desenvolvimento da Atenção Básica	I.1	Ações da Gestão para Organização do Processo de Trabalho da Equipe	1	1,8
	I.2	Apoio Institucional e Apoio Matricial para as Equipes de Atenção Básica	3	5,3
(Peso = 10)				
Subtotal	-	-	4	7,0

Continua

Tabela 1: Dimensões e subdimensões para certificação da avaliação externa

Dimensão		Subdimensão	Relevância	Percentual da Certificação
DIMENSÃO II – Estrutura e Condições de Funcionamento da UBS (Peso = 15)	II.1	Funcionamento da Unidade de Saúde	1	0,8
	II.2	Características Estruturais, Ambiência e Sinalização da UBS	2	1,5
	II.3	Equipamentos, Materiais, Insumos e Impressos na UBS	3	2,3
	II.4	Informatização, Conectividade e Telessaúde	2	1,5
	II.5	Medicamentos Componentes da Farmácia Básica	3	2,3
	II.6	Imunobiológicos na Unidade Básica Saúde	2	1,5
	II.7	Testes Rápidos na Unidade Básica Saúde	1	0,8
Subtotal	-	-	14	10,5
DIMENSÃO III – Valorização do Trabalhador (Peso = 15)	III.1	Qualificação dos Profissionais da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	III.2	Educação Permanente	3	2,9
	III.3	Gestão do Trabalho: Garantia de Direitos Trabalhistas e Previdenciários e Perspectiva de Continuidade do Vínculo	3	2,9
	III.4	Plano de Carreira e Remuneração Variável	3	2,9
Subtotal	-	-	11	10,5
Gestão do Processo de Trabalho e Acesso				
DIMENSÃO IV – Acesso e Qualidade da Atenção e Organização do Processo de Trabalho (Peso = 50)	IV.1	População de Referência da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.2	Planejamento das Ações da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.3	Organização da Agenda da Equipe de Atenção Básica	2	1,9
	IV.4	Organização dos Prontuários na unidade básica de saúde	2	1,9
	IV.5	Coordenação do Cuidado na Rede de Atenção e Resolutividade	3	2,9
Subtotal			11	10,5
Atenção à Saúde				
	IV.6	Acolhimento à Demanda Espontânea	4	3,8
	IV.7	Saúde da Mulher e da Criança	2	1,9
	IV.8	Condições Crônicas (Obesidade, Tuberculose e Hanseníase)	4	3,8
	IV.9	Saúde Mental	4	3,8
	IV.10	Visita Domiciliar e Cuidado Realizado no Domicílio	4	3,8
	IV.11	Promoção da Saúde	2	1,9
	IV.12	Participação do Usuário e Controle Social	2	1,9
	Subtotal		22	21,9
Áreas Específicas (Soma-se à Atenção à Saúde)				
	IV.13	População Rural, Assentados, Quilombolas e Indígenas	3	0,9
	IV.14	Programa Saúde na Escola	3	0,9
	IV.15	Práticas Integrativas e Complementares	6	1,8
	Subtotal		12	3,5
Subtotal	-	-	45	35,5

Continua

Tabela 1: Dimensões e subdimensões para certificação da avaliação externa

Dimensão		Subdimensão	Relevância	Percentual da Certificação
DIMENSÃO V – Acesso, Utilização, Participação e Satisfação do Usuário (Peso = 10)	V.1	Acesso e Marcação de Consulta na Unidade de Saúde	4	1,3
	V.2	Atenção Integral à Saúde, Vínculo, Responsabilização e Coordenação do Cuidado	4	1,3
	V.3	Acolhimento à Demanda Espontânea	2	0,7
	V.4	Saúde da Mulher e da Criança	4	1,3
	V.5	Condições Crônicas (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus)	4	1,3
	V.6	Satisfação e Participação do Usuário	3	1,0
Subtotal	-		21	7,0
TOTAL				70,0

Conclusão

Fonte: Nota metodologia da certificação das Equipes de AB (BRASIL, 2015a, p.36-37)

A classificação de cada equipe na certificação segue categorias referentes ao desempenho das equipes de seu estrato. O estrato é uma categorização do conjunto de municípios agregados conforme indicadores sociais, econômicos e demográficos, para assegurar maior equidade na comparação das EAB, sendo: muito acima da média (desempenho ótimo em relação às equipes do seu estrato); acima da média (desempenho bom em relação às equipes do seu estrato); mediano ou abaixo da média (desempenho regular em relação às equipes do seu estrato) e Insatisfatório (equipes desclassificadas pelo não cumprimento dos compromissos mínimos assumidos no momento da adesão). Os critérios de exclusão aplicados foram: equipes que se recusaram a ser avaliadas; sem profissional de nível superior para responder à avaliação externa no momento da entrevista; ou quando houve desistência do gestor municipal para a avaliação externa da equipe contratualizada (BRASIL, 2015a, ABREU *et al*, 2018).

É importante evidenciar que, com base na certificação, previa-se a realização de nova recontratualização de compromissos, com o objetivo de dar continuidade ao ciclo de qualidade previsto pelo programa (BRASIL, 2015a)

2.3.4 Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS

Entre as atribuições dos entes federados inclui-se o Planejamento, o Controle e a Avaliação das Ações e Serviços de Saúde que, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS, buscam garantir a melhoria das condições de saúde tanto do indivíduo quanto da coletividade. Nessa perspectiva, a avaliação da qualidade constitui-se uma etapa importante

para revisão e reorientação da execução das ações e serviços de saúde. Desse modo, avaliar a eficiência, eficácia e efetividade das estruturas, processos e resultados relativos ao risco, vulnerabilidade, acesso e satisfação dos usuários, passa a ser uma ferramenta fundamental na incorporação do planejamento para o aperfeiçoamento do sistema (BRASIL, 2015c).

Inserido em um contexto de qualificação no SUS, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH), desenvolvido a partir de 1998, incorporou novas complexidades dos serviços de saúde e, com seu escopo ampliado em 2004, originou o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS para avaliação dos estabelecimentos de atenção especializada (BRASIL, 2015c).

O PNASS, reformulado e publicado na Portaria GM/MS nº 28 em 8 de janeiro de 2015, tem como objetivo geral:

“Avaliar a totalidade dos estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, contemplados com recursos financeiros provenientes de programas, políticas e incentivos do Ministério da Saúde, quanto às seguintes dimensões: estrutura, processo, resultado, produção do cuidado, gerenciamento de risco e a satisfação dos usuários em relação ao atendimento recebido” (BRASIL, 2015c, p. 5)

O PNASS busca consolidar o processo de avaliações sistemáticas na Atenção Especializada em Saúde para conhecer o perfil da gestão dos estabelecimentos avaliados e, assim, aferir satisfação dos usuários; incorporar indicadores que meçam os resultados da atenção prestada; identificar a inserção dos estabelecimentos como ponto de atenção da Rede de Atenção à Saúde e incentivar uma cultura de avaliação, além de consolidar o programa como instrumento de gestão e ferramenta estratégica de regulação no SUS. Além disso, contemplou a avaliação de estabelecimentos com diferentes complexidades, de forma abrangente e sem a necessidade de instrumentos específicos (BRASIL, 2015c).

Para o PNASS 2015-2016, a definição dos estabelecimentos avaliados utilizou a modalidade amostral por conveniência decidida pelo MS e teve como critério básico de seleção os estabelecimentos que tiveram aporte significativo de recursos financeiros efetuado pelo MS, sendo incluídos: estabelecimentos que receberam recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e os Estabelecimentos habilitados/qualificados na Rede Cegonha; na Rede de Urgências e Emergências; em Terapia Renal Substitutiva (TRS); como Centro Especializados de Reabilitação (CER); em Oncologia e hospital de natureza jurídica pública (federais, estaduais ou municipais). Foram excluídos os Hospitais de Pequeno Porte (HPP), aqueles com 49 leitos ou menos (leitos de especialidades e complementares), uma vez que foram objeto de avaliação pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do Ministério

da Saúde (DAHU/SAS/MS) por meio de outro instrumento. Todavia, foram avaliados no PNASS, os HPP com algum tipo de habilitação de acordo com os critérios citados anteriormente. A seleção foi por meio de consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. (BRASIL, 2015c).

O PNASS (BRASIL, 2015c) está organizado por um conjunto de três instrumentos avaliativos, a saber:

i) Roteiro de Itens de Verificação - avalia os elementos da gestão. Está organizado em cinco blocos: I – Gestão Organizacional; Bloco II – Apoio Técnico e Logístico para a produção de cuidado; Bloco III – Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado; Bloco IV – Serviços/Unidades específicas e Bloco V – Assistência Oncológica, subdividido, em 30 critérios com 180 itens de verificação. Os critérios correspondem a um conjunto de variáveis qualitativas mutuamente exclusivas ou independentes entre si e os Itens de Verificação têm a finalidade de sinalizar o risco ou a qualidade dos serviços de saúde para o conjunto de critérios. Cada critério é composto por 6 (seis) itens de verificação assinalados como SIM ou NÃO e estão classificados em Imprescindíveis (I), Necessários (N) e Recomendáveis (R) atribuídos a cada dois Itens de Verificação, com exceção do critério de ordem 16 (dezesesseis) onde cada Item de Verificação terá peso igual. Este instrumento previa aplicação por um grupo externo ao MS, constituído por meio de parcerias entre o Ministério da Saúde e universidades federais;

ii) Questionário dirigido aos usuários – avalia a satisfação do usuário em relação à assistência recebida pelos estabelecimentos avaliados. Corresponde a um questionário com questões fechadas aplicado pelo Departamento de Ouvidora-geral do SUS (DOGES). O questionário foi aplicado por ligação telefônica aos usuários relacionados pelo estabelecimento no período estabelecido, e entregues aos avaliadores das universidades no momento da aplicação do Roteiro de Itens de Verificação, nos estabelecimentos. A quantidade de usuários ouvidos na pesquisa foi definida por amostragem e calculada para cada estabelecimento, com confiabilidade de 95% e margem de erro de 5%;

iii) Conjunto de indicadores – avalia resultados com variados indicadores, construídos a partir dos bancos de dados ou sistemas de informação alimentados pelos

estabelecimentos. A definição e construção dos indicadores foi realizada por grupo técnico do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS).

Em relação ao Roteiro de Itens de Verificação, primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015-2016, para sua aplicação nos estabelecimentos selecionados, foram celebrados convênios entre o Ministério da Saúde e as universidades federais: Universidade Federal de Pelotas (UFPel); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN); Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Universidade Federal de Brasília (UnB). Também, para garantir o entendimento e sua adequada aplicação, cada um dos 180 Itens de Verificação são acompanhados de material explicativo, visando garantir a homogeneidade no entendimento do conteúdo e o seu caráter mutuamente exclusivo. Vale destacar, que a aplicação dos critérios, descritos no Roteiro de Itens de Verificação, dependeria do tipo de estabelecimento avaliado, sendo possível que um ou mais critérios não fossem aplicáveis ao estabelecimento, dada a sua característica de prestação de serviços realizada (BRASIL, 2015c). Destaca-se que esse instrumento foi utilizado no presente estudo como o objetivo de mensurar o desempenho dos hospitais avaliados no programa.

2.4 O Processo de Regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) apresenta que a saúde é um *“direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”* (CF, 1988, art. 196). Também define que:

“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 (BRASIL, 1988, art. 198).

Enquanto um sistema descentralizado e hierarquizado, no SUS, os municípios são responsáveis em prestar atendimento à população e à União e estados cabem a cooperação técnica e financeira necessária ao desempenho desta função (MARQUES; ARRETICHE, 2003). Segundo Costa *et al* (1999, p.36, apud MARQUES; ARRETICHE, 2003, p.60): *“Lei 8080/90 não apenas reforçou a atribuição municipal de planejamento e execução dos serviços de saúde,*

como ampliou a função da União de alocação de recursos e regulação do desempenho das ações municipais e estaduais”.

Desde então, na trajetória institucional do SUS, consolida-se a necessidade do adequado funcionamento dos mecanismos de governança multipartite para sua organização e gestão, orientando-se por meio de normas operacionais que culminou com o Decreto 7508/11, onde esse arcabouço normativo foi consolidado (RIBEIRO *et al*, 2018). Trajetória institucional que, segundo Marques e Arretche (2003), implica em um arcabouço normativo, editado pelo MS, em que, o governo federal concentra a autoridade para formular as regras que definem as ações de saúde dos estados e municípios.

Nesse contexto da política de saúde, Ribeiro *et al* (2017) chama atenção para o processo de regionalização, pois, as características do federalismo brasileiro como base institucional, tem-se um sistema federativo de caráter centralizado, porém uma política de saúde na CF/1988 vigorosamente descentralizadora, tornando a dinâmica entre cooperação e competição uma das principais falhas na implantação do SUS. Por outro lado, a descentralização da atenção à saúde no SUS é um dos principais objetivos políticos e compartilhado por dirigentes, lideranças e especialistas do setor saúde. Chama atenção as relações entre federalismo brasileiro e políticas setoriais, povoada de controvérsias e assimetria que envolvem atores institucionais do pacto federativo (RIBEIRO *et al*, 2017, 2018).

2.4.1 Federalismo Brasileiro – autonomia administrativa sem subordinação hierárquica

Várias são as teorias clássicas sobre os sistemas federativos que, historicamente, estão associadas à descentralização geopolítica e a desconcentração de poder, tendo os padrões de cooperação e competição como focos da literatura especializada contemporânea. Aspectos como a descentralização política típica de pequenos territórios; a separação de funções federativas; e a solidariedade como equilíbrio entre governos de maioria e proteção de minorias são fundamentais nessas teorias e estão presentes nas disputas políticas de nações federativas (RIBEIRO *et al*, 2018).

No Brasil, segundo Abrucio (2005), a estrutura federativa é balizadora do processo político no país, afetando a dinâmica partidário-eleitoral, o desenho das políticas sociais, além do processo de reforma do Estado. Desde a CF/88, elementos cooperativos do federalismo brasileiro são considerados essenciais para o desenvolvimento da democracia consensuada, e, no setor saúde, *“diversos normativos do governo federal enfatizam estes aspectos em caráter incremental e voltados a induzir a cooperação em meio à definição de responsabilidades e*

atribuições entre os entes federativos” (RIBEIRO *et al*, 2017, p. 1033). Ou seja, um modelo federativo cooperativo e integrado que se caracteriza pela expansão dos governos locais (responsáveis pela implementação de políticas e gestão da prestação de serviços); os estados (papel intermediário, assumindo parte dos serviços de maior complexidade e a coordenação federativa no seu território) e a União (indutora de políticas e programas estratégicos e reguladora das responsabilidades das esferas subnacionais) (CARVALHO *et al*, 2022). Aqui é importante destacar, questão apresentada por Abrucio (2005), quando compreende que, na temática da coordenação federativa ou intergovernamental (formas de integração, compartilhamento e decisão conjunta presentes nas federações), o intuito é ir além da dicotomia centralização versus descentralização.

Diferente de outras federações, o federalismo brasileiro, possui um sistema de três níveis (triplo federalismo), em que os municípios, juntamente com os estados, são incorporados como entes federados (SOUZA, 2005). Enquanto forma de organização político-territorial, a federação se baseia no compartilhamento da legitimidade como também das decisões coletivas entre os níveis de governo, tratando-se:

“De um acordo capaz de estabelecer um compartilhamento da soberania territorial, fazendo com que coexistam, dentro de uma mesma nação, diferentes entes autônomos e cujas relações são mais contratuais do que hierárquicas. O objetivo é compatibilizar o princípio de autonomia com o de interdependência entre as partes, resultando numa divisão de funções e poderes entre os níveis de governo” (ABRUCIO e FRANZESE, 2007, p. 2)

Nessa conformação, a gestão de políticas públicas deve ser capaz de conjugar a interdependência e autonomia de três entes, e demanda a integração de ações nos diversos níveis de governo. Para a provisão de serviços de saúde, a CF/1988 definiu competências concorrentes para os entes da esfera federal, estadual e municipal, conformando uma previsão compartilhada de responsabilidades e descentralização de recursos que confirmou as reivindicações democráticas de movimentos sociais dos anos 1970 a 1980. Vale destacar os intensos debates referentes a qual nível deveria ser responsável por qual política ou serviço público, remetendo a questões de coordenação federativa, definição de arenas federativas para a construção de acordos entre as esferas de governo e de condições nas quais seja possível a cooperação. Isso, apesar da indicação dos constituintes de que o federalismo brasileiro teria um caráter mais cooperativo do que dual ou competitivo (SOUZA, 2005; ABRUCIO; FRANZESE, 2007; MENICUCCI; MARQUES, 2016; MORAIS, 2019).

Para o SUS, enquanto pacto federativo que envolve muitos atores, a cooperação entre as esferas é fundamental para o seu sucesso, existindo permanente tensão entre descentralização

e autonomia entre os entes federados, de um lado, e união e interdependência, de outro (MENICUCCI; MARQUES, 2016). Por outro lado, Souza (2005) considera ser paradoxal a lógica que rege a distribuição das competências concorrentes entre os níveis de governo, deixando claro que a aplicação do federalismo cooperativo está longe de ser alcançado, seja devido as diferentes capacidades subnacionais na implementação de políticas públicas, seja pela ausência de mecanismos constitucionais ou institucionais que estimulem a cooperação. Nessa discussão, o autor chama a atenção para o poder formal e informal após a redemocratização que sinaliza a existência de conflitos e negociações em torno dos interesses dos entes federados.

Fica evidente, no processo dinâmico de implementação da política de saúde brasileira, definida a partir da CF/1988, que a cooperação coordenada entre os três níveis de governo é premissa para a organização da assistência do SUS. Destaca-se a tentativa de construção de redes de atenção à saúde em espaços territoriais resolutivos que ultrapassam o espaço municipal e envolvem articulação e cooperação entre as instâncias governamentais, com sistematização de mecanismos que regulamentam a relação intergovernamental - tema omissa na Constituição Federal de 1988 (SOUZA, 2005; MENICUCCI; MARQUES, 2016; MORAIS, 2019).

2.4.2 Evolução normativa da organização político-territorial do SUS – um processo em permanente construção

Estabelecida na CF/1988 e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, a descentralização e a regionalização são princípios norteadores dos processos de organização político-territorial no SUS (LIMA *et al*, 2012). Desde então e de forma tripartite, gestores e o Conselho Nacional de Saúde no SUS discutem, sua organização e gestão por meio de normas (BRASIL, 2013b), tendo o governo federal forte papel indutor sobre as mudanças na política de saúde nos estados, inclusive, as relacionadas à organização regional do sistema (ALBURQUERQUE, 2013).

A implementação do SUS teve início pela Norma Operacional Básica (NOB) de 1991 e com o arranjo vertical das relações intergovernamentais (RIBEIRO *et al*, 2018). Desse modo, durante a década de 1990 as NOB SUS de 1991, 93 e 96 - focando o papel dos municípios, delinearão o processo de descentralização da política de saúde e contribuirão com a criação de elementos importantes para o início da regionalização. A NOB de 1991 reconheceu a necessidade de organização das referências intermunicipais no financiamento das atividades ambulatoriais e na política de investimentos. A NOB de 1993 criou a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) nos estados e a Comissão Intergestora Tripartite (CIT) no âmbito nacional, formatando espaços de negociação e planejamento intergovernamentais (no plano estadual e

municipal, os conselhos de saúde eram instâncias deliberativas superiores de formulação de estratégias e controle da execução das políticas). Indicou ainda a regionalização como uma articulação e mobilização municipal no sentido de estabelecer relação de caráter cooperativo. A NOB de 1996 introduziu novos mecanismos e proporcionou grande impulso ao processo de descentralização, determinou a responsabilidade de cada município na garantia de acesso da população aos serviços de saúde e definiu o encaminhamento de pacientes entre municípios. Estabeleceu a Programação Pactuada Integrada (PPI), primeiro instrumento de planejamento regional do SUS, negociada e aprovada nas CIBs e utilizada até 2010, quando foi extinta pelo Decreto 7508/11. Incentivou o consórcio intermunicipal de saúde, utilizado como estratégia de regionalização da oferta pública por meio da articulação e mobilização de municípios com necessidades de saúde semelhantes (BRASIL, 2013b, RIBEIRO *et al*, 2018)).

Apesar do processo de condução da PPI fortalecer a CIB como espaço permanente de negociação intergovernamental, entre 1996 e 2001, a PPI foi pouco implementada nos estados. Como resultado, cresceram as dificuldades para a integração intermunicipal, o planejamento e a coordenação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e aumentando o risco de atomização dos sistemas municipais e das barreiras de acesso de pacientes entre os municípios (BRASIL, 2013b; ALBURQUERQUE, 2013).

Menicucci e Marques (2016) chamam atenção para uma supervalorização do papel dos municípios, ao lado de uma subvalorização do papel dos estados, como instâncias de organização do processo de gestão, financiamento, fiscalização e controle. Compreendem, que as regras de descentralização, particularmente as relativas à transferência de recursos, levaram ao chamado “*municipalismo autárquico*” no qual, ao invés de estabelecer uma visão cooperativa, os municípios passaram a concorrer entre si pelo dinheiro público de outros níveis de governo, lutando por investimentos privados e, muitas vezes, repassando custos a outros níveis.

Já a partir de 2001, as normatizações voltadas à organização regionalizada buscam corrigir as distorções do municipalismo autárquico, no sentido de substituir a atitude de competição pela cooperação, tanto intermunicipal quanto estadual. Desse modo, com o objetivo de superar a fragmentação decorrente dos limites da descentralização municipal e organizar redes e fluxos intermunicipais, conduziu-se à proposição da Norma Operacional de Assistencial à Saúde (NOAS 2001-2002). Aprovada na CIT e formulada sob a coordenação do MS em parceria com o CONASS, o CONASEMS e o CNS, a NOAS (01/2002), assumiu a regionalização como macroestratégia para realizar os objetivos constitucionais do SUS. Com isso, dando início ao processo de regionalização, com foco no papel do nível estadual, reforçou

a atenção básica como parte imprescindível da atenção à saúde, indissociável dos demais níveis de complexidade e indutora da reorganização do Sistema. Definiu as diretrizes, os instrumentos de planejamento, gestão e financiamento e a definição de responsabilidade dos entes federados no processo de regionalização (expressos no Plano Diretor de Regionalização/PDR), baseado na lógica de planejamento integrado e na noção de um sistema de saúde funcional e resolutivo, organizado a partir de regiões de saúde (micro e macro), módulos assistenciais, redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas e solidariedade entre os entes federados. (MACHADO, 2009; BRASIL, 2013b; ALBURQUERQUE, 2013; MENICUCCI; MARQUES, 2016).

Na NOAS, a ideia de um sistema de saúde funcional e resolutivo trouxe a regionalização como macroestratégia de organização da assistência pública, com o objetivo de integração do sistema em redes hierarquizadas, do ordenamento dos fluxos assistenciais intermunicipais e do combate às desigualdades no acesso à saúde. Entretanto, foi muito criticada por gerar uma regionalização normativa com rigidez das regras e regulações federais, gerando uma excessiva burocratização das relações intergovernamentais e uma fragmentação dos mecanismos de transferência de recursos federais. Havia um distanciamento entre as propostas normativas e as reais condições (político-institucionais, estruturais e conjunturais) dos estados e municípios para efetivação das mudanças nas regras e condições políticas, para habilitação dos estados e municípios e o planejamento econômico da regionalização. As regiões de saúde eram concebidas como uma categoria de territorialização, sem maior expressão da relação política e econômica de sua organização, dificultando a descentralização e a relação intergovernamental na efetivação do PDR e PPI. Ou seja, focou-se na estruturação das regiões de saúde a partir de critérios de organização e funcionamento das redes e fluxos assistenciais, sem que houvesse uma definição mais específica sobre o conceito e os instrumentos de planejamento e gestão da rede de saúde (ALBURQUERQUE, 2013).

Assim, mesmo com a utilização desses instrumentos para a integração federativa, esses foram poucos eficazes no sentido de articular as redes regionais, romper com a fragmentação (decorrente do processo de municipalização) e construir um sistema de saúde efetivo (MENICUCCI; MARQUES, 2016).

Todavia, fazendo frente aos desafios da fragmentação das políticas e programas e da necessidade de instituição de mecanismos de cogestão e planejamento regional (em um contexto territorial complexo, devido à divisão tripartite do poder e diversidade de situações sanitárias existentes), as regras voltariam a ser reformuladas por meio do Pacto pela Saúde

(Portaria MS/GM no 399/2006) - conformado pelo Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2013b; MENICUCCI; MARQUES, 2016; VIANA *et al*, 2017).

O Pacto pela Saúde (2006), considerado uma nova fase da regionalização, promoveu inovações nos processos e instrumentos de gestão; retomou a valorização do papel dos estados na condução do planejamento nacional integrado e participativo (no sentido de avançar na universalização da saúde); inovou ao reconhecer a dimensão política da regionalização e descentralização, flexibilizando o desenho das regiões conforme as realidades locais (a região de saúde passa a englobar identidades culturais, econômicas e sociais, características epidemiológicas, existência de rede de comunicação e transporte e infraestrutura assistencial da saúde) e possibilitou a efetivação de acordos entre as esferas de gestão do SUS, fomentando relações intergovernamentais mais cooperativas com novas possibilidades para os estados reorganizarem as regiões de saúde. Trouxe grande inovação com a criação dos Colegiados de Gestão Regional – CGR (fóruns intergovernamentais de negociação e pactuação entre gestores, com definição do papel das redes assistenciais) para orientar o processo de descentralização das ações e serviços de saúde, valorizando a participação dos entes federados. Propôs o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) que compreendia as responsabilidades sanitárias municipal, estadual e federal no território (frente aos serviços de saúde ofertados – próprios, conveniados ou contratados) com atribuições do respectivo gestor, definição da oferta e fluxos dos serviços, as metas (qualitativas e quantitativas) e objetivos do Pacto pela Vida, indicadores de monitoramento e mecanismos de acompanhamento e avaliação. O TCG é aprovado nos Conselhos de Saúde e na CIB's e homologado na CIT estando, sua assinatura e a execução de parte das metas nele acordadas, vinculadas ao repasse de recursos financeiros. Reorganizou o sistema federal de financiamento da saúde em cinco grandes blocos: I) Atenção Primária; II) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; III) Vigilância em Saúde; IV) Assistência Farmacêutica e V) Gestão do SUS (Portaria nº 2014 GM de 29/01/2007). E, principalmente, contribuiu para mobilizar a sociedade para ampliação dos recursos financeiros com a efetivação da Emenda Constitucional nº 29 de 2000 (BRASIL, 2013b; VIANA *et al*, 2017, ALBURQUERQUE, 2013).

Apesar dos avanços, o Pacto pela Saúde (2006) não superou a ausência de mecanismos constitucionais ou legislativos que institucionalizam uma negociação intergovernamental coordenada e cooperada. Observou-se desarticulação entre os processos de planejamento e relação intergovernamental, falta de relações claras entre o processo de regionalização e a assinatura do TCG, e de estruturas e recursos dos CGR para o desenvolvimento de parcerias e resolução de conflitos intergovernamentais. (ALBURQUERQUE, 2013).

Em 2010, como fruto de um grande acordo tripartite envolvendo o MS, CONASS e o CONASEMS, e com o propósito de aperfeiçoar a dinâmica político-institucional do SUS e de superar a fragmentação da atenção (LANDIM; GUIMARAES; PEREIRA, 2019), foi publicada a Portaria 4279/10 (BRASIL, 2010). Tal normativa, introduziu na política nacional o conceito de Rede de Atenção à Saúde, estabeleceu as diretrizes para sua estruturação das mesmas no âmbito das regiões de saúde tendo como objetivo promover a integração sistêmica das ações e serviços de saúde e garantir a provisão de uma atenção contínua, integral, responsável, humanizada e de qualidade (MOREIRA; FRERRE; ANDRADE, 2017). Desse modo, suprimia-se uma lacuna do planejamento regional do SUS, estabelecendo diretrizes para a estruturação da RAS. Essas, resultantes de planejamento e gestão complexas, ampliaram a necessidade de negociação intergovernamental e investimento em sistemas de informação para integrar as ações e serviços de saúde (ALBURQUERQUE, 2013, BRASIL, 2014).

Em 2011, na tentativa de consolidar processos em curso no movimento de implantação do SUS, uma grande mudança na política nacional de saúde é introduzida pelo Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 2011c). Tal decreto, almejava uma dinâmica organizativa sistêmica, pretendendo reconfigurar as relações interfederativas para fortalecer a gestão compartilhada. Introduziu mudanças relacionadas à definição de região de saúde, aos instrumentos de planejamento e aos mecanismos de articulação interfederativa. Determinou um rol mínimo de ações e serviços (Resolução CIT nº 1, 17/01/2012) para uma região de saúde, a qual deveria estruturar redes de atenção (Portaria 4279/10) de forma solidária com outras regiões, garantindo aos cidadãos acesso às ações e serviços que constam na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES (Resolução CIT nº 2, 17/01/2012) e da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (Resolução CIT nº 3, 29/09/11). Introduziu o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP), instrumento formal de pactuação baseado na definição de regras e acordo jurídico firmado entre os entes federativos (Resolução CIT nº 3, 30/01/2012), com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada. A CIR, nova denominação dada ao CGR (instituído no Pacto pela Saúde), é responsável pela elaboração e negociação intergovernamental do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) e pela coordenação das redes regionalizadas de atenção à saúde. Nesse contexto, buscou propiciar maior segurança jurídica nas relações entre os gestores e uma formalização ao processo de regionalização, além de efetivar a integração das ações e serviços de saúde em redes temáticas (BRASIL, 2013b, CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017, ALBURQUERQUE, 2013).

Apesar do arcabouço normativo de organização político-territorial do SUS, para Landim, Guimaraes e Pereira (2019), os instrumentos jurídico-normativos, mesmo que sejam importantes, não são, *per si*, suficientes para superar as iniquidades do sistema de saúde e as desigualdades intra e inter-regionais do território brasileiro. Para os autores, é necessário admitir a dimensão política desse processo, no sentido de não superestimar o poder normativo para alterar cenários sociais e políticos institucionais, uma vez que essa dimensão política imprime diferentes institucionalidades à estratégia de gestão regional das redes integradas de atenção à saúde, em âmbito nacional, tornando o processo de integração sistêmica das ações e serviços de saúde um fenômeno político, complexo, plural e, ao mesmo tempo, singular.

2.4.3 O enfoque regional do processo de organização político-territorial no SUS – Descentralização, Regionalização e a Rede de Atenção à Saúde

Segundo Abrucio e Franzese (2007), a produção de políticas públicas é fortemente afetada pelo desenho institucional do País, o que, no caso brasileiro, refere-se à influência do federalismo sobre as decisões dos gestores governamentais. É importante frisar que a saúde, a partir da CF/1988, passa a ser um componente de cidadania que, enquanto política de Estado, sinaliza para um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura (PAIM; TEIXEIRA, 2007), exigindo uma complexa estrutura institucional capaz de concretizá-la (MOREIRA; FERRE; ANDRADE, 2017), conforme as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1988). Assim, a coordenação entre os níveis de governo se torna cada vez mais necessária, pois, nem sempre a decisão de um ente se coaduna com as dos demais (PAIM; TEIXEIRA, 2007; ABRUCIO; FRANZESE, 2007).

Nesse contexto, o sistema de saúde brasileiro, resultado de um complexo processo político, sofre o impacto do federalismo, uma vez que demanda relações interfederativas para a melhoria da situação de saúde e das condições de vida da população (ABRUCIO; FRANZESE, 2007; PAIM; TEIXEIRA, 2007). Para isso, engendra-se um arcabouço normativo que trata de seus princípios e diretrizes, determinando as estratégias para sua organização e funcionamento (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017), em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), estabelecendo a configuração das relações intergovernamentais (PAIM; TEIXEIRA, 2007). Nesse complexo processo de efetivação do SUS, Paim e Teixeira (2007) acrescentam que, a efetividade; a resolutividade; a legitimação; a eficiência e a sustentabilidade constituem-se como elementos centrais para o seu desenvolvimento.

Identificadas como parte do processo de descentralização político-administrativa, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017) foram sendo implementadas, mesmo a despeito das contradições entre uma agenda de universalização da saúde e de reforma do Estado de inspiração liberal, a partir da década de 1990 (ALBUQUERQUE *et al*, 2019).

Por isso mesmo, a institucionalização da gestão no SUS pode ser caracterizada como um movimento pendular de descentralização/centralização (PAIM; TEIXEIRA, 2007), regido pelo esforço de se implantar um pacto federativo constitucional capaz de considerar as heterogeneidades regionais e, ao mesmo tempo, reduzir as desigualdades existentes (MOREIRA; FERRE; ANDRADE, 2017). Compreende-se, que a governança regional transpõe o território municipal para o enfrentamento das demandas e necessidades da população pois, “*o alcance da integralidade depende da articulação dos sistemas municipais de atenção em redes regionais*” (GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004, p. 287, apud SANTOS; GIOVANELLA, 2014, p.623).

Na saúde, o processo de organização das ações e serviços públicos integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988) já percorreu um longo caminho e mudanças foram sendo empreendidas ao longo dos anos (VIANA *et al*, 2017). Em estudo recente, Viana *et al* (2018) consideram dois períodos nesse ciclo político de organização, sendo o primeiro, de 1988 a 2000, com protagonismo da esfera municipal, prevalece a descentralização para os entes subnacionais de governo e o segundo, de 2000 até os dias atuais, refere-se ao processo de regionalização que se inicia a partir de normas federais (2000), com o intuito de regionalizar o sistema de saúde e, posteriormente (dez anos mais tarde), com a introdução das RAS, como mecanismo de construção de sistemas integrados de saúde. Ambos os períodos, divergem em relação ao contexto político, econômico e social, o modelo de atenção à saúde, o perfil de financiamento, o tipo de descentralização, a base de sustentação da política, a territorialização proposta e os modelos de gestão e regulação.

Enquanto a descentralização (implementada com as Normas Operacionais Básicas (NOB 01/93) e, especialmente, a Norma Operacional Básica de 1996), induziu a redefinição de funções e competências das esferas de governo referente à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, por meio de transferência de recursos financeiros, físicos, humanos e materiais, do nível federal e estadual para os municípios; o movimento de (re)centralização, desencadeado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde - 2001/2002, deu ênfase ao fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, tendo como objetivo estimular a regionalização (PAIM; TEIXEIRA, 2007). A regionalização, que compõe as “Regiões de

Saúde”, busca melhorar a distribuição técnica e espacial dos serviços de saúde que, com grau de suficiência e disponibilidade das ações de saúde, visa cobertura e acesso da população de um dado território, instrumentalizada por uma rede articulada e integrada (BRASIL, 2019). Tanto a descentralização como a regionalização buscam melhorar a eficiência e os mecanismos de *accountability*, com máxima eficiência institucional e social (LIMA *et al*, 2012, BRASIL, 2019).

Frente a essa realidade, compreende-se que, longe de ser trivial, o processo de regionalização com a implementação de redes de atenção à saúde constitui-se um grande desafio. Segundo Machado (2009), a organização de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção à saúde supõe a articulação entre municípios “exportadores” e “importadores” de serviços, sob a coordenação dos governos estaduais. Dada a centralidade da esfera municipal, os prefeitos foram transformados em atores fundamentais da dinâmica local e intergovernamental, não significando necessariamente ganho de democratização do poder local e tampouco, resultando numa melhoria da gestão das políticas (MENICUCCI; MARQUES, 2016, RIBEIRO *et al*, 2017, 2018). Para Cajueiro (2019) alguns elementos, apesar de encaminhados, seja a partir do Pacto de 2006 e, principalmente, do Decreto 7508 de 2011, são decisivos na organização da rede, a saber: as especificidades do federalismo brasileiro (como já citado anteriormente); a atuação da esfera estadual e da CIB; a governança regional e o papel da CIR; o financiamento setorial e regional; a Rede Regional de Atenção à Saúde (RRAS) e o papel da atenção primária; e a relação público-privado. Outros autores consideram que alguns elementos são primordiais para discussão das RAS como: “*economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção*” (NERI; PINTO, 2021, p. 203).

Em análise ao modelo de RAS, em que pese não seja abordada no presente estudo toda a discussão empreendida pelos diversos autores, a literatura contempla uma multiplicidade de definições. Em Neri e Pinto (2021), ao abordar a governança em rede, apresentam importantes elementos presentes na revisão de Mendes (2011, apud NERI; PINTO, 2021, p. 206):

“Foco nas necessidades de saúde da população, coordenação e integração do cuidado através de um contínuo de atenção; sistemas de informação que ligam as pessoas usuárias, os prestadores de serviços e os gestores nesse contínuo de cuidados; informações sobre custos, qualidade e satisfação das pessoas usuárias; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde em busca dos objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados”

Outra discussão em Albuquerque (2013) apresenta que as redes são elementos estruturadores das regiões de saúde e as regiões são a base territorial e populacional para

integrar a organização e o planejamento de uma RAS. O Decreto 7508/2011 (BRASIL, 2011c) apresenta o conceito de:

Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011 p. 1)

“Região de Saúde - 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” (BRASIL, 2011 p. 1)

Albuquerque (2013) discute que, atualmente, o conceito de rede de atenção à saúde é inspirado na ideia de sistemas integrados de saúde. Compreende-se que a RAS visa a integração sistêmica de um conjunto de ações e serviços, articulados em níveis de complexidade crescente e integradas por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Integração sistêmica no âmbito das RAS que, para Landim, Guimaraes e Pereira (2019), consiste em redes interorganizacionais e intraorganizacionais, coordenadas e articuladas para gerir os distintos pontos de atenção à saúde que integram a linha de cuidado.

Já a região de saúde, tem um enfoque totalizador da dimensão territorial da universalização da saúde com o objetivo de diminuir as desigualdades socioespaciais. O enfoque regional dado à política de saúde evoluiu para que a região de saúde se tornasse o recorte privilegiado de indução de mudanças técnicas e políticas no sistema brasileiro, tornando a ação do Estado mais eficaz no processo de universalização da saúde. Assim, a regionalização caminhou no sentido de criar regiões cooperativas, contrapondo-se à competitividade entre os lugares e regiões geográficas (ALBUQUERQUE, 2013). Ou seja, as regiões de saúde, distribuídas no território nacional com desenho formulado pelos estados da federação por meio do PDR, inclui um rol de ações que permite que a população, daquela região, possa receber assistência integral (REGIÃO E REDES, 2020).

Destaca-se ainda que, em Albuquerque (2013, apud CAJUEIRO, 2019, p. 42) “a fase atual da regionalização envolve duas noções de rede: Rede de Atenção à Saúde (temática) e Rede Interfederativa de Saúde (regional)”. Todavia, para Cajueiro (2019), a relação entre as duas lógicas de organizar e operacionalizar o processo de regionalização, que foram estabelecidas a partir do Decreto 7508 (“região” - relacionada a território e planejamento e a “rede” - linhas de cuidado/temáticas e capacidade de oferta de serviços), ainda precisam de muita atenção e amadurecimento. Compreende-se que a construção de regiões cooperativas

ainda representa um enorme desafio frente à dimensão territorial da universalização da saúde no Brasil (ALBUQUERQUE, 2013).

No que se refere a estrutura operacional da RAS, Mendes (2011) considera cinco componentes necessários (figura 2):

“o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós” (MENDES, 2011, p.86)

Figura 2: Estrutura operacional da Rede de Atenção à Saúde (RAS)



Fonte: adaptado de Mendes (2011, p. 86).

A governança da RAS envolve interrelações entre os entes federal, estadual e municipal que *“prevê um relacionamento entre os entes federados pautado na hegemonia do interesse comum sobre o individual, embora com elementos de competição e cooperação”* (NERI; PINTO, 2021, p. 224). Além disso, conta com espaços interfederativos decisórios que se manifestam a partir das CIT e CIB, estabelecendo-se, associadamente, a participação social por meio dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde e tem a CIR ou Colegiado de Gestão Regional como espaços de decisão (por consenso entre os participantes) com base nas prioridades e pactuações do funcionamento da RAS em determinada região de saúde (NERI; PINTO, 2021). Também tem um sistema gerencial que *“necessita de instrumentos que envolvam o processo de territorialização por meio dos Planos Diretores de Regionalização (PDR), o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação”* (NERI; PINTO, 2021, p. 227), além de um modelo de

atenção que, segundo Paim (2001, apud NERI; PINTO, 2021, p. 228) “*define-se como combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para atendimento de necessidades de saúde individuais e coletivas*”

Destaca-se aqui, a necessidade de fortalecimento do modelo de governança regional, entendida como:

“Processo de participação e negociação entre uma ampla gama de sujeitos com diferentes graus de autonomia. Representa diversidades de interesses (público e privado) em um quadro institucional estável que favoreça relações de cooperação entre governos, agentes, organizações e cidadãos, de forma a estabelecer elos e redes entre sujeitos e instituições” (NERI; PINTO, 2021, p. 226)

Em outra discussão, Magalhães Junior (2014) compreende que a RAS é importante para a qualificação dos sistemas de saúde e acrescenta que sua efetivação tem como desafio: a estruturação da capacitação das equipes e dos gestores, a efetivação das regiões de saúde e a governança e financiamento das redes (informação e comunicação, regulação, financiamento, transparência e controle da gestão, insuficiência da oferta de serviços e planejamento da expansão)

Por outra parte, Santos e Andrade (2011) apresentam que o conceito de “*redes de serviços assistenciais*” difere de “*rede interfederativa de saúde*” e complementa, o primeiro, é a integração dos serviços nos diferentes níveis de densidade tecnológica que, dotada de elementos técnico-sanitários e organizacionais, permitem uma gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana. O segundo, se caracteriza pela necessidade de haver uma gestão intergovernamental e compartilhada, um planejamento integrado e financiamento tripartite. Para os autores, a rede interfederativa engloba a rede de serviços, tendo, a rede de serviços postos de saúde, hospitais, tecnologias, profissionais e unidades e a rede interfederativa, colegiados e agentes políticos que “*deliberam sobre o sistema*”. Ou seja:

“rede interfederativa é o todo; a rede de serviços, uma parte desse todo. A rede interfederativa é uma rede de redes, teias entrelaçadas, aninhadas dentro de teias maiores; entrelaçamento de redes, fortalecendo umas às outras e se regulando conjuntamente mediante acertos e erros, sem regulação imposta por apenas uma unidade. De modo figurado, pode-se afirmar ser a rede interfederativa de saúde o continente, e a rede de serviços o conteúdo” (SANTOS; ANDRADE, 2011, p. 1677)

Landim, Guimaraes e Pereira (2019), por sua vez, abordam a fragmentação da RAS e, consideram, que a integração das ações e serviços de saúde não deve ser vista apenas como uma variável dicotômica da fragmentação, mas como diferentes graus ou formas de institucionalidade, considerando-se a dimensão política, a dinamicidade e a mutabilidade do processo. Arretche (2012) evidencia as atribuições de execução das políticas públicas pois,

mesmo descentralizadas, os governos subnacionais podem estar sujeitos a uma série de regulamentações nacionais, limitando sua autonomia sobre a forma de gasto e implementação de políticas. Em outro estudo, a análise de sistemas descentralizados mostra que o desempenho dos governos locais, em grande parte, é o resultado do desenho institucional dos sistemas nacionais (MARQUES; ARRETCHE, 2003).

Ainda no processo de implantação da RAS, também foi, a partir da Portaria 4279 (BRASIL, 2010), discutida no Grupo Temático de Atenção (GTA) e pactuadas na CIT em 2011 e 2012, a implantação de redes temáticas prioritárias: Rede Cegonha; Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (Raps); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2015b). Destaca-se outras formas para a organização da atenção à saúde no Brasil, como: os Consórcios Intermunicipais de Saúde; as Organizações Sociais e as Parcerias Público Privadas.

Diante do exposto, é possível considerar que a conformação do SUS evidencia os esforços para fortalecer uma política de caráter nacional em um cenário federativo e democrático. Esses, encontram-se expressos na configuração institucional do sistema e na regulação da descentralização político-administrativa (VIANA; MACHADO, 2009) que expõe a necessidade de coordenação das ações e a exigência de redefinição de papéis das escalas federadas na gestão territorial, seja municipal ou estadual (RODRIGUES; MOSCARELLI, 2015). Segundo Santos e Giovanella (2014), faz-se necessário, ainda, articulações intermunicipais para o enfrentamento das disparidades e complexidades das condições geográficas, demográficas, políticas, técnico-administrativas, socioeconômicas, financeiras e de demandas em saúde. Ou seja, um planejamento regional robusto, que alie as estratégias de descentralização com a necessidade de integração solidária.

Em suma, na perspectiva de um sistema integrado, a organização em rede regional das ações e serviços de saúde é um importante instrumento de universalização e equidade (VIANA; FELISBERTO, 2017), possibilitando melhorias no acesso e oferta assistencial com ganhos de racionalidade dos recursos para atendimento integral às necessidades em saúde da população (VIANA; FELISBERTO, 2017; VIANA *et al*, 2017). Por outro lado, mesmo contando com modernos mecanismos de administração, seja o financiamento tripartite, responsabilidades compartilhadas entre os entes de governos e rede de serviços regionalizada com comando único em cada esfera (MORAIS, 2019), o SUS demanda ainda a criação de incentivos à cooperação e coordenação entre os entes federados, além de processos intergovernamentais legítimos de decisão conjunta (ABRUCIO; FRANZESE, 2007). Paim e Teixeira (2007) chamam atenção

para o que consideram a problemática da “institucionalidade” do SUS. Essa, envolve aspectos referentes à prática de gestão do sistema pois, se por um lado adota a descentralização com comando único em cada esfera de governo com participação social, por outro, reproduz práticas políticas arraigadas na cultura organizacional do Estado brasileiro. E acrescentam, a construção de uma “nova institucionalidade” para o SUS demanda o enfrentamento de desafios relacionados à atual configuração macro-organizacional do sistema e do processo de gestão em seus vários níveis, no sentido de subsidiar alternativas que contribuam para o fortalecimento e a consolidação de práticas que sejam coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária Brasileira. Para Menicucci e Marques (2016), o aparato institucional do SUS foi bem-sucedido ao viabilizar a descentralização, todavia ainda não conseguiu efetivar a regionalização

Nesse contexto, aliados à necessidade de expansão da cobertura e ampliação do acesso, a melhoria da qualidade no SUS (BRASIL, 2013b) se estabelece como diretriz da gestão que, apoiada na avaliação dos serviços de saúde, possibilita diagnosticar problemas e reorientar o planejamento (BRASIL, 2005; HARTZ, 2004; MALTA *et al*, 2019). Facchini, Tomasi e Dilelio (2018) apontam ainda a necessidade de melhorias sistêmicas no SUS e consideram que a qualidade é a medida essencial para avaliar a integralidade, a capacidade de resposta do SUS às necessidades de saúde do país. Oferta de serviços que deve ser capaz de estabelecer a acessibilidade dos usuários nos limites do território sanitário com integração das ações na RAS (MORAIS, 2019), conforme tipologia definida como referência ideal para cada nível de regionalização (SES/MG, 2020) pactuado no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de cada estado.

Compreende-se que a relação interfederativa se constitui em um grande desafio no desenho institucional de políticas públicas. No SUS, materializa-se na complexidade de efetivação da integração sistêmica regional, chamando atenção para a importância da dimensão territorial e do papel político-administrativo dos entes federados na implementação da atenção universal, equânime e integral em saúde.

Desse modo, considerando que o processo de regionalização é uma realidade presente, atual e de intenso debate no sistema de saúde brasileiro, discutir as características pertinentes aos níveis de atenção, presentes na conformação das RAS no SUS, apresenta-se como questão de pesquisa.

3 OBJETIVOS

3.1 GERAL

Apontar as diferentes configurações de Redes de Atenção à Saúde no SUS na atenção básica e atenção hospitalar, a partir de características de cobertura, de qualidade e de resolubilidade

3.2 ESPECIFICOS

3.2.1 Identificar as configurações de Rede de Atenção à Saúde por macrorregiões

3.2.2 Analisar o perfil da Rede de Atenção à Saúde na macrorregião

3.2.3 Delinear uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS, considerando: agrupamentos com distintos perfis de cobertura e qualidade na atenção básica e atenção hospitalar; taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade

4 MÉTODO

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de estudo quantitativo transversal, que utilizou o banco de dados de base nacional do inquérito de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB, 2013-2014); os dados do primeiro instrumento avaliativo do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS 2015-2016, denominado roteiro de itens de verificação; os dados do Sistema e-Gestor Atenção Básica para cobertura populacional estimada pela Equipe de Atenção Básica (EqAB) e ainda os dados do DATASUS para leitos hospitalares de internação e complementares, além dos dados de Autorização Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-RD/SUS).

4.2 População do Estudo

A população estudada foram as Equipes de Atenção Básica que aderiram voluntariamente ao segundo ciclo do PMAQ-AB (2013-2014) e responderam ao questionário de avaliação externa. A escolha para os dados do 2º ciclo refere-se ao período de coleta dos dados, próximo à aplicação do PNASS 2015-2016.

Os hospitais que participaram do PNASS 2015-2016 (N= 1.761 hospitais), que representam 68% do total de estabelecimentos avaliados no programa ou 28,66% do total de hospitais especializados e gerais cadastrados no CNES em 2015.

As Equipes de Atenção Básica dos 5570 municípios brasileiros que apresentaram dados de cobertura no Sistema e-Gestor Atenção Básica para o mês de julho/2015.

O total de leitos hospitalares de internação e complementares, incluídos no DATASUS, no mês de outubro/2015, para os municípios brasileiros.

O total de Autorização Internação Hospitalar (AIH) incluídas no Sistema de Informação Hospitalar (SIH-RD/SUS), no ano de 2016. Foram utilizados os códigos de procedimentos de média complexidade, vinculados aos elencos MCH1 e MCH2 conforme carteira de serviços hospitalares do PDR/MG – 2012 (MORAIS, 2019, p. 138-154). Esses, compõem a tabela do Sistema de Informação da Atenção Hospitalar (SIAH) do MS descritos por nível de regionalização, agrupados por clínicas e especialidades médicas.

4.3 Descrição das variáveis

A definição das variáveis admitiu a existência de uma estrutura entre os objetos do estudo - AB e AH. Evidências sugerem que um país de forte orientação para APS, com expansão de cobertura pela Estratégia Saúde da Família (ESF), tem melhores e mais equitativos resultados em saúde (MACKINCO; STARFIED; ERINOSHO, 2009). Também, a AH, organizações com processos de trabalhados complexos e especializados, demandam, segundo Viana *et al* (2018), um exercício avaliativo de sua efetividade sistêmica. Para os autores, AB e AH são desafios centrais para a constituição das Regiões e Redes de Saúde no SUS.

A variável “*componente de qualidade da AB*” - utilizou as variáveis que compõem a avaliação externa. Nesse momento, foi realizado um conjunto de ações para averiguar as condições de acesso e de qualidade dos municípios e das equipes de atenção básica participantes. O instrumento de avaliação externa está organizado em três módulos, a saber: Módulo I – Observação na unidade básica de saúde; Módulo II – Entrevista com o profissional sobre processo de trabalho da equipe de Atenção Básica e verificação de documentos na unidade básica de saúde; e Módulo III – Entrevista com o usuário na UBS sobre satisfação e condições de acesso e utilização de serviços de saúde. Destaca-se que as informações complementares às coletadas nos Módulos I, II e III foram respondidas no módulo eletrônico pelos gestores no Portal do Gestor (BRASIL, 2013e)

A variável “*cobertura populacional estimada pelas EqAB*” - utilizou os dados de cobertura lançado no e-Gestor Atenção Básica - Informação e Gestão da Atenção Básica (<https://egestorab.saude.gov.br/>) por meio de acesso a Relatórios públicos/Histórico de Cobertura/Cobertura da Atenção Básica. Conforme Nota Técnica (BRASIL, 2021), o relatório de cobertura da atenção básica apresenta a cobertura populacional estimada de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de cobertura na Atenção Básica utilizada para o monitoramento do acesso aos serviços de Atenção Básica.

A variável “*componente de risco e qualidade dos hospitais*” - utilizou o banco de dados do primeiro instrumento avaliativo do PNASS 2015-2016, denominado “*Roteiro de Itens de Verificação*”. Esse instrumento foi desenvolvido com critérios aplicáveis em diversas combinações e de acordo com as diferentes realidades dos serviços, dando assim, ao PNASS, a possibilidade de avaliar estabelecimentos de complexidades variadas de forma abrangente, sem a necessidade de um instrumento específico (BRASIL, 2015c)

O instrumento – roteiro de itens de verificação, foi organizado em cinco blocos: Bloco I - Gestão Organizacional; Bloco II - Apoio Técnico e Logístico para produção de cuidado; Bloco III - Gestão Atenção à Saúde e do Cuidado e Bloco IV - Serviços Unidades/Específicas,

é subdividido em 30 critérios com 180 itens de verificação que têm a finalidade de sinalizar o risco ou a qualidade dos serviços de saúde para o conjunto de critérios. Cada critério corresponde a um conjunto de variáveis qualitativas, mutuamente exclusivas ou independentes entre si. O critério é composto por 6 (seis) itens com respostas binárias (SIM ou NÃO) e classificadas: dois como imprescindíveis (I), dois como necessários (N) e dois como recomendáveis (R), exceto para o critério 16, onde cada item possui peso igual (BRASIL, 2015c).

Vale destacar que o roteiro de itens de verificação, que avalia os diversos elementos da gestão hospitalar, foi dirigido ao gestor dos estabelecimentos de saúde. Para definição dos estabelecimentos, utilizou-se a modalidade amostral por conveniência, sendo critério básico os estabelecimentos nos quais o MS efetuou aporte de recursos financeiros, decorrente de políticas prioritárias. Desse modo, incluíram-se os estabelecimentos que receberam recursos financeiros do Incentivo de Adesão à Contratualização (IAC) e que estavam habilitados na Rede Cegonha; Rede de Urgências e Emergências; terapia renal substitutiva; centros especializados de reabilitação; centros de oncologia e estabelecimentos hospitalares de natureza jurídica pública (federal, estadual e municipal). Excluíram-se os hospitais de pequeno porte (HPP), com 49 leitos ou menos (leitos de especialidades mais os complementares), uma vez que esses foram avaliados pelo Departamento de Atenção Hospitalar e Urgências do MS (DAHU/SAS/MS) por meio de outro instrumento avaliativo. Todavia incluíram-se HPP que possuíam algum tipo de habilitação de acordo com os critérios citados anteriormente (BRASIL, 2015c).

Para a variável “*leitos por mil habitantes SUS*” - foi utilizado o quantitativo de leitos hospitalares e complementares, conforme metodologia aplicada por Lima (2016 p. 63).

Para a variável “*taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade*” – utilizou-se os dados de Autorização Internação Hospitalar (AIH) do Sistema de Informação Hospitalar (SIH-RD/SUS, 2016), conforme metodologia aplicada por Morais (2019, p. 54). A utilização, no presente estudo, dos procedimentos de Média Complexidade Hospitalar (MCH₁ e MCH₂), considerou o documento de PDR publicado em 2020 pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais uma vez que apresenta a “*lógica de organização baseada na relação de uma tipologia ou elenco de serviços por nível de atenção relacionado ao de regionalização*” (SES/MG, 2020, p. 14). Ainda, segundo Morais (2019), os procedimentos de média complexidade representam, em média, mais de 90% do universo de internações realizadas no SUS. O que se difere da alta complexidade que demanda uma maior escala populacional, não sendo ofertado em todos os territórios.

4.4 Análise

4.4.1 Primeira Fase do Estudo - Mensurar o desempenho dos hospitais que participaram do PNASS 2015-2016

Esta fase do estudo refere-se ao primeiro artigo de resultados publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia em janeiro de 2021, intitulado: “*Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil*” (CHAVES *et al*, 2021)

Primeiramente, foi mensurado o desempenho dos hospitais que participaram do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNASS 2015-2016 (BRASIL, 2015b). A partir desse instrumento, que avalia os vários elementos da gestão, um questionário sobre a existência de estrutura e processo considerados importantes para garantir melhor resultado, foi construída uma nota de desempenho dos hospitais avaliados no programa. A nota de desempenho para cada hospital foi utilizada como variável de “*componente de risco e qualidade dos hospitais*” no presente estudo.

Para calcular a nota de desempenho dos hospitais foi utilizada a metodologia de exclusão de dados faltantes acima de 10% (HAIR *et al*, 2009) para definir quais itens e estabelecimentos deveriam ser considerados para a avaliação de desempenho. Na análise, avaliou-se a qualidade da base de dados e a verificação dos itens faltantes ou não preenchidos. Observou-se que, em alguns critérios, ocorreu elevada proporção de não preenchimento, pois os estabelecimentos responderam apenas aos critérios aplicáveis à sua característica de prestação de serviços. Assim, identificou-se itens com resposta “SIM” ou “NÃO”; outros itens que não são aplicáveis ao estabelecimento ou que não foram respondidos (“Não respondeu”). No estudo, itens não aplicáveis ao estabelecimento e não respondidos (NR) foram classificados como “Não se aplica” (NA).

Desse modo, primeiramente, foi verificado o número de dados faltantes (NA) para todas as colunas (item) e todas as linhas (hospitais). Em relação ao NA da coluna, o item que não foi respondido por mais de 176 hospitais foi excluído. Também foi identificado NA para a linha e os hospitais que não responderam a mais de 10% do total de itens (NA>11) foram excluídos. Com isso, de um total de 1761 hospitais foram selecionados para o estudo 1681. De um total de 180 itens foram selecionados 102. Assim, o questionário de avaliação de processos aplicado aos hospitais contou com 102 itens, 17 critérios, agrupados em quatro blocos ou dimensões, a

saber: Gestão Organizacional; Apoio Técnico e Logístico para produção do cuidado; Gestão da Atenção à Saúde e do Cuidado e Serviços/Unidades Específicas (Quadro 2).

Quadro 2: Blocos e critérios do primeiro instrumento avaliativo do Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde 2015-2016 - Roteiro de Itens de Verificação, com indicação dos critérios incluídos** e excluídos*** na análise

BLOCOS	CRITÉRIOS
BLOCO I Gestão Organizacional	1. Gestão contratos
	2. Planejamento e organização**
	3. Gestão da informação**
	4. Gestão de pessoas**
	5. Modelo organizacional**
BLOCO II Apoio Técnico e Logístico para Produção Cuidado	6. Gerenciamento risco e segurança do paciente**
	7. Gestão infraestrutura e ambiência**
	8. Gestão equipamentos e materiais**
	9. Alimentação e nutrição - Serviço/Unidade**
	10. Assistência farmacêutica**
	11. Processamento roupas e materiais**
BLOCO III Gestão Atenção à Saúde e do Cuidado	12. Serviços apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento**
	13. Integração Redes Atenção à Saúde **
	14. Protocolos administrativos e clínicos**
	15. Gestão do cuidado**
BLOCO IV Serviços/ Unidades Específicas	16. Acesso à estrutura assistencial***
	17. Atenção imediata – urgência e emergência***
	18. Atenção em regime ambulatorial especializado***
	19. Atenção em regime de internação**
	20. Atenção em regime de terapia intensiva***
	21. Atenção cirúrgica e anestésica**
	22. Atenção materna e infantil***
	23. Atenção em Terapia Renal Substitutiva***
	24. Atenção em Hemoterapia***
25. Atenção serviços de reabilitação***	
	26. Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades***

BLOCO V ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA	27. Atenção Radioterápica***
	28. Atenção em Oncologia Clínica***
	29. Atenção Hematológica***
	30. Atenção Oncológica Pediátrica***

Fonte – Base de dados Pública do Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde/ PNASS 2015-2016
Critérios incluídos do estudo**. Critérios excluídos do estudo***

Em seguida, foi gerada uma nota para cada um dos critérios, calculada a partir da média ponderada dos itens que o compõem: para os itens classificados como “Imprescindíveis” foi atribuído peso 3; para os itens “Necessários” peso 2 e para os “Recomendáveis” peso 1. Por fim, foram calculadas, para cada hospital, a nota por bloco a partir da média dos critérios que o compõem e a nota final, a partir da média de cada bloco. Os demais critérios foram excluídos, em função do número de NA.

Foram consideradas as variáveis: Tipo de Gestão, Esfera Administrativa, Nível Hierárquico e Porte Hospitalar, para caracterizar o desempenho da rede hospitalar, com as seguintes definições:

1. Tipo de Gestão (municipal, estadual ou dupla): identifica com qual gestor o estabelecimento tem contrato/convênio, e é responsável pelo cadastro, programação, autorização e pagamentos dos serviços prestados ao SUS, sendo municipal (os gestores são as secretarias municipais de saúde), estadual (os gestores são as secretarias estaduais de saúde) e gestão dupla (aquela que aponta que o prestador, conforme registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES, está sob regulação municipal e estadual) (BRASIL, 2003);

2. Esfera Administrativa: corresponde à esfera a qual o estabelecimento de saúde está diretamente subordinado. Essa pode ser pública (federal, estadual e municipal) ou privada (estabelecimentos privados ou organizações não governamentais e estabelecimentos correlatos) (BRASIL, 2003);

3. Nível de hierarquia (NH): uma forma de enquadramento que define a complexidade dos procedimentos que podem ser realizados por um estabelecimento de saúde que atende pelo SUS (BRASIL, 2003);

4. Porte hospitalar: pequeno (até 49 leitos), médio (50 até 150 leitos), grande (151 a 500 leitos) e especial (acima de 500 leitos).

Em função das notas de desempenho, os estabelecimentos foram divididos em 3 agrupamentos a partir do percentil 50 e 69: grupo 1- baixo desempenho; grupo 2 – médio desempenho e grupo 3 – alto desempenho. As notas gerais para os hospitais foram resumidas para o Brasil por unidade federada, por região geográfica, por tipo de gestão, por esfera administrativa, por porte hospitalar e por nível hierárquico.

4.4.2 Segunda Fase do Estudo - Verificar, com base em características da atenção básica e atenção hospitalar, a situação de cobertura, de qualidade e da taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade, por macrorregião de saúde no SUS

Esta fase do estudo refere-se ao segundo artigo de resultados, ainda não submetido, porém, formato e com o título provisório de: *“A configuração da Rede de Atenção à Saúde no SUS: uma análise a partir de componentes da atenção básica e atenção hospitalar”*

Foi aplicada a técnica de análise de agrupamentos, também conhecida como análise de conglomerados, classificação ou cluster. Considerada como um grupo de técnicas multivariadas, tem como finalidade principal agregar objetos com base em características que eles possuem. Desse modo, a análise de agrupamento é uma técnica que dividi os elementos da amostra ou população, permitindo classificá-los em grupos e identificar uma estrutura “natural” das observações a partir de um perfil multivariado. Assim, elementos que pertencem a um mesmo grupo apresentam similaridades com respeito às variáveis (características) que neles foram medidas, maximizando, a homogeneidade dentro do grupo. E, ao mesmo tempo, elementos pertencentes a grupos diferentes tenderiam a ser heterogêneos em relação a estas mesmas características (HAIR *et al*, 2009; MINGOTI, 2017).

Na análise de cluster, utilizada para agrupar indivíduos, empresas, produtos e mesmo comportamentos, estabelecendo padrões, três questões básicas devem ser tratadas: i) a medida de similaridade (método de comparação que representa o grau de correspondência entre objetos ao longo de todas as características usadas na análise); ii) a formação dos agrupamentos (procedimento para agregar aquelas observações que são mais similares em um grupo) e iii) o número de grupos que melhor representam uma estrutura (um equilíbrio entre definir a estrutura com menos agrupamentos e, ainda, conseguir um nível necessário de similaridade dentro dos agrupamentos versus a heterogeneidade dos agrupamentos) (HAIR *et al*, 2009; MINGOTI, 2017).

Para os objetos do estudo, atenção básica e atenção hospitalar, foram selecionadas variáveis relacionadas à cobertura, qualidade e resolubilidade (quadro 3).

Quadro 3: Variáveis utilizadas na análise de agrupamento

Objetos	Características	Variáveis	Forma de cálculo	Indicadores
Atenção Básica	Certificação das EqAB no 2º ciclo do PMAQ-AB	Componente de qualidade/AB	Média da nota certificação EqAB, por macrorregião de saúde	Média do componente de qualidade/AB, por macrorregião de saúde
	Cobertura das Equipes de Atenção Básica (Equipes de Saúde da Família e Equipes de Atenção Básica)	Cobertura populacional estimada pelas EqAB	Soma população na cobertura/AB na macrorregião de saúde /população total na macrorregião de saúde x 100.	Cobertura populacional estimada pela EqAB, por macrorregião de saúde
Atenção Hospitalar	Hospitais avaliados no PNASS (2015_2016)	Componente de risco e qualidade dos hospitais	Média da nota de desempenho dos hospitais avaliados no PNASS por município. A partir da média por município foi calculada a média da macrorregião de saúde.	Média do componente de risco e qualidade dos hospitais PNASS, por macrorregião de saúde
	Leitos disponíveis para o SUS de internação (fosse diferente de hospital-dia) e leitos complementares	Leitos por mil habitantes SUS	Número total de leitos Hospitalares SUS na macrorregião / população total na macrorregião de saúde x 1000	Leitos por mil habitantes/SUS por macrorregião de saúde
	Taxa de resolubilidade da internação hospitalar	Taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade	Número de internações de média complexidade (MCH1 e MCH2) realizadas por residentes da Microrregião de saúde, na própria microrregião de residência / Total de internações de média complexidade (MCH1 e MCH2) realizadas por residentes da Microrregião de saúde X 100	Média da taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade, por macrorregião de saúde

Fonte: Elaboração própria

O nível de análise foi a macrorregião de saúde, espaço regional ampliado que garante a resolutividade da RAS (BRASIL, 2018). Segundo Menicucci e Marques (2016), a macrorregião é um espaço de responsabilidades sanitárias diversas onde, em princípio, se dá o fluxo dos usuários a partir do PDR e dos pactos estabelecidos entre municípios, levando em consideração a sua capacidade de prestar assistência em níveis de complexidade. O estudo abrangeu 103, das 104 macrorregiões estabelecidas na regionalização elaborada no PDR dos estados (baseando-se na classificação de 2018) e, do total de 5570 municípios, englobou 5552 municípios. Ressalta-se a esperada dinamicidade do PDR nos estados com mudanças na composição das regiões de saúde (micro e macrorregiões), havendo, a cada período, diferenças no quantitativo de regiões de saúde.

Para calcular a população da macrorregião foi utilizada a estimativa populacional do e-Gestor Atenção Básica referente ao mês de julho de 2015. A população de cada macrorregião de saúde foi calculada a partir da soma da população de cada município que a compõe, utilizada para calcular os valores médios referentes às variáveis de “*Cobertura populacional estimada pela EqAB*” e “*Leitos por mil habitantes SUS*”.

Para a variável “*Componente de qualidade na AB*” utilizou-se a nota de certificação de qualidade das 32.336 equipes que participaram do PMAQ-AB, Brasil, 2013-2014. Assim, a partir da nota de certificação da EqAB foi calculada a média por macrorregião de saúde.

Do e-Gestor Atenção Básica (2015) utilizou-se os dados referente à cobertura na AB para a variável “*Cobertura populacional estimada pela EqAB*”. A cobertura AB refere-se à “*cobertura populacional estimada na Atenção Básica, dada pelo percentual da população coberta por equipes da Estratégia Saúde da Família e por equipes de Atenção Básica tradicional equivalentes e parametrizadas em relação à estimativa populacional*” (BRASIL, 2021, p. 2). Desse modo, utilizando a coluna que indica a cobertura populacional na AB foi realizada a soma da cobertura dos municípios que compõem a macrorregião de saúde e, em seguida, dividida a cobertura populacional por macrorregião pela população da macrorregião e multiplicado por 100.

Da variável “*Componente de risco e qualidade dos hospitais PNASS*”, foi utilizada a nota de desempenho dos hospitais que participaram do PNASS 2015-2016 (CHAVES *et al*, 2020). Foi construído um banco de dados com a nota de desempenho dos hospitais por município. Para o município que possuía mais de um hospital participante do programa, foi calculada a média por município. Em seguida foi calculada a média por macrorregião de saúde.

Para a variável “*Leitos do SUS por mil habitantes*” foram utilizados os dados referentes a leito hospitalar de internação do tipo cirúrgico, clínico, obstétrico, pediátrico e outras especialidades e leito hospitalar complementar para o Brasil por macrorregião, referente a outubro/2015 no Datasus. A fórmula de cálculo utilizou como referência a metodologia aplicada por Lima (2016, p.63) que considera leitos hospitalares disponíveis para o SUS, diferentes de hospital-dia. Assim, somou-se o número total de leitos SUS (internação e complementares) por macrorregião de saúde, que foi então dividido pela população da macrorregião e multiplicada por 1.000

Para a variável “*Taxa de Resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade*” foi utilizado a metodologia aplicada por Moraes (2019, p. 54). No referido estudo, o indicador de resolubilidade tem como objetivo “*avaliar em cada território sanitário de saúde, os resultados alcançados na prestação dos serviços, ou seja, a resposta dada à demanda*

apresentada pela região frente aos serviços de saúde credenciados ao SUS” (MORAIS, 2019, p. 53). Ou seja, “indicar em que medida as regiões de saúde tem absorvido as demandas internas por internações de média complexidade, originalmente atribuídas à própria região de saúde como responsabilidade local” (MORAIS, 2019, p. 55). Também, segundo Malachias (2010, apud SES/MG, 2011d, p. 4)

“A resolubilidade é a medida percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população residente em sua própria região - micro ou macro, considerada a tipologia definida como referência ideal para o nível regionalização/atenção à saúde, conforme PDR/MG, na assistência em geral e/ou na assistência a um grupo, programa, ou clínica de especialidade médica. Neste caso, refere-se aos vazios assistenciais” (SES/MG, 2011d, p. 4)

Assim, adaptada a unidade de análise para o presente estudo, foi empregada a média da macrorregião de saúde do cálculo da proporção abaixo, multiplicada por 100:

$$\text{TxResol} = \frac{\text{Número de internações de média complexidade (MCH1 e MCH2) realizadas por residentes da Microrregião de saúde, na própria microrregião de residência}}{\text{Total de internações de média complexidade (MCH1 e MCH2) realizadas por residentes da Microrregião de saúde}}$$

Após a preparação do banco de dados e, previamente à aplicação da análise de agrupamento, as variáveis foram padronizadas, utilizando-se os valores da média e desvio-padrão (Escores Z), eliminando-se, assim, o viés introduzido pelas diferenças nas escalas das variáveis usadas. Em seguida, foi escolhida uma medida de proximidade (similaridade) de forma a determinar a distância entre os elementos, permitindo uma comparação objetiva entre eles. A similaridade adotada neste trabalho foi a distância euclidiana (em linha reta) em cada observação (macrorregião) com base nas características dos objetos (atenção básica e atenção hospitalar). Já o procedimento de partição escolhido foi o método hierárquico que “*envolve uma série de n – 1 decisões de agrupamento (sendo n o número de observações) que combinam observações em uma estrutura de hierarquia ou do tipo árvore*” (HAIR et al, 2009, p. 448). No procedimento de partição hierárquico, é necessário definir o algoritmo de aglomeração, que determina como a similaridade é definida entre agrupamentos de múltiplos membros no processo. No estudo, foi utilizado o método de ligação completa, ou maior distância. Nesse método, para definir a similaridade entre dois agrupamentos, as distâncias entre todos os objetos em um agrupamento e todos do outro agrupamento são calculadas e o valor máximo dessas distâncias é escolhido como a medida de similaridade entre os dois agrupamentos. O processo

de criação de agrupamentos gerou um diagrama em árvore, conhecido como dendograma, que fornece o retrato gráfico do processo de agrupamento, representando as combinações/divisões dos grupos para formar o intervalo completo de soluções (HAIR *et al*, 2009). Formam-se os subgrupos de tal forma que as distâncias entre os membros de um subgrupo sejam mínimas e as distâncias entre os subgrupos sejam máximas. Por fim, foi utilizada a função NbClust (disponível na biblioteca NbClust; <https://CRAN.R-project.org/package=NbClust>) para avaliação do número ótimo de grupos.

Em seguida, foram mensurados os escores médios (EM) das variáveis em cada grupo. Para isso, foi utilizado o percentil (P), que divide os valores originais de cada variável ordenados de forma crescente, para construir uma escala de classificação em: baixo (abaixo do P₅₀); médio (entre P₅₀ e P₇₀) e alto (acima do P₇₀). Para as variáveis que não apresentaram distribuição normal a escala de classificação considerou: baixo (abaixo de 50.0); médio (entre 50.0 e 70.0) e alto (acima de 70.0).

A descrição dos agrupamentos comparou o EM obtido em cada variável para cada grupo com a escala de classificação construída. Desse modo, no estágio de interpretação, foi possível examinar as características de cada agrupamento, além de identificar as diferenças substanciais entre os agregados. Segundo Hair *et al* (2009), a interpretação envolve o exame de cada agrupamento em termos da variável estatística de agrupamento para nomear um rótulo capaz de descrever a natureza dos agregados.

Posteriormente, foi aplicado o teste Kruskal-Wallis e Nemenyi para comparação das variáveis por região e calculado o quantitativo e o percentual de macrorregiões, municípios e população para cada grupo e resumido para o Brasil, por unidade federada e região, para observar como se dá sua distribuição populacional. Em seguida, a partir da descrição dos agrupamentos, que examinou as características de cada grupo, foi empreendido uma interpretação dos mesmos (HAIR *et al*, 2009) que pudesse contribuir para o delineamento de uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS.

4.4.3 Terceira Fase do Estudo – Delinear uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS.

Esta fase refere-se ao terceiro artigo de resultados ainda não elaborado.

A tipologia é uma classificação de objetos com base empírica (uma ou mais características desses objetos). Assim, para delinear uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS foi utilizado, no estágio de interpretação, a descrição dos

agrupamentos que envolveu o exame das características de cobertura e qualidade da AB e AH e da taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade. Para isso, foi realizada a comparação do escore médio obtido em cada variável para cada grupo com uma escala de classificação construída no estudo que possibilitou definir um rótulo que fosse capaz de descrever a natureza dos agregados (HAIR *et al*, 2009).

Buscou-se segmentar as macrorregiões de saúde segundo agrupamentos com distintos perfis de cobertura, de qualidade e de resolubilidade na atenção básica e atenção hospitalar e, assim, empreender um exame regional a partir de características da AB e AH, espaços estratégicos para organização do sistema de saúde e desafios centrais para a constituição de Região e Redes de Saúde no SUS (VIANA *et al*, 2018). Compreende-se que, conforme apresentado por Neri e Pinto (2021), não basta o acesso a determinado serviço, mas o nível de qualidade e efetividade da atenção em saúde oferecida ao cidadão, pois esse deve ser capaz de gerar valor para a condição de saúde da população e sociedade.

Sabe-se que estimar a cobertura assistencial é um indicador potente para avaliação dos serviços de saúde, utilizada em estudos que discutem a expansão da APS ou a oferta das ações e serviços de saúde no SUS, entre outros (GARNELO *et al*, 2018). Para Morosini, Fonseca e Lima (2018) a cobertura na AB se destaca como um indicador importante da intencionalidade da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Na AH, apesar do Ministério da Saúde não possuir uma política consistente e permanente de avaliação dos hospitais, o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (2004), tem sido uma das formas de conhecer o parque hospitalar brasileiro (COELHO, 2013). No presente estudo, além dos dados do PNASS 2015-2016, também foram utilizados como indicador a cobertura de leitos e a taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade. Esse último, considerado instrumento capaz de mensurar a capacidade de resposta das regiões de saúde à demanda por atendimento da população residente, ou seja, indicador de cobertura capaz de mensurar a acessibilidade dos usuários na região de saúde (MORAIS, 2019).

Delinear a tipologia de rede possibilitou, a partir das variáveis utilizadas, identificar as diferentes configurações da RAS no SUS e, conseqüentemente, como a organização do processo de regionalização está se desenhando no território nacional.

Em todas as fases do estudo as análises estatísticas foram realizadas por meio do software R (R Core Team, 2018).

4.4 Critérios Éticos

Para os dados do 2º ciclo do PMAQ-AB, o projeto teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o número 1.275.911 e foi financiado com recursos do MS. Para as demais fontes de dados não houve necessidade de submissão a comitê de ética em pesquisa, pois utilizou-se banco de dados secundários de domínio público, sem identificação nominal, em conformidade com o Decreto nº 7.724, 16 de maio de 2012 (BRASIL, 2012-b) e a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados da pesquisa onde, na primeira seção dispõe sobre a análise dos dados do Programa Nacional de Avaliação de Serviço de Saúde – PNASS (BRASIL, 2015c) e apresenta os resultados de desempenho dos hospitais brasileiros.

Na segunda seção, são apresentados os resultados referentes à segmentação das macrorregiões de saúde do SUS, possibilitando identificar as diferentes configurações de redes de atenção à saúde no território nacional. Desse modo, busca-se reconhecer os desenhos político-territoriais estabelecidos no sistema de saúde brasileiro, tendo em vista a relação intergovernamental decorrente do processo de regionalização.

A terceira seção compreende o estágio de interpretação dos agrupamentos, sendo apresentado o delineamento de uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS enquanto forma de discussão dos arranjos regionais estabelecidos nos estados na conformação da RAS.

5.1 O desempenho dos hospitais avaliados no Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS 2015-2015

O PNASS avaliou 2.584 estabelecimentos, sendo: 1.761 Hospitais, 295 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 89 Centros Especializados de Reabilitação e 439 Terapia Renal Substitutiva. O Sudeste concentra 43,0% dos estabelecimentos (desses, 66,0% são hospitais), o Nordeste 25,0% (71,0% hospitais), o Sul 17,0% (70,0% hospitais), o Centro-Oeste 7,7% (56,5% hospitais) e o Norte 6,9% (76,4% hospitais). A classificação de porte hospitalar deu-se segundo o número de leitos que, na base selecionada do PNASS, foram 26 hospitais de pequeno porte (até 49 leitos), 1.112 de médio (50 até 150 leitos), 488 de grande (151 a 500 leitos) e 44 de porte especial (acima de 500 leitos). Incluíram-se os HPP com algum tipo de habilitação de acordo com os critérios do programa (Portaria 28 de 8/1/2015).

Tabela 2. Comparativo de aplicabilidade para os critérios incluídos* e excluídos** no estudo com apresentação do percentual de NÃO, SIM e de não se aplica (NA) para os 1.761 hospitais avaliados no programa.

BLOCOS	CRITÉRIOS	NÃO %	SIM %	NA %
BLOCO I Gestão organizacional	1. Gestão contratos*	42,6	55,5	1,9
	2. Planejamento e organização*	46,7	51,3	1,9
	3. Gestão da informação*	23,1	75,0	1,9
	4. Gestão de pessoas*	45,0	42,5	1,9
	5. Modelo organizacional*	38,2	59,9	1,9
BLOCO II Apoio técnico e logístico para produção de cuidado	6. Gerenciamento risco e segurança do paciente*	24,6	73,1	2,1
	7. Gestão infraestrutura e ambiência*	35,0	62,9	1,9
	8. Gestão equipamentos e materiais*	25,4	72,7	1,9
	9. Alimentação e nutrição — serviço/unidade*	25,7	70,2	4,0
	10. Assistência farmacêutica*	12,3	85,5	2,2
	11. Processamento roupas e materiais*	35,9	60,9	3,2
BLOCO III Gestão da atenção à saúde e do cuidado	12. Serviços apoio técnico e administrativo à atividade finalista do estabelecimento*	35,0	62,8	2,0
	13. Integração Redes Atenção à Saúde*	35,3	62,2	2,3
	14. Protocolos administrativos e clínicos*	36,8	61,0	2,0
	15. Gestão do cuidado*	39,0	58,9	2,1
BLOCO IV Serviços/unidades específicas	16. Acesso à estrutura assistencial**	19,5	54,4	26,0
	17. Atenção imediata — urgência e emergência**	28,4	55,0	16,4
	18. Atenção em regime ambulatorial especializado**	22,3	56,0	21,6
	19. Atenção em regime de internação*	22,6	73,0	4,2
	20. Atenção em regime de terapia intensiva**	16,6	45,5	37,7
	21. Atenção cirúrgica e anestésica*	35,3	54,7	9,9
	22. Atenção materna e infantil**	26,0	43,7	30,0
	23. Atenção em terapia renal substitutiva**	1,9	12,0	86,0
	24. Atenção em hemoterapia**	19,5	48,3	32,0
	25. Atenção serviços de reabilitação**	0,26	0,41	99,3
BLOCO V Assistência oncológica	26. Obrigações dos estabelecimentos e responsabilidades**	3,0	12,3	84,7
	27. Atenção radioterápica**	0,73	6,5	92,7
	28. Atenção em oncologia clínica**	1,7	13,3	84,9
	29. Atenção hematológica**	3,2	9,1	87,5
	30. Atenção oncológica pediátrica**	1,7	5,2	93

Fonte: Base de dados Pública do Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde - PNASS 2015–2016.

Quanto ao tipo de gestão, 60% dos hospitais eram de gestão municipal, 24% estadual e 16% estadual/municipal. Para esfera administrativa, 52% são privados e 48% públicos (50% municipal, 43% estadual e 7% federal).

Do total de 1.761 hospitais, 1.681 (95,5%) apresentaram até 10 itens sem resposta (NA \leq 10) e 80 (4,54%) apresentaram mais de 11 itens sem respostas (NA $>$ 11). Optou-se pela análise dos 1.681 hospitais com NA \leq 10: 1.558 responderam a todos os itens e 123 não responderam até 10 itens. Realizou-se a imputação de dados para os 123 hospitais com até 10 itens sem resposta, aplicando-se a moda da coluna para substituição do NA. O teste χ^2 demonstrou que não há diferença significativa ($p = 0,5714$), em nível de 5%, na distribuição geográfica dos hospitais incluídos e excluídos no estudo.

Do total de 180 itens do questionário, incluíram-se 102 (56,7%) e excluídos 78 (43,3%), segundo os critérios de exclusão dos itens faltantes (NA). Consequentemente, de 30 critérios iniciais, 17 (56,6%) foram incluídos e 13 (43,3%) excluídos (Tabela 2).

A gestão estadual obteve o melhor resultado na nota geral média (73) e quando avaliada por bloco: gestão organizacional (69); apoio técnico e logístico para produção de cuidado (79); gestão da atenção à saúde e do cuidado (69); serviços/unidades específicas (75). As gestões municipal e dupla não indicam diferença no resultado, com notas gerais médias de 67 e 66, respectivamente.

Quanto à esfera administrativa, a esfera pública federal alcançou nota média de 76, as esferas estadual e municipal tiveram nota média de 71 e 57, respectivamente, e a esfera privada alcançou nota média de 72. Também por bloco, os hospitais de esfera pública federal alcançaram os melhores resultados, e a esfera municipal obteve o pior desempenho. Na classificação segundo tipo de gestão e esfera administrativa (Tabela 3), a nota média dos hospitais de esfera pública federal, com gestão municipal, foi de 78,37.

Tabela 3. Nota final de desempenho dos hospitais avaliados no Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde (PNASS) 2015–2016 por tipo de gestão segundo esfera administrativa.

ESFERA ADMINISTRATIVA	TIPO DE GESTÃO		
	Estadual	Dupla	Municipal
Federal	66,46	69,00	78,37
Estadual	73,00	58,15	70,54
Municipal	70,31	53,70	58,00
Privada	74,42	69,60	72,19

Fonte: base de dados Pública do Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde (PNASS) 2015–2016.

No desempenho por bloco segundo estado, verificou-se que o bloco II — apoio técnico e logístico para produção de cuidado — e o bloco IV — serviços unidades/específicas — apresentaram melhores resultados. Já o bloco I — gestão organizacional — e o bloco III — gestão da atenção à saúde e do cuidado — alcançaram piores resultados (Tabela 4).

Tabela 4. Nota final de desempenho dos hospitais que compõem a análise por bloco (roteiro itens de verificação) segundo estado*.

ESTADO	Gestão organizacional	Apoio técnico logístico para produção de cuidado	Gestão da atenção à saúde e do cuidado	Serviços-unidades/específicas	Desempenho geral
NORTE					
Acre	63,13	77,08	58,33	73,96	68,12
Amapá	35,28	44,84	21,30	35,42	34,21
Amazonas	47,87	62,15	54,88	68,82	58,43
Pará	53,54	58,72	56,85	63,32	58,11
Rondônia	63,57	73,30	63,69	79,76	70,08
Roraima	66,11	78,97	62,04	54,17	65,32
Tocantins	48,33	66,37	34,49	53,82	50,75
NORDESTE					
Alagoas	64,75	70,60	60,97	72,92	67,31
Bahia	56,91	66,29	56,96	69,97	62,53
Ceará	63,49	70,66	62,70	75,00	67,96
Pernambuco	57,64	66,89	60,63	69,23	63,60
Maranhão	39,79	55,31	37,78	55,39	47,07
Paraíba	52,30	60,84	54,88	68,36	59,09
Piauí	64,01	63,96	61,36	60,99	62,58
Rio Grande Norte	55,18	60,71	51,13	58,18	56,30
Sergipe	69,39	77,92	68,18	77,66	73,29
CENTRO-OESTE					
Goiás	53,57	69,86	57,28	64,25	61,24
Mato Grosso	49,32	56,66	47,10	60,80	53,47
Mato Grosso do Sul	76,42	78,69	75,14	81,04	77,82
Distrito Federal	57,19	68,3	63,19	54,95	60,91
SUDESTE					
Espírito Santo	54,36	63,28	42,87	62,69	55,8
Minas Gerais	65,03	77,04	66,86	76,04	71,24

Continua

Tabela 4. Nota final de desempenho dos hospitais que compõem a análise por bloco (roteiro itens de verificação) segundo estado*.

ESTADO	Gestão organizacional	Apoio técnico logístico para produção de cuidado	Gestão da atenção à saúde e do cuidado	Serviços-unidades/específicas	Desempenho geral
São Paulo	76,31	83,16	77,68	81,42	79,64
Rio de Janeiro	60,09	71,87	64,06	73,46	67,37
SUL					
Paraná	76,13	84,67	76,33	83,72	80,21
Rio Grande Sul	66,55	74,17	65,75	68,80	68,82
Santa Catarina	71,45	83,35	71,16	73,35	74,83
Geral Brasil	64,00	73,00	64,00	72,00	68,32*

Conclusão

*Desvio padrão do desempenho geral dos hospitais incluídos no estudo: 21,85.

Fonte: Base de dados Pública do Programa Nacional de Avaliação Serviços de Saúde (PNASS) 2015–2016.

Analisando o desempenho segundo unidade federativa, o estado do Paraná alcançou o melhor resultado (80,21), seguido de São Paulo (79,64). A nota mais baixa foi do Amapá (34,21).

Por região geográfica, os hospitais localizados no Sul e no Sudeste obtiveram o melhor desempenho (73,00) em relação ao Centro-Oeste (62,67), ao Nordeste (61,18) e ao Norte (58,47).

No desempenho de cada hospital, consideraram-se três grupos:

- grupo 1: baixo desempenho (nota até 72,01) — 840 hospitais (49,97%);
- grupo 2: médio desempenho (nota de 72,02 até 82,87) — 319 hospitais (18,98%);
- grupo 3: alto desempenho (nota acima de 82,88) — 522 (31,05%).

Na classificação, os estados do Paraná, Rondônia e São Paulo possuem o maior percentual de hospitais com alto desempenho, respectivamente, 58, 57 e 54%. No Sul e Sudeste, 38% dos hospitais obtiveram alto desempenho e, no Norte e Nordeste, 21%.

Por fim, a avaliação dos hospitais em relação ao porte hospitalar apontou que, quanto maior o porte, melhor o desempenho. As notas médias segundo porte: pequeno (55,00), médio (63,00), grande (79,00) e especial (87,66).

5.2 A segmentação das macrorregiões de saúde no SUS segundo agrupamentos com distintos perfis de cobertura, de qualidade e da taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade da atenção básica e atenção hospitalar

Abaixo (tabela 5) apresenta a estatística descritiva das variáveis do estudo para o Brasil. Verifica-se que as variáveis de “cobertura populacional estimada pela EqAB” e “componente de risco e qualidade dos hospitais PNASS” indicam uma maior dispersão no conjunto dos elementos.

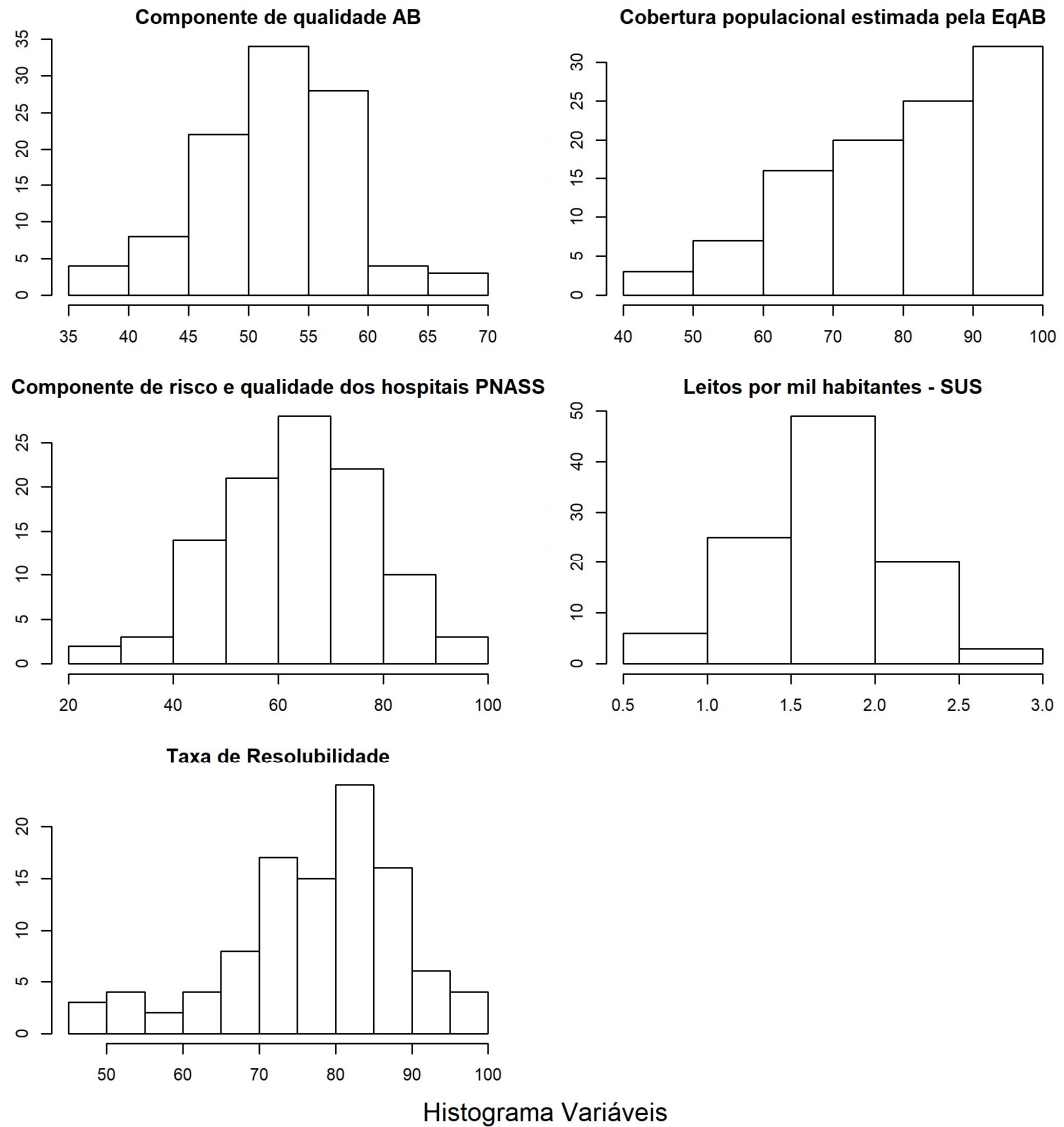
Tabela 5: Estatísticas descritivas para os valores originais das variáveis no estudo

VARIÁVEL	Mediana	Média	Desvio Padrão	Valor Mínimo	Valor Máximo
Atenção Básica					
1. Componente de qualidade AB	52.59	52.36	5.85	37.38	66.30
2. Cobertura populacional estimada pela EqAB	81.89	79.99	14.46	43.81	100.00
Atenção Hospitalar					
3. Componente de risco e qualidade dos hospitais PNASS	64.64	63.38	14.47	26.78	94.89
4. Leitos por mil habitantes - SUS	1.65	1.7	0.44	0.61	2.91
5. Taxa de Resolubilidade	79.13	77.61	11.46	45.02	98.05

Fonte: Elaboração própria a partir da análise de agrupamento/cluster

O teste Shapiro-Wilk indica que a distribuição é normal ($p > 0.05$) para as variáveis “componente de qualidade AB”; “componente de risco e qualidade dos hospitais PNASS” e “leitos por mil habitantes – SUS” (Figura 3).

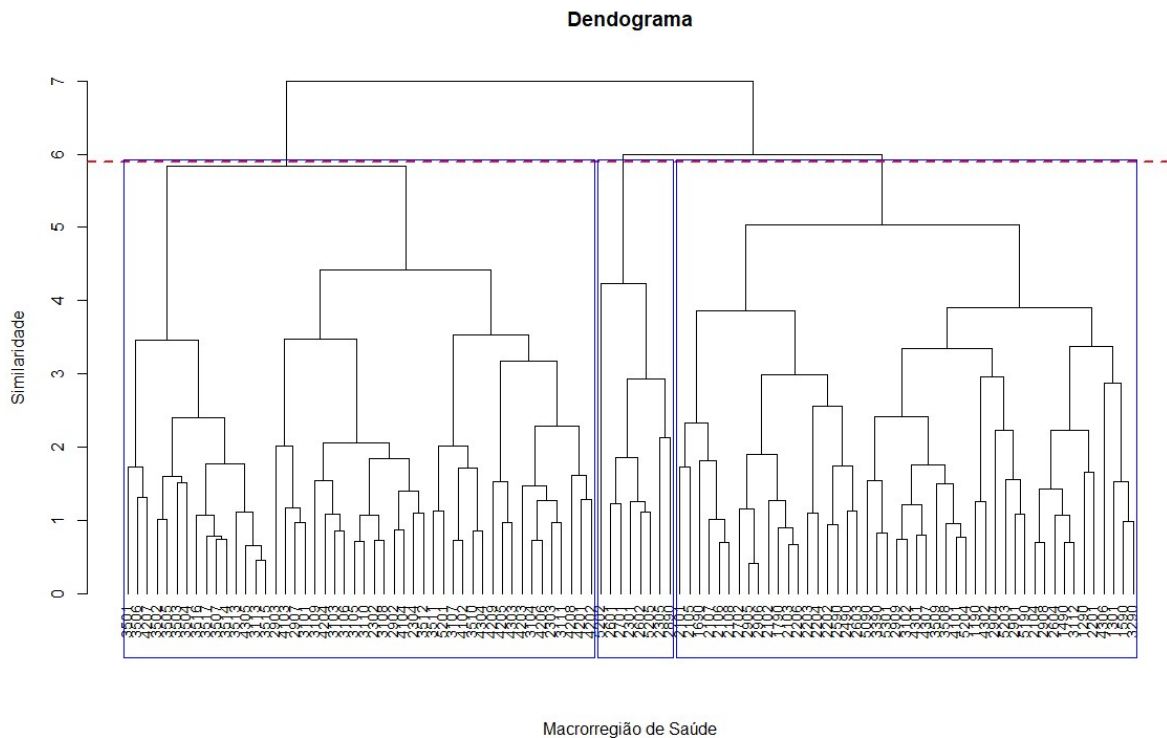
Figura 3: Histograma para as variáveis selecionadas no estudo



Fonte: Dados da análise de agrupamento/cluster

O dendograma exibe os agrupamentos e a distribuição das macrorregiões (figura 4)

Figura 4: Dendograma de Análise Hierárquica de agrupamentos, usando ligação completa (entre grupos) e Distância Euclidiana com partição de 3 grupos*



Fonte: Dados da análise de agrupamento/cluster

*A partição dos agrupamentos ocorre em nível de similaridade de aproximadamente 5,9, sendo respectivamente: na extrema esquerda, o terceiro agrupamento com 48 macrorregiões de saúde; seguido do segundo com 8 macrorregiões e, na extrema direita, o primeiro agrupamento com 47 macrorregiões.

A tabela 6 apresenta a média por estado para as variáveis de atenção básica e atenção hospitalar. Na comparação entre as regiões, a nível de 5% de significância ($p < 0.05$), há evidências de que pelo menos um indicador pertencente a uma região se difere dos demais: 1) “*Componente de qualidade AB*” – regiões Sul e Norte apresentaram o maior e menor indicadores médios, respectivamente, existindo diferença entre as regiões: Sudeste e Nordeste, Sudeste e Norte, Sul e Centro-Oeste, Sul e Nordeste, além de Sul e Norte; 2) “*Cobertura populacional estimada pela EqAB*” – Nordeste teve indicador médio maior dentre as regiões e o Centro-Oeste o menor. Na comparação, existe diferença entre Nordeste e Centro-Oeste, além Sudeste e Nordeste; 3) “*Componente de risco e qualidade dos hospitais avaliados no PNASS*” – o Sudeste teve o maior e o Norte o menor indicador médio, com diferença entre as regiões Norte e Nordeste, Sudeste e Nordeste, Sudeste e Norte, Sul e Nordeste, além de Sul e Norte; 4) “*Leitos por mil habitantes SUS*” - Sul e Sudeste apresentaram o maior e menor indicadores médios, respectivamente, existindo diferença entre as regiões Sul e Sudeste e 5) “*Taxa de Resolubilidade*” – Sul com o maior indicador médio e o Nordeste o menor, havendo diferenças entre as regiões Sudeste e Nordeste e, por fim, Sul e Nordeste.

Tabela 6: Comparação entre as regiões e os estados para as variáveis de atenção básica e atenção hospitalar no Brasil.

REGIÃO/ESTADO	VARIÁVEIS				
	ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO HOSPITALAR		
	Componente de qualidade na AB	Cobertura populacional estimada pela Equipe AB	Componente de risco e qualidade – Hospitais avaliados PNASS	Cobertura de leitos por mil habitantes -SUS	Taxa de Resolubilidade
NORTE					
Acre	39.20	91.78	57.12	1.71	88.95
Amapá	40.78	90	26.78	1.38	64.91
Amazonas	39.37	67.52	42.29	1.39	85.17
Pará	46.98	61.94	51.98	1.43	83.13
Rondônia	41.43	76.67	67	2.01	71.09
Roraima	47.14	78.19	65.32	1.75	75.9
Tocantins	49.83	94.31	47.73	1.57	66.75
MÉDIA/ REGIÃO	43.53	80.05	51.2	1.6	76.55
NORDESTE					
Alagoas	48.38	83.91	58.38	1.53	56.70
Bahia	51.58	80.48	62.34	1.57	80.23
Ceará	57.39	91.61	62.65	1.74	66.33
Pernambuco	50.93	83.98	56.13	1.81	64.34
Maranhão	44.10	91.89	39.86	1.78	73.54
Paraíba	48.97	97.90	46.39	1.94	52.39
Piauí	50.02	99.29*	43.07	1.95	73.47
Rio Grande do Norte	56.45	87.91	49.73	1.86	54.28
Sergipe	49.93	89.89	72.64	1.24	45.02
MÉDIA/ REGIÃO	50.27	88.74	54.68	1.72	70.32
CENTRO-OESTE					
Goiás	50.74	72.14	54.36	1.72	66.06
Mato Grosso	49.85	72.02	45.41	1.72	83.03
Mato Grosso do Sul	49.12	73.06	76	1.54	95.25
Distrito Federal	48.72	61.94	60.91	1.55	97.27*
MÉDIA/ REGIÃO	50.17	70.97	56.8	1.67	75.73

Continua

Tabela 6: Comparação entre as regiões e os estados para as variáveis de atenção básica e atenção hospitalar no Brasil

REGIÃO/ESTADO	VARIÁVEIS				
	ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO HOSPITALAR		
	Componente de qualidade na AB	Cobertura populacional estimada pela Equipe AB	Componente de risco e qualidade – Hospitais avaliados PNASS	Cobertura de leitos por mil habitantes - SUS	Taxa de Resolubilidade
SUDESTE					
Espírito Santo	44.68	73.39	54.83	1.58	85.28
Minas Gerais	54.58	86.79	66.84	1.58	80.29
São Paulo	55.56	60.42	77.93*	1.44	82.06
Rio de Janeiro	44.97	60.33	61.56	1.61	91.67
MÉDIA/ REGIÃO	54.5	71.53	72.2	1.50	81.74
SUL					
Paraná	54.03	80.40	76.61	1.92	80.08
Rio Grande do Sul	52.39	74.43	66.49	2.18*	85.65
Santa Catarina	61.11*	87.21	73.96	1.87	87.19
MÉDIA/ REGIÃO	56.64	81.37	71.9	1.98	85.22
MÉDIA BRASIL	52.36	79.99	63.38	1.7	77.61

Conclusão

Fonte: Elaboração própria a partir da análise de agrupamento/cluster

Cor para indicar o Escore Médio (EM) da variável conforme escala de classificação em: Baixa (Vermelho) – Média (Azul) – Alta (Verde)

*Média mais alta para a variável.

A escala construída no estudo classificou os agrupamentos da seguinte forma: na AB - a qualidade como baixa (abaixo 52.59), média (52.60 até 55.51) e alta (acima 55.52); cobertura/Equipe Saúde Família como baixa (abaixo de 50.0), média (entre 50.0 e 70.0) e alta (acima 70.0). Para AH - qualidade como baixa (abaixo de 64.64), média (64.65 até 71.52) e alta (acima 71.53); cobertura/leito hospitalar como baixa (abaixo 1.65), média (1.66 até 1.89) e alta (acima 1.9), além da taxa de resolubilidade como baixa (abaixo de 50.0), média (entre 50.0 e 70.0) e alta (acima 70.0).

A classificação dos agrupamentos, para cada variável, e suas principais características são apresentadas na tabela 7.

Tabela 7: Escore Médio (EM) da variável para cada grupo e sua classificação em alto, médio ou baixo, seguida das características para cada agrupamento.

VARIÁVEIS	GRUPOS		
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3
Atenção Básica			
1. Componente de qualidade da AB	48.09 Baixa	51.98 Baixa	56.60 Alta
2. Cobertura populacional estimada pela EqAB	81.83 Alta	78.14 Alta	78.50 Alta
Atenção Hospitalar			
3. Componente de risco e qualidade dos hospitais avaliados no PNASS	54.14 Baixa	59.05 Baixa	73.16 Alta
4. Leitos por mil habitantes - SUS	1.76 Média	1.54 Baixa	1.66 Média
5. Taxa de Resolubilidade	77.07 Alta	53.04 Média	82.24 Alta
CARACTERÍSTICAS DOS AGRUPAMENTOS			
Número de Macrorregiões	47	8	48
% no total de Macrorregiões	45.63	7.76	46.60
Número de Municípios	2678	406	2468
% no total Municípios*	48.23	7.31	44.45
População (Projeção 2014)	99.583.898	19.662.830	83.408.168
% no total da população	49.13	9.7	41.15

Fonte: Elaboração própria a partir da análise de agrupamento/cluster

O grupo 1 (Alta Cobertura/AB e Média/AH; Baixa qualidade/AB-AH com alta resolubilidade) é composto por 47 macrorregiões de saúde (45.63% do total), está presente em todas as regiões geográficas (tabela 8), possui o maior percentual populacional (49.13%) e em número de municípios (2678). Observa-se a nota média mais alta para cobertura/AB-AH; a mais baixa para qualidade/AB-AH e intermediário para resolubilidade. No conjunto, o grupo 1 indica um cenário intermediário entre os grupos para cobertura, qualidade e resolubilidade.

O grupo 2 (Alta Cobertura/AB e Baixa/AH; Baixa qualidade/AB-AH com Média resolubilidade) é menor em número de macrorregiões (8), distribuídas no Centro-Oeste e Nordeste (tabela 8), com 406 municípios e o menor percentual populacional (9.7%). Apesar de indicar alta cobertura/AB, distingue as macrorregiões com a nota média mais baixa para

cobertura/AB; também a nota média mais baixa para cobertura/AH e resolubilidade. Agrupa macrorregiões com baixa qualidade AB-AH, mas apresenta resultado intermediário para essas variáveis, sendo a nota média para qualidade AB-AH maior que a nota do grupo 1. Na comparação, indica o pior cenário entre os grupos.

O grupo 3 (Alta Cobertura/AB e Média/AH; Alta qualidade/AB-AH com alta resolubilidade) é composto por 48 (46.60%) macrorregiões localizadas no Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul (tabela 8), possui 2468 municípios que representa 44.45% da população brasileira. Agrupa as macrorregiões com os melhores resultados para qualidade/AB-AH e resolubilidade e intermediários para cobertura AB-AH. Apresenta o melhor cenário para cobertura, qualidade e resolubilidade.

No geral, os grupos 1 e 2, com os piores resultados para qualidade/AB-AH (baixa), representam 58.54% da população brasileira e o grupo 3, com os melhores resultados (alta), representa 41.15%. A cobertura/AB é alta para 100% da população (grupos 1, 2 e 3) e na AH a cobertura é média para 90.29% da população (grupos 1 e 3 com melhores resultados) e baixa para 9.7 % da população (grupo 2). A resolubilidade é alta para 90.29% da população (grupos 1 e 3) e média para 9.7% (grupo 2).

Apesar dos dados indicarem alta qualidade para, aproximadamente, dois quintos da população na AB, uma parte expressiva (três quintos da população) acessa serviços de baixa qualidade. Por outro lado, a cobertura/AB é de, aproximadamente, 80% em todo o território nacional. Em análise realizada destaca-se que, se o acesso aos serviços de atenção básica aumentou devido a transferência de recursos federais esse, ainda, não produziu uma equalização nos padrões de oferta destes serviços entre os municípios (MARQUES; ARRETCHE, 2003). Questão que se evidencia no presente estudo quando observamos o cenário geral para AB que apontou alta cobertura e baixa qualidade. Para a AH, a cobertura é média e a qualidade também é baixa, porém alcançando alta resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade conforme demanda apresentada à região frente aos serviços de saúde credenciados no SUS.

A tabela 8 mostra a distribuição dos agrupamentos no Brasil. Na região **Norte**, 100% das macrorregiões foram classificadas no grupo 1. O **Nordeste**, com macrorregiões classificadas nos três grupos, concentra (66.66%) no grupo 1; 16.66% no grupo 2 e 16.66% no grupo 3. Destaca-se resolubilidade alta e baixa qualidade AB-AH para 83.33% das macrorregiões. O **Centro-Oeste** classifica um maior número (62.5%) de macrorregiões no grupo 1 (cenário intermediário). O **Sudeste**, apresenta macrorregiões nos grupos 1 e 3, divergentes para qualidade AB-AH. Chama atenção Minas Gerais com 84,61% das macrorregiões no grupo 3 e São Paulo 88.23% (o melhor cenário). Já Rio de Janeiro e Espírito

Santo estão classificados no grupo 1, cenário intermediário quando na comparação entre os grupos, porém com baixa qualidade AB-AH. Também o **Sul**, classificou 75% de suas macrorregiões no grupo 3.

Tabela 8: Distribuição dos grupos da análise de agrupamento com apresentação do percentual de macrorregião de saúde por grupo, segundo região e unidade federativa no Brasil

REGIÃO/ ESTADO	GRUPOS		
	1	2	3
	Alta cobertura/AB e Média/AH; Baixa qualidade/AB-AH com alta resolubilidade	Alta cobertura/AB e Baixa/AH; Baixa qualidade/AB-AH com média resolubilidade	Alta cobertura/AB e Média/AH; Alta qualidade/AB-AH com alta resolubilidade
NORTE			
Acre	1 (100%)	-	-
Amapá	1 (100%)	-	-
Amazonas	1 (100%)	-	-
Pará	1 (100%)	-	-
Rondônia	1 (100%)	-	-
Roraima	1 (100%)	-	-
Tocantins	1 (100%)	-	-
Total região	7 (100%)	-	-
NORDESTE			
Alagoas	1 (50%)	1 (50%)	-
Bahia	6 (66.66%)	-	3 (33.33%)
Ceará	-	2 (40%)	3 (60%)
Pernambuco	2 (50%)	2 (50%)	-
Maranhão	8 (100%)	-	-
Paraíba	1 (100%)	-	-
Piauí	5 (100%)	-	-
Rio Grande do Norte	1 (100%)	-	-
Sergipe	-	1 (100%)	-
Total região	24 (66.66%)	6 (16.66%)	6 (16.66%)

Continua

Tabela 8: Distribuição dos grupos da análise de agrupamento com apresentação do percentual de macrorregião de saúde por grupo, segundo região e unidade federativa no Brasil

REGIÃO/ ESTADO	GRUPOS		
	1	2	3
	Alta cobertura/AB e Média/AH; Baixa qualidade/AB-AH com alta resolubilidade	Alta cobertura/AB e Baixa/AH; Baixa qualidade/AB-AH com média resolubilidade	Alta cobertura/AB e Média/AH; Alta qualidade/AB-AH com alta resolubilidade
CENTRO-OESTE			
Goiás	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)
Mato Grosso	1 (100%)	-	-
Mato Grosso do Sul	1 (100%)	-	-
Distrito Federal	1 (100%)	-	-
Total região	5 (62.5%)	2 (25%)	1 (12.5%)
SUDESTE			
Espírito Santo	1 (100%)	-	-
Minas Gerais	2 (15.38%)	-	11 (84.61%)
São Paulo	2 (11.76%)	-	15 (88.23%)
Rio de Janeiro	1 (100%)	-	-
Total região	6 (18.75%)	-	26 (81.25%)
SUL			
Paraná	1 (25%)	-	3 (75%)
Rio Grande do Sul	4 (57.14%)	-	3 (42.85%)
Santa Catarina	-	-	9 (100%)
Total região	5 (25%)	-	15 (75%)
TOTAL BRASIL	47 (45.63%)	8 (7.76%)	48 (46.60%)

Conclusão

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados da análise de agrupamento/cluster

O cenário para o Brasil (tabela 6 e 8) chama atenção quando, na AB, em 77% dos estados, a nota média para qualidade é baixa e, na AH, em 70.37% dos estados. Já para cobertura, a nota média é alta, na AB, em 85% dos estados. Na AH, apesar da nota para o Brasil indicar média cobertura, em 48.14% dos estados ela é baixa; em 37.33% dos estados é média e em 18.51% dos estados ela é alta. Mesmo a nota média para cobertura/AH ser classificada como alta em alguns estados, não ocorreu classificação de agrupamento com alta cobertura/AH, tendo a região Sudeste a menor média entre as regiões. Dados do PROADES (2019) verificaram, entre 2007 e 2019, um decréscimo no número de leitos curativos disponíveis ao SUS por mil

habitantes em todas as grandes regiões, com exceção do Norte. No estudo citado, as maiores reduções foram identificadas no Centro-Oeste e Sudeste, sendo que, em 2017, a maior taxa foi observada nas regiões Sul e Centro-Oeste e a menor taxa apresentada no Sudeste. Resultados que corroboram com o presente estudo, quando foi observado a menor média para cobertura/AH no Sudeste (1.5) e a maior no Sul (1.98) e Nordeste (1.72).

Verifica-se divergências regionais na oferta de serviços que pode estar relacionada à organização do processo de descentralização e regionalização no SUS, além das regulamentações nacionais que limitam a autonomia dos entes subnacionais com impacto na produção de políticas públicas, mesmo em cenários em que as atribuições de execução das políticas são descentralizadas (ARRETCHE, 2012). Outra questão refere-se aos diferentes arranjos entre os entes federados na condução do planejamento regional (ALBUQUERQUE, 2013) para conformação da RAS (VIANA; FELISBERTO, 2017). Vale destacar ainda o papel mediador e regulador do estado, estratégico para a otimização dos recursos, maior eficiência alocativa (MORAIS, 2019) e articulação da oferta e demanda dos serviços de saúde a nível regional (SOUZA *et al*, 2018; CAJUEIRO, 2019).

Destaca-se que, para os estados com uma macrorregião, diferenças intra-regionais não foram demonstradas. Em todo o país, não foi encontrada macrorregião que agregasse alta qualidade e cobertura AB-AH com alta resolubilidade, porém o grupo 3 aproxima-se desse cenário.

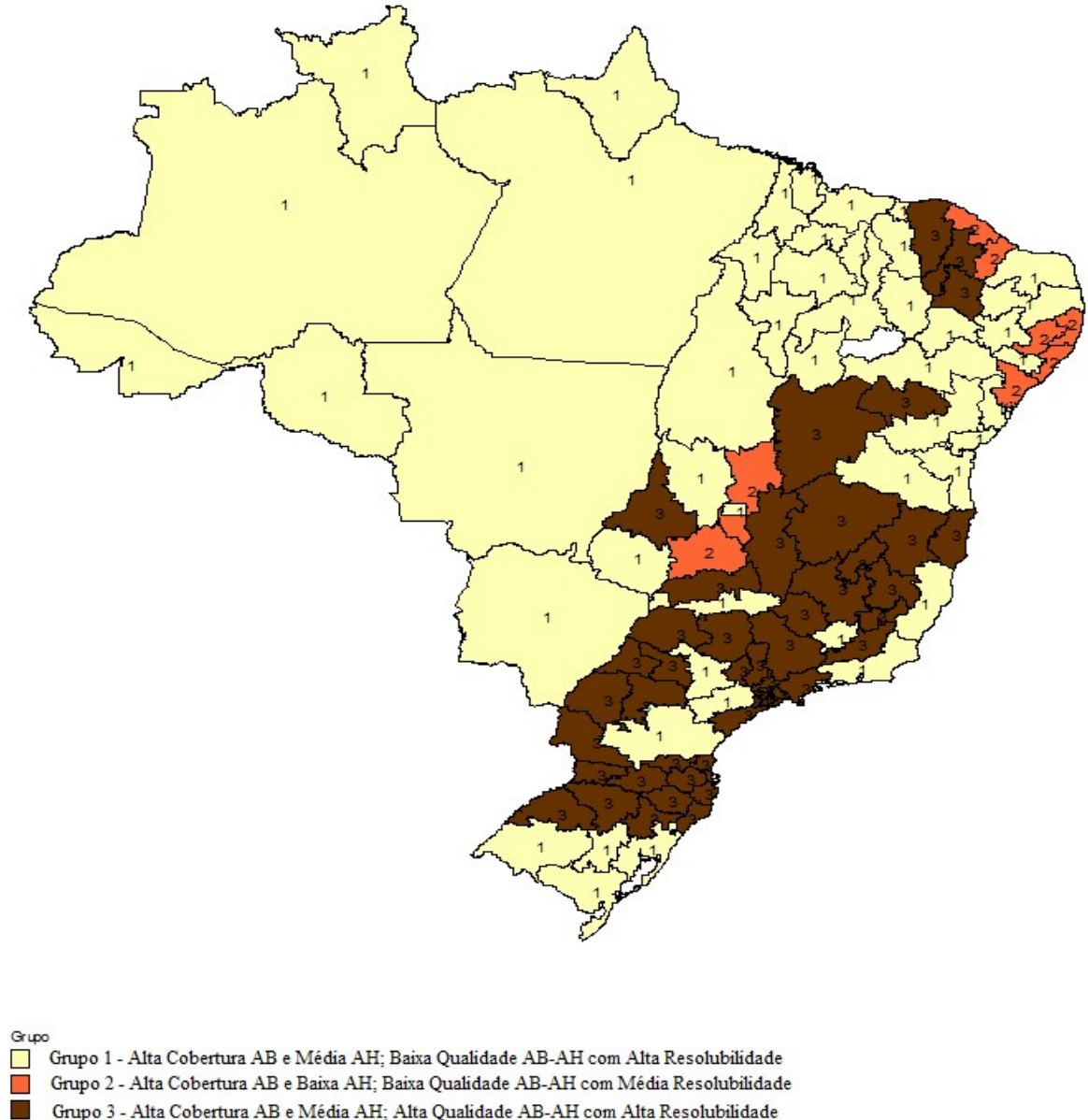
5.3 O estágio de interpretação – delineando uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde do SUS

O estágio de interpretação envolveu o exame de cada agrupamento em termos das variáveis utilizadas no estudo. Desse modo, a partir das características de cobertura e qualidade da AB e AH e da taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade foi definido um rótulo para descrever a natureza dos agregados sendo, conseqüentemente, delineada uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS, a saber: **Grupo 1:** Alta Cobertura AB e Média AH; Baixa qualidade AB-AH com alta resolubilidade; **Grupo 2:** Alta Cobertura AB e Baixa AH; Baixa qualidade AB-AH com média resolubilidade e **Grupo 3:** Alta Cobertura AB e Média AH; Alta qualidade AB-AH com alta resolubilidade.

O Mapa 1 dispõe a distribuição espacial dos agrupamentos por região geográfica no Brasil, evidenciando como se dá a cobertura, a qualidade e a resolubilidade, na atenção básica e atenção hospitalar, da macrorregião de saúde no SUS. O grupo 1 está presente em todas as

regiões geográficas no Brasil, classifica todas as macrorregiões da região Norte, com maior percentual no Nordeste e Centro-Oeste. O grupo 2, classifica um quantitativo reduzido no total de macrorregiões e está presente no Nordeste e Centro-Oeste. O grupo 3 está presente no Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul, com grande prevalência na região Sudeste e Sul.

Mapa 1: Distribuição espacial dos grupos gerados na análise de cluster segundo macrorregiões de saúde no Brasil



Espaço em branco representa a macrorregião excluída do estudo por falta de dados na análise de cluster.

Fonte: Elaboração própria a partir dos resultados da análise de agrupamento/cluster

Na região **Norte, Nordeste e Centro-Oeste** prevalece um cenário de Alta cobertura/AB e Média AH; Baixa qualidade AB-AH com Alta resolubilidade. No **Sudeste e Sul** um cenário de Alta cobertura AB e Média AH; Alta qualidade AB-AH com Alta resolubilidade. Para o

território nacional temos um cenário de alta cobertura/AB e média/AH; baixa qualidade/AB-AH com alta resolubilidade na internação hospitalar de média complexidade. Os resultados demonstram, na AB, uma expansão da cobertura com baixa qualidade e, para a AH, uma insuficiência de leitos hospitalares e baixa qualidade com alta resolubilidade na internação hospitalar de média complexidade.

Chama atenção a classificação de macrorregiões no grupo 1 (cenário intermediário entre os grupos para o conjunto de dados) em todas as regiões, porém com maior percentual no Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Por outro lado, na região Sudeste e Sul, prevalece um maior percentual de macrorregiões classificadas no grupo 3 (melhor resultado entre os grupos para o conjunto de dados). Situação que corrobora com análise da Atenção Hospitalar no SUS (BRASIL, 2004) quando discute a grande concentração de recursos e de pessoal em complexos hospitalares de cidades de grande e médio porte, com favorecimento das regiões Sudeste e Sul.

Para o cenário de rede apresentado, no presente estudo, compreende-se que fatores históricos, institucionais e políticos, conforme discutido em Pereira, Lima e Machado (2018), repercutem de modo específico na organização regional dos serviços. Além disso, no balanço do poder e divisão de responsabilidades entre as esferas governamentais, no que se refere à gestão, financiamento e coordenação da política de saúde. Para os autores, a coordenação federativa, o financiamento público e a regionalização da saúde colocam-se como desafios atuais do SUS, sendo necessário avançar em sua análise.

6 DISCUSSÃO

Após os procedimentos analíticos percorridos neste estudo, as reflexões decorrentes serão apresentadas conforme disposição abaixo.

6.1 Uma análise sobre os hospitais no Brasil

Desafios demográficos e mudanças no perfil epidemiológico e social passam a exigir competências gerenciais, articulações e produção de informação da gestão em saúde do ponto de vista da qualidade da assistência, do financiamento, da segurança clínica e do trabalho em equipe (BRASIL, 2005; VECINA NETO; MALIK, 2007; BENGOA, 2014).

A avaliação em serviços de saúde, tem sido cada vez mais utilizada como instrumento de apoio a gestão e, no SUS, tais iniciativas visam contribuir para identificar problemas, reorientar o planejamento, avaliar a incorporação de novas práticas profissionais, além de mensurar o impacto da implementação de políticas, programas, serviços e ações sobre o estado de saúde da população (HARTZ; CONTANDRIOPOLUS, 2004; BRASIL, 2005; MALTA *et al*, 2019).

Nesse contexto, o hospital, considerado um espaço estratégico para reorganização do sistema de saúde (BINSFELD; RIVERA; ARTMANN, 2017), assume papel central pois, mesmo diante de uma APS forte e uma boa atenção ambulatorial especializada, sempre haverá condições que exigirão o cuidado em nível hospitalar (ROSA, 2014)

A fase do estudo que analisa os dados do PNASS (BRASIL, 2015c) apresenta a avaliação de desempenho dos hospitais brasileiros. Uma avaliação adequada tem potencial de tornar mais eficientes os processos de prestação de serviços (FARIAS; ARAÚJO, 2017). Participaram 1.681 hospitais, desses, 42% concentram-se no Sudeste; 60% do total de hospitais eram de gestão municipal, um quarto de estadual e menos de um quinto de estadual/municipal, cerca de metade era hospitais públicos e o restante privado/conveniado. O questionário que avaliou os hospitais contou com 102 itens, 17 critérios e a nota média de desempenho para cada bloco foi: gestão organizacional (64); apoio técnico e logístico para produção de cuidado (73); gestão da atenção à saúde e do cuidado (64); serviços/unidades específicas (72).

Foi utilizado metodologia de exclusão de dados faltantes acima de 10% e, assim, definido quais itens e estabelecimentos deveriam ser considerados para a avaliação de desempenho hospitalar (HAIR *et al*, 2009)

Utilizou-se o conceito de Donabedian que avalia estrutura, processos e resultados. Por estrutura, entendem-se os atributos materiais e organizacionais sob os quais o cuidado é oferecido (recursos humanos, materiais e financeiros, aumento e expansão da rede física, capacitação profissional e organização dos serviços). Por processo, a análise dos meios e dos recursos utilizados na produção dos resultados (indicadores das relações internas aos projetos, análise dos processos e melhorias e indicadores de acesso). E, por resultado, as mudanças (conhecimento e comportamento) no estado de saúde do paciente, as consequências e efeitos obtidos no cuidado e a satisfação do usuário e dos profissionais. Associados, estrutura, processos e resultados adequados garantiriam, a priori, o alcance de melhores resultados ou dos objetivos propostos (DONABEDIAN, 1988). Portanto, não se avalia os resultados, mas a capacidade de os hospitais atingirem os melhores resultados, o que, de certa forma, foi demonstrado, pois aproximadamente um terço dos hospitais mantém processos aptos para o alcance dos seus objetivos.

A distribuição por região evidencia o padrão existente no Brasil, com maior densidade de equipamentos hospitalares no Sudeste, no Sul e no litoral (ROSA, 2014). Viacava *et al* (2018) analisam a evolução da oferta de estabelecimentos e recursos de saúde no país e apontam marcantes desigualdades regionais. Destacam que a melhor distribuição da oferta deve estar fundamentada na conformação de arranjos regionais (LIMA *et al*, 2012) que considerem o debate sobre a presença do hospital na equação da atenção à saúde (VECINA NETO; MALIK, 2007), com enfrentamento de questões relacionadas à necessidade de recursos humanos, de apoio diagnóstico adequado e de leitos baseados no perfil epidemiológico regional, o uso da informação e a informatização, o controle de custos, o aumento da eficiência, a garantia de acesso e de integralidade, a incorporação da prevenção primária ao processo de atenção, a relação com a atenção especializada, a integração entre os setores público e privado e a incorporação do médico na solução dos problemas (ROSA, 2014; VIACAVA *et al*, 2018).

Dos hospitais avaliados, 31,05% têm alto desempenho, com melhor resultado para porte grande e especial. Estudos (RAMOS *et al*, 2015; BARRETO; FREIRE, 2011) indicam a importância do efeito escala para a eficiência. Ramos *et al* (2015) apresentam os ganhos em eficiência de escala para os hospitais de grande porte, predominando a deseconomia de escala em porte superior. Outro estudo (SILVA, 2019) concluiu que o excesso de hospitais regionais de pequeno porte com baixa resolutividade e eficiência onera o Estado e não propicia melhoria de qualidade de vida da população.

O maior percentual de hospitais com alto desempenho é do Sudeste e Sul (38%), corroborando Silva *et al*. (SILVA *et al*, 2017), que, ao analisarem a eficiência técnica hospitalar

das regiões do Brasil nos anos de 2014 e 2015, concluíram que as regiões mais eficientes em relação às demais foram as do Sul e do Sudeste. Outros trabalhos reafirmaram isso, apontando grande incorporação de tecnologia e complexidade de serviços, com concentração de recursos e de pessoal, em complexos hospitalares de cidades de grande e médio portes, com favorecimento das regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2004)

Do total, 60% dos hospitais são de gestão municipal, e esses realizam 62% dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sugerindo avanço no processo de descentralização dos serviços e das ações de saúde no SUS. Contudo os hospitais de gestão estadual apresentaram melhores resultados (73,00) também na nota por bloco. Na esfera administrativa, a pública federal destacou-se (76,00), e, na comparação entre o tipo de gestão e a esfera administrativa, evidencia-se que os hospitais públicos federais, com gestão municipal, alcançaram os melhores resultados (78,37). A análise indicou melhor desempenho dos hospitais de esfera administrativa federal, com gestão municipal. Em outro trabalho, análises relativas à esfera administrativa não demonstraram diferenças significativas de desempenho entre categorias de hospitais públicos (RAMOS *et al*, 2015). Fica evidente a necessidade de aprofundamento para melhor comparação desses resultados entre os hospitais.

A municipalização dos serviços de saúde abrange questões que impactam diretamente seu desempenho, a saber: contrato de gestão, financiamento, ausência de redes de atenção integral, baixa sustentabilidade política e institucional e problemas na fixação de pessoal (DITTERICH; MOYSÉS; MOYSÉS, 2012). Com efeito, essas questões expõem a necessidade de articulações intermunicipais, conferindo um novo modelo de governança que alie a descentralização com a necessidade de integração solidária (SANTOS; GIOVENALLA, 2014). Nesse contexto, cabe ao hospital um papel capilarizado na RAS, com inserção matricial nos diferentes componentes do sistema, exercendo papel de indução de mecanismos de capacitação e aumento da resolubilidade da atenção básica e especializada ambulatorial (ROSA, 2014; SILVA, 2019)

A base metodológica do PNASS avaliou hospitais de complexidades diversas, sem necessidade de instrumentos específicos. Contudo, o percentual de dados faltantes (Tabela 2) para os itens acesso à estrutura assistencial do bloco III (gestão da atenção à saúde e do cuidado), com 26,0%, e atenção em regime ambulatorial especializado do bloco IV (serviços/unidades específicas), com 21,6%, sugere a necessidade de revisão do instrumento aplicado para esses critérios, por tratar-se de conteúdo essencial para avaliação hospitalar.

Em contrapartida, o percentual de dados faltantes no bloco IV (serviços/unidades específicas) evidenciou a especificidade do conteúdo avaliado para alguns critérios, como

serviço de terapia renal substitutiva e de reabilitação, justificando sua não inclusão na análise. E o do bloco V (assistência oncológica), não incluído na análise, indica que os critérios avaliados são características de hospitais de maior complexidade, pois apresentaram percentual de não aplicabilidade superior a 85% para cada critério.

6.2 Situação de cobertura, qualidade e resolubilidade – delinear uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões no SUS

O estudo aponta as diferentes configurações de redes de atenção à saúde no Brasil, com base em características da AB e AH. Permitiu um exame regional, classificando as macrorregiões de saúde em grupos construídos pela semelhança na AB e AH (dados pelas variáveis de cobertura, qualidade e resolubilidade) e pela diferença na AB e AH das macrorregiões, comparativamente a outro grupo. Estudos indicam que a regionalização se apresenta como uma alternativa para o desenho de políticas públicas e, na saúde, a organização dos serviços em rede uma estratégica para tornar o sistema mais equitativo e eficiente (ABRASCO, 2020a; VIANA; IOZZI, 2019; CAJUEIRO, 2019; SOUZA *et al*, 2018). Soma-se a isso o fato de o presente estudo empreender uma reflexão sobre o complexo processo de regionalização no SUS.

A análise evidenciou, na AB, alta cobertura para 100% da população brasileira, sendo que três quintos da população (58.54%) acessam serviços de baixa qualidade e dois quintos (41.15%) de alta. Na AH, a cobertura é baixa para (9.7%) da população e média para (90.29%), e também (58.54%) da população acessam serviços de baixa qualidade e (41.15%) de alta. Vale destacar os dados concomitante para qualidade na AB e AH, que podem estar relacionados à metodologia utilizada. Em relação a resolubilidade, essa é alta para (90.29%) da população e média para (9.7%). Os resultados corroboram com estudos que apontam para expansão da cobertura populacional de equipes de saúde da família na AB (GIOVANELLA *et al*, 2021; MACKINCO; STARFIELD; ERINOSHIO, 2009; FACHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018). Na AH, identifica-se acessibilidade dos usuários nos limites do território sanitário para a internação hospitalar de média complexidade. Verifica-se que persiste uma situação de desigualdades no acesso com qualidade na AB e AH, sugerindo uma fragilidade da centralidade da coordenação da APS na organização dos sistemas e redes (BOUSQUAT *et al*, 2019, 2017), além da necessidade de um exercício avaliativo da efetividade sistêmica da AH (VIANA *et al*, 2018; PROADESS, 2019). Todavia, chama atenção o percentual de alta qualidade para AB e AH

(41.15%), encontrada para macrorregiões do grupo 3, indicando a potencialidade presente no SUS para o desenvolvimento de políticas que incentivem uma melhoria sistêmica da qualidade.

Por outro lado, estudos recentes apresentaram uma situação crítica do sistema de saúde para atender à demanda potencial gerada pela pandemia de COVID-19 (NORONHA *et al*, 2020). Outro destaca, particularmente em países de baixa e média renda, a necessidade de melhorar o acesso a cuidados de alta qualidade para pacientes criticamente enfermos no hospital (RAZANI *et al*, 2021), corroborando com o presente estudo que, mesmo utilizando dados anteriores à pandemia, identificou a existência de um cenário de fragilidade para o Brasil pois, 58.54% acessam serviços de baixa qualidade AB e AH. Situação que produz efeitos negativos na construção de regiões cooperativas (ALBUQUERQUE, 2013).

O presente estudo demonstrou para o Brasil que prevalece um cenário de alta cobertura e baixa qualidade na AB e média cobertura e baixa qualidade na AH, com alta resolubilidade na internação hospitalar de média complexidade. É possível compreender nesse contexto a importância da organização dos serviços de saúde em rede e a emergência em se ampliar as discussões das políticas regionais; da atenção básica e especializada; da regulação e da coordenação, para integração das ações entre os entes da federação (VIANA; IOZZI, 2019; RACHE *et al*, 2020).

Entre as regiões, verifica-se um desenho de assimetrias intra e inter-regionais na atenção em saúde, concordando com outros estudos (MALTA *et al*, 2016; CAMPOS; AGUIAR; OLIVEIRA, 2002; VIACAVA *et al*, 2018). Observa-se para as regiões: **Norte**, os menores indicadores médios entre as regiões para qualidade/AB-AH; **Nordeste**, maior média para cobertura/AB, corroborando com dados de Giovanella *et al* (2021), e menor para resolubilidade; **Centro-Oeste**, a menor média para cobertura AB; **Sul**, apresentou maior média para qualidade AB; cobertura/AH e resolubilidade e **Sudeste**, menor indicador médio para cobertura e maior para qualidade na AH. Entre as regiões, foi encontrado um cenário divergente no território nacional. Estudo destaca a equidade territorial como um dos maiores desafios para a concretização da integralidade no SUS (VIANA; IOZZI, 2019), sendo importante evidenciar questões como: o frágil papel assumido pelo estado; as desigualdades na distribuição de recursos; a concentração de serviços em grandes cidades; a pouca integração entre os pontos de atenção e a fragilidade do planejamento (ABRASCO, 2020a).

Já Viana *et al* (2007), quando discutem a dimensão territorial, aponta que essa não tem sido fortemente incorporada à formulação de políticas de saúde, pois, considera necessário o aprimoramento de uma lógica territorial mais abrangente e articulada a outras esferas da política

pública. Acrescentam, que a regionalização tem direcionando-se mais para aspectos da organização da rede de serviços no âmbito intra-estadual. Entretanto, dados do presente estudo demonstram que as macrorregiões pertencentes a um mesmo estado possuem diferente classificação nos agrupamentos, que pode estar relacionada à dificuldade na articulação regional. Vale destacar Ribeiro *et al* (2018) quando concluem que o federalismo brasileiro centralizado não produz forte coordenação local da política de saúde, isso devido a seus aspectos competitivos no plano subnacional e a fatores socioeconômicos, representando obstáculos importantes às políticas redistributivas. Observa-se, assim, ainda, uma fragilidade do planejamento regional (ALBUQUERQUE *et al*, 2019) e a necessidade de desenvolvimento de uma sólida capacidade institucional que considere o planejamento no enfrentamento das desigualdades estruturais nas regiões de saúde (ARRETCHE, 2012), a premência de um planejamento regional ampliado e integrado (VIANA; IOZZI, 2019).

Em relação a qualidade AB, aproximadamente, três quintos da população acessam serviços de baixa qualidade e dois quintos de alta. Uma das principais diretrizes do MS, desenvolvimento da Política de Monitoramento e Avaliação para Qualificação do SUS tem como objetivo avaliar o desempenho do sistema de saúde em dimensões estratégicas: acesso e qualidade (VIANA *et al*, 2007). Apesar dos investimentos, os resultados concordam com estudo que aponta a persistência de problemas na qualidade da ESF, conforme discutido em Facchini, Tomais e Dilélio (2018). Outro estudo, que avalia os aspectos da qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde no Brasil, conclui que apenas 15% das mulheres entrevistadas receberam uma ação de qualidade (TOMASI *et al*, 2017).

Em contraposição aos dados de qualidade/AB, 100% da população brasileira têm alta cobertura. No presente estudo, verificou-se que a cobertura no território nacional é de, aproximadamente, 80%. É importante destacar que não é avaliada a capacidade de produção da ESF em relação ao volume das necessidades em saúde da população e, sim, a cobertura populacional. Dito isso, é consenso a ampliação equitativa do acesso e utilização de serviços e ações de saúde da ESF (TOMASI *et al*, 2017). Houve um aumento progressivo no quantitativo de ESF, chegando a 42.784 em 2019 (MS, 2020). Dados apresentados pelo ISAGS, em 2014, demonstram que de 1998 a 2006 a cobertura populacional da ESF de, aproximadamente, 7% alcançou 46% da população. Em Neves *et al* (2018), a cobertura da ESF em 2006 e 2016 foi de 45,3% e 64%, respectivamente, com tendência crescente. Almeida *et al* (2018) indicam a ampliação da cobertura EqAB de 2007 a 2017, variando de 48% a 64%. O relatório da Organização Pan-Americana de Saúde (2018) destaca que a cobertura de APS (ESF e outros modelos de atenção), entre 2008 até 2013, variou de 75,8% para 80,6%.

Todavia, concorda-se com Ouverney *et al* (2013) quando discute que, mesmo frente a esse cenário de expansão não é possível concluir que a cobertura/AB é uniforme no território nacional. Estudo que avalia as desigualdades socioeconômicas no desempenho das ESF que participaram do PMAQ, sugere que fatores municipais são determinantes importantes na atuação das mesmas (KOVACS *et al*, 2021). Outro, que analisa a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) - o sistema de transferências federais pelo qual os municípios recebem um montante de recursos calculados em termos per capita para executar programas de atenção básica – concluiu que houve aumento do acesso a serviços de AB, porém a desigualdade entre os municípios não diminuiu (MARQUES; ARRETCHE, 2003). Já OPAS (2018) considera que a baixa disponibilidade de médicos para atuar em áreas remotas do país é um fator limitante da expansão de cobertura da ESF. Discussões que corroboram com os dados de qualidade e cobertura/AB encontrados (Alta cobertura e baixa qualidade), evidenciando a necessidade de realização de novos estudos que aprofundem a relação cobertura e qualidade no SUS.

Na AH, não foi classificada macrorregião com alta cobertura (acima de 1.9 leitos/mil habitantes), caracterizando enorme diferencial comparado ao número de leitos em sistemas universais na OCDE, com média 4.7 leitos/mil habitantes em 2017 (OCDE, 2019). Os resultados demonstraram média cobertura para (90.29%) da população e baixa para (9.7%), o que sugere problemas para o acesso da AH no Brasil que, segundo estudo que mapeou as redes estabelecidas pelo deslocamento das pessoas que buscam atendimento pelo SUS na atenção hospitalar básica, é ainda mais marcante em relação a serviços mais complexos (OLIVEIRA; CARVALHO; TRAVASSOS, 2004).

Outra questão refere-se à classificação de 93.23% das macrorregiões de saúde com média cobertura/AH, concluindo pela necessidade de aprofundamento dos dados. Estudo que mapeou o número de leitos de UTI (adultos no SUS) e de ventiladores e respiradores existentes no país, encontrou enorme heterogeneidade regional e escassez de recursos na maioria das regiões do país, indicando ser fundamental identificar as regiões mais vulneráveis para fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde em âmbito regional e local (RACHE *et al*, 2020).

Situação agravada pela concentração desses equipamentos (hospitais) em cidades de grande e médio porte (VIANA *et al*, 2018); nas regiões Sudeste, Sul e litoral, conforme discutido por Chaves *et al* (2021) na primeira fase do presente estudo e, ainda, pela forma como os hospitais estão distribuídos no território social do país, concentrados nas áreas mais ricas das capitais (FILHO, 2016). Estudo recente destaca que 30% das regiões de saúde (microrregiões) no país são particularmente vulneráveis, devido a uma combinação de infraestrutura de leitos

de UTI aquém do mínimo e mortalidade por condições similares à COVID-19 acima da mediana nacional, destacando as regiões Sudeste e Nordeste (RACHE *et al*, 2020).

Nesse contexto, Viana *et al* (2018) chamam atenção para a necessidade de integração do hospital à RAS, além da liderança dos governos estaduais na organização regional e estadual da oferta especializada e hospitalar. Fica claro, que a distribuição da oferta de leitos, conforme apresentado em Chaves *et al* (2020), precisa fundamentar-se na conformação de arranjos regionais (VIANA *et al*, 2018) para conseguir implementar a devida inserção dos serviços hospitalares em um desenho sistêmico de rede.

Filho (2016), ao abordar a grande escassez de leitos, concluiu que a crise de acesso hospitalar constitui razão para uma agenda estratégica de reforma hospitalar brasileira, abrangendo, segundo texto que discute a Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira (BRASIL, 2004), as dimensões da crise financeira, política, organizacional, assistencial; Ensino e Pesquisa e social. Escassez que produz consequências na qualidade/AH, corroborada por dados do estudo (58.54% da população acessam serviços de baixa qualidade e 41.15% de alta).

A resolubilidade é alta para (90.29%) da população e média para (9.7%), sugerindo acessibilidade a procedimentos de média complexidade na internação hospitalar nos limites da macrorregião para indivíduos residentes. Em contraposição, faz-se necessário considerar a não classificação de macrorregião com alta cobertura/AH (acima de 1.9 leitos/mil habitantes), diferencial marcante em relação à média na OCDE (4.7 leitos/mil habitantes em 2017). Além disso, problemas pertinentes à microrregião de saúde (primeiro nível de agregação territorial que supera os limites municipais e onde se inicia a cooperação intermunicipal), no que se refere às respostas às necessidades de saúde da população residente, não foram evidenciados no presente estudo. Complementando, o estudo identificou que a cobertura/AH caracteriza insuficiência no quantitativo de leitos para atender às demandas da população (média para 90.29% da população), concordando com a necessidade de investigação da AH (VIANA *et al*, 2018; CHAVES *et al*, 2020; FILHO, 2016), questão extremamente complexa e desafiadora no sistema de saúde. Para Coelho (2013), existe um equívoco ao considerar o hospital apenas como uma organização que provê leitos e cuidados médicos, de enfermagem e outros profissionais, para restabelecer a saúde de um paciente. Para o autor, o hospital desempenha vários outros papéis, seja gerador de votos para o político; um local de emprego para os trabalhadores; legitimador de práticas e políticas sociais para um ativista, etc.

7 LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Entre os limites do estudo, para a primeira fase que - mensura o desempenho dos hospitais que participaram do PNASS 2015-2016, o fato do questionário aplicado no programa – roteiro de itens de verificação, ser respondido pelos próprios hospitais. Isso pode levar à imprecisão nas respostas com um melhor desempenho do escore. Também, o elevado percentual de NA apresentado (tabela 2) levou à exclusão de critérios importantes para a avaliação hospitalar, que podem alterar o escore final.

Para a segunda fase do estudo (Verificar, com base em características da atenção básica e atenção hospitalar, a situação de cobertura, de qualidade e da taxa de resolubilidade da internação hospitalar de média complexidade, por macrorregião de saúde no SUS) e a terceira fase (Delinear uma tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS), salienta-se que a análise de agrupamentos sempre criará grupos e, encontrá-los, não valida sua existência, sendo fundamental o suporte conceitual das variáveis selecionadas (HAIR *et al*, 2009). Desse modo, ressalta-se a importância de conciliar a interpretação dos dados quantitativos apresentados à contextualização que a literatura traz dos limites e possibilidades da regionalização no SUS.

Também, a estruturação do PDR nos estados pois, tendo em vista a conformação da macro e microrregião de saúde, pode-se produzir impactos no cálculo dos indicadores, quando, a depender do período, verifica-se alteração no quantitativo das mesmas. A nota de corte para classificação dos agrupamentos (baixo, médio e alto) que segue uma orientação numérica, sendo possível ocorrer uma diferença mínima entre uma ou outra classificação. Também não foram evidenciadas especificidades locais e microrregionais para a unidade federativa ou incluídos dados para a atenção especializada ambulatorial não hospitalar, gargalo da assistência no SUS. Outra questão, diz respeito à nota de desempenho dos hospitais avaliados no PNASS e refere-se ao fato de que foi incluído, apenas, o HPP com algum tipo de habilitação conforme os critérios de inclusão no programa, podendo levar a um questionamento da capacidade de resolubilidade das regiões de saúde.

8 CONCLUSÃO

Diante das análises empreendidas, destaca-se que o debate em torno da gestão, da qualidade do cuidado e do papel dos hospitais no sistema ganha cada vez mais protagonismo na atualidade (BINSFELD, RIVERA e ARTMANN, 2017). Segundo Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), esse interesse vem crescendo nos últimos anos, pois avaliar os avanços e lacunas da APS tem contribuído para o desenvolvimento do SUS e da ESF, quando produz evidências que abordam o alcance da universalidade, integralidade e equidade.

Desse modo, considera-se o PNASS 2015–2016 é um importante instrumento de avaliação no SUS com potencial para reorientação das práticas dos estabelecimentos de saúde, subsidiando a tomada de decisão para melhoria da gestão, da estrutura e da assistência dos serviços hospitalares. Compreende-se que, para além da crítica da hegemonia de um modelo hospitalocêntrico no SUS (ROSA, 2014), é preciso avaliar aspectos pertinentes à assistência, qualidade e gestão dos hospitais integrantes do sistema de saúde, no sentido de garantir resolutividade, continuidade do cuidado, equidade e transparência (BRASIL, [2019?])

Vários estudos apontam o hospital como um ponto fundamental de atenção na RAS, evidenciando a relevância do presente estudo. Os resultados retratam o perfil dos hospitais no Brasil e apontam que, apenas, cerca de um terço dos hospitais avaliados mantém processos aptos para o alcance de seus objetivos, com importante inter-relação entre escala e eficiência.

Os hospitais de esfera pública federal, com gestão municipal, alcançaram melhores resultados. Por unidade federativa, identificaram-se importantes desigualdades regionais em relação ao número e complexidade dos hospitais. Esses resultados indicam a importância de uma gestão compartilhada com regulação eficiente na pactuação dos contratos de gestão, que considere a articulação intermunicipal na organização de arranjos regionais com potencial de estimular a capacidade resolutiva dos sistemas locais.

A análise por bloco sinalizou lacunas em relação aos critérios verificados para gestão organizacional e gestão da atenção à saúde e do cuidado, com os piores resultados, apontando a relevância em se alavancar a gestão organizacional dos hospitais e a necessidade de investimento na atenção à saúde, garantindo o cuidado de forma eficiente e segura.

O presente estudo também apresentou, quando verificamos a situação de cobertura, de qualidade e de resolubilidade da macrorregião de saúde no SUS, a presença de um cenário nacional de ambivalência no sistema de saúde, evidenciando a necessidade de desenvolvimento de um planejamento regional (VIACAVA *et al*, 2018) que trate as diferenças de acesso; oferta de serviços; financiamento; integralidade; além da capacidade institucional e de gestão. Essas,

questões complexas que perpassam estratégias de organização das redes de atenção, influenciadas pelo contexto político-institucional de cada ente da federação, produz respostas diversificadas às políticas de saúde propostas pela esfera federal (OUVERNEY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Também se verificou uma expansão da cobertura ESF que, no estudo, a cobertura/AB foi de, aproximadamente, 80% em todo o território nacional. Porém, foi identificado cenários de baixa qualidade das ações e serviços de saúde, uma vez que, na AB, em 77% dos estados a nota média para qualidade é baixa e, na AH, em 70% dos estados. Essa situação nos orienta à premência de investimento no monitoramento e qualificação do SUS, política que tem sido sucateado pelos órgãos governamentais.

O delineamento da tipologia de rede assistencial das macrorregiões de saúde no SUS, elaborada no presente estudo, evidenciou, na AB, a expansão da cobertura das EqAB com baixa qualidade dos serviços e, para a AH, a insuficiência de leitos hospitalares e baixa qualidade, porém, com alta resolubilidade na internação hospitalar de média complexidade. O cenário descrito busca, a partir dos dados, lançar luz sobre a organização das macrorregiões de saúde no SUS, sem, contudo, esgotá-la. Esses dados, resumidos a nível nacional, por unidade federada e região geográfica, apresentam um desenho dos diferentes arranjos regionais, consequentes do processo de regionalização.

Apesar do cenário indicado para o território nacional, onde, três quintos da população brasileira acessam serviços de baixa qualidade/AB-AH, é importante destacar que, para dois quintos da população, prevalece um cenário de alta cobertura e qualidade/AB; média cobertura e alta qualidade/AH com alta resolubilidade (grupo 3). Compreende-se que, mesmo não tendo sido encontrado um agrupamento que agregasse alta cobertura, qualidade e resolubilidade, o grupo 3, formado por 46.60% do total de macrorregiões, se aproxima desse cenário. Chama atenção ainda que as macrorregiões desse grupo estão concentradas na região Sul e Sudeste. Dados que corroboram com os resultados da primeira fase deste estudo, quando o maior percentual de hospitais com alto desempenho está na região Sudeste e Sul. Ou seja, mesmo no conjunto de variáveis utilizadas na segunda fase do presente estudo, o padrão de localização e desempenho dos hospitais se manteve. Pode-se concluir assim, uma capacidade de desenvolvimento de serviços de qualidade com acesso no SUS, com potencial de se estabelecer parcerias que estimulem a melhoria sistêmica.

Diante do exposto, observa-se que a institucionalização da gestão do SUS, conforme discutida em Paim e Teixeira (2007), ainda se configura com baixa resolutividade no território nacional. Aqui, é importante chamar atenção para os resultados do grupo 3, demonstrando que

essa realidade não é, totalmente, predominante. Contudo, verifica-se a premência de consolidação das relações intergovernamentais e a necessidade de se aliar a descentralização com integração solidária em um sistema de governança regional (SANTOS; GIOVENELLA, 2014). Compreende-se a necessidade de incremento do papel dos entes federados e das instâncias de pactuação, com o desenvolvimento de novos estudos que possam aprofundar o contexto que impacta a governança na conformação da rede assistencial, seja no que se refere ao federalismo cooperativo; a relação público-privado; as organizações sociais; o financiamento público das ações e serviços; a dimensão territorial e as desigualdades regionais, além de tantas outras questões, políticas e econômicas, que se fazem presentes na efetivação do SUS. Questões que ganham novas e agravadas dimensões frente aos desafios colocados pela pandemia de Covid-19 e que evidenciam os limites da governança sistêmica regional no modelo federativo brasileiro.

Para além do apresentado, sabe-se, que sistemas de saúde, os mais complexos dentre o conjunto de políticas sociais, provocam grandes debates referentes às suas características e orientações (AMADEO; ANDREAZZA; REIS, 2021). Nesse contexto, o processo de criação e efetivação das regiões e redes de saúde coloca-se com intenso potencial de análise, sendo, o desenvolvimento de estudos comparados, que possam avaliar os dados do presente estudo em relação a padrões de organização de sistemas de saúde internacionais, uma investigação a ser desenvolvida. No Brasil, um longo caminho ainda precisa ser percorrido no sentido de implementar os princípios constitucionais de integralidade, equidade e universalidade estabelecidos no SUS, com garantia de saúde para todos.

REFERÊNCIAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Relatório da 1ª oficina pré-congresso: Relações Federativas e Regionalização no cenário da pandemia de Covid-19: em que e de que forma conseguimos avançar? Apresentado no 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde em 2021. Digital. 2020a. Disponível em: <https://ppgs.com.br/textos/Relacoes%20Federativas%20Regionalizacao.pdf>. Acesso em: abr. 2021

_____. Relatório da 2ª oficina pré-congresso: A Atenção Básica como pilar das Redes de Atenção à Saúde: em que e de que forma conseguimos avançar? Apresentado no 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde em 2021. Digital. 2020b. Disponível em: https://ppgs.com.br/textos/Produto_Oficina%20Formacao.pdf. Acesso em: 30 ago. 2020

ABREU, D. M. X. *et al.* Análise espacial da qualidade da Atenção Básica em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 67-80, set. 2018.

ABRUCIO, F.L.; FRANZESE, C. Federalismo e Políticas Públicas: o impacto das relações intergovernamentais no Brasil. jan. 2007. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/242213262_Federalismo_e_politicas_publicas_o_impacto_das_relacoes_intergovernamentais_no_Brasil

ABRUCIO, F. L. A Coordenação Federativa no Brasil: a experiência do período FHC e os desafios do governo Lula. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 24, p. 41-67, jun. 2005. DOI: 10.1590/S0104-44782005000100005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsocp/a/7zWs4By9mFRYQPskSGLSDjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 out. 2021

ALBUQUERQUE, MV. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.** 2013. 280 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-01042014-114150/publico/MarianaVercesideAlbuquerque.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020

ALBUQUERQUE, A.C. Avaliação de desempenho da regionalização da vigilância em saúde em seis Regiões de Saúde brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, e00065218, 2019. DOI 10.1590/0102-311X00065218. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pFVmfPCFTYY8FsJRRXKfkGs/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2020

AMADEO, J.; ANDREAZZA, R.; REIS, A. A. C. Sistema Nacional de Saúde britânico: trajetória de reformas, 1990-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, e00233820, 2021. DOI 10.1590/0102-311X00233820. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/gqH8SngyqqkRjDCD6r3Dj5p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 de fev. 2020

ALMEIDA, E. R. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Rev Panam Salud Publica**, v. 42, e180, 2018. DOI 10.26633/RPSP.2018.180. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e180/pt>. Acesso em: 15 fev. 2021

ARRETCHE, M. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2012. 232 p.

BARRETO, L.D.; FREIRE, R.C. Tendências da Atenção Hospitalar no SUS da Bahia: uma análise de 2006 a 2009. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 334-347, abr./jun. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n2/a2446.pdf>. Acesso em: 23 de jun. 2021

BENGOA, R. Consensus Entrevista. **Consensus**. Ano IV, n. 11, abr./maio/jun. 2014. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf Acesso em 20 set. 2018

BINSFELD, L.; RIVERA, F.J.U.; ARTMANN, E. O processo de conformação do perfil assistencial nos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 209-220, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.12822015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25866/2/ProcessoConforma%c3%a7%c3%a3o.pdf>. Acesso em: 23 de jun. 2021

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf. Acesso em: 9 jan. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Atenção Especializada e Hospitalar. Brasília: [2019?]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/atencoespecializada-e-hospitalar/assistencia-hospitalar/politica-nacional-de-atencao-hospitalar-pnhosp>. Acesso em: 30 set. 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Nota técnica Explicativa. Nota técnica – Relatório de Cobertura da Atenção Básica. Brasília: [2019]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_AB.pdf. Acesso em 30 abr. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS/Ministério da Saúde. Brasília: 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 10 jan. 2020

_____. Ministério da Saúde. Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileira. Brasília: Editora MS, p. 9-67, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1518.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf. Acesso em: 15 jan. 2021

_____. Decreto nº 7508, de 28 de junho 2011. Regulamenta a Lei nº 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. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, n.123, 29 jun. 2011c. Seção 1, p.1

_____. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2010

_____. Portaria nº 2.488, de 21 outubro 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). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2011b. Seção 1, p. 48-54

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019

_____. Decreto 7724, de 16 de maio 2012. Regulamenta a Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011, que dispõe sobre o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do caput do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2012b. Seção 1, p. 3

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Manual Instrutivo. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab//publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de Indicadores do SUS nº 8. Temático Regionalização da Saúde Vol. V. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tematico_regionalizacao_saude_v_5_n_8.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Progestores. Nota Técnica 24/2013. Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2013/09/NT-24-2013-PNOHOSP-vf.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2019

_____. Portaria nº 3390, de 30 de dezembro 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). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2013d

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Instrumento de Avaliação Externa do Saúde Mais Perto de Você – Acesso e Qualidade. Programa Nacional de Melhoria

do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Brasília, DF, 2013e. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. 2013-2014. Brasília, DF, 2015a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_metodologica_2_ciclo_pmaq.pdf. Acesso em: 24 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS. Brasília, DF, 2015c. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf. Acesso em: 20 ago. 2018

_____. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2015b.

_____. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 24 maio. 2016

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (2015-2017). Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Instrutivo_3_Ciclo_PMAQ.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020

_____. Portaria nº 2.436, de 21 setembro 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 22 set. 2017a

_____. Resolução nº 37 de 22 de março 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 26 out. 2018. Seção 1, p. 135. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/cit/2018/res0037_26_03_2018.html. Acesso em: 21 ago. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Linha de Cuidado do Acidente Vascular Cerebral (AVC) no adulto [recurso eletrônico]. Brasília, DF, 2020. Disponível em: file:///C:/Users/lenir.chaves/Downloads/LC_AVC_no_adulto.pdf. Acesso em: 12 jun. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Nota técnica – Relatório de Cobertura da Atenção Básica. Brasília, DF, 2021. Disponível em:

https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/nota_tecnica/nota_tecnica_relatorio_de_cobertura_AB.pdf. Acesso em: 12 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Regionalização da Saúde: Posicionamentos e Orientações. Brasília, DF, 2019. Disponível em:

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/02/Documento-T%C3%A9cnico-regionaliza%C3%A7%C3%A3o-DIAGRAMADO-FINAL-1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2019

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Progestores. Nota técnica 12/2011 - Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2011/01/NT-12-2011_avaliacao_para_qualificacao_do_sus.pdf. Acesso em: 15 ago. 2020

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: 2015b. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2020

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral dos Sistemas de Informação. Manual Técnico do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde [Internet]. 2003 [acessado em 10 nov. 2019]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>. Acesso em: 15 ago. 2020

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28632016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/XWGqmwQ6H4CGcfZFytqkwtS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2020

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, e00099118, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00099118. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pv3MZr9z77kkRmC4ZPnDGrk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2018

CAJUEIRO, J. P. M. **O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde no Brasil nos anos 2000**: uma contribuição para o debate a partir do estudo da Região Metropolitana de Campinas. 2019. 538 p. Tese (Instituto de Economia) - Universidade Estadual de Campinas – Instituto de Economia, Campinas, 2019. Disponível em: https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2019/06/Tese-de-Doutorado_Juliana-P-M-Cajueiro_2019_ versao-final.pdf. Acesso em: 20 ago. 2019

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; OLIVEIRA, V. B. O Desafio da Expansão do Programa de Saúde da Família nas Capitais Brasileiras. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 47-54, 2002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/yZmFygzM8fjxxwXwH7f9pTC/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 22 set. 2020

CARVALHO, A.L.B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.30252016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 out. 2019

_____. *et al.* Os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. (especial 1), p. 48-61, mar. 2022. DOI: DOI: 10.1590/1413-81232017224.30252016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/X5tq3bQgN8XkGkths95ctkz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2022.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **Lancet**, v. 394, p. 345-356, July 2019. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31243-7. Disponível em:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673619312437?token=405F9415D8C92E48CBC270417A8CDF7FA1F29BC30F8AD664F0CAD55338F8FEF60539CD1347F42C7545F98D33FA57DFA1&originRegion=us-east-1&originCreation=20220412112647>. Acesso em: 10 out. 2019

CATÃO, M. O. **Genealogia do direito à saúde**: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade. Campina Grande: EDUEPB, 2011. 244 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* A Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (org). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. 132 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/3zcf/pdf/hartz-9788575414033-04.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019

CHIORO, A. *et al.* Atenção Hospitalar no SUS. In: SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. (org.). **Gestão Hospitalar no SUS**. Salvador: EDUFBA, 2021, cap. 2, p. 27-83. Disponível em: [file:///C:/Users/lenir.chaves.EBSEHNET/Downloads/Gest%C3%A3o%20Hospitalar%20no%20SUS_RI%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lenir.chaves.EBSEHNET/Downloads/Gest%C3%A3o%20Hospitalar%20no%20SUS_RI%20(1).pdf). Acesso em: 10 out. 2021

COELHO, I. B. **Os Hospitais na Reforma Sanitária Brasileira**. 2013. 228 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013. Disponível em: [COELHO_2013_Os Hospitais na Reforma Hospitalar Brasileira.pdf](#). Acesso em: 15 fev. 2020

CHAVES, L. A. *et al.* Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS 2015-2016: uma análise sobre os hospitais no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol**, v. 24, e210002, p. 1-13, 2020. DOI: 10.1590/1980-549720210002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/YjGx8RCSJgcnJJ8dzZYjvbd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 fev. 2021

DITTERICH, R. G.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. O uso de contratos de gestão e incentivos profissionais no setor público de saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 615-

27, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Nh9VyYxsYqW47xsrj5cWqjd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2019

DONABEDIAN, A. The Quality of Care: How Can be it Assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988. DOI: 10.1001/jama.1988.03410120089033. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/374139>. Acesso em: 10 set. 2020

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILELIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. (especial 1), p. 208-223, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S114. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TmzJ4T4MkCxFxbxpxTFXJsd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 abr. 2019

FARIAS, D. C.; ARAÚJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1895-1904, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.26432016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/m8TqBZKSrC3PTzjQYwKvdSN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2019

FELISBERTO, E. *et al.* Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1079-1095, jun. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/cNdYTGkV3RjYKzjYmbf37Vm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 3 abr. 2018

FILHO, A. A. N. **Bases para um debate sobre a reforma hospitalar do SUS**: as necessidades sociais e o dimensionamento e tipologia de leitos hospitalares em um contexto de crise de acesso e qualidade. 2016. 402 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-06032017-154754/publico/ArmandoAntoniodeNegriFilhoVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021

FOCOULT, M. **A microfísica do poder**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984. 286 p.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. (especial 1), p. 81-99, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S106. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3tZ6QRxxTsPjNj9XwDftbgS/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2019

GIOVANELA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, cap. 16. p. 493-543.

GIOVANELLA, L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01842020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TGQXJ7ZtSNT4BtZJgxYdjYG/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 30 out. 2021

_____. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, supl. 1, p. 2543-2556, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/SMZVrPZRgHrCTx57H35Tsz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 set. 2021

HAIR, J. F. *et al.* **Análise Multivariada de dados**. 6th ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-6, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ZsrbLQhvJHk7dpxwqHjhPkG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: set. 2018

INSTITUTO SULAMERICANO GOBIERNO EN SALUD. Mapeamento e Análise dos Modelos de Atenção Primária à Saúde nos Países da América do Sul. Atenção Primária a Saúde no Brasil. Rio de Janeiro. 2014. <http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/2014/08/Mapeamento-APS-Brasil-Portugu%C3%AAs.pdf>. Acesso em 09 abr. 2015

KOVACS, R. *et al.* Socioeconomic inequalities in the quality of primary care under Brazil’s national pay-for-performance programme: a longitudinal study of family health teams. **Lancet**, v. 9, n. 3, e331–39, Mar. 2021. DOI:10.1016/S2214-109X(20)30480-0. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930480-0>. Acesso em: 30 set. 2021

LANDIM, E. L. A. S.; GUIMARAES, M. C. L.; PEREIRA, A. P. C. M. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sob a perspectiva da macrogestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. (especial 5), p. 161-173, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S514. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TCrWbZxNLV8sfjg5r9TxkTg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2020

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1903-1914, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FyqLwWmbv8WQs8BPW8scpTi/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2018

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. (especial 1), p. 52-66, set. 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S104. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dTT4C8BxFNTFMftQcdcZjqc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 jan. 2021

LIMA, C.P. **Comprando a saúde no Brasil com os países da OCDE**: explorando dados de saúde pública. 2016. 140 p. Dissertação (Escola de Matemática Aplicada) - Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/16503/CeciliaMestrado.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2019

MACKINCO, J.; STARFIELD, B.; ERINOSHIO, T. The Impact of Primary Healthcare on Population Health in Low- and Middle-Income Countries. **J Ambulatory Care Management**, v. 32, n. 2, p. 150-171, April-june 2009. DOI: 10.1097/JAC.0b013e3181994221. Disponível em: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A238.pdf. Acesso em: 15 set. 2018

MACHADO, J.A. Pacto de Gestão na Saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa? **RBCS**, v. 24, n. 71, p. 105-119, out. 2009. Apresentado ao 32º Encontro Anual da ANPOCS, Caxambu, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcso/a/CxMyWXBHwqnJbgzrnGBc8Pg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2020

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 15-37, out. 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2018

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da estratégia de Saúde da Família (eSF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015212.23602015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/y3vTNkgw5FkM5nkqQchQzjh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2019

_____. *et al.* Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Ver. Bras. Epidemiol**, v. 22, supl. 1, e190030, 2019. DOI: 10.1590/1980-549720190030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/r7QkT4hR3HmkWrBwZc6bshG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 out. 2020

MARQUES, E.; ARRETCHE, M. Condicionantes Locais da Descentralização das Políticas de Saúde. **Caderno CRH**, Salvador, n. 39, p. 55-81, jul./dez. 2003. Trabalho apresentado no Encontro Anual da ANPOCS, XXVI, 2002, Salvador, Bahia.

MINAYO, M. C. S. Mudança: conceito-chave para intervenções sociais e para avaliação de programas. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E.R. (org). Avaliação por Triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. DOI: 10.7476/9788575415474. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Maria-Minayo/publication/33024173_Avaliacao_por_Triangulacao_de_Metodos_Abordagem_de_Programas_Sociais/links/571d440308ae6eb94d0e50a0/Avaliacao-por-Triangulacao-de-Metodos-Abordagem-de-Programas-Sociais.pdf. Acesso em: 20 set. 2018

MENDES, L.S. *et al.* Experiência de coordenação do cuidado entre médicos da atenção primária e especializada e fatores relacionados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, e00149520, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00149520. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/trzFhLccv7qMB8kHJn557Ly/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jun. 2021

MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 20 ago. 2019

_____. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p. 549. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 02 mar. 2019

MENICUCCI, T.; MARQUES, A. M. F. Cooperação e Coordenação na Implementação de Políticas Públicas: O Caso da Saúde. **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016. DOI: 10.1590/00115258201693. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/dados/a/pFMXHMxY6y6KvgDbgKK3k9g/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 nov. 2018

MINGOTI, A. S. Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2017, cap. , p. .

MORAIS, M. M. **Regionalização da Assistência à Saúde no Estado de Minas Gerais: capacidade de provisão de serviços hospitalares na média complexidade**. 2019. 126 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <http://tede.fjp.mg.gov.br/bitstream/tede/440/2/FJP05-000456.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2020

MOREIRA, L. M. C.; FERRÉ, F.; ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1245-1256, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.28252016. Disponível em: <https://scielosp.org/pdf/csc/2017.v22n4/1245-1256/en>. Acesso em: 14 dez. 2018

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. / mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 mar.2019

NERI, M. A.; PINTO, I. C. M. A governança em rede e a estrutura operacional no âmbito do SUS – as redes de atenção à saúde. In: SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. (org). **Gestão Hospitalar no SUS**. Salvador: EDUFBA, 2021. cap. 7, p. 203-234 Disponível em: [file:///C:/Users/lenir.chaves/Downloads/Gest%C3%A3o%20Hospitalar%20no%20SUS_RI%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lenir.chaves/Downloads/Gest%C3%A3o%20Hospitalar%20no%20SUS_RI%20(1).pdf)

NEVES, R. G. *et al.* Tendência Temporal da cobertura Estratégia de Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 3, e2017170, 2018. DOI: 10.5123/S1679-49742018000300008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/N7hnfZBdZH7NQ6mmBCrWxvK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 abr. 2020

NORONHA, N. V. M. S. *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 6, e00115320, 2020. DOI: 10.1590/0102-

311X00115320. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 10 abr. 2021

OECD. Health at a Glance 2019. Paris: OECD Indicators, 2019, 243 p. Disponível em: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1649792715&id=id&accname=ocid54025470&checksum=6A8D26B22D93487E8DC0E6BB36A87A53>. Acesso em: 30 out. 2020

OLIVEIRA, E. X. G.; CARVALHO, M. S.; TRAVASSOS, C. Territórios do Sistema Único de Saúde – mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, mar./abr. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Qh8LMDRsKNC55gN5YxFkXdq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 abr. 2018

OLIVEIRA, C. R. F. *et al.* Conhecimento e uso de mecanismos para articulação clínica entre níveis em duas redes de atenção à saúde de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, e00119318, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00119318. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/98zDd8HkhzYHTGXYWmPY5pq/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2020

OLIVEIRA, A. E. F.; REIS, R. S. Gestão pública em saúde: os desafios da avaliação em saúde. São Luiz: EDFMA, 2016. 57 f. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7411/1/GP5U2.pdf>. Acesso em: 25 out. 2019

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. 2022. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>> Acesso em: 05 de Abr. 2022.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/lenir.chaves/Downloads/9789275720448_por.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: Fundação Oswaldo Cruz. **A saúde no Brasil em 2030** - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. 42 f. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>. Acesso em: 25 out. 2020

_____; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.03002017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/yPgCpmw8dfRm3h93mFSzhxP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 nov. 2018

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. (Sup), p. 1819-1829, nov. 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000700005. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/LSrY4BhGKSRCFFxvQsYvCMd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 dez. 2019

PEITER, C. C. *et al.* Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, n.1, e20180214, 2019. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0214. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/8V3GKbxjSp3VdpbR3s78HDb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 ago. 2020

PEREIRA, A. M. M.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2239-2251, jul. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018237.08922018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4FDDM5sBDT96yX5qCgYT6Bm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2019

PROADESS. Monitoramento da assistência hospitalar no Brasil (2009-2017). Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 26 p. Disponível em: https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Boletim_4_PROADESS_Monitoramento%20da%20assistencia%20hospitalar%20no%20Brasil_fev2019.pdf. Acesso em: 30 jun. 2021

PROQUALIS. **Qualidade de Serviços de Saúde no SUS**: Uma contribuição para a gestão da qualidade da atenção à saúde do SUS. Relatório Final 2013. 221 p. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Relat%C3%B3rio%20Final%20Qualisus%2016%20DEZ%202013.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020

RACHE, B. *et al.* Necessidades de Infraestrutura do SUS em Preparo`a COVID-19: Leitos de UTI, Respiradores e Ocupação Hospitalar. **IEPS**, Nota Técnica 3, p. 1-5, mar. 2020. Disponível em: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/IEPS-NT3.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2021

RAZANI, O.T. *et al.* Characterisation of the first 250.000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. **Lancet**, v. 9, Apr. 2021. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30560-9. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2820%2930560-9>. Acesso em: 30 jun. 2021

RAMOS, M. C. A. *et al.* Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo Sistema público de saúde, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 43, p. 49: 43, 2015. DOI:10.1590/S0034-8910.2015049005748. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/YSZvrFqfGqnmzsmPkpjZ3kr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2018

REGIÃO E REDES. O planejamento regional é estratégico no enfrentamento da pandemia da Covid-19. **Novos Caminhos**, n.18. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2020/05/NT18.pdf>. Acesso em: 20 out. 2020

REDE APS. Em defesa da Atenção Primária à Saúde forte e abrangente, coração do Sistema Único de Saúde. Atualizando a agenda da Rede de Pesquisa em APS. 2019. Disponível em: <

<http://informe.ensp.fiocruz.br/assets/anexos/b74adf494bc494eeda56abb5d84426870715586b.PDF>>

RIBEIRO, J. M. *et al.* Federalismo e políticas de saúde no Brasil: características institucionais e desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1777-1789, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.07932018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/C3hTNXwkCW9Rgfh4P7D76y/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2020

_____. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, abr. 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017224.03732017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Fg6N3bkrgrkpfvXjT43QbsJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2020

ROSA, T. O papel do Hospital na rede de atenção à saúde. **Consensus**, ano IV, n. 11, abr. / maio/ jun. 2014. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/revistaconsensus_11.pdf. Acesso em: 20 set. 2018

_____. O que muda com a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica? **Consensus**, edição 24, jul./ ago/ set. 2017. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/o-que-muda-com-reformulacao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/>. Acesso em: 30 out. 2020

RODRIGUES, J. N.; MOSCARELLI, F. Os desafios do pacto federativo e da gestão territorial compartilhada na condução das políticas públicas brasileiras. **GeoTextos**, v. 11, n. 1, p. 139-166, jul. 2015. DOI: 10.9771/1984-5537geo.v11i1.12714. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/geotextos/article/view/12714/9730>. Acesso em: 30 out. 2020

REIS, A. T.; OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, ago. 2012. DOI: 10.3395/reciis.v6i2.Sup1.622pt. Disponível em: <file:///C:/Users/lenir.chaves/Downloads/543-1775-1-SM.pdf>. Acesso em 30 out. 2020

SANTOS, T. B. S.; PINTO, I. C. M. Política Nacional de Atenção Hospitalar: con(di)vergências entre normas, Conferências e estratégias do Executivo Federal. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. (especial 3), p. 99-113, set. 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S308. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QgFtSCTsjqQ6PSHJ8bm3Vwy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 set. 2021

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014. DOI:10.1590/S0034-8910.2014048005045. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/fPbZYg5dFrmkHdLTDgrbpzm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 26 abr. 2021

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n.3, p; 1671-1680, mar.

2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000300002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/b77HCkBwb3FcTzJtBzzjgcr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 16 abr. 2021

SAVASSI, L. C. M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Ver bras med fam comunidade**, v. 7, n. 23, p. 69-74, abr. / jun. 2012. D10.5712/rbmfc7(23)392. Disponível em: <https://www.rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/392/460>. Acesso em: 16 de abr. 2021.

SES/MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: https://saude.mg.gov.br/images/1_noticias/10_2020/2_out-nov-dez/28-10_PLANO-DIRETOR-DE-REGIONALIZACAO-DA-SAUDE-DE-MINAS-GERAIS_PDRMG.pdf. Acesso em: 16 de fev. 2021.

_____. Superintendência de Monitoramento Avaliação e Controle. **Resolubilidade e os vazios da assistência hospitalar micro e macrorregional do SUS/MG em 2010 e a evolução - 2003/2010**. 2011d. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/2A%20Resolubilidade%20e%20os%20vazios%20da%20Assistenc.pdf> Acesso em: 27 maio. 2021

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 15-39. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/xzdnf/pdf/hartz-9788575415160-03.pdf>. Acesso em: 30 de mar. 2020

SILVA, B. N. *et al.* Eficiência Hospitalar das regiões brasileiras: um estudo por meio da análise envoltória de dados. **RGSS**, v. 6, n. 1, p. 76-91, jan. / abr. 2017. DOI: 10.5585/rgss.v6i1.314. Disponível em: <file:///C:/Users/lenir.chaves/Downloads/12773-59735-1-PB.pdf>. Acesso em: 16 out. 2020

SILVA, J. P. T. A análise da eficiência de hospitais regionais em um estado do Nordeste. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 84-97, jan. / mar. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4g6YcLynZpKyjSm4g5pySfr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2021

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002. 726 p. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 14 nov. 2020

_____, S. H. I. L. Commentary: Primary Care and Health Outcomes: A Health Services Research Challenge. **HSR**, v. 42, n. 6, p. 2252-2256, Dec. 2007. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2007.00739.x. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2151396/pdf/hesr0042-2252.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2020

SOUZA, J. S. *et al.* Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços. **Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 58, p. 46-57, jul. 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29856/1/Artigo%20Isabela%20Cardoso.%202018.pdf>.

Acesso em: 30 out. 2020

SOUZA, C. Federalismo, Desenho Constitucional e Instituições Federativas no Brasil Pós-1988. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v; 24, p. 105-1212, jun. 2005. DOI: 10.1590/S0104-44782005000100008. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/w75TqBF3yJv4JHqyV65vcjb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 set. 2019

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00195815. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkbxmhTTFJsNm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 ago. 2019

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, dez. 2002. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000600009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/jsNy8jWBKbwmggFQM6t5DHQ/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 20 set. 2020

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. Tendências na assistência Hospitalar. **Ciênc & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, ago. 2007. DOI: 10.1590/S1413-81232007000400002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/xC8dssym88RmTyNMJ6nZBrP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2021

VIACAVA F, OLIVEIRA RAD, CARVALHO CC, LAGUARDIA J, BELLIDO JG. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciênc Saúde Coletiva** 2018; 23(6): 1751-62

VIANA, A. L. A. *et al.* Sistema de saúde universal e território: desafios de uma política regional para a Amazônia Legal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, sup 2, p. S117-S131, 2007. DOI: 10.1590/S0102-311X2007001400002. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/mnZKCNmWwgG7qCMzfVLWvKy/?lang=pt>. Acesso em: 20 jul. 2019

_____; MACHADO, C. V. Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 807-817, 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2009.v14n3/807-817/pt>. Acesso em: 20 set. 2020

_____; BAPTISTA, T. W. F. Análise de políticas de Saúde. In: GIOVANELLA L. (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Cap.2, p. 65–105.

_____. *et al.* **Política de regionalização do SUS em debate:** avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. *Novos Caminhos*, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2017. Disponível em: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2017/04/Novos_Caminhos_15.pdf. Acesso em 20 out. 2018

_____; FELISBERTO, E. Importância da discussão sobre o processo de regionalização na saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 14, supl. 1, p. S5-S6, 2017. DOI: 10.1590/1806-9304201700s100001. Disponível em: http://old.scielo.br/pdf/rbsmi/v17s1/pt_1519-3829-rbsmi-17-s1-00S3.pdf. Acesso em: 15 set. 2020

_____. *et al.* Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 17, supl 1, p. S17-S26, 2017. DOI: 10.1590/1806-9304201700S100002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/4cRGtDKTb8F6Vyj7fXVnKNq/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 15 set. 2020

_____; *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1791-1798, jun. 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05502018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hy8xWrRVWXQkbZdY8BVt6tf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em> 15 set. 2020

_____; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, e00022519, 2019. DOI: 10.1590/0102-311X00022519. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Q3YcmVdQG83vHbHSKSxDpXp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 set. 2020