

REGULAÇÃO E FINANCIAMENTO DO SUS

Elaborado por: Alessandra Lima (CD, Msc, PhD)

Revisado por: Luciana Vieira (PT, Msc, PhD)

24 de abril de 2020

Para elucidarmos os diferentes aspectos envolvidos na questão da Regulação e Financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), faz-se necessário um olhar amplo e compreensivo sobre o sistema, que é complexo. Para simplificar a compreensão, a presente síntese será apresentada em tópicos, que se inter-relacionam e se complementam com o objetivo de oferecer uma visão abrangente do problema em questão.

ARCABOUÇO LEGAL E PRINCÍPIOS DO SUS

Os princípios do SUS; definidos na Constituição Federal (BRASIL, 1988), especificamente em seu artigo 198, e ratificados pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990); direcionam as ações do SUS, bem como sua forma de organização. Podemos citar:

- **Universalização:** a saúde é um direito de todos os cidadãos e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.
- **Equidade:** apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, com o objetivo de diminuir desigualdades.
- **Integralidade:** pressupõe a garantia do cuidado desde os níveis mais básicos, até os de mais alta complexidade; além da articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação das diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação.
- **Regionalização e Hierarquização:** os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida.
- **Descentralização e Comando Único:** com relação à saúde, a descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único,



onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

- **Recursos Tripartites:** União, Estados, Distrito Federal e Municípios devem conjugar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos para prestação de serviços de assistência à saúde da população.
- **Participação Popular:** a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema, para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/90) foi sancionada, estabelecendo condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Estabeleceu, também, as atribuições comuns às três esferas de gestão, bem como as competências específicas. Dentre as atribuições comuns, cada qual em seu âmbito, destaca-se o inciso II do art.15: “administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde”.

Dentre as competências da direção estadual do SUS (Secretaria de Estado da Saúde – SES), destaca-se, art. 17, inciso IX: “identificar estabelecimentos hospitalares de referência e GERIR sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional”. E também o inciso X: “[...] e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa”.

Quanto às competências da direção municipal do SUS (Secretarias Municipais de Saúde – SMS) em seu âmbito administrativo, destaca-se o inciso I do art 18: “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e GERIR E EXECUTAR os serviços públicos de saúde”.

Também é importante citar o ano de 2006, quando foram publicadas as diretrizes operacionais do PACTO PELA SAÚDE (Portaria nº 399/2006) e suas dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão. A referida Portaria define responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada do SUS; com objetivo de assegurar e qualificar o SUS.

Na dimensão do Pacto de Gestão, foram estabelecido princípios orientadores do processo de regulação, dentre os quais destaca-se: “A regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual, expressa na coordenação do processo de construção da programação pactuada e integrada da atenção em saúde, do processo de regionalização, do desenho das redes” (BRASIL, 2006).

Destaca, também, os modos de operação dos complexos reguladores, no que se refere às referências intermunicipais, que deve ser pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB):

“Pelo gestor estadual que se relacionará com a central municipal que faz a gestão do prestador.
Pelo gestor estadual que se relacionará diretamente com o prestador quando este estiver sob gestão estadual.
Pelo gestor municipal com cogestão do estado e representação dos municípios da região”. (BRASIL, 2006)

POLÍTICA NACIONAL DE REGULAÇÃO

A Política Nacional de Regulação, instituída pela Portaria 1559/2008, ratificada pela Portaria de Consolidação nº 02/2017, tem o objetivo de garantir a organização das redes e fluxos assistenciais, regulando o acesso equânime, integral e qualificado aos serviços de saúde, entre outros fatores. Suas ações estão organizadas em três dimensões, que podem ser resumidas da seguinte forma (CONASS, 2016 e BRASIL, 2017):

1) Regulação de Sistemas de Saúde:

- Objeto: os sistemas de saúde municipais, estaduais e nacional,
- Sujeitos: respectivos gestores públicos,
- Objetivo: definir, a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executar ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

2) Regulação da Atenção à Saúde:

- Objeto: a adequada prestação de serviços à saúde,
- Sujeitos: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde,
- Objetivo: garantir, conforme pactuação, a prestação de ações e serviços de saúde.

3) Regulação do Acesso à Assistência (também denominada de regulação do acesso ou regulação assistencial):

- Objeto: acesso aos serviços de saúde,
- Sujeitos: seus respectivos gestores públicos,
- Objetivo: Organizar os fluxos assistenciais no âmbito do SUS.

De forma mais específica, a Regulação do Acesso à Assistência (objeto principal desta síntese), visa a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e através de fluxos assistenciais no âmbito do SUS; e abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso com base em protocolos, classificação de risco e outros critérios técnicos de priorização (BRASIL, 2017).

A Regulação do Acesso se dá pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão quer seja por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos ou outros que se fizerem necessários, para isso requer a utilização de sistemas informatizados. O Ministério da Saúde disponibilizar o SISREG –



Sistema Nacional de Regulação, que é um sistema web, criado para o gerenciamento do Complexo Regulador, por meio de módulos que permitem a inserção da oferta, da solicitação até a confirmação do atendimento do usuário, bem como a regulação de leitos hospitalares. As solicitações podem ser realizadas pela atenção básica e pelas outras portas de entrada do SUS para consultas, exames e procedimentos da média e alta complexidade, objetivando maior organização e controle do fluxo de acesso aos serviços de saúde e otimização a utilização dos recursos assistenciais, visando a humanização no atendimento. Porém sua utilização não é compulsória.

Atualmente no Estado de Goiás, existem em funcionamento diferentes sistemas para a Regulação do Acesso dos cidadãos goianos aos serviços de saúde. De forma exemplificativa:

- Complexo Regulador em Saúde de Goiás – utiliza o SISREG e o SERVIR
- Goiânia – utiliza sistema próprio;
- Aparecida – utiliza SISREG (para urgências e cirurgias eletivas) e o INOVART (para consultas especializadas e atenção primária);
- Anápolis – utiliza o sistema MV (em transição entre o SISREG e o MV).

Ainda, sobre a Regulação do Acesso na Política Nacional de Regulação, é importante citar os dizeres do artigo 6º.

Art. 6º Os processos de trabalho que compõem a Regulação do Acesso à Assistência serão aprimorados ou implantados de forma integrada, em todas as esferas de gestão do SUS, de acordo com as competências de cada esfera de governo.

§ 1º As áreas técnicas de regulação, controle e avaliação deverão construir conjuntamente as estratégias de ação e de intervenção necessárias à implantação desta Política, dos processos de trabalho, bem como captação, análise e manutenção das informações geradas.

§ 2º As informações geradas pela área técnica da regulação do acesso servirão de base para o processamento da produção, sendo condicionantes para o faturamento, de acordo com normalização específica da União, dos Estados e dos Municípios.

§ 3º Os processos de autorização de procedimentos como a Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e a Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) serão totalmente integrados às demais ações da regulação do acesso, que fará o acompanhamento dos fluxos de referência e contrarreferência baseado nos processos de programação assistencial.

GERÊNCIA X GESTÃO X GESTÃO PLENA

Para compreender todas as questões envolvidas, faz-se necessário a conceituação e a compreensão dos termos Gerência e Gestão no contexto do SUS.

“[...] gerência é conceituada como sendo a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema. Por sua vez, gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. São, portanto, gestores do SUS os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde e o Ministro da Saúde, que representam, respectivamente, os governos municipais, estaduais e federal.” (BRASIL, 1996)

Assim, o termo gestão é utilizado no âmbito do SUS para nominar as funções de comando ou direção do sistema de saúde que cabe aos gestores do SUS, em todas as esferas de Governo; compreendendo o planejamento, a coordenação, a avaliação, o controle e a auditoria das ações e serviços de saúde locais. Dentro do princípio constitucional da direção única, cada uma das unidades de saúde prestadoras de serviços no SUS, públicas ou privadas, deve estar sob a gestão de um único gestor de saúde. Quando ela é pública, pode estar sob a gestão do titular da Secretaria de Saúde à qual está subordinada ou vinculada, ou pode estar sob a gestão de outro Secretário de Saúde, dependendo do que for entre eles pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A unidade de saúde privada estará sob a gestão do Secretário de Saúde que com ela contratar ou contratualizar (SALGADO et al, 2018a).

A gerência, por sua vez, corresponde às atividades de administração da unidade de saúde prestadora de serviços ao SUS, que são próprias e privativas de quem detém o seu direito de propriedade – ou seja, o ente público ou privado que a instituiu e a mantém. É sempre exercida pelos dirigentes, dotados de poderes de direção e gerenciamento de suas estratégias e meios, incluindo pessoal e recursos orçamentários/financeiros, logísticos e tecnológicos. A gerência de uma unidade de saúde pública é exercida pela autoridade pública, detentora de um cargo de direção na estrutura de Governo, que pode ou não ser um secretário de saúde. Na entidade privada, a gerência será exercida por seus dirigentes privados (SALGADO et al, 2018a).

Desta forma, tem-se que unidades de saúde que pertencem à estrutura administrativa das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), estão sob gerência da SES e podem estar sob gestão Estadual ou Municipal. No caso da primeira situação – Gestão Estadual – a manutenção financeira é prevista na Lei Orçamentária Anual (LOA) e pode ser celebrado contrato de gestão, dando mais autonomia aos hospitais públicos próprios ou vinculados, mediante cumprimento de metas de desempenho institucional. Caso estejam sob Gestão Municipal, é celebrado o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP), com objetivo de garantir a manutenção financeira por meio de repasse de recursos do município para o estado (SALGADO et al, 2018b).

Art. 61. O PCEP é o instrumento que se destina à formalização da relação entre gestores do SUS quando unidades públicas de saúde, hospitalares e ambulatoriais especializadas, situadas no território de um município, estão sob gerência de determinada unidade federativa e gestão de outra.

§ 1º Para fins deste Capítulo, conceitua-se gerência, nos termos do Pacto pela Saúde - 2006, como a administração de uma unidade ou órgão de saúde que se caracteriza como prestador de serviços no SUS. (BRASIL, 2017)

Já o termo Gestão Plena, introduzido pela Norma Operacional Básica do SUS (NOB/1996), depende da habilitação dos municípios e apontam os compromissos assumidos por parte do gestor municipal perante os outros gestores e perante a população sob sua responsabilidade. Na categoria de GESTÃO PLENA DA ATENÇÃO BÁSICA o município assume a gerência das



unidades ambulatoriais, próprias do estado e da união.

Já na habilitação em GESTÃO PLENA DO SISTEMA MUNICIPAL, o município assume integralmente as responsabilidades em seu território. Nesta condição de habilitação é responsabilidade da SMS (BRASIL, 1996):

- a) Elaboração de toda a programação municipal, contendo, inclusive, a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à programação estadual.
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência.
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO

O SUS, devido a sua extensão e complexidade, dispõe de diversos Instrumentos de Gestão, que apresentam uma lógica de relação entre si, têm o objetivo principal de articular as diferentes esferas de governo no que se refere à atenção à saúde. Alguns dos Instrumentos de Gestão do SUS encontram-se elencados abaixo.

- **Plano de Saúde:** consolida, em cada esfera de governo, o planejamento na área da saúde para um período de quatro anos, mas pode (e deve) ser revisto anualmente. É um documento que apresenta intenções políticas, diagnósticos, estratégias e metas (físicas e financeiras). A Lei nº 8080/90 estabelece que o Plano de Saúde é a base para elaboração das propostas orçamentárias anuais de cada esfera de gestão (BRASIL, 2002).
- **Relatórios de Gestão:** têm a finalidade de sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS, funcionando como prestação de contas. É elaborado com base no Quadro de Metas do Plano de Saúde. (BRASIL, 2002).
- **Plano Diretor de Regionalização (PDR):** foi estabelecido pela NOAS 01/2001 tem como objetivo a organização, regionalização e hierarquização da rede, conforme a Constituição Federal. O PDR integra o Plano Estadual de Saúde, e oferece subsídios importantes para elaboração dos Planos Municipais de Saúde (BRASIL, 2002).
- **Programação Pactuada e Integrada (PPI):** é o instrumento de gestão por meio do qual, com base no PDR, se programam as ações de saúde que serão realizadas no território de cada ente federado. A PPI traduz as responsabilidades de cada gestor do sistema, garantindo o acesso da população aos serviços de saúde, quer pela oferta no território de um município específico, quer pelo encaminhamento a um município de referência pré-definido. Cada município deve ter a programação das ações que irá executar e das necessidades de sua população, para, a partir destas informações, negociar com os outros gestores. A PPI tem como objetivos:
 - estimular o processo de planejamento e programação integrada entre os gestores municipais e o gestor estadual, por intermédio de instâncias integradas de planejamento e de acordos;
 - orientar a organização do sistema de saúde e das redes de referência de caráter microrregional, regional ou estadual, de acordo com as necessidades identificadas;

- explicitar os fluxos de referências intermunicipais, acordados entre os gestores, de forma a garantir o acesso de toda a população a todos os níveis de atenção;
 - orientar a alocação de recursos financeiros pela lógica das necessidades de saúde da população e de acordo com as prioridades estabelecidas pelos gestores, em detrimento da lógica de alocação de recursos orientada pela oferta de serviços;
 - orientar a alocação de recursos financeiros entre municípios, por meio da adoção de critérios claros e adequados de definição de limites financeiros, para custeio da assistência ambulatorial e hospitalar, em todos os municípios e da explicitação da parcela correspondente às referências intermunicipais pactuadas entre os gestores municipais. (BRASIL, 2002).
- **Plano Regional Integrado (PRI):** é parte do planejamento ascendente, no âmbito das Macrorregiões de Saúde, e expressa as responsabilidades dos entes federados envolvidos nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), evidenciando o conjunto de diretrizes, objetivos, metas, ações e serviços. Visa oferecer o recurso assistencial mais adequado para quem mais necessita (CONASS, 2018).

FINANCIAMENTO DO SUS

O financiamento do SUS é tripartite, sendo responsabilidade de União, Estados e Municípios gerar a receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde (BRASIL, 1988). Municípios e Distrito Federal devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde; Estados, 12%. A União, por sua vez, deve aplicar o valor correspondente ao empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012).

Além da fonte de receita para tal financiamento, é necessário entender a distribuição/destinação dos recursos federais, que se divide em dois blocos, cada qual com conta bancária específica: Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde e Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos. O bloco de custeio é organizado e identificado por grupos relacionados ao nível de atenção ou à área de atuação de saúde a que se destina o recurso: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Assistência Farmacêutica, Vigilância em Saúde e Gestão do SUS (BRASIL, 2017d).

O Piso da Atenção Básica (PAB) é o montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde; é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a programas. Esse modelo de financiamento da Atenção Básica, está em transição para o novo modelo estabelecido pela Portaria 2979/2019, que institui o Programa Previne Brasil. Neste novo modelo o financiamento da Atenção Primária à Saúde (APS) passa a ser constituído por (BRASIL, 2020):

- **Capitação Ponderada:** recursos financeiros referentes a população cadastrada nas equipes de Saúde da Família (ESF) e equipes de Atenção Primária (EAP);



- **Pagamento por Desempenho:** recursos financeiros referentes aos resultados de indicadores alcançados pelas equipes (ESF ou EAP) credenciadas e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- **Incentivo para Ações Estratégicas:** recursos financeiros de ações estratégicas, que consideram as especificidades (socioeconômicas, territoriais e epidemiológicas) e prioridades em saúde de cada município.

Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde de Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar, por sua vez, estão organizados em dois componentes (BRASIL, 2017c):

- **Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC):** transferência de recursos de custeio. A transferência fundo-a-fundo é regular, mensal e automática entre o Fundo Nacional de Saúde (FNS) e os fundos de saúde estaduais, municipais e distrital.
- **Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC):** tem a finalidade de financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Os recursos financeiros são transferidos após a apuração da produção dos estabelecimentos de saúde registrada pelos respectivos gestores nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SAI e SIH).

Quando um serviço de média e alta complexidade é inexistente ou insuficiente em determinado município, o gestor deste (que é o solicitante no processo de regulação do acesso), por meio da PPI, direciona seus recursos financeiros MAC, para outro município que possa oferecer aquele serviço (dentro do processo de regulação do acesso este é o município executor ou executante); isso ocorre de forma hierarquizada e regionalizada. Atualmente, grande parte (40%) dos recursos MAC destinados ao Estado de Goiás, estão concentrados em transferências fundo-a-fundo para o Fundo Municipal de Saúde (FMS) de Goiânia (Tabela 01).

Tabela 01 – Limite financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) de Goiás – abril/2020

MUNICÍPIO/GESTOR	VALOR ANUAL
FMS – Anápolis	113.031.513,27
FMS – Aparecida de Goiânia	183.635.566,45
FMS – Goiânia	556.798.374,18
FMS – Demais municípios goianos	413.357.998,05
Fundo Estadual de Saúde (FES)	156.883.350,04
TOTAL ESTADO DE GOIÁS	1.423.706.801,99

Fonte: sismac.saude.gov.br

Considerando que muitas unidades públicas de Alta e Média Complexidade são da rede própria do Estado de Goiás, foi celebrado o Protocolo de Cooperação entre Entes Públicos (PCEP) entre a gestão Estadual e os municípios de Goiânia, de



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Subsecretaria de Saúde Núcleo de Evidências

Aparecida de Goiânia e de Anápolis que deveriam garantir recursos financeiros para a manutenção dos serviços de saúde prestados nas referidas unidades. Todavia, o que se vê, na prática, é uma incompatibilidade de valores firmados no PCEP, o custo de tais unidades ao tesouro estadual (tabela 02).

O PCEP contempla as responsabilidades da SES para com as SMS no que se refere às contrapartidas a serem transferidas do FES ao FMS. Importante frisar que a SES repassa tais contrapartidas aos municípios, antecipadamente, mesmo quando não há prestação de contas. Também é digno de nota que, além de os valores computados no PCEP serem insuficientes para o custeio dos serviços prestados, o Estado de Goiás dispõe de unidades da rede própria estadual em Goiânia e Aparecida de Goiânia, reguladas pelas respectivas SMS, não foram incluídas no PCEP; tais serviços são custeados integralmente pelo tesouro estadual.

Tabela 02 – Comparativo financeiro das unidades do Estado de Goiás (PCEP x Custo x Produção)

	UNIDADE	VALOR ANUAL PCEP Quadro 1 e 1.1	VALOR ANUAL PCEP Quadro 2	VALOR ANUAL PCEP	CUSTO 2019 \$ ¹
GOIÂNIA	CIMP	127.508,95		127.508,95	²
	CEO	372.993,94		372.993,94	²
	LACEN	1.868.433,50		1.868.433,50	²
	HMA	295.272,16		295.272,16	²
	HDS	1.711.378,80		1.711.378,80	23.608.831,18
	HUGO	27.944.947,85	9.391.428,72	37.336.376,57	219.288.298,58
	HEMOGO	5.259.443,08		5.259.443,08	³
	HEMNSL	1.824.314,77		1.824.314,77	30.454.985,25
	HMI	10.391.213,21	6.511.027,12	16.902.240,33	135.013.463,07
	HDT	6.437.617,06	1.266.485,76	7.704.102,82	81.760.913,70
	HGG	10.433.180,52	3.327.433,44	13.760.613,96	127.496.678,52
	HUGOL	32.110.306,32		32.110.306,32	269.137.802,24
TOTAL	98.776.610,16		119.272.985,20	886.760.972,54	
APARECIDA DE GOIÂNIA	HUAPA	8.244.065,34	2.044.323,84	10.288.389,18	62.591.134,92
ANÁPOLIS	HUANA	7.188.678,12	2.783.107,20	9.971.785,32	65.704.998,00

¹ Fonte: Planilha de valor bruto/2019 GAOS/SUPER – Unidades gerenciadas por Organizações Sociais de Saúde (OSS)

² Unidade não gerenciada por OSS

³ Não foi lançado um valor, uma vez que a planilha GAOS/SUPER refere-se a toda Hemorrede

MODELO VIGENTE x PRINCÍPIOS DO SUS

Atualmente no Estado de Goiás a Regulação do Acesso à Assistência é exercida pelos municípios que assumiram a responsabilidades em seus Termos de Compromisso de Gestão do Pacto Pela Saúde. Nos municípios de Anápolis, Aparecida de Goiânia e Goiânia a gestão das unidades da Rede Própria Estadual é realizada pelos entes municipais.

No modelo vigente, quando um cidadão necessita de um serviço indisponível/insuficiente em seu município de residência, este município solicita tal serviço àquele município com o qual realizou a pactuação através da PPI. Essa solicitação ocorre a



SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



partir dos Complexos Reguladores, por meio de sistema informatizado. Considerando que no Estado de Goiás existem diferentes sistemas em funcionamento, o município solicitante deverá utilizar o mesmo sistema que município executor, para aquele serviço em questão.

Dessa forma, municípios do estado de Goiás, precisam utilizar-se de diferentes sistemas no que se refere à regulação de acesso, para garantir a integralidade do cuidado de saúde de seus munícipes. É muito comum que para determinados serviços um município seja solicitante, enquanto é executor de outros serviços. Em outra situação prática, um município solicitante pode ter pactuado determinado serviço com um município executor e outro serviço, com um executor distinto. As situações descritas correspondem à realidade fatural do processo de regulação de acesso vigente no Estado de Goiás, e, por si só demonstram a dificuldade enfrentada para garantir, por meio dos processos regulatórios, a INTEGRALIDADE do cuidado aos cidadãos goianos; pois as ações não são transversais, nem os sistemas de regulação são integrados. E, ainda como complicador, os serviços de média e alta complexidade encontram-se concentrados nos territórios geográficos dos três maiores municípios do Estado e sob gestão destes, apesar de muitos desses serviços estarem em unidades da rede própria estadual.

Além da dificuldade quanto a garantia da integralidade, ainda é possível perceber a falta de EQUIDADE no acesso aos serviços de saúde vivenciada pelos cidadãos goianos. Observa-se que, para um mesmo perfil de paciente, o tempo de acesso a determinado serviço é infinitamente maior, variando em decorrência do município de residência, pois depende do município executor com qual o serviço foi pactuado. De forma exemplificativa, a figura 01, demonstra com clareza a falta de equidade no acesso a leitos de UTI. Uma vez que a regulação de acesso esteja sob responsabilidade da gestão estadual, todo cidadão goiano terá as mesmas oportunidades de acesso aos serviços oferecidos pela rede estadual, independente do município de residência.

Figura 01 – Taxa de Leitos de UTI por Habitante (Goiás e Brasília/2019)

Região de Saúde	Qtde.Leitos UTI SUS	População	Leito/mil Hab.
52001 Central	516	1.885.432	0,27
52002 Centro Sul	73	926.550	0,08
52005 Estrada de Ferro	20	308.938	0,06
52008 Norte	6	136.832	0,04
52011 Pirineus	82	515.167	0,16
52012 Rio Vermelho	11	198.851	0,06
52013 São Patrício I	4	165.898	0,02
52015 Sudoeste I	39	457.994	0,09
52016 Sudoeste II	11	229.346	0,05
52017 Sul	10	251.499	0,04
52018 São Patrício II	5	179.859	0,03
53001 Distrito Federal	341	2.974.703	0,11

Fonte:

Considerando ainda, que a metodologia, critérios e protocolos de regulação não foram discutidos e pactuados na CIB, pode-se afirmar que exista prejuízo na TRANSPARÊNCIA do processo. Por exemplo, o município de Goiânia é referência para todo Estado em determinados serviços de média e alta complexidade, serviços estes que são prestados nas unidades estaduais, utiliza para regulação do acesso à assistência um sistema próprio, que como já foi exposto, não possui interface com o SISREG, comprometendo ainda mais a transparência e acompanhamento por parte do gestor do município solicitante. Assim, os municípios que encaminham seus pacientes para Goiânia, não tem conhecimento da fila de espera, nem ordem em que se encontram seus cidadãos, nem tão pouco dos critérios utilizados na admissão dos pacientes.

CONCLUSÕES

Naturalmente a gestão das unidades públicas de saúde, seguindo princípio organizativo de comando único e sob o ponto de vista conceitual, é da Secretaria de Saúde à qual a unidade pública é vinculada, e, caso a gestão couber a outro gestor, faz-se necessário a pactuação na CIB (BRASIL, 1996; SALGADO et al, 2018a)

No estado de Goiás, principalmente na capital do Estado, observa-se uma inversão de competências prescritas na Lei nº 8080/90, enquanto o estado deveria GERIR e o município EXECUTAR e GERIR, observa-se o Estado EXECUTANDO os serviços de médias e alta complexidade, no entanto, refém da GESTÃO municipal. E tais serviços, EXECUTADOS pelo Estado, são de referência estadual e regional, ficando todos os demais municípios goianos, principalmente aqueles mais carentes de recursos financeiros e tecnológicos, também reféns da capital. Ademais, considerando as características dos serviços de saúde prestados pelas unidades públicas estaduais (complexidade e referência) deveriam os mesmos ser GERIDOS pela própria administração à qual estão vinculados, neste caso, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO), direção estadual do SUS (BRASIL,1990; BRASIL, 2006; CONASS, 2016; BRASIL, 2017).

Observa-se uma distorção dos princípios para a regulação, estabelecidos no Pacto de Gestão, visto que, apesar da pactuação em CIB, os modos de operação dos complexos reguladores para as referências intermunicipais, sempre se dá pelo gestor estadual, ou, minimamente com sua cogestão (BRASIL, 2006), o que não ocorre no modelo atualmente vigente, para as unidades estaduais localizadas nos maiores polos regionais – Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis.

Sob o ponto de vista da Lei nº 8080/90 é competência do gestor estadual a gestão de unidades de alta complexidade de referência estadual e regional, características onde se enquadram as unidades hospitalares estaduais. Sob o olhar da Portaria nº 399/2006 – Pacto pela Saúde, a gestão e regulação das unidades de saúde estaduais, deveria estar na Secretaria de Estado da Saúde, visto que a regulação das referências intermunicipais é responsabilidade do gestor estadual.

Quanto ao processo de habilitação na GESTÃO PLENA, pode-se notar que, na capital, iniciou-se quando da celebração do Termo de Municipalização de 1998, no qual foi feita a cessão de CIAMS, C.S. e CAIS da gestão estadual para gestão municipal (GOIÂNIA, 1998). No entanto, a Gestão Municipal não assumiu a gerência de unidades hospitalares do estado conforme previsto na NOB/1996. De forma que, no que se refere às unidades de média e alta complexidade da rede própria estadual, a gestão municipal goza dos privilégios da gestão, enquanto a gestão estadual arca com o ônus de gerência. Relevante as informações trazidas pela Tabela 02, que demonstra que os custos de tais unidades não são supridos pelos valores garantidos pelo PCEP.

A Secretaria de Estado da Saúde de Goiás não se abstém da responsabilidade de adequar os instrumentos de gestão próprios do SUS, frente às pactuações nas devidas instâncias, no entanto, o Poder Legislativo do estado de Goiás; que tem o papel precípua de **elaboração das leis** que regulam o Estado, a conduta dos cidadãos e das organizações públicas e privadas; e pensando nas necessidades de todos os municípios goianos e de todos cidadãos goianos de forma equânime; apresentou o Projeto de Lei (ALEGO, 2019), ora aprovado pela casa e sancionado pelo Poder Executivo de Goiás que, por sua vez, representa todos cidadão goianos, com vista a lhes garantir seus direitos.

É preciso esclarecer que o modelo proposto pelo Projeto de Lei apresentado no Processo Legislativo nº 2019002715; não diminui a autonomia das Secretarias Municipais de Saúde (SMS), como foi noticiado pela Assembleia Legislativa de Goiás (ALEGO): “A matéria diminui a autonomia de secretarias municipais de saúde e aumenta o poder da Secretaria Estadual de Saúde, facilitando a realocação de pacientes de uma cidade para a outra” (ALEGO, 2020). O que realmente muda:

1. A regulação das unidades da rede própria dos municípios – Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis, bem como aqueles contratados ou contratualizados pelas citadas SMS permanecem inalterados, sendo realizados pelas SMS da forma como já acontece;
2. A regulação das unidades da rede própria ESTADUAL situadas nos municípios de Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis, atualmente reguladas pelos municípios citados, passam a ser reguladas pelo Estado de Goiás;
3. A regulação das unidades da rede própria ESTADUAL situadas em outros municípios, como, Santa Helena de Goiás, Pirenópolis, Jaraguá, Trindade, já reguladas pelo Estado de Goiás permanecem inalteradas;
4. As vagas referentes aos serviços oferecidos nas unidades da rede própria ESTADUAL, que já são de referência estadual, passam a atender a todo Estado de Goiás de forma equânime e transparente, via SISREG ou Sistema de Regulação que tenha interface com o SISREG;
5. Todos os cidadãos goianos que necessitam dos serviços de saúde de média e alta complexidade oferecidos pelas unidades da rede própria ESTADUAL terão acesso aos mesmos, obedecendo a critérios técnicos de regulação, sem distinção do município de residência;

6. Os municípios que pactuam tais serviços com Goiânia, Aparecida de Goiânia e Anápolis, e repassam recursos financeiros a estes municípios em contrapartida à garantia de acesso a tais serviços, têm autonomia em nas negociações e adequações da PPI frente ao novo modelo. Uma vez que não repactuem com tais municípios manterão os recursos federais do MAC referente a tais pactuações em seus próprios FMS – não haverá repasse dos mesmos ao FES;
7. Não há ganho financeiro para o Estado. Com a transferência do valor integral produção ambulatorial e hospitalar das unidades da rede própria estadual, diretamente do FNS para o FES – não há variação significativa frente ao que é repassado via PCEP;
8. Os recursos federais, referentes à produção total destas unidades, uma vez sejam transferidas diretamente pelo FNS ao FES, serão insuficientes para manutenção das mesmas, e o Estado de Goiás, não se escusa da responsabilidade de continuar respondendo por essa diferença de valores e mantendo a oferta de serviços de saúde com qualidade;
9. A SES passa a ter autonomia na gestão de suas unidades próprias, favorecendo o andamento de processos de habilitação de novos serviços, que já são oferecidos à população goiana e continuam a ser glosados pelo Ministério da Saúde; de forma a trazer mais recursos federais para a saúde pública do Estado de Goiás.

REFERÊNCIAS

- ALEGO. Assembleia Legislativa de Goiás. Processo Legislativo 2019002715. 2019.
- ALEGO. Assembleia Legislativa de Goiás. Aprovado em segunda votação projeto que permite ao Estado a gestão e regulação de todas as unidades de saúde de Goiás. 2020. (Acessado em 21 de abril de 2020)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, de 06 de novembro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde. 2001
- BRASIL. Ministério da Saúde. SUS – Instrumento de Gestão em Saúde. 2002
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017a
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017c
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017d
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. Esclarecimentos sobre novo modelo de financiamento da Atenção Primária. Fundo Nacional de Saúde. 2020. (Acessado em 21 de abril de 2020)
- BRASIL. Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.
- BRASIL. Presidência da República. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012
- CONASS. A Regulação no SUS – alguns conceitos. 2016 (Acessado em 15 de abril de 2020)
- CONASS. Orientações Tripartite para o Planejamento Regional Integrado. 2018
- GOIÂNIA. Termo de Municipalização da Saúde. Diário Oficial do Município de Goiânia, de 15 de dezembro de 1998.
- SALGADO, V. et al. Contratualização no SUS. Instituto de Direito Sanitário – IDISA. 2018a. (Acessado em 20 de abril de 2020)
- SALGADO, V. et al. Contratualização no SUS. Instituto de Direito Sanitário – IDISA. 2018b. (Acessado em 21 de abril de 2020)