

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
Programa de Pós-Graduação em Gestão e Economia da Saúde

ROSEANE DA SILVA LEMOS

**Regionalização da alta complexidade em saúde no estado
de Pernambuco: oferta e alocação de recursos**

Recife
2014

ROSEANE DA SILVA LEMOS

**Regionalização da alta complexidade em saúde no estado
de Pernambuco: oferta e alocação de recursos**

**Dissertação de Mestrado
apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Gestão e
Economia da Saúde da
Universidade Federal de
Pernambuco, para a obtenção do
Título de Mestre em Gestão e
Economia da Saúde**

**Orientadora: Profa. Dra. Adriana Falângola Benjamin Bezerra
Co-orientadora: Juliana Leão Pontes**

**Recife
2014**

Catálogo na Fonte

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

L557r

Lemos, Roseane da Silva

Regionalização da alta complexidade em saúde no estado de Pernambuco: oferta e alocação de recursos / Roseane da Silva Lemos. - Recife : O Autor, 2014.

68 folhas : il. 30 cm.

Orientadora: Profª. Dra Adriana Falângola Benjamin Bezerra e Co-orientadora Profª. Juliana Leão Pontes.

Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2014.

Inclui referências.

1. Programas médicos regionais. 2. Economia da saúde. 3. Saúde pública - Avaliação. 4. Organizações de manutenção da saúde. 5. Acesso aos serviços de saúde. 6. Cuidados médicos – Custos. I. Bezerra, Adriana Falângola Benjamin (Orientadora). II. Pontes, Juliana Leão (Co-orientadora). III. Título.

336 CDD (22.ed.)

UFPE (CSA 2015 – 131)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO E ECONOMIA DA SAÚDE DE:

ROSEANE DA SILVA LEMOS

A Comissão Examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera a Candidata Roseane da Silva Lemos
APROVADA.

Recife, 03 de outubro de 2014.

Prof. Dr. Geraldo de Aguiar Cavalcanti
Examinador Interno/UFPE

Prof.^aDr.^a Suely Arruda Vidal
Examinador Interno/UFPE

Prof.^aDr.^a Islândia Maria Carvalho de Sousa
Examinador Externo/CPqAM/FIOCRUZ/PE

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores do curso que contribuíram para o meu processo de qualificação profissional em nível de mestrado, em especial à Professora Adriana Benjamin Falângola pela paciência e todo o apoio recebido durante a concepção e o desenvolvimento deste trabalho. À co-orientadora Juliana Leão Pontes pela amizade e valiosas sugestões no desenvolvimento deste trabalho.

À coordenação do curso, Professora Tatiane Menezes, pela dedicação para
À minha família, em especial meus pais Reginaldo e Vera Lúcia, pela compreensão e indispensável apoio durante todo o curso.

Ao meu amigo e cunhado Natal pelo apoio e constante presteza em ajudar.

Aos amigos da Secretaria Estadual de Saúde por muita paciência nos dias de muito stress e por cada colaboração no trabalho.

Aos colegas da primeira turma do Mestrado Profissional em Gestão e Economia da Saúde – UFPE pela amizade e alegrias compartilhadas.

Os autores agradecem ao Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde pelo apoio financeiro do Curso do Mestrado Profissional de Gestão e Economia da Saúde.

RESUMO

Este trabalho analisou a oferta das ações de alta complexidade e a alocação de recursos nas macrorregiões de saúde no estado de Pernambuco. Caracteriza-se por ser um estudo de natureza quantitativa, exploratório e descritivo. As informações utilizadas foram referentes à assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade sob gestão estadual, tendo como período o ano de 2013. Foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), respectivamente, e processados pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS). Observou-se que a oferta da assistência ambulatorial e hospitalar na alta complexidade nas macrorregiões de Pernambuco, não está em conformidade ao preconizado pela Regionalização da Assistência à Saúde. Encontrou-se uma concentração de oferta na macrorregião metropolitana, exigindo grandes deslocamentos da população, dificultando o acesso dos usuários residentes das macrorregiões de saúde mais distantes. No tocante a alocação de recursos executados pela gestão estadual, observou-se uma persistência de iniquidades espaciais. Os dados evidenciaram que o setor privado que deveria ser de caráter complementar é o principal provedor SUS de ações e serviços em alta complexidade. O contexto identificado demonstrou que a oferta regionalizada em alta complexidade ainda está longe de ser concretizada no estado de Pernambuco.

Palavras-chave: Regionalização. Atenção Terciária à Saúde. Alta Complexidade. Financiamento da Assistência à Saúde.

ABSTRACT

This paper analyzed the supply of high complexity actions and resource allocation in health macro-regions in the state of Pernambuco. It is characterized by being a study of quantitative, exploratory and descriptive nature. The information used were related to out patient care and hospital of high complexity understate management, with the period 2013. Secondary data from the Hospital Information System (SIA) and Hospital Information System (SIH), respectively, and processed by the Department of Information and informatics software the National Unified Health System - SUS (DATASUS). It was observed that the provision of ambulatory and hospital care in high complexity in the macro-regions of Pernambuco is not in line with that recommended by the Regionalization of Health Care. We found a concentration of supply in the metropolitan macro-region, requiring large displacements of the population, making it difficult access for residents of the more distant macro health regions. Regarding the allocation of resources executed by state management, there was a persistent spatial inequities. The data showed that the private sector should be complementary in nature is the main provider of SUS actions and services for high complexity. The identified context showed that regionalized supply for high complexity is still far from being realized in the state of Pernambuco.

Keywords: Health regionalization. Tertiary Healthcare. High complexity. Financing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 01 - Mapa da divisão político-administrativa da saúde em 39 Pernambuco.
- Figura 02 - Mapa dos fluxos dos pacientes nas Macrorregiões de Saúde 47 para a assistência em Alta complexidade.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01-	Assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde dos usuários e do estabelecimento de saúde.	48
Quadro 02 -	Assistência ambulatorial de alta complexidade, sob gestão estadual, por macrorregião de residência e do estabelecimento de saúde.	50
Quadro 03 -	Assistência hospitalar em alta Complexidade, sob gestão estadual, por Macrorregião de residência e do estabelecimento de saúde.	51
Quadro 04 -	Caracterização dos estabelecimentos de saúde por natureza jurídica que executam a alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sob gestão estadual.	53
Quadro 05 -	Estabelecimentos com oferta de procedimentos de alta complexidade por tipo de assistência, segundo natureza do prestador.	54
Quadro 06 -	Medicamentos de alta complexidade dispensados segundo a macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento.	56
Quadro 07 -	Assistência ambulatorial de alta complexidade grupo de procedimento transplante por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento	57
Quadro 08 -	Assistência ambulatorial de alta complexidade grupo de procedimentos com finalidade diagnóstica por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento.	58
Quadro 09 -	Assistência ambulatorial de alta complexidade grupo de procedimentos clínicos por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento.	59
Quadro 10 -	Assistência ambulatorial de alta complexidade grupo de procedimentos cirúrgicos por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento.	60
Quadro 11-	Assistência hospitalar de alta complexidade grupo de procedimentos transplantes de órgãos, tecidos e células, por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento	61
Quadro 12 -	Assistência hospitalar de alta complexidade grupo de procedimentos com finalidade diagnóstica, por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento.	62
Quadro 13 -	Assistência hospitalar de alta complexidade grupo de procedimentos clínicos, por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento	63
Quadro 14 -	Assistência hospitalar de alta complexidade grupo de procedimentos cirúrgicos, por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APAC	Autorização para Procedimentos de Alta Complexidade
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FA	Fundações de Apoio
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FE	Fundações Estatais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MAC	Média e Alta Complexidade
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIB	Produto Interno Bruto
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SAI	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS	Sistema de Informação de Orçamento Público em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	16
3.1	A Regionalização da Saúde	16
3.2	Direito à Saúde e Integralidade	21
3.3	O Financiamento do setor público da saúde e os gastos em saúde	24
3.4	A relação Público X Privado no SUS	29
3.5	A assistência em alta complexidade	32
4	METODOLOGIA	36
4.1	Tipologia do estudo e caracterização do objeto	36
4.2	Plano Metodológico	38
4.3	Considerações Éticas	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1	Mapeamento das Ações em Alta Complexidade (AC) e os Fluxos Assistenciais dos Usuários	41
5.2	Assistência ambulatorial e hospitalar em alta complexidade	42
5.3	Assistência ambulatorial em alta complexidade	44
5.4	Assistência hospitalar em alta complexidade	46
5.5	O comportamento do gasto estadual com serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade	47
5.5.1	Relação público X privado na alta complexidade	
5.5.2	A oferta em alta complexidade por grupo de procedimento	51
5.5.2.1	Assistência Ambulatorial	51
5.5.2.2	Assistência hospitalar	56
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	63

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece que a atenção à saúde deve ser igualitária, universal e gratuita, pautando-se nos princípios da universalidade da descentralização, da regionalização e da hierarquização dos serviços de saúde, da integralidade das ações e da participação popular (MAYORGA et al., 2004).

A descentralização é um princípio do SUS que guarda uma significativa transversalidade conceitual e operativa com os demais princípios que o fundamentam. Podendo ser compreendida como eixo estruturante das políticas de saúde, uma vez que convida os três entes governamentais federados, União, Estados e Municípios a articularem-se, cooperarem entre si e zelarem pela qualidade das ações e serviços de saúde (BELTRAMMI, 2008; BRASIL, 2006).

A regionalização é um processo de articulação entre os serviços existentes, buscando o comando unificado dos mesmos de forma hierarquizada. Significa dizer que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da clientela a ser atendida (CUNHA; CUNHA, 2001).

Segundo o art. 30, inciso VII, da Constituição (BRASIL, 1988) e os arts. 18, inciso I, e 17, inciso III da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), compete ao Município e, supletivamente, ao Estado, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo ambos recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária.

O recorte territorial regional é avaliado como crucial para a organização, gestão e assistência de média e alta complexidade no SUS. A concretização desse território político-administrativo auxilia na construção de uma estrutura mais sólida para garantia dos princípios de universalidade e equidade, além da descentralização no que tange a regionalização (ARRETCHE, 1996).

Os arranjos territoriais que agregam mais de uma região de saúde são denominados macrorregiões e tem como objetivo a organização de ações e serviços de média e alta complexidade, complementando desse modo a atenção à saúde das populações desses territórios (BRASIL, 2006).

Para que o acesso da população, desses arranjos territoriais, seja garantido, é necessário que a regionalização seja pautada na garantia da integralidade na atenção à saúde, ampliando o conceito de cuidado à saúde no processo de reordenamento das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, em todos os níveis de complexidade (BRASIL, 2006).

Em Pernambuco, a proposta de Regionalização da Assistência à Saúde, definido no Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco (PDR/PE), pressupõe a oferta de serviços de saúde de modo equânime em todo o seu território, que está dividido em doze regiões de saúde e quatro macrorregiões de Saúde (PERNAMBUCO, 2011).

A assistência à saúde no Sistema Único de Saúde está estruturada em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade. Este último engloba ações de alta tecnologia e alto custo, devendo estar integrado aos demais níveis de atenção à saúde.

As ações e serviços de alta complexidade como possuem grande visibilidade social e alto custo converge entre os interesses políticos e econômicos entre gestores, prestadores e usuários de classe média e elite (NOGUEIRA, 2010).

O financiamento tem sido um dos maiores desafios na concretização do SUS. Considerando a distribuição espacial de recursos, observa-se que uma grande iniquidade na política alocativa do Ministério da Saúde o qual define a média de produção como critério para repasse de recursos da Média e Alta Complexidade (MAC). Além disso, os critérios estabelecidos não garantem a equidade, uma vez que as realidades de estados e municípios em autofinanciar seus serviços de saúde são diferentes (SOUZA, 2003).

Ressalta-se que as decisões alocativas precisam ser abalizadas, sobretudo pela grande incorporação tecnológica existente no setor saúde, visto que essas ações e serviços são em sua maioria de alto custo, demandando análise de viabilidade, uma vez que sua oferta pelo SUS implica muitas vezes em renunciar serviços menos onerosos, que atenderiam a necessidade em saúde de uma maior parcela da população (PONTES, 2012).

Uma questão fundamental nessa discussão é o perfil de adoecimento das populações que está em constante transformação e que, é este quem determina a necessidade em saúde e assim o volume de recursos necessários e os serviços que precisam ser ofertados para assegurar a saúde das populações (PONTES, 2012).

Esse cenário exige uma reorientação no modo de cuidar e para tanto é necessário um financiamento compatível para garantir a oferta adequada de ações e serviços, impondo uma carga crescente e crítico para os gestores (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Pretende-se, neste trabalho, discutir a regionalização da saúde no Estado de Pernambuco no que tange a alta complexidade, evidenciando a relação público-privada, a produção dessa assistência, os valores aprovados, o percentual de participação por tipo de prestador e a alocação dos recursos sob gestão estadual.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar a distribuição da oferta regionalizada e alocação dos recursos SUS de alta complexidade sob gestão Estadual.

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear a distribuição espacial da oferta e o fluxo assistencial em alta complexidade nas regiões e macrorregiões de Saúde;
- Evidenciar a natureza jurídica dos prestadores que ofertam a alta complexidade.
- Examinar o comportamento do gasto estadual com serviços ambulatoriais e hospitalares por grupo de procedimentos de alta complexidade em valores absolutos e relativos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 A Regionalização da Saúde

A regionalização, como estratégia da descentralização das ações de saúde é considerada de grande relevância pública e uma referência normativa para sua efetivação. Significa ofertar ações e serviços de saúde seguindo a diretriz de hierarquização, organizando-os segundo o nível crescente de complexidade em recortes geográficos planejados, levando em consideração o perfil epidemiológico da região e a rede existente (CUNHA; CUNHA, 2001).

Uma revisão no processo de regionalização demonstra que já ocorria desde os anos 50. Surgiu inicialmente na antiga União Soviética, pós-Revolução, tendo sido posteriormente adaptada para o ocidente por Dawson em 1920 (SILVA e MENDES, 2004). Desde então, a proposta de organizar sistemas de saúde regionalizados vem sendo adotada em diversos países. Nessas experiências, o padrão encontrado tem sido o da regionalização autárquica, na qual existe uma instância mesorregional que possui uma autonomia importante, que é responsável pela gestão do sistema local de saúde (MENDES, 2001, 2004).

A partir da década de 70 a descentralização ganhou contornos mais robustos com o colapso do modelo de organização do setor público centralizado, principalmente após as duas crises econômicas mundiais pelo aumento expressivo dos juros americanos e da crise do petróleo (MELO, 1997; GURGEL JUNIOR, 2004).

Os processos de regionalização em países como Inglaterra, Alemanha, Itália, Espanha e Canadá possibilitaram a organização de redes de serviços através da criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais (BANKAUSKAITE, 2007). A descentralização do poder público foi alvo de discussão nesses países na década de 80 sendo a força motriz das reformas do setor público (MELO, 1994). Nesse contexto, foram delegadas atribuições restritas aos governos locais, enquanto os níveis regionais foram estabelecidas funções mais amplas de planejamento e

gestão sobre as políticas de saúde. No cenário internacional foram disseminadas nos países avançados e capitalistas da época (LIMA *et al.*, 2007).

Percebe-se que o papel dos municípios era secundário no processo de regionalização, responsáveis apenas por ações de saúde pública, ou até mesmo inexistente. Esse modelo era adotado na época pelo Reino Unido, pela Itália e pelo Canadá, países cujos sistemas são referência para o SUS (MENDES, 2001, 2004).

Na América Latina, onde a maioria dos países possuía regimes ditatoriais, a descentralização fez parte de um processo de democratização dos países. Esse movimento produziu mudanças nas gestões públicas principalmente na gestão municipal, estabelecendo uma maior participação social através das discussões nas leis estaduais e municipais e nos planos diretores (MELO, 1994).

No Brasil, o processo de descentralização na área da saúde, ainda que tenha se firmado na Constituição de 1988, nas leis 8.080 de 19 de setembro de 1990 e 8.142 de 28 de dezembro de 1990 foi um movimento que começou a se estruturar ao longo da década de 1980 (UGÁ *et al.*, 2003).

A Constituição trouxe inovações ao desenho federativo nacional, delegando autonomia aos três entes federados, estabelecendo suas competências tributárias e promovendo a descentralização política e administrativa das esferas de governo. Instituiu, portanto, a concepção de federação trina, propiciando aos municípios *status* de entes gestores da federação, com poderes similares aos dos estados e da União (BRASIL, 2006).

Assim, o modelo brasileiro vigente do sistema de saúde deixou de ter um caráter "estadualista", passando a "municipalização" a se constituir o eixo condutor do processo de descentralização do sistema (UGÁ, 1997). A partir desse momento, os municípios passaram a assumir papéis importantes no SUS, considerando a competência de *prestar, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, serviços e atendimento à saúde da população* (Constituição Federal, art., 30, VII) (UGÁ *et al.*, 2003).

A Norma Operacional Básica - NOB 01/91 apesar de apoiar de maneira incipiente a descentralização e a municipalização através dos consórcios administrativos entre os municípios apresentava um anacronismo quanto aos critérios de repasse dos recursos financeiros, uma vez que condicionava este à produção de serviços e não às necessidades da população (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001) (BRASIL, 1991).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01/93 apontava que a construção do SUS através do processo de descentralização, assumia dimensões complexas e a regionalização era entendida como uma articulação e mobilização municipal que deveria respeitar as características geográficas, os fluxos de demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, sobretudo, desejo político dos municípios de se consorciar ou estabelecer outra relação de caráter cooperativo (BRASIL, 1993).

Além disso, normatizava e regulamentava a descentralização governamental das ações e serviços de saúde por meio de formas de gestão municipal: incipiente, parcial e semiplena. Defendia a autonomia dos três entes estabelecendo suas competências tributárias e estimulando a descentralização política e administrativa, desta forma, constituindo para os municípios poderes similares aos estados e União (BRASIL, 1993; PESTANA; MENDES, 2004).

Mais adiante, a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS-SUS adotavam a regionalização como macroestratégia fundamental para a implementação do processo de descentralização do sistema de saúde brasileiro, que recomendava uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde. Posteriormente publicou-se a NOAS-SUS 01/2002 que não traz alterações significativas quanto à primeira NOAS (BRASIL, 2001; BRASIL, 2006).

Entretanto, esse processo organizacional não é tão simples assim. Na expectativa de avançar com a descentralização as normas operacionais não levaram em consideração as especificidades regionais e estaduais, dificultando a regionalização da saúde (GIL; LICHT; YAMAUCHI 2006).

Apesar da importância e da sua contribuição em todo o processo histórico para a implementação do SUS, as normas operacionais geraram insatisfação pela excessiva burocratização no processo de gestão e de regras normativas, reduzindo a autonomia. Além disso, não conseguiram avançar na estratégia de cooperação interfederativas gerando uma competição desigual entre os Estados e os seus municípios; não definiram o papel das secretarias estaduais de saúde, uma vez que são fundamentais no processo da regionalização; não tratavam o rateio dos recursos financeiros de forma equânime, seguindo uma lógica de financiamento baseada na oferta de serviços (SILVA, SOUTO JUNIOR; BRÊTAS JUNIOR, 2008; NASCIMENTO, 2007).

Na tentativa de apresentar mudanças na execução do SUS, por meio de um processo de descentralização estruturado numa regionalização solidária e cooperativa, é publicada a Portaria/GM nº. 399, em 22 de fevereiro de 2006 – Pacto pela Saúde, contendo diretrizes operacionais como o pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão (BRASIL, 2006). Suas diretrizes tinham o intuito de facilitar a construção de redes de serviços, evidenciando a regionalização, e o atendimento às necessidades assistenciais através da gestão compartilhada (BRASIL, 2006).

No Pacto pela Saúde 2006, a regionalização é o eixo estruturante de uma de suas três dimensões – o Pacto de Gestão do SUS – devendo, portanto, orientar o processo de identificação e construção de Regiões de Saúde, nas quais as ações e serviços deveriam ser organizados de forma a garantir o direito da população à saúde e a potencializar os processos de planejamento, negociação e pactuação entre os gestores, além da estruturação dos Colegiados de Gestão Regional - CGRs (BRASIL, 2006).

As macrorregiões são arranjos territoriais que agregam mais de uma Região de Saúde, de qualquer modalidade, com o objetivo de que elas organizem, entre si, ações e serviços de média e alta complexidade, complementando, desse modo, a atenção à saúde das populações desses territórios (BRASIL, 2006).

O ponto de “corte” da média complexidade na Região ou na Macrorregião de Saúde deve ser pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), tendo em vista

a realidade da região e do estado. Em estados com maior adensamento tecnológico, a alta complexidade também pode estar contemplada em uma Região de Saúde (BRASIL, 2006).

Em 2011, foi homologado o Decreto nº7508 regulamentando a Lei nº 8080/90, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, o qual determina que para ser instituída uma Região de Saúde é preciso conter, no mínimo, ações e serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

No tocante a responsabilidade de cada ente à regionalização é previsto que as três esferas devem contribuir com a efetivação dessa estratégia, assumindo um caráter solidário e cooperativo, coordenando esse processo em seu território, propondo pactuações regionais a partir da tomada de decisões nas CIB, reconhecendo e atualizando continuamente as regiões de saúde em conformidade com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Cabe ao Estado disponibilizar seus recursos humanos, financeiros, estruturais conforme pactuação, prestar apoio tanto técnico quanto financeiro e sempre participar das instâncias colegiadas, cumprindo suas obrigações técnicas e financeiras e participando da construção de projetos regionais em conformidade com os instrumentos legais da regionalização (BRASIL, 2006).

Apesar dos avanços que aconteceram na saúde ao longo desses anos, dentro do processo histórico e constitucional brasileiro, a regionalização é um ideário que ainda não foi concretizado. Constitui em estratégia fundamental do SUS, de promover a democratização, participação social e relevante no que tange o acesso, integralidade e universalidade das ações e serviços de saúde (GIL; LICHT; YAMAUCHI 2006; MENDES, 2004).

3.2 Direito à Saúde e Integralidade

A crise econômica ocorrida nos países do Ocidente desenvolvido, devido a redução nas taxas de acumulação do capital produziu novos arranjos no capitalismo internacional com consequências nas áreas das políticas de proteção social e saúde (MELO, 1994, COSTA, 2002; IRIART, 2000, RIZZOTTO, 2000, SOARES, 2000).

A responsabilidade do Estado pela vida de seus cidadãos foi o resultado do reconhecimento de problemas sociais e de saúde no âmbito da produção e reprodução da força de trabalho durante a Revolução Industrial, (IBANHES, 2010). O cenário de injustiça social gerou manifestações de contexto político que promoveu a mudança no olhar e no comportamento frente aos direitos sociais.

O direito à saúde é entendido como condições de vida e bem estar social e constitui o chamado Direito Social, que extrapola a visão da oferta dos serviços de saúde, e que está intimamente associado à dignidade humana (AIMBERE, 2006). Então, a percepção de dignidade humana deve ser perseguida como um direito natural, uma vez que é um direito comum a todos e atrelado à origem da humanidade (BRITO-SILVA, 2012 *apud* DALLARI, FORTES, 1997).

Segundo Houaiss, Villar e Franco (2001), o direito corresponde aquilo que é direcionado a um indivíduo ou a um grupo de indivíduos por força de leis ou dos costumes. O direito é definido como “um sistema de normas que regulam o comportamento dos homens em sociedade”, pautado no princípio de justiça, em que as normas jurídicas visam limitar as condutas nocivas para a vida em sociedade (BRITO-SILVA, 2012 *apud* DALLARI, FORTES, 1997)..

Bobbio (1992), afirma que a concorrência entre os direitos é um dos entraves na sua garantia considerando que o reconhecer um novo em favor de uma categoria do qual se beneficiava com esse direito. Assim, para o autor, o direito à saúde, considerado como um direito social é um dos direitos mais difíceis de serem protegidos, quando comparado aos direitos civis e políticos. O reconhecimento da saúde como um direito universal e integral esbarra no desenvolvimento insuficiente do Estado para sua garantia.

No plano individual, a garantia do direito à saúde envolve a liberdade em várias situações, como por exemplo, o tipo de tratamento, a relação com o meio ambiente e as condições de trabalho.

No plano social, o direito à saúde pode ser avaliado em duas vertentes: na primeira, as exigências aos indivíduos face às necessidades coletivas, que é o que os obriga a submeterem-se às normas jurídicas, como à vacinação, ao tratamento, ao isolamento em casos de algumas doenças infectocontagiosas, à destruição de produtos impróprios para o consumo, ao controle do meio ambiente e do ambiente de trabalho; e, a segunda, diz respeito à garantia da oferta de cuidados da saúde a todos que necessitam de cuidados, o que corresponde ao ideal de igualdade, e que, por sua vez, se submete ao pleno desenvolvimento do Estado democrático de direito (NOGUEIRA, PIRES, 2004).

No Brasil, devido as condições de vida precárias e de saúde da população foi criado num contexto de resistência social e política ao regime autoritário na década 70 denominado reforma sanitária (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

O movimento sanitário é considerado uma das grandes mobilizações sociais, na luta pela saúde na história recente do Brasil. Baseado em princípios como a universalidade, integralidade e equidade, essa luta se concretizou no Sistema Único de Saúde (SUS) (L'ABATTE, 2010).

Com o fim da ditadura militar imprimiu-se o esforço de construir a democracia no país, culminando com a Constituição de 1988, também conhecida Constituição Cidadã (CARVALHO, 2005). Tinha como propósito ampliar o conceito de cidadania, qualificando o povo brasileiro como cidadão e, assim, possibilitar sua participação no processo político decisivo (COSTA, 2003).

A garantia constitucional possibilitou universalizar e democratizar todo o processo da saúde-segurança a uma população demográfica e socialmente desigual, numa perspectiva de reduzir indicadores de precariedade na saúde, associados a medidores de pobreza (CAMPOS, 2006).

Entretanto, ainda perdura o exercício limitado da cidadania que é influenciado pela visão limitada da população de seus direitos instituídos legalmente. Os direitos são vistos como um favor em troca do qual se deve gratidão e lealdade, resultando em uma cidadania passiva e receptora, e não ativa e reivindicadora (CARVALHO, 2005).

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas em saúde, Puccini e Cecílio (2004, p. 1350) afirmam que os princípios do SUS, especialmente a integralidade, são qualificadores do direito social.

De acordo com Giovanella e col. (2002), o conceito de integralidade contempla quatro dimensões, sendo uma delas a garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica.

Apesar de a integralidade ser um termo utilizado no campo da saúde, desde a primeira metade do século passado, não existe um consenso quanto a sua definição (SILVA, BEZERRA e TANAKA, 2012).

Pinho et al. (2007) afirma que a integralidade deve compreender aspectos desde a regulação do acesso as políticas do setor saúde a abordagem para o sujeito-usuário, ou seja, considerar o cuidado nas mais diferentes dimensões do ser humano (SILVA JÚNIOR et al., 2006).

A Constituição Federal de 1988 apresenta a integralidade do ponto de vista de acesso e articulação as ações e níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1988).

Internacionalmente, é atrelada à oferta, organização e articulação dos serviços de saúde e o cuidado à saúde (TANAKA, OLIVEIRA, 2007; CONILL, 2004; LORENZO, KEENOY, GASPAR, 2002; LEATT, PINK, GUERRIERE, 2000).

Hartz e Contandriopoulos (2004) estabelecem a relação da integralidade com a integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo que nenhum ator/organização dispõe de todos os recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde.

A abrangência e amplitude de concepções atribuídas à integralidade caracterizam a sua relevância na operacionalização do SUS. Observa-se, no entanto, que a sua efetivação, em qualquer dos sentidos atribuídos, constitui um verdadeiro desafio para o Sistema (CECÍLIO, 2001).

Considerando ainda a abrangência desta concepção, a integralidade não pode ser plena no espaço singular dos serviços, por mais competente e comprometida que seja a equipe. Neste sentido, Cecílio (2001) aponta para a segunda dimensão onde a integralidade é pensada em rede, por isso definida como ampliada.

Dentre os diversos fatores que interferem na efetivação deste princípio, podem-se citar: as heranças recebidas pelo SUS, fruto do modelo de atenção à saúde curativista, perpetuando uma prática fragmentada dos profissionais, e sobretudo, os interesses de mercado contrários ao SUS (OLIVEIRA, CASANOVA, 2009; MAGALHÃES JÚNIOR, OLIVEIRA, 2006; CAMPOS, 2003).

Considerando a amplitude de concepções atribuídas à integralidade, este estudo assume o recorte de analisar a sua objetivação a partir da garantia de atenção na alta complexidade.

3.3 O Financiamento do setor público da saúde e os gastos em saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS, entre os objetivos que definem um sistema de saúde encontram-se melhorar e proteger a saúde das pessoas; promover a equidade no financiamento da atenção à saúde; atender às expectativas da população no que se refere às condições de atendimento (*responsiveness*); e reduzir as desigualdades (OMS, 2000).

A Constituição Federal afirma, no art. 194, que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da

sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

No que diz respeito ao financiamento, o art. 195, da Constituição Federal, afirma que “a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 1988).

No Ato das Disposições Transitórias da Constituição Federal/88, até 1993, constava que 30% dos recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), de origem federal, deveriam ser destinados ao SUS e que a estes deveriam ser acrescidas, segundo a Constituição da República Federativa do Brasil, receitas provenientes dos Tesouros Estaduais e Municipais, que viabilizassem a implementação desse sistema.

No entanto, o Sistema Único de Saúde tem apresentado em sua trajetória dificuldades em garantir recursos estáveis e suficientes para o seu financiamento. As fontes de receitas, impostos e contribuições sociais foram alteradas em vários momentos, mas uma ampliação na participação do gasto SUS no Produto Interno Bruto (PIB) ou na receita tributária como um todo, de fato, nunca foi realidade. Em meio à grande demanda de responsabilidade imposta pela universalização do sistema fica evidente o descompasso do gasto público com a necessidade em saúde (DAIN, 2007).

Em meio ao processo de competição por recursos, os programas universais, com menor capacidade de defesa, foram sendo progressivamente isolados da luta pelo acesso às fontes de receita vinculadas pela Constituição ao seu financiamento. Assim, esse dispositivo constitucional aprovado nunca foi cumprido (DAIN, 2007).

Além disso, o cenário mundial pregava a concepção neoliberal enquanto modelo de governo a ser implementado para garantia do equilíbrio e desenvolvimento econômico, diante da crise que vigorava. Era forte a pressão dos organismos internacionais, para que os países em desenvolvimento adotassem o receituário neoliberal, que com sua política macroeconômica restritiva, determinou

difíceis condições de financiamento para as políticas sociais (MENDES; MARQUES, 2009).

Em 1993, sob alegação de restrições fiscais e aumento das despesas, houve uma fragmentação e especificação de fontes de financiamento no OSS, onde a contribuição sobre folha salarial tornou-se exclusiva para a Previdência Social. Além disso, as contribuições sociais baseadas no faturamento e no lucro das empresas foram apropriadas como recursos do Tesouro Nacional; e, foram incorporadas, ao OSS, despesas antes financiadas por recursos fiscais (CORDEIRO, 2001). A interrupção do aporte desses recursos para a saúde gerou grande instabilidade nos anos subsequentes.

Na segunda metade da década, num contexto em que se agregam as dificuldades relativas às estratégias de reapropriação dos recursos pela União e as impossibilidades de obtenção de novos empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), é negociado pelo MS a criação de uma fonte específica de financiamento para a saúde - a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). No entanto, a CPMF, aprovada ao final de 1996 e implantada em 1997, não gerou o aumento de recursos esperado. Além disso, em 1999, a CPMF deixa de ser exclusiva da saúde, servindo também para financiar a previdência e, em 2001, o Fundo de Combate à Pobreza (RIBEIRO *et al.*, 2005).

Outro movimento pela busca da estabilidade financeira da saúde foi encabeçado por parlamentares, buscando a vinculação de receitas nos orçamentos das três esferas de governo, incluindo os estados. Machado (2003) relata que ocorreram embates e negociações com a área econômica do governo para a concretização desse movimento. Após várias reformulações à proposta original, a EC n.29 foi aprovada em 13 de setembro de 2000 (BRASIL, 2000), sete anos após seu primeiro envio ao Congresso.

Mais recentemente, a EC n. 29 foi regulamentada por meio da Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012, que ratificou os critérios mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde, assim como, os critérios de rateio dos recursos

de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas nas 3 (três) esferas de governo.

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados e fiscalizados pelos respectivos Conselhos de Saúde, assim como por outros órgãos de controle (tribunal de contas, órgão do sistema de auditoria, Ministério público) tanto na União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que garante um maior controle dos recursos destinados à área de saúde (BRASIL, 2012).

Em 2008, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 204, que estabeleceu a normatização do financiamento do custeio das ações em saúde pública, as quais foram divididas em cinco blocos de financiamento: Atenção Básica; Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; e Gestão do SUS. No ano seguinte, a Portaria nº 837 incluiu o bloco de investimentos na rede de serviços de saúde, na composição dos blocos de financiamento.

A alocação dos recursos federais de saúde para os municípios e Estados brasileiros como vem sendo feita obedece a dois critérios, em função do tipo de cuidado considerado. O custeio dos serviços de atenção básica compreende em dois pisos: Piso da Atenção Básica – PAB fixo e variável. O primeiro é repassado para os municípios de acordo com a população (*per capita*), não considerando o tamanho da rede instalada, e o segundo de acordo com a adesão de programas específicos. Já os critérios para alocação de recursos para o financiamento das ações de Média e Alta Complexidade (MAC) baseiam-se na produção de serviços (KAJIURA, 2010). Essa metodologia de repasse tende a favorecer as localidades com maior capacidade instalada, contribuindo para acirrar as desigualdades na alocação e no acesso aos recursos de saúde entre as regiões do país (NUNES, 2004).

Na Lei n. 8.080 (BRASIL, 1990), encontra-se em seu art. 35 que para o estabelecimento dos valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, uma combinação de critérios deve ser utilizada, e não somente

desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior. Além deste, deve ser considerado o perfil demográfico e epidemiológico da região, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área e níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais. (BRASIL, 1990), o que não sendo visualizado na destinação do recurso de média e alta complexidade - MAC.

Do ponto de vista da necessidade da população por mais e melhores que sejam as ações e serviços públicos de saúde, é importante que o SUS imprima gastos mais robustos para a superação dos vazios assistenciais e das desigualdades regionais que ainda se perpetuam (DAIN, 2007).

Os custos e os gastos de uma determinada atividade podem variar a depender do ponto de vista a ser abordado, devendo ser este um dos primeiros pontos a ser definido, quando se pretende avaliar economicamente uma intervenção (MARINHO, 2011).

Conceitualmente, entende-se por custo em saúde o valor de todos os recursos utilizados na produção de um bem ou serviço de saúde, não se restringindo ao uso direto de dinheiro, durante determinado período de tempo. Enquanto que gastos em saúde são os valores pagos para a aquisição de bens ou serviços, referindo-se ao valor financeiro desembolsado para a obtenção de um produto ou serviço (BRASIL, 2005).

No Brasil, de acordo com dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde, os gastos totais com a saúde (público e privado) se ampliaram de 7,2% em 2000 para 9% em 2010. Embora seja um país com sistema universal de saúde, o gasto público brasileiro em relação ao gasto total de saúde foi de 47% (OMS, 2013).

Porto, Ugá e Moreira (2011) analisaram dados levantados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 2008) que revelaram o SUS como principal responsável pelo financiamento da assistência de 58,6% das pessoas. Já os planos privados de saúde financiavam 27% e o gasto privado direto financiou cerca de 14% dos atendimentos em nível nacional.

3.4 A relação Público X Privado no SUS

A Constituição Federal no seu art. 30, inciso VII, e os arts. 18, inciso I, e 17, inciso III da Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990), afirmam que compete ao Município e, supletivamente, ao Estado, gerir e executar serviços públicos de atendimento à saúde da população, podendo ambos recorrer, de maneira complementar, aos serviços ofertados pela iniciativa privada, quando os serviços de saúde da rede pública forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial necessária (BRASIL, 1988).

A Portaria nº 1.034 de 5 de maio de 2010, que dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde, no âmbito do SUS, afirma que em caso de precisar recorrer às instituições privadas, deverá ser dada a preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos (BRASIL, 2010).

O sistema de saúde brasileiro é constituído por uma complexa rede de prestadores e compradores de serviços, formando um complicado *mix* público e privado, financiado principalmente com recursos públicos. Podem-se citar três principais subsistemas: 1) o público, com serviços financiados e prestados pelo Estado, nos seus diversos níveis, incluindo-se os serviços próprios das forças armadas; 2) o privado (lucrativo e não-lucrativo), financiado por sistemas de reembolso, que podem ser recursos públicos ou privados; 3) o de seguros privados, financiados diretamente pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras. (TRAVASSOS, et al, 2000).

A discussão sobre a necessidade de permitir maior autonomia à gerência financeiro-administrativa das unidades assistenciais do SUS expõe um contraste entre dois tipos de reforma administrativa do Estado. Uma é a reforma baseada no modelo “thatcheriano”, considerada a clássica, que busca a eficiência no uso dos recursos públicos, ou seja, fazer mais com menos, evitando desperdício; a outra reforma é a que apesar de almejar a eficiência, primariamente tenta alcançar a

efetividade, significa prestar serviços públicos com acesso garantido e mais amplo, em conformidade com as necessidades dos cidadãos. Trata-se, portanto, de mudanças institucionais e gerenciais com o objetivo de ampliar a cobertura e a melhoria da qualidade dos serviços de proteção social ofertados pelo Estado (BJÖRKMAN, 2005; ABRUCIO, 2007).

Avaliação conduzida pelo Banco Mundial evidenciou que as principais deficiências que afetam a qualidade do cuidado nos hospitais brasileiros estão relacionadas às áreas de suprimento de medicamentos, de gestão das pessoas e de equipamentos e insumos médicos (WORLDBANK, 2007). Esses problemas foram identificados pelos respondentes dos questionários da investigação como sendo resultantes de baixa eficiência e eficácia no manejo de recursos, ou seja, como devidos ao mau desempenho gerencial. Em geral, os hospitais estaduais registraram dificuldades gerenciais mais sérias do que seus congêneres federais (NOGUEIRA, 2010).

A falta de autonomia na gestão de recursos humanos e materiais é repetidamente referida como o fator principal que, no âmbito do SUS, dificulta a prestação de serviços hospitalares com agilidade e qualidade. As unidades assistenciais vinculadas à administração pública direta enfrentam inúmeros problemas criados pela falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, que acaba por comprometer sua efetividade.

Acerca de novas modalidades institucionais que se apresentam aos gestores do SUS existem duas principais modalidades: as Organizações Sociais (OS) e as Fundações Estatais (FE). Além dessas duas modalidades, há as Fundações de Apoio (FA) e as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) (NOGUEIRA, 2010).

De acordo com o texto do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado - PRAE, as OS configuram-se como entidades de interesse social e de utilidade pública, associação civil sem fins lucrativos, entidades gestoras, de caráter privado, vinculando-se às secretarias de saúde por meio de contratos de gestão, podendo, ser criada a partir da substituição de órgão público de qualquer figura jurídica, pela

extinção da instituição e dos cargos públicos vagos e em comissão, com inventário do patrimônio (IBANEZ; et al, 2001).

Enquanto as Fundações Estatais constituem fundações públicas com estrutura de direito privado, caracterizadas por obedecerem a regras flexíveis ou simplificadas de direito administrativo e por estarem adstritas ao âmbito da administração indireta do Estado (ARRETCHE, 2002).

Mesmo com a divisão do setor de saúde no Brasil, com uma parte pública e outra privada, os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade na atenção à saúde são considerados a finalidade ética e política do SUS para a melhoria das condições de saúde e de vida da população brasileira (VIEIRA DA SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

A relação de compra e venda de serviços de saúde estabelecida entre o SUS e os prestadores privados deve ser mediada por contratos, como determina a Constituição. A Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 é o recurso legal que define os princípios, as formas e os instrumentos para mediar as relações entre o poder público e os fornecedores de bens e serviços privados (BRASIL, 1993).

Frequentemente, os gestores do SUS compram serviços de entidades privadas, o que reduz a capacidade desses gestores de intervir nas prioridades de atendimento e mesmo no fluxo de pessoas a serem atendidas. Além disso, o sistema de compras de serviços pode ter preços arbitrários, e também os prestadores privados tendem a selecionar casos e procedimentos rentáveis, recusando outros com menor lucratividade (CAMPOS, 2008).

Não é comum que as imbricações entre os dois sistemas (público/privado) sejam consideradas, e muito menos as consequências da existência de um sistema dual para a eficácia da assistência, a sustentabilidade política do sistema público e o financiamento, o que pode significar que não estão sendo formatadas propostas de políticas públicas alternativas para o setor (MENICUCCI, 2010).

Torna-se ainda mais grave essa situação quando se constata a escassez de estudos sobre a privatização da rede assistencial do SUS e as relações entre o público e o privado no Brasil (BAHIA, 2008).

3.5 A assistência em alta complexidade

A garantia de acesso a serviços integrais de saúde surgiu no final da II Guerra Mundial no Reino Unido com a criação do *National Health Service* (NHS). A lei de criação do NHS em 1946 estabeleceu o princípio da responsabilidade coletiva por serviços completos (*comprehensive health services*) que deveriam ser disponibilizados de forma gratuita a toda a população.

Vários países, desde a década de 20, vêm estruturando sistemas nacionais de saúde orientados pelas premissas apresentadas no relatório Dawson, entre as quais se destaca a organização dos serviços em níveis de assistência – primário, secundário e terciário –, com complexidade crescente (NOVAES; MIR, 1990).

Atualmente no Brasil, a assistência à saúde no SUS está estruturada em três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade (KAJIURA, 2011). A atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade (BRASIL, 2011).

Vem sendo priorizado nos municípios brasileiros um modelo assistencial baseado na Estratégia da Saúde da Família (ESF) com financiamento diferenciado e aprimoramento da gestão. A ampliação na oferta de consultas básicas tende a induzir o aumento da demanda por atendimento especializado, como previsto nos

parâmetros preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Entretanto, os avanços apresentados no âmbito da atenção básica, apesar de necessários, não são suficientes para melhorar a resolutividade da atenção à saúde. São necessárias também ações complementares nos níveis de maior complexidade do sistema (TANAKA; DRUMOND, 2010).

A média complexidade é composta por ações e serviços que necessitam de profissionais especializados e de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A organização das ações de média complexidade deve ser regionalizada e considerar, além da necessidade de profissionais qualificados e especializados, os dados epidemiológicos e sociodemográficos de cada localidade, buscando correspondências entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica, a complexidade e o custo dos equipamentos, a abrangência recomendada para cada tipo de serviço e a economia de escala (KAJIURA, 2011).

As ações e serviços de alta complexidade são aqueles que demandam tecnologias mais sofisticadas e profissionais especializados no campo da cirurgia vascular e cardiovascular, neurocirurgia, cirurgia oncológica, assistência ao paciente portador de doença renal crônica e determinados procedimentos de ortopedia (BRASIL; KAJIURA, 2011).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) conceitua os serviços de alta complexidade como aqueles que requerem um ambiente hospitalar com alta tecnologia e recursos especializado. Ressalta-se que a maior parte do que o MS considera tecnologia de ponta, não exige “*ambiente de internação*”.

Os procedimentos de alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informações Hospitalares - SIH e em menor proporção no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA, mas com impacto financeiro significativo, como é o caso dos procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Os procedimentos em alta complexidade possuem três características que os distingue dos demais níveis de complexidade: alta densidade tecnológica e/ou

exigência de *expertise* e habilidades especiais, baixa frequência relativa e alto custo unitário e/ ou do tratamento (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que alto custo e alta complexidade nem sempre são sinônimos, como também o fato de um procedimento ser considerado como alta complexidade não significa, necessariamente, que tenha alta densidade de tecnológica (BRASIL, 2011).

Considerando que os procedimentos de alta complexidade são de grande visibilidade social, os mesmos geram uma convergência de interesses políticos e econômicos entre gestores, prestadores e usuários de classe média e elite. Contraditoriamente, esse nível da atenção é o único subsistema que mantém o caráter originalmente previsto do SUS: relativamente universal e igualitário (ABRUCIO, 2007). De outro modo, por funcionar muitas vezes como instância isolada, mediante convênios e contratos com entidades privadas, é considerada como o vilão do SUS, na medida em que seus altos custos subtraem recursos dos demais subsistemas e raramente atua de forma integrada com demais níveis de atenção (NOGUEIRA, 2010).

Kajiura (2011) aponta que diante do padrão de crescimento da despesa realizada e a relevância das ações de média e alta complexidade, fica evidente a necessidade de estudos que examinem a produção e a distribuição dos procedimentos que fazem parte desse bloco.

As ações e os procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar são para os gestores um importante elenco de responsabilidades, visto que os serviços e procedimentos são relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, representam em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec) (BRASIL, 2007, p.11).

O elenco de alta complexidade ambulatorial é composto pelos procedimentos listados e publicados no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos,

Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP que está disponível para domínio público no site <http://www.sigtap.datasus.gov.br>.

Os procedimentos de alta complexidade ambulatorial e hospitalar são financiados pelo Ministério da Saúde com recursos do limite (teto) financeiro de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar e do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (extra teto) e transferidos as esferas subnacionais.

Os recursos disponíveis para o pagamento dos procedimentos incluídos no FAEC não estão contidos nos limites financeiros (tetos) de estados e municípios, sendo o pagamento atrelado a execução dos serviços realizados por meio do Fundo Estadual ou Municipal de Saúde, como também diretamente pelo Ministério da Saúde aos prestadores de serviços ao SUS.

Os estados e municípios são considerados gestores de saúde e o que diferencia o gestor são as responsabilidades definidas nas respectivas Comissões Intergestoras Bipartite – CIB, ou seja, a gestão dos prestadores deixa de ser da esfera municipal, se for a deliberação dos gestores de determinado estado. Desta forma, é possível que o estado fique com a gestão dos prestadores de alta complexidade e de parte da média complexidade (BRASIL, 2007).

4. METODOLOGIA

4.1 Tipologia do estudo e caracterização do objeto

Estudo de natureza quantitativa, exploratório e descritivo. As informações utilizadas são referentes à assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade, tendo como período de recorte o ano de 2013. Foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), que têm suas observações registradas nos formulários de Autorização de Procedimentos de Alto Custo (APAC) e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), respectivamente, e processadas pelo Departamento de Informação e Informática do SUS (DATASUS).

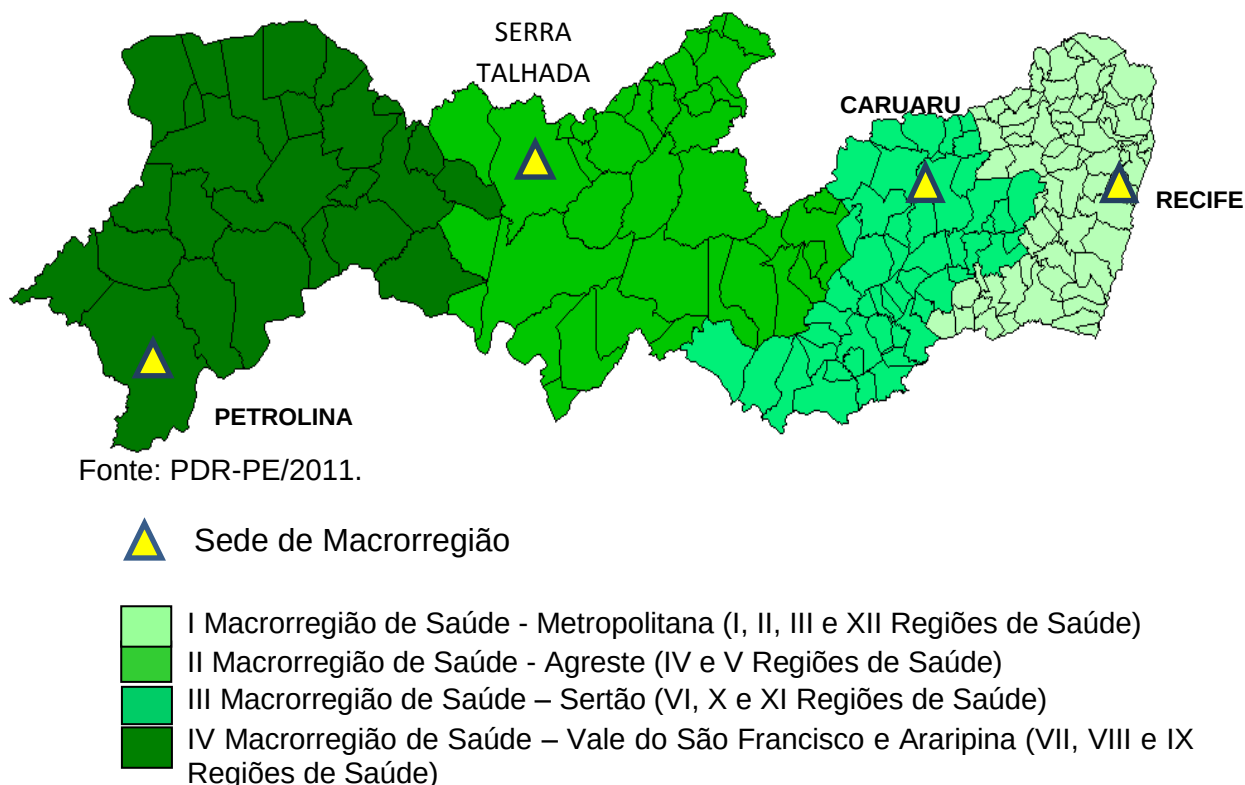
O estudo utilizou os dados dos municípios localizados no Estado de Pernambuco, que se localiza no centro-leste da região Nordeste, possui uma área de 98.938 km² e 748 km de extensão. Administrativamente está dividido em cinco regiões geográficas ou mesorregiões que são: Metropolitana, Zona da Mata, Agreste, Sertão e São Francisco. É constituído por 184 municípios e o distrito estadual de Fernando de Noronha. Do total de municípios, 12 contam com uma população acima de 100.000 habitantes: Cabo de Santo Agostinho, Camaragibe, Caruaru, Garanhuns, Jaboatão dos Guararapes, Igarassu, Olinda, Paulista, Petrolina, Recife, São Lourenço e Vitória de Santo Antão.

Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o estado tem uma população de 8.541.250 habitantes, com uma densidade demográfica de 86,3 hab./km², onde 80,20% habitam na zona urbana. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Pernambuco possui 8.205 estabelecimentos de saúde cadastrados. Segundo a natureza jurídica, 40,20% (4.037) são unidades sob administração direta, 0,52% (43) administração indireta, 50,27% (4.125) estabelecimentos privados, sendo 0,91% (75) entidades sem fins lucrativos do total de estabelecimentos cadastrados. As unidades que

possuem maior aporte tecnológicos e encontram na capital Recife e servem de referência para todos os municípios do estado.

A organização político-administrativa da saúde no estado está configurada em 12 Regiões e 4 Macrorregiões de Saúde (Figura 1).

Figura 1 – Mapa da divisão político-administrativa da saúde em Pernambuco.



A população das macrorregiões de saúde, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização – PDR-PE/2011, está distribuída da seguinte forma: Metropolitana 5.585.566 (60,66%) população, Agreste 1.843.399 (20,02%) população, Sertão 824.345 (8,95%) população, Vale do São Francisco e Araripina 955.240 (10,37%) população.

Em relação aos aspectos econômicos, de acordo com dados do IBGE (2010), o PIB pernambucano atingiu R\$ 95,187 bilhões, com uma expansão de 15,78%, mais que o dobro da média de crescimento nacional do mesmo ano, que ficou em 7,5%.

Na saúde, os dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde - Siops (2013) revelam que, em Pernambuco, a participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a LC 141/2012 foi de 14,96% no ano de 2013.

Outro dado importante revela um percentual da receita de impostos sobre a receita total do estado de 44,65%, o que indica uma boa capacidade de autofinanciamento. Ainda assim, cerca de 39,00% da despesa total do estado com saúde provêm de transferências de outras esferas governamentais (BRASIL, 2012).

4.2 Plano Metodológico

1ª etapa: Coleta dos dados

Conforme mencionado anteriormente, para o levantamento dos dados da assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade foram utilizados os sistemas de informação SIA e SIH. As informações foram selecionadas por município, por região e macrorregião de saúde dos usuários e dos estabelecimentos de saúde, por grupo de procedimento, por tipo de prestador e tipo de gestão.

A amostra analisada contém 11.711.599 registros de atendimentos, dos quais 550.222 são internações e 11.161.377 são ambulatoriais.

Os procedimentos de alta complexidade são todos aqueles assim classificados no SIA e SIH na seleção “Complexidade”, definidos pelo Ministério da Saúde.

A fim de levantar a frequência e os valores em R\$ por tipo de procedimento, foram selecionados os grupos de procedimentos discriminados nas seguintes categorias: procedimentos clínicos, cirúrgicos, diagnose, medicamentos, transplantes de órgãos, tecidos e células.

Para a elaboração do mapa com a localização da ocorrência da alta complexidade e verificação do fluxo assistencial, foram selecionados os municípios de residência dos usuários e os municípios onde os procedimentos foram executados (do estabelecimento), agregado por macrorregião de saúde.

Considerando que as ações e serviços de alta complexidade no Estado de Pernambuco, em sua maioria, são executados pela gestão Estadual conforme pactuação estabelecida na Comissão Intergestora Bipartite CIB-PE, adotamos na variável “Tipo de gestão” a opção “Estadual”.

Quanto ao financiamento dos procedimentos, optou-se pelos recursos da esfera federal, ou seja, do Ministério da Saúde nas ações e serviços estudados, diante da impossibilidade de identificar o aporte do tesouro estadual, visto que o sítio para o levantamento das informações, Portal da Transparência - PE, não permite identificar os serviços executados e pagos por nível de complexidade.

A partir das bases de dados do SIA e SIH, com o objetivo de caracterizar a produção e os valores aprovados dos serviços ambulatoriais e hospitalares, foram selecionadas em ambos os sistemas as variáveis “Frequência” e “Valor aprovado”, sendo analisados os valores brutos e percentuais de representação por município bem como por tipo de prestador.

O valor médio dos procedimentos foi obtido pela divisão entre o valor total de recursos ressarcidos baseados na tabela de financiamento do SUS e o número absoluto dos procedimentos executados.

Na determinação do tipo de prestador foi selecionada a opção “Natureza”, que classifica os prestadores em: públicos federais, estaduais e municipais onde foram consolidados como “público”, privados com fins lucrativos e optantes do simples”, e os sem fins lucrativos e filantrópicos foram conjugados como “privados” e “filantrópicos”.

Considerando que um mesmo prestador poderia ofertar os dois tipos de assistência (ambulatorial e hospitalar) concomitantemente, dividimos os serviços em: ambulatorial, hospitalar e ambulatorial/hospitalar a fim de evitar superestimação do

quantitativo de estabelecimentos quando o mesmo apresentava ambos os tipos de assistência.

O território de Fernando de Noronha não fez parte do universo de estudo por se tratar de distrito estadual.

2ª etapa: Processamento e análise dos dados

Os dados foram analisados nos aspectos da oferta (frequência) e valores em reais, considerando as assistências ambulatorial e hospitalar conjuntamente, assistência ambulatorial e hospitalar isoladamente.

Posteriormente foi verificada a participação dos prestadores e os valores recebidos pela oferta dos serviços em alta complexidade, segundo a natureza jurídica (pública, privada e filantrópica).

Em seguida, avaliamos a frequência e os valores ressarcidos por município de residência do usuário e a macrorregião de saúde de execução do procedimento, de acordo com os grupos de procedimentos - clínicos, cirúrgicos, diagnose, medicamentos, transplantes de órgãos, tecidos e células (Anexo A).

4. 3 Considerações Éticas

Em função de tratar-se de estudo com análise de dados secundários de domínio público, o mesmo dispensa aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, de acordo com a Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Mapeamento das Ações em Alta Complexidade (AC) e os Fluxos Assistenciais dos Usuários.

A organização político-administrativa da saúde no estado de Pernambuco está configurada em 4 Macrorregiões de Saúde, como informado anteriormente.

Os dados de produção ambulatorial e hospitalar, com base nos registros do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informação Hospitalar (SIH), respectivamente, disponibilizam informações do quantitativo de procedimentos realizados e do valor pago (R\$) (determinado pelo valor da tabela SUS) para todas ações e serviços efetivados no Sistema Único de Saúde (SUS).

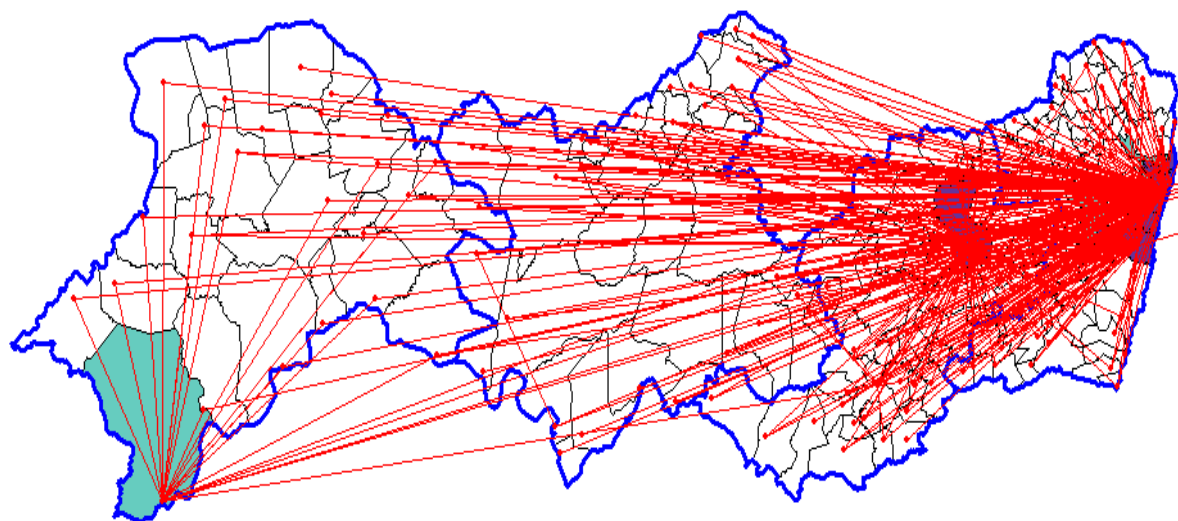
Em Pernambuco, foram realizados no SUS, durante o período estudado, 19.330.882 de procedimentos em alta complexidade, destes, cerca de 98% ocorreu na I Macrorregião de Saúde (metropolitana), restando apenas 1,62% nas demais macrorregiões de saúde.

Ao avaliarmos os gastos em AC por tipo de assistência verificou-se que a assistência ambulatorial e hospitalar atingiu um montante de R\$ 455.141.844,22, sendo 61,00% dos gastos em atenção hospitalar e 39,00% em atenção ambulatorial.

Ugá et al (2008), ao estudar a prestação de serviços hospitalar e ambulatorial de média e alta complexidade no Brasil, encontraram resultados que corroboram com os nossos achados, ou seja, as despesas com atenção hospitalar representaram 55,19%% e com atenção ambulatorial 44,81%.

De acordo com a análise dos fluxos, ficou evidenciado que o caminho percorrido pelos usuários para a obtenção da assistência em AC, segundo o município de residência, ocorreu em direção às Macrorregiões I, II e IV, principalmente nos municípios de Recife, Caruaru e Petrolina. Enquanto na III macrorregião quase não houve oferta (Figura 02).

Figura 02 – Mapa dos fluxos dos pacientes nas Macrorregiões de Saúde para a assistência em Alta complexidade em Pernambuco.



Fonte: SIA e SIH/Datasus. Período: Jan a Dez/2013.

5.2 Assistência ambulatorial e hospitalar em alta complexidade

Na análise da frequência da assistência em AC por macrorregião dos usuários e dos estabelecimentos, observou-se que, em média, do total de procedimentos executados em cada território, mais de 86% foram ofertados para os municípios residentes da própria macrorregião de abrangência (Quadro 01).

Ao analisarmos o total de procedimentos executados, observou-se uma grande discrepância na distribuição da frequência dos procedimentos entre as macrorregiões, onde a I macrorregião representou 98.38% do total realizado, ficando apenas 1,62% nas demais macrorregiões. O percentual da I macrorregião representou, aproximadamente, 61 vezes a oferta Estadual de alta complexidade.

O modelo de regionalização pactuado na CIB/PE adotou a macrorregião de saúde como o recorte para as ações de alta complexidade, ficando a região de saúde responsável pela oferta da média complexidade (Pernambuco, 2011).

Quadro 01. Assistência ambulatorial e hospitalar de alta complexidade por macrorregião de saúde dos usuários e do estabelecimento de saúde. Pernambuco 2013.

Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Alta Complexidade			Macrorregião de Saúde do Estabelecimento									
			I	%	II	%	III	%	IV	%	Total	%
Macrorregião de Saúde do Usuário	I	Frequência	18.237.315	95,89	8.830	4,19	29	0,07	375	0,64	18.246.549	94,39
		Gasto R\$	329.062.272,28	83,02	1.277.862,16	3,66	4.630,54	0,06	241.598,59	1,47	330.586.363,57	72,63
		Valor Médio R\$	18,04	-	144,72	-	159,67	-	644,26	-	18,12	-
	II	Frequência	549.983	2,89	190.290	90,34	5.857	13,45	255	0,44	746.385	3,86
		Gasto R\$	38.685.841,79	9,76	32.030.487,28	91,86	1.037.723,01	13,85	175.363,89	1,07	71.929.415,97	15,80
		Valor Médio R\$	70,34	-	168,32	-	177,18	-	687,70	-	96,37	-
	III	Frequência	120.139	0,63	11.125	5,28	37.502	86,15	5.058	8,66	173.824	0,90
		Gasto R\$	17.814.939,37	4,49	1.443.889,75	4,14	6.424.795,33	85,76	1.445.943,38	8,82	27.129.567,83	5,96
		Valor Médio R\$	148,29	-	129,79	-	171,32	-	285,87	-	156,07	-
	IV	Frequência	110.848	0,58	395	0,19	143	0,33	52.738	90,26	164.124	0,85
		Gasto R\$	10.816.781,50	2,73	115.845,17	0,33	24.361,99	0,33	14.539.508,19	88,64	25.496.496,85	5,60
		Valor Médio R\$	97,58	-	293,28	-	170,36	-	275,69	-	155,35	-
	Total	Frequência	19.018.285	98,38	210.640	1,09	43.531	0,23	58.426	0,30	19.330.882	100,00
		Gasto Total R\$	396.379.834,94	87,09	34.868.084,36	7,66	7.491.510,87	1,65	16.402.414,05	3,60	455.141.844,22	100,00
		Valor Médio Total R\$	20,84	-	165,53	-	172,10	-	280,74	-	23,54	-

Fonte: SIA e SIH/SUS/Datasus. Período: Jan a Dez/2013.

Considerando os gastos por macrorregião, observou-se que os mesmos foram acima de 85% para os usuários da própria macrorregião de abrangência de residência do usuário e do estabelecimento de saúde.

Observou-se, também, que do montante total de recursos pagos houve uma concentração na I macrorregião de saúde, representando 87,09% (R\$ 396.379.834,94) do total de recursos, seguido da II macrorregião com 11,19% (R\$34.868.084,36), 3,60% (R\$16.402.414,05) na IV macrorregião e apenas 1,65% (R\$ 7.491.510,87) na III macrorregião, ou seja, a alocação dos gastos na I macrorregião representou aproximadamente 7 vezes mais os gastos somados das demais macrorregiões.

O gasto médio total com os dois tipos de assistência em todo o Estado foi de R\$ 23,54. Quando avaliamos os gastos por macrorregião, observa-se que os mesmos diferiram muito da média estadual, onde a IV macro apresentou o maior

valor médio R\$ 280,74, seguido da III macrorregião (R\$172,10), II macrorregião (R\$165,53) e a I macrorregião, com o menor valor (R\$20,84).

Lima, et al (2012) também apontaram a existência de concentração inter e intraregionais, marcadas pela concentração de recursos e tecnologias em algumas regiões (principalmente áreas metropolitanas e sedes de capitais em sua maioria situadas no litoral), em oposição à escassez de profissionais, tecnologia e capacidade de investimento somada à diversidade socioespacial de alguns territórios (caso dos estados da região Norte).

No estudo de Lima, et al (2012), os autores verificaram que no processo de regionalização, em quase todos os estados brasileiros, uma das principais preocupações dos gestores estava na organização de redes e fluxos dos usuários.

Apesar da existência das 04 Macrorregiões, há uma oferta assistencial residual no que tange a alta complexidade na II, III e IV macrorregião, contrariando a caracterização desse tipo de arranjo territorial que tem por finalidade ofertar ações e serviços de média e alta complexidade.

5.3 Assistência ambulatorial em alta complexidade

Em relação à análise entre a macrorregião do usuário e a macrorregião do estabelecimento de saúde, observamos que as ações ambulatoriais foram realizadas em cada macrorregião, em sua maioria, para os usuários pertencentes a própria macro de referência, perfazendo 95,89% na macro Metropolitana, 90,34% na macro Agreste, 86,15 na macro Sertão e 90,20% na macro Vale do São Francisco e Araripe (Quadro 02).

Os dados do SIA demonstram que foram executados 19.291.863 procedimentos ambulatoriais de AC no SUS de Pernambuco, no ano de 2013. Destes, 98,39% foram ofertados na I macrorregião, 1,09% na II macrorregião, 0,30% na IV macrorregião e 0,23% na IV macrorregião (Quadro 02).

Do ponto de vista dos gastos totais, em ordem decrescente, 81% foram dispendidos na I macrorregião, 11,19% na II macrorregião, 5,10% na IV macrorregião e 2,71% na III macrorregião de saúde.

Quadro 02. Assistência ambulatorial de alta complexidade, sob gestão estadual, por macrorregião de residência e do estabelecimento de saúde no ano de 2013.

Assistência Ambulatorial de Alta Complexidade			Macrorregião de Saúde do Estabelecimento									
			I	%	II	%	III	%	IV	%	Total	%
Macrorregião de Saúde do Usuário	I	Frequência	18.208.243	95,93	8.792	4,19	29	0,07	374	0,64	18.217.438	94,43
		Gasto R\$	197.618.382,36	88,38	1.158.033,18	3,75	4.630,54	0,06	230.549,98	1,64	199.011.596,06	72,10
		Valor Médio R\$	10,85	-	131,71	-	159,67	-	616,44	-	10,92	-
	II	Frequência	545.065	2,87	189.451	90,34	5.857	13,46	253	0,44	740.626	3,84
		Gasto R\$	14.473.485,26	6,47	28.396.633,35	91,96	1.037.723,01	13,85	156.047,64	1,11	44.063.889,26	15,96
		Valor Médio R\$	26,55	-	149,89	-	177,18	-	616,79	-	59,50	-
	III	Frequência	117.702	0,62	11.073	5,28	37.501	86,15	5.058	8,72	171.334	0,89
		Gasto R\$	6.510.037,11	2,91	1.258.376,12	4,08	6.424.045,69	85,76	1.445.943,38	10,27	15.638.402,30	5,67
		Valor Médio R\$	55,31	-	113,64	-	171,30	-	285,87	-	91,27	-
	IV	Frequência	109.611	0,58	392	0,19	143	0,33	52.319	90,20	162.465	0,84
		Gasto R\$	4.988.475,71	2,23	67.319,21	0,22	24.361,99	0,33	12.243.498,98	86,98	17.323.655,89	6,28
		Valor Médio R\$	45,51	-	171,73	-	170,36	-	234,02	-	106,63	-
	Total	Frequência	18.980.621	98,39	209.708	1,09	43.530	0,23	58.004	0,30	19.291.863	100,00
		Gasto Total R\$	223.590.380,44	81,00	30.880.361,86	11,19	7.490.761,23	2,71	14.076.039,98	5,10	276.037.543,51	100,00
		Valor Médio Total R\$	11,78	-	147,25	-	172,08	-	242,67	-	14,31	-

Fonte: SIA/Datasus. Período: Jan a Dez/2013.

Ao avaliar os valores médios dos procedimentos, verificou-se que os valores encontrados foram na IV (R\$242,67), na III (R\$ 172,08), II (R\$147,25) e na I (R\$ 11,78) nas macrorregiões de saúde (Quadro 02). Levando-nos a supor que quanto mais distante a residência dos usuários do local de execução do serviço, mais caro foi o procedimento realizado para esses usuários. Essa realidade sucita um alerta quanto a desigualdade no acesso dos usuários das regiões mais distantes do Estado, que possivelmente estão acessando tardiamente o sistema de saúde, ou seja, estão desenvolvendo processos patológicos mais graves que requerem um aporte tecnológico e assistencial de custos mais elevados.

A desigualdade de distribuição de recursos foi verificada por Ugá, et al (2008) em nível nacional, onde os gastos federais per capita, em atenção ambulatorial de alta e média complexidade apresentaram valores mais expressivos na região Sudeste que nas demais regiões do país, ressaltando que esse comportamento na

alocação dos recursos é fortemente condicionado pela distribuição espacial da oferta de serviços.

5.4 Assistência hospitalar em alta complexidade

Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do Ministério da Saúde (SIH/SUS), ocorreram 39.019 internações em Pernambuco no ano de 2013. Destas, 96,53% ocorreram na I macrorregião e 2,39% na II macrorregião e 1,08% na IV macrorregião. A III macrorregião não representou nem 0,1% da oferta, pois só foi verificada 01 internação em AC em todo o período estudado.

Quadro 03. Assistência hospitalar em Alta Complexidade por Macrorregião de Saúde. Pernambuco, 2013.

Assistência Hospitalar de Alta Complexidade			Macrorregião de Saúde do Estabelecimento									
			I	%	II	%	III	%	IV	%	Total	%
Macrorregião de Residência do Usuário	I	Frequência	29.072	77,19	38	4,08	0	0,00	1	0,24	29.111	74,61
		Gasto R\$	131.443.889,92	76,07	119.828,98	3,00	0,00	0,00	11.048,61	0,47	131.574.767,51	73,46
		Valor Médio	4.521,32	-	3.153,39	-	0,00	-	11.048,61	-	4.519,76	-
	II	Frequência	4.918	13,06	839	90,02	0	0,00	2	0,47	5.759	14,76
		Gasto R\$	24.212.356,53	14,01	3.633.853,93	91,13	0,00	0,00	19.316,25	0,83	27.865.526,71	15,56
		Valor Médio	4.923,21	-	4.331,17	-	0,00	-	9.658,13	-	4.838,61	-
	III	Frequência	2.437	6,47	52	5,58	1	100,00	0	0,00	2.490	6,38
		Gasto R\$	11.304.902,26	6,54	185.513,63	4,65	749,64	100,00	0,00	0,00	11.491.165,53	6,42
		Valor Médio	4.638,86	-	3.567,57	-	749,64	-	0,00	-	4.614,93	-
	IV	Frequência	1.237	3,28	3	0,32	0	0	419	99,29	1.659	4,25
		Gasto R\$	5.828.305,79	3,37	48.525,96	1,22	0,00	0,00	2.296.009,21	98,69	8.172.840,96	4,56
		Valor Médio	4.711,65	-	16.175,32	-	0,00	-	5.479,74	-	4.926,37	-
	Total	Frequência Total	37.664	96,53	932	2,39	1	0,00	422	1,08	39.019	100,00
		Gasto Total	172.789.454,50	96,47	3.987.722,50	2,23	749,64	0,00	2.326.374,07	1,30	179.104.300,71	100,00
		Valor Médio Total R\$	4.587,66	-	4.278,67	-	749,64	-	5.512,73	-	4.590,18	-

Fonte: SIH/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

Ao relacionar o total de internações por macro de residência dos usuários com a macro do estabelecimento de saúde, verificou-se que os estabelecimentos da I macro executaram 77,19% das ações para os usuários da própria macro, os da II macro 90,02%, os da IV macro 99,29%. Como citado anteriormente, a III macrorregião apresentou apenas uma internação em alta complexidade, o que é insuficiente para determinarmos algum tipo de padrão na oferta desse tipo de assistência nesse território.

No que se refere aos valores médios encontrados por macrorregião do estabelecimento de saúde, observou-se que as I, II e IV macrorregiões apresentaram valores relativamente próximos R\$ 4.587,66, R\$ 4.728,13 e R\$ 5.512,13, respectivamente.

Analisando os recursos financeiros, observou-se que 96,47% (R\$ 172.789.454,50) dos gastos em internações ocorreram na I macro, 2,23% (R\$ 3.987.722,50) na II macro, 1,30% (R\$ 2.326.372,07) na IV macro e na III macro a quantia foi insignificante (R\$ 749,64) diante das demais macrorregiões.

Silva (2014) constatou a existência das desigualdades no consumo de serviços de saúde no grande ABC Paulista, afirmando que as desigualdades são produzidas pela oferta insuficiente e pela má qualidade da assistência, que acabam por produzir mais desconforto, sofrimento e dor, que tem como desdobramento, o não acolhimento do cidadão.

5.5 O comportamento do gasto estadual com serviços ambulatoriais e hospitalares de alta complexidade

A análise do gasto estadual com a alta complexidade considerou a natureza jurídica do prestador observando a oferta, alocação dos recursos e os grupos de procedimentos executados nas macrorregiões de saúde, a partir do tipo de estabelecimento: públicos estatais, os privados com fins lucrativos e filantrópicos prestadores do SUS.

5.5.1 Relação público X privado na alta complexidade

Os dados revelam que no estado de Pernambuco, em 2013, 85 estabelecimentos assistenciais em saúde (EAS) ofertavam assistência ambulatorial e hospitalar isoladamente e concomitantemente em alta complexidade custeada por recurso federal, destacando-se que cerca de 80% (68) destes eram de natureza privada (Quadro 04).

Avaliando por tipo de assistência, observa-se que a rede exclusivamente ambulatorial é predominantemente privada, sendo desta natureza 96,55% (56) dos estabelecimentos que realizam esse tipo de atenção e destes, 8,62% (05) sem fins lucrativos/filantrópicos. A rede pública aparece como majoritária para estabelecimentos com atendimento ambulatorial/hospitalar, concomitantemente, representando 59,09% (13). Em contrapartida, a assistência exclusivamente hospitalar é predominantemente privada, representando 60% (3).

De todos os serviços privados com fins lucrativos e filantrópicos que ofertavam assistência de alta complexidade, verificou-se que o número de serviços sem fins lucrativos correspondiam a 16,17% (11) e os com fins lucrativos a 83,82% (57).

Quadro 04 – Caracterização dos estabelecimentos de saúde por natureza jurídica que executam a alta complexidade ambulatorial e hospitalar, sob gestão estadual. Pernambuco, 2013.

Tipo de Assistência	Natureza do Prestador	Nº de EAS	%
Hospitalar	Público	2	40,00
	Privado com fins lucrativos	1	20,00
	Privado sem fins lucrativos	2	40,00
	Privado	3	60,00
Total Hospitalar		5	100,00
Ambulatorial	Público	2	3,45
	Privado com fins lucrativos	51	87,93
	Privado sem fins lucrativos	5	8,62
	Privado	56	96,55
Total Ambulatorial		58	100,00
Ambulatorial + Hospitalar	Público	13	59,09
	Privado com fins lucrativos	5	22,73
	Privado sem fins lucrativos	4	18,18
	Privado	9	40,91
Total Ambulatorial/Hospitalar		22	100,00
Total de Estabelecimentos		85	100,00

Fonte: SIA e SIH/Datasus. Ano: 2013.

Matos e Pompeu (2003) também encontraram em seu estudo uma predominância de hospitais privados no Sistema Público de Saúde do país. Existiam, em 2003, 5.739 hospitais vinculados ao SUS, sendo 2.111 públicos (36,78%), 3.481 (60,65%) privados e 147 (2,56%) universitários.

Os autores quando enfocaram a natureza privada, verificaram resultados bem próximos ao nosso estudo, onde do total de hospitais privados, 1.818 tinham fins lucrativos e 1.661 filantrópicos, correspondendo a 52,22% e 47,71%, consecutivamente.

Romano e Scatena (2014) quando investigaram a distribuição de estabelecimentos que prestavam atendimento ambulatorial de média e alta complexidade no SUS, em municípios do Mato Grosso, observaram que em um município da região metropolitana de Mato Grosso a participação do setor privado/filantrópico era expressiva (51,6%).

Os dados das internações em Pernambuco, no período estudado, revelaram que do total de procedimentos realizados em AC, 41,86% foram ofertados nos serviços públicos e 58,14% nos serviços privados. Quando analisamos a oferta do prestador de natureza privada conferimos que os sem fins lucrativos representaram 50,86% dos serviços em AC (Quadro 05).

Quadro 05 – Estabelecimentos com oferta de procedimentos de alta complexidade por tipo de assistência, segundo natureza do prestador. Pernambuco 2013.

Tipo de Assistência	Natureza Jurídica	Freq.	%	Valor R\$	%	Valor Médio R\$
SIH	Público	20.086	49,14	80.598.210,71	41,86	4.012,66
	Privado com fins lucrativos	978	2,39	14.026.554,53	7,28	14.342,08
	Filantrópico	19.811	48,47	97.925.571,33	50,86	4.942,99
Total SIH		40.875	100,00	192.550.336,57	100,00	-
SIA	Público	18.070.007	93,50	86.338.629,69	30,30	4,78
	Privado com fins lucrativos	776.364	4,02	125.602.482,24	44,08	161,78
	Filantrópico	479.239	2,48	72.999.600,84	25,62	152,32
Total SAI		19.325.610	100,00	284.940.712,77	100,00	-
SIA e SIH	Público	18.090.093	93,41	166.936.840,40	34,96	-
	Privado com fins lucrativos	777.342	4,01	139.629.036,77	29,24	-
	Filantrópico	499.050	2,58	170.925.172,17	35,80	-
Total SIA e SIH		19.366.485	100,00	477.491.049,34	100,00	-

Fonte: SIA e SIH/Tabwin/Datasus. Período: Jan a Dez/2013.

No tocante aos valores despendidos nas Autorizações de Internações Hospitalares - AIH, 41,86% foram para os serviços públicos e 58,14% foram para os prestadores privados, sendo os desta última categoria, 7,28% para os privados com fins lucrativos e 50,86% filantrópicos.

Quanto aos valores médios das internações, ficou evidenciada a grande diferença entre os valores dos serviços privados dos serviços públicos e filantrópicos, respectivamente: R\$14.342,08; R\$ 4.012,66 e R\$ 4.942,99.

Os dados sobre a frequência dos procedimentos ambulatoriais demonstraram que 93,50% ocorreram nos serviços públicos, 4,02% nos serviços privados com fins lucrativos e 2,48% nos privados sem fins lucrativos.

No que tange ao montante dos valores pagos, houve uma inversão no percentual de participação, ou seja, os prestadores privados com fins lucrativos, apesar de produzirem menos do ponto de vista quantitativo em relação aos serviços públicos e filantrópicos, obtiveram uma receita de 45% superior em relação ao público e 72% superior em relação ao filantrópico, correspondendo a 44,08% dos recursos SUS, enquanto os públicos receberam 30,30% e os privados sem fins lucrativos 25,62%. Isto resulta numa equação onde o público realizou 18.070.007 procedimentos, o que equivale a 23 vezes mais procedimentos no ano e recebendo por estes R\$ 86.338.629,69, ou seja, 1,5 vezes menos que o privado.

O valor SUS pago para cada tipo de procedimento é o mesmo, independentemente do tipo de prestador, pois é padronizado pela Tabela SUS. Lembrando que não se exclui a possibilidade de complementação de valores com recursos do tesouro estadual, que não estão computados neste estudo, o que aumentaria as disparidades. Assim, o que os dados indicam é a existência de uma maior atração do serviço privado pela execução de procedimentos ambulatoriais de maior valor, sendo realizados, então, pelo serviço público os procedimentos com menor valor de custeio.

Um estudo sobre as internações de média e alta complexidade na rede hospitalar no Brasil observou que o valor total das AIHs pagas pelo SUS para os

hospitais privados, em valores totais, representou o dobro de AIHs dos hospitais públicos (Matos e Pompeu, 2003).

Romano e Scatena (2014) sugeriram em seu estudo que este padrão possivelmente ocorre devido ao setor privado/filantrópico deter expressivo poder político e de pressão, quando da negociação de seus contratos e da remuneração por seus serviços, no âmbito do SUS, o que suscita questionamento acerca do caráter complementar do setor privado no SUS.

Santos (2010) afirmou que os entes privados de colaboração com o Poder Público precisam de melhor definição de seu papel, suas áreas, seus instrumentos de ajustes que devem superar o modelo do convênio por não ser o mais adequado a regular essas relações, que muitas vezes são de prestação de serviços que precisam ter metas claras, prazos, preços, penalidades, rescisão. O autor opina que, na atualidade, a terceirização é uma realidade que poderá contribuir para a melhoria dos serviços se for ‘complementar’ e ‘não-substitutiva’ do Estado.

5.5.2 A oferta em alta complexidade por grupo de procedimento

5.5.2.1 Assistência Ambulatorial

Na análise dos grupos de procedimentos na assistência ambulatorial em alta complexidade observou-se que alguns grupos de procedimentos ficaram restritos a algumas macrorregiões de saúde.

Ao analisar por macrorregião de procedência, observou-se que 96,47% dos medicamentos dispensados foram para os municípios da macro Metropolitana e os das demais macrorregiões representaram apenas 3,53%.

Os registros do sistema ambulatorial mostraram que o acesso dos usuários a medicamentos de alta complexidade está centralizado na macro Metropolitana, evidenciando o vazio assistencial nas macrorregiões mais distantes. Impelindo,

consequentemente, os usuários a percorrer longas distâncias para obter o acesso aos medicamentos de alto custo.

Quadro 06. Medicamentos de alta complexidade dispensados segundo a macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Grupo de procedimento: Medicamentos				
Assistência Ambulatorial			Macro do estabelecimento	
			I Macro	%
Macro de Res. do usuário	I	Freq.	17.124.632	96,47
		Valor R\$	16.754.891,30	95,79
		Valor Médio R\$	0,98	-
	II	Freq.	473.544	2,67
		Valor R\$	599.474,91	3,43
		Valor Médio R\$	1,27	-
	III	Freq.	83.143	0,47
		Valor R\$	84.633,35	0,48
		Valor Médio R\$	1,02	-
	IV	Freq.	69.034	0,39
		Valor R\$	53.020,89	0,30
		Valor Médio R\$	0,77	-
	TOTAL	Freq.	17.750.353	100,00
		Valor R\$	17.492.020,45	100,00
		Valor Médio R\$	0,99	-

Fonte: SIA/Datasus Período: Jan a Dez de 2013.

Na análise do grupo transplante (Quadro 07), verifica-se que a macro metropolitana foi responsável por 98,29% da frequência, correspondendo a 93,36% dos recursos financeiros desse grupo de procedimento. As macrorregiões do agreste e do Vale do São Francisco e Araripina ofertaram apenas 1,71% dos procedimentos realizados desse grupo, reafirmando a centralização da oferta. Situação grave observou-se na macro do Sertão, onde não houve nenhum procedimento ambulatorial desta modalidade. A assistência dos municípios dessa macro ocorreu na macro metropolitana, em que a menor distância percorrida para a capital é do município de Venturosa, a 243 Km de Recife.

Quadro 07. Assistência ambulatorial de alta complexidade grupo de procedimento transplante por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Assistência Ambulatorial			Grupo de procedimento: Transplante							
			Macro do estabelecimento							
			I Macro	%	II Macro	%	IV Macro	%	Total	%
Macro de Res. do usuário	I	Freq.	14.662	73,55	1	1,64	0	0,00	14.663	72,30
		Valor R\$	3.748.033,08	76,66	2.070,00	2,32	0,00	0,00	3.750.103,08	71,61
		Valor Médio R\$	255,63	-	2.070,00	-	0,00	-	2.325,63	-
	II	Freq.	2.742	13,75	60	98,36	0	0,00	2.802	13,82
		Valor R\$	690.462,17	14,12	87.285,87	97,68	0,00	0,00	777.748,04	14,85
		Valor Médio R\$	251,81	-	1.454,76	-	0,00	-	1.706,57	-
	III	Freq.	1.416	7,10	0	0,00	0	0,00	1.416	6,98
		Valor R\$	233.340,41	4,77	0,00	0,00	0,00	0,00	233.340,41	4,46
		Valor Médio R\$	164,79	-	0,00	-	0,00	-	164,79	-
	IV	Freq.	1.116	5,60	0	0,00	285	100,00	1.401	6,91
		Valor R\$	217.546,01	4,45	0,00	0,00	258.132,20	100,00	475.678,21	9,08
		Valor Médio R\$	194,93	-	0,00	-	0,00	-	194,93	-
TOTAL		Freq.	19.936	98,29	61	0,30	285	1,41	20.282	100,00
		Valor R\$	4.889.381,67	93,36	89.355,87	1,71	258.132,20	4,93	5.236.869,74	100,00
		Valor Médio R\$	245,25	-	1.464,85	-	905,73	-	258,20	-

Fonte: SIA/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

Ao verificar os valores médios dos procedimentos do grupo transplante chamou a atenção os valores da II e IV macrorregiões, R\$ 1.464,85 e R\$ 905,73, respectivamente. Refletindo uma diferença de aproximadamente 5 e 4 vezes mais que o valor da I macro (Quadro 07).

Quadro 08. Assistência ambulatorial de alta complexidade grupo de procedimento diagnose por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Assistência Ambulatorial			Grupo de procedimento: Diagnose									
			Macro do estabelecimento									
			I Macro	%	II Macro	%	III Macro	%	IV Macro	%	Total	%
Macro de Res. do usuário	I	Freq.	173.654	87,99	314	1,61	6	0,15	5	0,12	173.979	
		Valor R\$	26.498.126,14	88,77	66.603,30	1,63	788,37	0,17	1.034,98	0,16	26.566.552,79	75,72
		Valor Médio R\$	152,59	-	212,11	-	131,40	-	207,00	-	152,70	-
	II	Freq.	12.759	6,47	18.305	93,75	20	0,49	2	0,05	31.086	
		Valor R\$	1.704.396,90	5,71	3.785.493,54	92,36	2.998,09	0,63	407,38	0,06	5.493.295,91	15,66
		Valor Médio R\$	133,58	-	206,80	-	149,90	-	203,69	-	176,71	-
	III	Freq.	5.397	2,73	729	3,73	4.021	99,11	5	0,12	10.152	
		Valor R\$	902.303,72	3,02	215.315,27	5,25	470.204,23	99,09	1.044,52	0,16	1.588.867,74	4,53
		Valor Médio R\$	167,19	-	295,36	-	116,94	-	208,90	-	156,51	-
	IV	Freq.	5.537	2,81	177	0,91	10	0,25	4.237	99,72	9.961	4,42
		Valor R\$	743.851,78	2,49	31.121,62	0,76	551,00	0,12	659.693,48	99,62	1.435.217,88	4,09
		Valor Médio R\$	134,34	-	175,83	-	55,10	-	155,70	-	144,08	-
TOTAL		Freq.	197.347	87,64	19.525	8,67	4.057	1,80	4.249	1,89	225.178	100,00
		Valor R\$	29.848.678,54	85,08	4.098.533,73	11,68	474.541,69	1,35	662.180,36	1,89	35.083.934,32	100,00
		Valor Médio R\$	151,25	-	209,91	-	116,97	-	155,84	-	155,81	-

Fonte: SIA/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

No que tange o financiamento, observou-se que a I macro representou o maior percentual 87,64%, e as demais macros totalizaram juntas 14,92%.

O valor médio dos procedimentos do grupo diagnose foi R\$ 155,81 nas macrorregiões, sendo o menor valor na III macro R\$ 116,94 e o maior valor na II macro R\$ 209,91(Quadro 09).

A frequência do grupo de procedimentos clínicos evidenciou que 78,28% foram executados na I macro, 14,70% na II macro, 3,06% na III macro e 3,97% na IV macro (Quadro 09).

Quadro 09. Assistência ambulatorial de alta complexidade grupo de procedimentos clínicos por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Grupo de procedimento: Clínicos												
Assistência Ambulatorial		Macro do estabelecimento										
		I Macro		II Macro		III Macro		IV Macro		Total	%	
Macro de Res. do usuário	I	Freq.	885.840	88,38	8.395	4,46	22	0,06	24	0,05	894.281	69,84
		Valor R\$	146.945.399,98	88,00	1.062.853,89	4,07	3.785,12	0,05	7.680,00	0,07	148.019.718,99	
		Valor Médio R\$	165,88	-	126,61	-	172,05	-	320,00	-	165,52	-
	II	Freq.	55.235	5,51	169.261	89,94	5.779	14,77	20	0,04	230.295	17,99
		Valor R\$	11.049.581,10	6,62	23.967.685,95	91,81	1.028.001,24	14,74	9.456,50	0,08	36.054.724,79	
		Valor Médio R\$	200,05	-	141,60	-	177,89	-	472,83	-	156,56	-
	III	Freq.	27.453	2,74	10.329	5,49	33.182	84,83	3.912	7,70	74.876	5,85
		Valor R\$	5.113.813,37	3,06	1.038.103,45	3,98	5.920.146,08	84,87	738.704,76	6,32	12.810.767,66	
		Valor Médio R\$	186,28	-	100,50	-	178,41	-	188,83	-	171,09	-
	IV	Freq.	33.730	3,37	212	0,11	133	0,34	46.857	92,21	80.932	6,32
		Valor R\$	3.878.071,87	2,32	36.026,44	0,14	23.810,99	0,34	10.932.728,29	93,53	14.870.637,59	
		Valor Médio R\$	114,97	-	169,94	-	179,03	-	233,32	-	183,74	-
TOTAL	Freq.	1.002.258	78,28	188.197	14,70	39.116	3,06	50.813	3,97	1.280.384	100,00	
	Valor R\$	166.986.866,32	78,86	26.104.669,73	12,33	6.975.743,43	3,29	11.688.569,55	5,52	211.755.849,03	100,00	
	Valor Médio R\$	166,61	-	138,71	-	178,33	-	230,03	-	165,38	-	

Fonte: SIA/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

Em relação aos recursos financeiros, observou-se uma distribuição similar a frequência, em que a I macro percebeu 78,86% e as demais macros com 12,33 % na II, 3,29% na III e 5,52% na IV macro, respectivamente (Quadro 09).

Os valores médios por macrorregião demonstrou que o valor mais alto ocorreu na IV macro R\$ 230,03 e o menor valor na II macrorregião R\$ 138,71.

Ao analisar a frequência do grupo de procedimento cirúrgico constatou-se novamente a I macro como o grande centro ofertante, correspondendo a 67,39% e as demais macros totalizaram 32,61% (Quadro 10).

No que tange o financiamento, percebe-se que permaneceu um mesmo padrão dos demais grupos, sendo a I macro, o território que mais recebeu recursos correspondendo a 66,33% e as demais macros ficaram com 33,67% dos recursos.

No que se refere aos valores médios, destaca-se a III macro que apresentou o menor valor R\$ 113,38, enquanto as demais macrorregiões apresentaram valores médios em torno de R\$ 450,00.

Quadro 10. Assistência ambulatorial de alta complexidade grupo de procedimentos cirúrgicos por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Assistência Ambulatorial			Grupo de procedimentos: Cirúrgicos									
			Macro do Estabelecimento									
			I	%	II	%	III	%	IV	%	Total	%
Macro Res. do Usuário	I	Frequência	12.003	90,40	100	3,01	1	0,28	345	12,57	12.449	63,18
		Valor R\$	5.309.741,77	88,31	38.079,99	2,56	57,05	0,14	221.835,00	14,56	5.569.713,81	61,45
		Valor Médio R\$	442,37	-	380,80	-	57,05	-	643,00	-	447,40	-
	II	Frequência	787	5,93	3.207	96,45	58	16,25	231	8,42	4.283	21,74
		Valor R\$	430.856,18	7,17	1.444.793,99	97,10	6.723,68	16,61	146.183,76	9,60	2.028.557,61	22,38
		Valor Médio R\$	547,47	-	450,51	-	115,93	-	632,83	-	473,63	-
	III	Frequência	293	2,21	15	0,45	298	83,47	1.141	41,58	1.747	8,87
		Valor R\$	175.946,26	2,93	4.957,40	0,33	33.695,38	83,25	706.194,10	46,37	920.793,14	10,16
		Valor Médio R\$	600,50	-	330,49	-	113,07	-	618,93	-	527,07	-
	IV	Frequência	194	1,46	3	0,09	0	0,00	1.027	37,43	1.224	6,21
		Valor R\$	95.985,16	1,60	171,15	0,01	0,00	0,00	448.886,01	29,47	545.042,32	6,01
		Valor Médio R\$	494,77	-	57,05	-	0,00	-	437,08	-	445,30	-
Total	Frequência	13.277	67,39	3.325	16,88	357	1,81	2.744	13,93	19.703	100,00	
	Valor R\$	6.012.529,37	66,33	1.488.002,53	16,42	40.476,11	0,45	1.523.098,87	16,80	9.064.106,88	100,00	
	Valor Médio R\$	452,85	-	447,52	-	113,38	-	555,07	-	460,04	-	

Fonte: SIA/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

O grupo de procedimento órtese, próteses e materiais especiais foi o único grupo que não apresentou registro de frequência e valor em R\$, no sistema de informações ambulatoriais.

5.5.2.2 Assistência Hospitalar

A assistência hospitalar compreende todos os procedimentos realizados internamente no ambiente hospitalar. Foram avaliados os grupos anteriormente elencados, porém, os grupos de procedimentos medicamentos e órteses, próteses e materiais especiais não apresentaram frequência e valor em reais.

As informações do sistema de informação hospitalar apontam que apenas a I e II macrorregiões de saúde realizaram procedimentos do grupo de transplantes de órgãos, tecidos e células, sendo a I macro responsável por 91,58% da frequência e 94,69% dos recursos financeiros, enquanto a II macrorregião correspondeu a apenas 8,42% da frequência e 5,31% dos recursos financeiros (Quadro 11).

Segundo Marinho (2011), observa-se um cenário de acesso aos transplantes bastante desigual entre a população residente nos diversos estados da Federação.

Ainda de acordo com Marinho (2011), o cenário da desigualdade é resultado de diversos fatores, destacando-se desigualdades na capacidade operacional das Centrais Estaduais, distribuição heterogênea das equipes transplantadoras no território nacional, concentradas nas regiões Sul e Sudeste, e dificuldades em se fazer os exames pré-transplante pelo SUS, gerando problemas de acessibilidade a esses tratamentos para a população de baixa renda, residente distante dos centros transplantadores.

Quadro 11. Assistência hospitalar de alta complexidade grupo de procedimentos transplantes de órgãos, tecidos e células, por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Grupo de procedimento: Transplantes de Órgãos, Tecidos e Células								
Assistência Hospitalar			Macro do estabelecimento					
			I Macro	%	II Macro	%	Total	%
Macro de Res. do usuário	I	Freq.	3.272	81,54	14	3,79	3.286	74,99
		Valor R\$	24.826.950,88	79,99	18.848,83	1,08	24.845.799,71	75,80
		Valor Médio R\$	7.587,70	-	1.346,35	-	7.561,11	-
	II	Freq.	414	10,32	329	89,16	743	16,96
		Valor R\$	3.493.153,12	11,25	1.586.798,79	91,17	5.079.951,91	15,50
		Valor Médio R\$	8.437,57	-	4.823,10	-	6.837,08	-
	III	Freq.	189	4,71	25	6,78	214	4,88
		Valor R\$	1.395.622,97	4,50	96.002,74	5,52	1.491.625,71	4,55
		Valor Médio R\$	7.384,25	-	3.840,11	-	6.970,21	-
	IV	Freq.	138	3,44	1	0,27	139	3,17
		Valor R\$	1.322.239,68	4,26	38.850,04	2,23	1.361.089,72	4,15
		Valor Médio R\$	9.581,45	-	38.850,04	-	9.792,01	-
TOTAL		Freq.	4.013	91,58	369	8,42	4.382	100,00
		Valor R\$	31.037.966,65	94,69	1.740.500,40	5,31	32.778.467,05	100,00
		Valor Médio R\$	7.734,36	-	4.716,80	-	7.480,25	-

Fonte: SIH/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

Apesar da desigualdade relatada por Marinho (2011), o autor verificou que os estados do Sul, Sudeste e do Centro-oeste, em geral, além do Estado de Pernambuco, faziam maiores números de transplantes per capita e apresentam maiores quantidades de equipes de transplantes per capita que os demais estados da federação.

Os dados da assistência hospitalar com finalidade diagnóstica em alta complexidade apontam que o referido grupo de procedimento ficou restrito a I macrorregião de saúde (Quadro 12).

Ao analisar o acesso dos usuários por macrorregião de residência, os usuários da I macro tiveram acesso a 90,61% dos procedimentos clínicos ofertados,

enquanto que nas demais macrorregiões de saúde ficou evidenciada a dificuldade no acesso a esse procedimento, correspondendo o mesmo a apenas 9,39%,

Quadro 12. Assistência hospitalar de alta complexidade grupo de procedimento com finalidade diagnóstica, por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Grupo de procedimento: Finalidade Diagnóstica				
Assistência Hospitalar			Macro do estabelecimento	
			I Macro	%
Macro de Res. do usuário	I	Freq.	878	90,61
		Valor R\$	368.501,59	77,57
		Valor Médio R\$	419,71	-
	II	Freq.	54	5,57
		Valor R\$	64.275,53	13,53
		Valor Médio R\$	1.190,29	-
	III	Freq.	23	2,37
		Valor R\$	23.886,20	5,03
		Valor Médio R\$	1.038,53	-
	IV	Freq.	14	1,44
		Valor R\$	18.407,29	3,87
		Valor Médio R\$	1.314,81	-
TOTAL		Freq.	969	100
		Valor R\$	475.070,61	100
		Valor Médio R\$	490,27	-

Fonte: SIH/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

Considerando o financiamento dos procedimentos diagnósticos executados, um mesmo padrão de distribuição dos recursos, ou seja, a I macro foi soberana na captação dos recursos, correspondendo a 77,57%, a II macro 13,53%, a III macro 5,03% e a IV macro 3,87%(Quadro 12).

Destacam-se os valores médios entre as macros II, III e IV em relação a I macro, em que os valores médios dessas macrorregiões em relação à metropolitana ficaram em torno de R\$ 1.200,00, enquanto a metropolitana representou 1/3 desse valor.

A análise do grupo de procedimentos clínicos evidenciou que quase 99,00% desse grupo de procedimentos foram executados na macrorregião metropolitana, reafirmando a forte centralização dos serviços dessa natureza. A macro Sertão não apresentou nenhum procedimento clínico, tendo os usuários desse território sido assistidos na I macrorregião (Quadro 13).

Vale destacar que do total de procedimentos clínicos realizados, 71,20% foram para os municípios da I macrorregião e os municípios das demais macrorregiões obtiveram 24,87% dos procedimentos.

Quadro 13. Assistência hospitalar de alta complexidade grupo de procedimento com finalidade diagnóstica, por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Assistência Hospitalar			Grupo de procedimentos clínicos							
			Macro do estabelecimento							
			I Macro	%	II Macro	%	IV Macro	%	Total	%
Macro de Res. do usuário	I	Freq.	8.411	76,02	1	3,57	0	0,00	8.412	75,13
		Valor R\$	12.014.283,61	72,10	537,46	0,66	0	0,00	12.014.821,07	71,20
		Valor Médio R\$	1.428,40	-	537,46	-	0,00	-	1.428,30	-
	II	Freq.	1.513	13,67	24	85,71	0	0,00	1.537	13,73
		Valor R\$	2.647.479,67	15,89	77.031,56	95,25	0,00	0,00	2.724.511,23	16,14
		Valor Médio R\$	1.749,82	-	3.209,65	-	0,00	-	1.772,62	-
	III	Freq.	762	6,89	3	10,71	0	0,00	765	6,83
		Valor R\$	1.389.009,65	8,34	3.300,00	4,08	0,00	0,00	1.392.309,65	8,25
		Valor Médio R\$	1.822,85	-	1.100,00	-	0,00	-	1.820,01	-
	IV	Freq.	378	3,42	0	0,00	104	100,00	482	4,31
		Valor R\$	611.561,38	3,67	0,00	0,00	132.379,74	-	743.941,12	4,41
		Valor Médio R\$	1.617,89	-	0,00	-	1.272,88	-	1.543,45	-
TOTAL		Freq.	11.064	98,82	28	0,25	104	0,93	11.196	100,00
		Valor R\$	16.662.334,31	98,74	80.869,02	0,48	132.379,74	0,78	16.875.583,07	100,00
		Valor Médio R\$	1.506,00	-	2.888,18	-	1.272,88	-	1.507,29	-

Fonte: SIH/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

Os valores médios dos procedimentos clínicos demonstraram que a II macrorregião foi a que executou procedimentos de maior valor, R\$ 2.888,18, e a III macrorregião os de menor valor, R\$ 1.272,88.

Assim como os demais grupos de procedimentos analisados, a I macrorregião representou 96,20% da frequência dos procedimentos cirúrgicos e as macrorregiões II e IV, juntas, não chegaram a 5%. A III macrorregião apesar de ter realizado um procedimento, percentualmente não representou nem 0,1% (Quadro 14).

Quadro 14. Assistência hospitalar de alta complexidade grupo de procedimento cirúrgico, por macrorregião de residência e macrorregião do estabelecimento. Pernambuco 2013.

Assistência Hospitalar			Grupo de procedimentos cirúrgicos									
			Macro do estabelecimento									
			I Macro	%	II Macro	%	III Macro	%	IV Macro	%	Total	%
Macro de Res. do usuário	I	Freq.	16.511	76,38	23	4,30	0,00	0,00	1	0,31	16.535	73,58
		Valor R\$	94.234.153,84	75,62	100.442,69	4,64	0,00	0,00	11.048,61	0,50	94.345.645,14	73,15
		Valor Médio R\$	5.707,36	-	4.367,07	-	0,00	-	-	-	5.705,81	-
	II	Freq.	2.937	13,59	486	90,84	0,00	0,00	2	0,63	3.425	15,24
		Valor R\$	18.007.448,21	14,45	1.970.023,58	90,94		0,00	19.316,25	0,88	19.996.788,04	15,50
		Valor Médio R\$	6.131,24	-	4.053,55	-		-	9.658,13	-	5.838,48	-
	III	Freq.	1.463	6,77	24	4,49	1,00	100,00	0	0,00	1.488	6,62
		Valor R\$	8.496.383,44	6,82	86.210,89	3,98	749,64	100,00	0,00	0,00	8.583.343,97	6,66
		Valor Médio R\$	5.807,51	-	3.592,12	-	749,64	-	0,00	-	5.768,38	-
	IV	Freq.	707	3,27	2	0,37	0,00	0,00	315	99,06	1.024	4,56
		Valor R\$	3.876.097,44	3,11	9.675,92	0,45	0,00	0,00	2.163.629,47	98,62	6.049.402,83	4,69
		Valor Médio R\$	5.482,46	-	4.837,96	-	0,00	-	6.868,66	-	5.907,62	-
TOTAL		Freq.	21.618	96,20	535	2,38	1,00	0,00	318	1,42	22.472	100,00
		Valor R\$	124.614.082,93	96,62	2.166.353,08	1,68	749,64	0,00	2.193.994,33	1,70	128.975.179,98	100,00
		Valor Médio R\$	5.764,37	-	4.049,26	-	749,64	-	6.899,35	-	5.739,37	-

Fonte: SIH/Datasus. Período: Jan a Dez de 2013.

Os valores financeiros encontrados também ratificam a maior participação da I macrorregião nesses procedimentos, correspondendo a 96,62%, enquanto as demais macrorregiões nem chegaram a 4,00% dos recursos financeiros (Quadro 14).

No que tange os valores médios dos procedimentos, verificou-se que a III macrorregião apresentou o menor valor no grupo de procedimento cirúrgico R\$749,64. Porém, como só foi executado um único procedimento, não podemos inferir um padrão de valor.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em pauta investigou a alocação dos recursos SUS de alta complexidade, sob gestão estadual, correlacionando-a com o gasto municipal per capita e com a distância percorrida pelos usuários, do município em que residem até o local do atendimento, a partir das quatro macrorregionais definidas no Plano Diretor de Regionalização.

No que se refere à distribuição espacial da oferta em alta complexidade e ao fluxo do atendimento, os achados indicam que, em Pernambuco, a oferta de assistência de alta complexidade está em desacordo com os preceitos da regionalização. Isto porque se observa uma forte centralização da oferta na I macrorregião de saúde, onde se localiza a capital do Estado, e para onde se destinam parte expressiva dos usuários do estado. É possível que esta situação esteja relacionada à desigualdade na alocação de recursos financeiros, como sugere os dados que foram apresentados.

Em relação aos grupos de procedimentos observou-se que a oferta de medicamentos na atenção ambulatorial e dos serviços diagnósticos no âmbito hospitalar está concentrada na I macrorregião de saúde.

Constatou-se, também, que a III macrorregião de saúde (Sertão) apresentou uma oferta limitada de serviços caracterizando a sua frágil capacidade de atender procedimentos de alta complexidade.

Com base neste cenário, o que se questiona não é isoladamente a centralização da oferta dessas ações, a necessidade de estruturação e a destinação dos recursos financeiros. Os dados mostram que a maioria dos serviços ambulatoriais e dos serviços hospitalares em alta complexidade está sendo ofertado em quantidades residuais nas macrorregiões mais distantes, o que obriga os usuários desses territórios a percorrerem longas distâncias para que suas necessidades assistências, nesta complexidade, sejam atendidas.

Além disso, outra questão abordada neste estudo refere-se à proporção público x privado dos serviços. A regulamentação do SUS estabelece que o setor privado poderá complementar a assistência ofertada pelos serviços públicos de saúde quando houver impossibilidade deste em oferecê-los. Em Pernambuco, na rede SUS, o setor privado é o principal provedor de ações e serviços em alta complexidade.

Observa-se que este predomínio dos prestadores privados determina importantes fluxos financeiros da esfera pública para a privada, perpetuando uma condição cíclica de baixa oferta pública, investimento na compra de serviços privados, filantrópicos ou não, ampliação do privado e retração do público.

Diante do contexto apresentado, é imperativo se definir ou redefinir os critérios de alocação intraestadual para o direcionamento dos recursos financeiros compatível às necessidades da população, respeitando as especificidades regionais, de forma a permitir uma distribuição mais equitativa para a melhoria do acesso aos serviços de alta complexidade. É importante, também, a definição do papel e participação do setor privado no Sistema Único de Saúde.

Para o desenvolvimento de estudos que aborde a alocação de recursos SUS é importante considerar o total de recursos aportados tanto pela união quanto pela esfera estadual para uma melhor visualização do cenário da oferta da alta complexidade. No estudo em pauta não foi possível verificar os recursos estaduais o que representa uma limitação.

REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F.L. Trajetória recente da gestão pública brasileira: um balanço crítico e a renovação da agenda de reformas. Revista de Administração Pública, v. 47, número especial; p. 67-86, 2007.

AIMBERE, F.T. Direito e valor. O valor da pessoa humana, 2006. Disponível em: <http://www.advogado.adv.br/artigos/2006/aimberefranciscotorres/direitoevalor.htm> Acesso em: 14 agosto 2014.

ARRETCHE M. Mitos da descentralização: mais democracia e eficiência nas políticas públicas? Rev Bras Ciênc Soc, São Paulo, v.31, p.44-66, 1996.

BANKAUSKAITE, V.; DUBOIS, H.F.W.; SALTMAN, R.B. Patterns of decentralization across European health systems. In: SALTMAN R.B.; BANKAUSKAITE V.; VRANGBAEK K., organizadores. Decentralization in health care: strategies and outcomes. Maidenhead: Open University Press; p.22-43, 2007.

BATISTA, F.M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. Cadernos de Saúde Pública. São Paulo, v.19, n.1(suppl), p.181-191, 2003.

BELTRAMMI, D.G. Descentralização: o desafio da regionalização para Estados e Municípios. RAS, São Paulo, v.10, n.41, 2008.

BJÖRKMAN, J.W. Política social, governança e capacidade: reformas e restrições do setor público. Revista do Serviço Público, Brasília, v.56, n.3, p.277-294, 2005.

BOBBIO, N. A era dos direitos; tradução Carlos Nelson Coutinho; Rio de Janeiro: Elsevier, 2004. P. 14.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93.

BRASIL. Ministério da Saúde. Glossário temático economia em saúde. Série A. Normas e manuais técnicos. Editora MS. Brasília, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas por recursos próprios de 2000 a 2010. Brasília: SIOPS, 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 204/2007 Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm. Acessado em 10 de Nov de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 837/2009 Disponível em: dtr2001.saude.gov.br/PORTARIAS/Port2009/GM/GM-837.htm. Acessado em 10 de Nov de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização Coordenação de Integração Programática. Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Regionalização Solidária e Cooperativa. Série Pactos Pela Saúde. v.3, 2006.

BRITO-SILVA, K; BEZERRA, A.F.B; TANAKA, O.Y. Direito à saúde e integralidade: uma discussão sobre os desafios e caminhos para sua efetivação. Interface (Botucatu) [online]. 2012, vol.16, n.40, pp. 249-260. Epub Apr 19, 2012. ISSN 1414-3283. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000014>.

CARVALHO, J.M. Cidadania no Brasil: o longo caminho. 7. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

CAMPOS, S.L.F. A responsabilidade na gestão da saúde pública. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Serviços de Saúde Pública.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (Eds.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco, 2001. p.113-26.

CONTRANDIOPOULUS, A.P. et al. A avaliação na área de saúde: conceitos e métodos. In: Hartz, Z.M.A. [Org.]. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

COSTA, N.R. Direito à saúde na Constituição: um primeiro balanço. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.98-104, 1989.

COSTA, E.D.P. Povo e cidadania no Estado Democrático de Direito. Rev. Fac. Direito, Curitiba, v.38, n.0, p.101-21, 2003.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: Princípios. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro. Ministério da Saúde, 2001.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.12, suppl.0, p.1851-64, 2007.

DALLARI, S.G.; FORTES, P.A.C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, S. (Org.). Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p.187-202.

DRUMOND, M.F.; STODDART, G.L.; TORRANCE, G.W. Methods for the economics evaluation of health care programmes. New York: Oxford University Press, 2005.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. et al. (Orgs.). Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81

GIL, A.C.; LICHT, R.H.G.; YAMAUCHI, N.I. Regionalização da Saúde e Consciência Regional. Hygeia:Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, Uberlândia, v.3, p.35-46, 2006. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16852>

GIOVANELLA, L., LOBATO, L.V.C, CONILL, E.M, CUNHA, E.M, Sistemas municipais e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate, v.26, n.60, p. 37-61.

GURGEL JUNIOR, G.D. A reforma do Estado e o Sistema Único de Saúde no Brasil. IN: FREESE, Eduardo. Municípios: A gestão da mudança em Saúde. Recife. Ed Universitária da UFPE, p.25-44, 2004.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.2, p.269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7003.pdf>

LIMA, L.D. Conexões entre o federalismo fiscal e o financiamento da política de saúde no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.12, n.2, p.511-22; 2007.

MACHADO, E.N.M. et al. Fator de alocação de recursos financeiros para atenção à saúde. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro/CEDEPLAR, 2004.

MACHADO, K.A. EC- 29 determina o que deve ser gasto com saúde. RADIS 2003; 15: 14.

MAYORGA, P. et al. Serviços farmacêuticos no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, p.196-205, 2004.

MARINHO, A.; CARDOSO, S.S.; ALMEIDA, V.V. Efetividade, produtividade e capacidade de realização de transplantes de órgãos nos estados brasileiros. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.8, p1560-1568, 2011.

MELO, M.A.; COSTA, N.R. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. Planej Polit Públicas, Brasília, v.11, p.49-108, 1994.

MELO, M.A.C. Crise federativa, guerra fiscal e hoppelianismo municipal: efeitos perversos da descentralização? IN: Política e Contemporaneidade no Brasil. (Org.) OLIVEIRA, M.A.G. Recife: Bagaço Editora, 1997.

MENDES E.V. Os grandes dilemas do SUS. v.2. 1ed. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENICUCC, T.M.G. A reforma sanitária brasileira e as relações entre o público e o privado: Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

MEDEIROS, M. Princípios de justiça na alocação de recursos em saúde. Texto para discussão número 687. Brasília: IPEA, 1999.

NASCIMENTO, V.B. SUS: pacto federativo e gestão pública. São Paulo, 2007.

NOGUEIRA, P.R. O desenvolvimento federativo do sus e as novas modalidades institucionais de gerência das unidades assistenciais. Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NOGUEIRA, V.M.R.; PIRES, D.E.P. Direito a saúde: um convite à reflexão. Cad. Saude Publica, v.20, n.3, p.753-60, 2004.

NUNES, A. A Alocação Equitativa Inter-regional de Recursos Públicos Federais do SUS: A Receita Própria do Município como Variável Moderadora. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Estadísticas Sanitarias Mundiales, 2013, 2013. Acesso: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1.

PAULI, L.T.S. A integralidade das ações em saúde e a intersectorialidade municipal. 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Plano Diretor de Regionalização de Pernambuco, 2011.

PESTANA, M; MENDES, E.V. Pacto de gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

PONTES, J.L. Gasto direto do usuário com a diabetes mellitus e sua correlação com os fatores investimento governamental per capita e necessidade em saúde, entre municípios pernambucanos. Dissertação (Mestrado Integrado em Saúde Coletiva), Recife, 2013.

PORTO, S.M.; UGÁ, M.A.D.; MOREIRA, R.S. Uma análise da utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento: Brasil 1998 -2008. Ciência e Saúde Coletiva; v.16, n.9, p.3795-806, 2011.

POTY, C.F.; FERREIRA, M.A.M. Investigação dos Níveis de Eficiência na Utilização de Recursos no Setor de Saúde: uma análise das microrregiões de Minas Gerais. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.2, p.199-213, 2009.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad. Saude Publica, v.20, n.5, p.1342-53, 2004

SANTO, A.C.G.E., FERNANDO, V.C.N.; BEZERRA A.F.B. Despesa pública municipal com saúde em Pernambuco, Brasil, de 2000 a 2007. Ciência e Saúde Coletiva, v.17, n.4, 2012.

SILVA, M.V.C.P.; MENDES, E.V. Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

SILVA C.L.; ROTTA, C.V. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. Textos e Contextos; v.11, n.2, p.333 - 345, 2012.

SILVA, S.F.; SOUTO JÚNIOR, J.V.; BRÊTAS JÚNIOR, N. O Pacto pela Saúde: oportunidade para aperfeiçoamento das redes de atenção à saúde no SUS. IN: SILVA, Silvio F. da. Redes de Atenção à Saúde no SUS. O pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas. São Paulo: IDISA: CONASEMS, p.103-115, 2008.

SILVA, K.S.B e et al. Conhecimento e uso do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) pelos gestores municipais, Pernambuco, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n. 2, 2010.

SOARES, L.T.R. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

SOUZA, R.R. Redução das desigualdades regionais na alocação dos recursos federais para a saúde. Ciência e Saúde Coletiva [online], v.8, n.2, p.449-60, 2003.

TANAKA, O.Y.; DRUMOND, J.M. Análise descritiva da utilização de serviços ambulatoriais no Sistema Único de Saúde segundo o porte do município, São Paulo, 2000 a 2007. Epidemiol. Serv. Saúde [online], v.19, n.4, 2010.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n.1, p.133-149, 2000.

UGÁ, M.A. Proposta de reforma do setor saúde nos marcos do ajuste macroeconômico. Tese, UERJ, 1997.

UGÁ, M.A.; PIOLA, S.F.; PORTO, S.M.; VIANA, S.M. Descentralização e alocação de recursos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.417-437, 2003.

ZUCCHI, P.; NERO, C.D.; MALIK, A.M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.9, n.1/2, p.27-150, 2000.