

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO
Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho

Diego Viana Silva

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO SUS-MG POR MEIO DA COMPRA DE LEITOS DE UNIDADES
PRIVADAS NÃO CONVENIADAS: 2020 A 2023

Belo Horizonte

2024

Diego Viana Silva

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA NO SUS-MG POR MEIO DA COMPRA DE LEITOS DE UNIDADES
PRIVADAS NÃO CONVENIADAS: 2020 A 2023

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental.

Orientador: Silvio Ferreira Junior

Belo Horizonte
2024

S586a

Silva, Diego Viana.

Análise da evolução das internações hospitalares de urgência e emergência no SUS-MG por meio da compra de leitos de unidades privadas não conveniadas: 2020 a 2023 / Diego Viana Silva. – Belo Horizonte, 2024.

90 f ; il.

Trabalho de conclusão de Curso (Bacharel em Administração Pública) - Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, 2024.

Orientador: Sílvio Ferreira Júnior

Bibliografia: f. 80-83

1. Administração da saúde pública - Minas Gerais. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) - Brasil. 3. Equipamento hospitalar. 4. Hospital - serviços de emergência. 5. Parceria público-privada (PPP). I. Ferreira Júnior, Sílvio. II. Título.

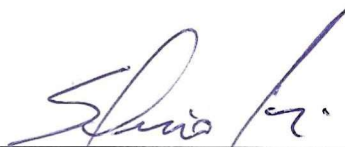
CDU 614:35(815.1)

Diego Viana Silva

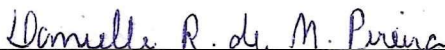
Análise da evolução das internações hospitalares de urgência e emergência no SUS-MG por meio da compra de leitos de unidades privadas não conveniadas: 2020 a 2023

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Administração Pública da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, da Fundação João Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Administração Pública.

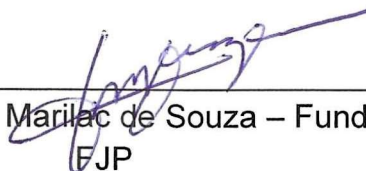
Aprovado na Banca Examinadora



Professor Orientador Sílvio Ferreira Júnior – Fundação João Pinheiro / FJP



Professora Avaliadora Danielle Ramos de Miranda Pereira – Fundação João Pinheiro / FJP



Professora Avaliadora Luiza de Marillac de Souza – Fundação João Pinheiro / FJP

Belo Horizonte, 2 de dezembro de 2024

EPIGRAFE

**Não se gerencia o que não se mede,
não se mede o que não se define,
não se define o que não se entende
e não há sucesso no que não se gerencia.**

William Edwards Deming

RESUMO

A regulação do acesso às internações hospitalares de urgência e emergência no estado de Minas Gerais tem o propósito de instrumentalizar a rede no seu processo de compatibilizar a oferta e a demanda por leitos, conforme o volume de pacientes que necessitam de internação, nas diferentes regiões do estado. Nesse processo, o médico regulador assume na rede o papel de autoridade com competência técnica e legal para definir quais os casos que serão priorizados, quais os casos que precisarão aguardar, quando da insuficiência de recursos/vagas na rede SUS, ou ainda, quais os casos que serão atendidos por meio da compra de leitos na rede privada não conveniada ao SUS. Destaca-se a crescente participação da compra de leitos para atender aos casos que surgem da judicialização de demandas por internação que não tiveram aprovação inicial pela rede, e que vem impactando diretamente o fluxo de acesso aos serviços de saúde, trazendo desafios adicionais à regulação e à gestão das internações de urgência e emergência no estado. O presente trabalho tem como objetivo analisar a evolução da operação de compra de leitos, da rede privada, pela rede hospitalar de urgência e emergência do SUS de Minas Gerais, apontando os desafios para o aparato regulatório da rede em garantir o adequado funcionamento do sistema, para atender ao direito à saúde e ao bem-estar da população. Para isso foram utilizados indicadores recomendados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, para com base nos dados obtidos do sistema SUSfácilMG e DataSUS, avaliar o desempenho das macrorregiões de saúde em termos de capacidade de atendimentos das demandas por internação de urgência e emergência para os anos de 2020 a 2023. Importante salientar que durante grande parte do tempo de análise o estado esteve em situação de emergência de saúde devido a pandemia de Covid-19, fato que pode ter interferência direta nos dados obtidos, a despeito do trabalho não entrar no mérito do efeito desta situação conjuntural sobre as informações obtidas. Os resultados obtidos apontam para um crescimento acima do esperado do uso da compra de leitos como ferramenta de atendimento as demandas por internação, bem como, evidenciam comportamentos bem distintos entre as regiões de saúde. Fica claro ainda que esta prática a curto e médio prazo pode comprometer diversas políticas de saúde, tendo em vista, o crescente dispêndio de recursos estaduais para sua manutenção.

Palavras-chave: Regulação do acesso no SUS. Compra de leitos hospitalares. Rede de Urgência e Emergência. Gestão de serviços de saúde. Regionalização no SUS.

ABSTRACT

The regulation of access to urgent and emergency hospital admissions in the state of Minas Gerais aims to equip the network in its process of balancing the supply and demand for hospital beds, according to the volume of patients requiring admission in different regions of the state. In this process, the regulatory physician assumes the role of an authority within the network, with the technical and legal competence to define which cases will be prioritized, which cases will need to wait in the event of insufficient resources or vacancies within the SUS network, and which cases will be addressed through the purchase of beds from private providers not affiliated with SUS. It is worth noting the growing participation of bed purchases to meet demands resulting from judicial rulings for admissions that were initially denied by the network. This trend has directly impacted the flow of access to health services, posing additional challenges to the regulation and management of urgent and emergency admissions in the state. This study aims to analyze the evolution of private bed purchases by the SUS urgent and emergency hospital network in Minas Gerais, highlighting the challenges faced by the network's regulatory apparatus in ensuring the proper functioning of the system to uphold the right to health and the well-being of the population. To achieve this, indicators recommended by the Ministry of Health and the World Health Organization were used. Based on data from the SUSfácilMG and DataSUS systems, the performance of health macro-regions in addressing urgent and emergency admission demands was evaluated for the years 2020 to 2023. It is important to highlight that during much of the analysis time the state was in a health emergency due to the Covid-19 pandemic, a fact that may have direct interference with the data obtained, despite the work not going into the merits of the effect of this situation. about the information obtained. The results indicate an above-expected growth in the use of bed purchases as a tool for meeting admission demands. Additionally, they reveal distinct patterns across health regions. It is also evident that this practice, in the short and medium term, may compromise various health policies, given the increasing expenditure of state resources required for its maintenance.

Keywords: SUS access regulation. Hospital bed purchases. Urgent and Emergency Network. Health service management. SUS regionalization.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Arranjo do Modelo fragmentado e do modelo em rede	18
Figura 2 -	Componentes da RUE e suas interfaces	22
Figura 3 -	CRRA por Macrorregião - Regionalização MG 2023	23
Figura 4 -	Organização espacial por grau de complexidade dos serviços de saúde	24
Figura 5 -	Níveis de Gestão do SUS	27
Figura 6 -	Fluxo dos recursos da União para os Estados	30
Figura 7 -	Fluxo dos recursos da União para os Municípios	31
Figura 8 -	Fluxo da remuneração dos prestadores de serviço	32
Figura 9 -	Fluxo do pagamento de convênios	32
Figura 10 -	Fluxo operacional de urgência e emergência - Minas Geras - 2018 ...	38
Figura 11 -	Mapa gradiente, destacando macrorregiões de saúde que mais compraram leitos – Minas Gerais – 2023	66

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Curva de quantidade de AIH aprovadas na rede SUS de MG em internações envolvendo procedimentos de média e alta complexidade – Minas Gerais – 2020 à 2023	60
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Relação de CRRA e Centrais Municipais – Minas Gerais, 2024.....	36
Tabela 2 -	Perfil socioeconômico das macrorregiões de saúde - Minas Gerais - 2022	50
Tabela 3 -	Variação na quantidade de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de internação para o SUS por macrorregião de saúde – Minas Gerais – 2020 e 2023	52
Tabela 4 -	Variação na quantidade de leitos de internação por macrorregião de saúde, leitos SUS e leitos não SUS – Minas Gerais – 2020 e 2023	53
Tabela 5 -	Variação na quantidade de leitos de internação complementar por macrorregião de saúde – leitos SUS e leitos não SUS em unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI) – Minas Gerais – 2020 e 2023	54
Tabela 6 -	Variação na quantidade total de leitos (internação e complementares) disponíveis na rede SUS – Minas Gerais – 2020 e 2023	55
Tabela 7 -	Total de leitos de internação (SUS e Não SUS) e leitos por mil habitantes – Minas Gerais – 2020 e 2023	56
Tabela 8 -	Total de leitos complementares SUS e leitos por 10 mil habitantes – Minas Gerais – 2020 e 2023	57
Tabela 9 -	Quantidade de AIH aprovadas, permanência média e valor médio de AIH – Minas Gerais – 2020 à 2023	58
Tabela 10 -	Razão entre o nº de leitos disponíveis e o nº mínimo extremo necessário de leitos para atender a demanda por internação conforme AIH aprovada por macrorregião de saúde – Minas Gerais - 2020 e 2023	62
Tabela 11 -	Resumo anual do total de leitos comprados do segmento privado não conveniado ao SUS para fins de atendimento de pacientes – Minas Gerais - 2020 a 2023	64
Tabela 12 -	Compra de Leitos por necessidade clínica (NC) e por ordem judicial (OJ) nas macrorregiões de saúde – Minas Gerais - 2020 a 2023	65

Tabela 13 - Compra de leitos por ordem judicial desagregadas entre compras motivadas por ação civil pública e por ação individual – Minas Gerais – 2020 a 2023	68
Tabela 14 - Valor previsto no PPAG para ação 4452 – Minas Gerais – 2020 à 2023	71
Tabela 15 - Valor previsto no PPAG para ação 4441 – Minas Gerais – 2020 à 2023	72
Tabela 16 - Valores previstos na LOA para execução da ação 4452 sendo valores totais e divididos por tipo de recurso – Minas Gerais – 2020 à 2023	73
Tabela 17 - Valores previstos na LOA para execução da ação 4441 sendo valores totais e divididos por tipo de recurso – Minas Gerais – 2020 à 2023	74
Tabela 18 - Quantidade total e valor total despendido com a compra de leitos por necessidade clínica e por ordem judicial – Minas Gerais – 2020 a 2023	75
Tabela 19 - Despesas médias das internações de média e da alta complexidades na rede SUS e com internações mediante compra de leitos – Minas Gerais – 2020 à 2023	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
ACP	Ação Civil Pública
AI	Ação Individual
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CF88	Constituição Federal de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRRA	Central Regional de Regulação Assistencial
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DATASUS	Departamento de Informação e Informática do SUS
DRAUE	Diretoria de Regulação do Acesso a Urgência e Emergência
EC	Emenda Constitucional
EMAD	Equipe multiprofissional de atenção domiciliar
EMAP	Equipe multiprofissional de apoio
EPPGG	Especialista em Política Pública e Gestão Governamental
FAEC	Fundo de Ações Estratégicas e Compensação
FES	Fundo Estadual de Saúde
FJP	Fundação João Pinheiro
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
LOA	Lei Orçamentária Anual
MAC	Media e alta complexidade
MENL	Mínimo extremo necessário de leitos SUS
MS	Ministério da Saúde
NC	Necessidade clinica
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OJ	Ordem judicial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAR	Plano de Ação Regional
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PPAG	Plano Plurianual de Ação Governamental
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RRF	Regime de Recuperação Fiscal
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH	Sistema de Informações Hospitalares
SLEGIS	Sistema de Legislação da Saúde do Ministério da Saúde
SRA	Superintendência de Regulação do Acesso
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSfácilMG	Sistema informatizado de regulação do acesso à urgência e emergência de Minas Gerais
Tabnet	Ferramenta de tabulação on-line do DATASUS
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos

UPA Unidade de Pronto Atendimento

UTI Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objeto e problema de pesquisa	14
1.2	Objetivos	16
2	REDES DE ATENÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	17
2.1	Redes de atenção à saúde	17
2.2	Redes de urgência e emergência	19
2.2.1	Componentes da rede de urgência e emergência	20
2.3	Regionalização da saúde	22
3	ESTRUTURA E GOVERNANÇA DO SUS	25
3.1	Governança financeira	28
4	REGULAÇÃO DO ACESSO	34
4.1	Regulação do acesso às internações hospitalares de urgência e emergência em Minas Gerais	35
4.2	Judicialização do acesso	38
4.3	Compra de leitos	40
4.4	Programação de leitos	42
5	PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS	45
5.1	Pesquisa documental	45
5.2	Dados da compra de leitos	45
5.3	Dados da produção hospitalar	46
5.4	Dados dos recursos físicos da rede de urgência e emergência	47
5.5	Informações demográficas, territoriais e socioeconômicas das macrorregiões	48
6	RESULTADOS E DISCUSSÕES	50
6.1	Caracterização das macrorregiões de saúde	50
6.2	Capacidade instalada: estabelecimentos e leitos hospitalares por macrorregião de Saúde	51
6.3	Atendimento na rede SUS	57
6.4	Dados das compras de leitos	64
6.5	Discussão financeira e orçamentária	70
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
	REFERÊNCIAS	79
	APÊNDICE	83

1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 estabeleceu que a saúde é um direito social e ainda:

Art. 196. A saúde é um direito de todos e **dever do Estado**, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, art. 196. grifo nosso).

Logo, compete ao Estado garantir a saúde da população brasileira. Pelo pacto federativo, o Estado é formado pelo conjunto dos entes federativos: União, estados e municípios. Diante disso, considerando as diferenças regionais e estruturais históricas do nosso país, o modelo encontrado para organizar as ações e serviços públicos de saúde é o de **rede regionalizada** e hierarquizada integrada a um sistema único (BRASIL, 1988, grifo nosso).

A estruturação e organização de um sistema único é extremamente complexa e demanda tempo para atingir o nível de maturidade capaz de entregar plenamente aquilo que se propõe. A despeito disso, as demandas por atendimento de saúde estão presentes e não podem aguardar os avanços institucionais, e, dessa forma, a melhoria organizacional e a prestação de serviços vêm ocorrendo ao mesmo tempo, o que revela fragilidades de um sistema que ainda está em implementação.

A partir desse cenário, esta pesquisa tem como objeto de estudo a rede de internações hospitalares de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS) de Minas Gerais, cujo aparato regulatório tem o propósito de instrumentalizar a rede no seu processo de compatibilizar a oferta e a demanda por leitos, conforme o volume de pacientes que necessitam de internação nas diferentes regiões do estado. Nesse contexto, se destaca como desafio à gestão e ao aparato regulatório, o crescente volume de internações mediante operações de compra excepcional de leitos, com destaque maior para as demandas por internações que surgem da judicialização por parte daqueles que acionam a rede, mas que não recebem autorização inicial para sua internação.

1.1 Objeto e problema de pesquisa

As políticas de saúde pública, para que sejam efetivas e eficazes, e com maior capacidade de cobertura possível, requerem, ao mesmo tempo, o conhecimento técnico e tecnológico das práticas terapêuticas capazes de reestabelecer a saúde dos pacientes e/ou prevenir doenças, bem como de uma gestão pautada nos princípios da administração pública, uma vez que estamos falando de um sistema financiado, em sua maioria, com recursos públicos. Logo, é preciso compreender que existem barreiras e limitações para a execução plena daquilo que é direito e que o sistema se propõe. Benevides e Funcia (2023) utilizam o fato da existência de necessidades de saúde não atendidas, expressas em filas e tempos de espera, bem como em comparações internacionais, para evidenciar o subfinanciamento do SUS.

A Lei Estadual nº 24.313 de abril de 2023 (Minas Gerais, 2023) estabelece que compete a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) regular as políticas de saúde pública no estado. Dentre estas, consta a regulação do acesso às internações hospitalares de urgência¹ e emergência² no âmbito do SUS. Esse processo regulatório direciona o paciente para a unidade hospitalar considerada mais apropriada a prestar o atendimento necessário, preferencialmente, na própria região de saúde no qual o paciente reside, ou em outra região de saúde, quando da ausência de vagas naquela região. Conforme será detalhado em capítulo específico, quando a rede SUS (composta por unidades hospitalares públicas e de unidades particulares previamente conveniadas para suplementação da capacidade do SUS) não consegue atender ao paciente, garantindo-lhe o leito hospitalar³ condizente com a sua enfermidade, a autoridade sanitária⁴ da rede adquire o leito em unidade de saúde privada, que não havia sido previamente programada para suplementação.

¹ Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. (Resolução nº 1.451 de 1995 do Conselho Federal de Medicina)

² EMERGÊNCIA é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (Resolução nº 1.451 de 1995 do Conselho Federal de Medicina)

³ Leito Hospitalar de Internação é a cama numerada e identificada destinada à internação de um paciente dentro de um hospital, localizado em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital e que está vinculado a uma unidade de internação ou serviço. (Manual de Padronização da Nomenclatura do Censo Hospitalar, Ministério da Saúde, 2002)

Nos últimos anos, percebe-se um aumento persistente do número de pacientes atendidos no SUS por meio de internações em unidades privadas não conveniadas, via compra de leitos (ferramenta de caráter excepcional para os atendimentos). Além disso, cada vez mais a demanda por leitos é atingida por ordens judiciais, requerendo respostas intempestivas que desafiam os limites da capacidade de regulação e de gestão da rede de urgência e emergência do SUS em Minas Gerais. Ainda nesse cenário, o período de análise, 2020 a 2023, é marcado por uma pandemia global, especificamente o covid-19, que oficialmente, foi declarada nestes termos pela Organização Mundial de Saúde no 11 de março de 2020 e que no Brasil, configurou-se como emergência em saúde pública nacional e perdurou até 22 de abril de 2020. Este fator, é bastante relevante uma vez que pressionou significativamente o SUS e requereu um esforço muito grande de capacidade física e financeira dos entes estatais para responderem a conjuntura. Fato este que pode produzir impactos sobre os dados apresentados, embora este trabalho não aborde esse provável efeito.

Nesse cenário, destaca-se como agravante o fato de que o custo do atendimento pela rede privada não conveniada ao SUS ser superior ao custo do mesmo atendimento em unidade da rede SUS, trazendo, por consequência, o descolamento entre as metas e as execuções financeiras, comprometendo o planejamento e à gestão dessa rede pelo estado.

Adicionalmente a estes, o governo do estado de Minas Gerais enfrenta uma grave crise fiscal. O “Relatório de Sustentabilidade do Endividamento 2020” (Minas Gerais, 2020) produzido pelo tesouro estadual aponta um crescimento de 600% entre 1998 e 2020 do estoque da dívida pública estadual, e que em agosto de 2024, atingiu o valor total de R\$ 165 bilhões. Importante destacar que, desde o fim de 2018, o estado tem conseguido liminares que suspendem o pagamento dessa dívida, mas que, no dia 28 de agosto desse ano, pactuou acordo no STF, através do Regime de Recuperação Fiscal (RRF), com a Advocacia Geral da União, e retomou no dia 01 de outubro deste ano, o pagamento dos juros das parcelas, sendo a primeira no valor de R\$ 286 milhões, e tendo que integralizar, até dezembro de 2024, em pagamentos o montante de R\$ 874,70 milhões (Agencia Minas, 2024).

4 Autoridade Sanitária: No âmbito do SUS/MG são autoridades sanitárias: Secretário de Estado de Saúde, Coordenador Macrorregional das Centrais de Regulação Assistencial e médicos reguladores (RESOLUÇÃO SES/MG Nº 9293, DE 03 DE JANEIRO DE 2024.)

O presente estudo busca delinear quantitativamente a dimensão do problema bem como subsidiar a elaboração de propostas que permitam aprimorar o arcabouço regulatório, o planejamento e a gestão da rede de urgência e emergência do SUS em Minas Gerais, de forma a garantir-lhe eficiência, economicidade e efetividade na garantia do direito constitucional à saúde da sua população.

1.2 Objetivos

O objetivo geral desse trabalho é analisar a evolução da cobertura de leitos hospitalares para internações de urgência e emergência no âmbito da rede SUS de Minas Gerais, entre os anos de 2020 e 2023, destacando a participação dos leitos contratados da rede privada não conveniada, que ocorrem mediante operações excepcionais (compra de leitos), e que, portanto, não constavam na programação da rede SUS.

Quanto aos objetivos específicos, pretende-se:

- a) Descreve o processo regulatório da rede de urgência e emergência, destacando o processo de compra de leitos via operação por exceção;
- b) Descrever a evolução da demanda (solicitações de internação) e da oferta (disponibilidade de leitos) nas regiões de saúde da rede no estado;
- c) Descrever a evolução das metas e das execuções financeiras nas regiões de saúde da rede no estado;

Para alcançar os objetivos que a pesquisa se propõe, a abordagem metodológica que será adotada é a proposta por Hair Jr. (2005) de um estudo descritivo, de natureza quantitativa, que faz uso de dados dos últimos anos para descrever eventos ao longo do tempo, ou seja, utilizando uma série temporal de informações é possível mapear elementos administrativos de modo que se possam observar tendências.

2 REDES DE ATENÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

2.1 Redes de atenção à saúde

Com o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) através da Constituição Federal Brasileira de 1988 (CF88) inicia-se um período onde a administração pública brasileira, em especial os órgãos voltados para saúde pública, precisa entregar para população o que a carta magna estabelece. Partimos de um sistema de saúde fragmentado para uma organização em redes (Oliveira, 2016).

A estruturação dos sistemas de saúde em redes é uma tendência global, que surge através do Relatório Dawson, em 1920 no Reino Unido, propondo um debate acerca de mudanças no sistema de proteção social. Em 1978, a Declaração de Alma-Ata, na então União Soviética, ganha projeção global e defende a organização em redes. E diversos países pelo mundo implementaram e seguem adotando a estrutura de redes para a saúde pública (Oliveira, 2016).

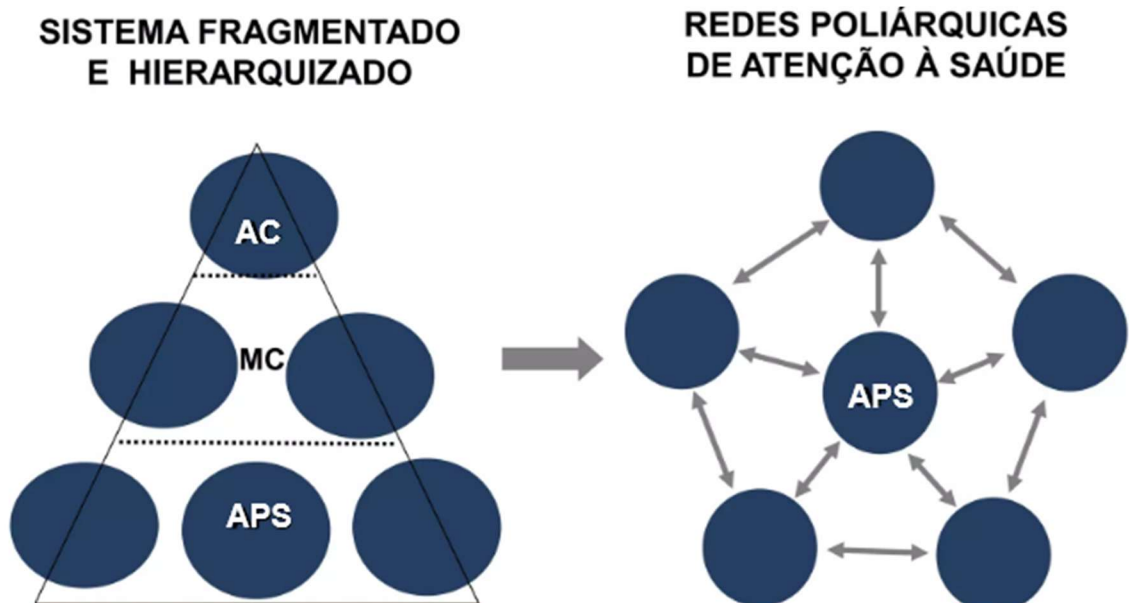
Mendes (2011) destaca que os serviços de saúde são compostos por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas voltados para atender à saúde, e que o arranjo produtivo mais adequado para os serviços provenientes destes equipamentos é o que concentra os de maior densidade tecnológica e permite a dispersão dos de menor densidade tecnológica. Dessa forma, é possível garantir economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade⁵ do cuidado (Brasil, 2017).

No caso do Sistema Único de Saúde (SUS) as RAS surgem como uma forma de superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, que está diretamente relacionada a diversidade e diferenças sociais e econômicas entre as regiões do país, e se materializa através das lacunas assistenciais, fragilidades na capacidade de provimento da integralidade da atenção à saúde, incoerência entre oferta de serviços e necessidade de atenção, precarização e carência de profissionais e pulverização dos serviços nos municípios (Brasil, 2017).

⁵ A integralidade do cuidado compreende ações de promoção, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação da saúde. (Ministério da Saúde)

Figura 1 – Arranjo do modelo fragmentado e do modelo em rede



Fonte: Coordenação de Urgência e Emergência, SES/MG, 2012

O modelo de RAS é dinâmico e requer o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis (Mendes, 2011).

A Portaria de Consolidação N° 3 de 2017 do Ministério da Saúde (MS) define que uma RAS é constituída por três elementos: população/região de saúde, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde. O primeiro, diz respeito a população que ocupa a região de saúde definida no Plano Diretor de Regionalização (PDR), e espera-se que essa região tenha estruturas que estejam bem distribuídas territorialmente para assegurar tempo/resposta necessário ao atendimento. Já o segundo, refere-se a estrutura operacional que conta com Atenção Primária à Saúde⁶ (APS), Atenção Especializada

⁶ A atenção primária à saúde é a que realiza ações e atendimentos voltados à prevenção e promoção da saúde. (Portaria 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, do Ministério da Saúde)

à Saúde (composta pela atenção secundária⁷ e terciária⁸), sistemas de apoio, sistemas logísticos e o sistema de governança. O terceiro, modelo de atenção à saúde, organiza o funcionamento da RAS, articulando as relações entre populações estratificadas por riscos, os diferentes tipos de intervenções, definidos em função da visão prevalente da saúde vigente em determinado tempo e sociedade. O SUS ainda na prática adota um modelo muito centrado na doença e no atendimento à demanda, que pode ser desdobrado em atendimento eletivo⁹ e atendimento de urgência¹⁰ e emergência¹¹.

2.2 Redes de urgência e emergência

A estrutural operacional da RAS é constituída pelos diferentes pontos de atenção à saúde, ou seja, lugares institucionais onde se ofertam serviços de saúde e pelas ligações que os comunicam. No intuito de ampliar o acesso e melhorar a qualidade do SUS o Ministério da Saúde (MS) organizou e implantou as Redes Temáticas prioritárias como estratégia para alcançar esses objetivos (Brasil, 2013).

Uma delas é a rede de atenção às urgências e emergências (RUE), que foi instituída em 2011 através da Portaria n° 1.600 do Ministério da Saúde, e voltada para atender a tripla carga de doenças (causas externas¹², doenças crônicas não

⁷ A atenção secundária representa a média complexidade e é composta por serviços especializados encontrados em hospitais e ambulatorios e envolve atendimento direcionado para especialidades médicas. (Portaria 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, do Ministério da Saúde)

⁸ A atenção terciária representa a alta complexidade e é um conjunto de procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de promover à população acesso a serviços qualificados (Portaria 4.279, de 30 de Dezembro de 2010, do Ministério da Saúde)

⁹ Atendimento eletivo: refere-se a procedimentos médicos que podem ser programados e realizados em um intervalo de tempo maior, sem prejuízo para a saúde do paciente. (Lei n° 9656 de 3 Junho de 1998, Brasil)

¹⁰ Urgência: é a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. (Resolução n° 1451 de 1995 do Conselho Federal de Medicina)

¹¹ Emergência: é a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato. (Resolução n° 1451 de 1995 do Conselho Federal de Medicina)

¹² Causas externas: as principais são violências e acidentes de trânsito (Ministério da Saúde, 2013)

transmissíveis¹³ e doenças infecciosas¹⁴) que estão associadas a um alto custo socioeconômico para sociedade brasileira (Brasil, 2013).

De acordo com o Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no SUS, de 2013, tem-se:

[...] é importante a implementação da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), de forma a **articular e integrar** todos os equipamentos de saúde, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência e emergência nos serviços de saúde, de **forma ágil e oportuna**, em todo o território nacional, respeitando-se os critérios epidemiológicos e de densidade populacional (Brasil, 2013, p. 13, grifo nosso).

Logo, espera-se que a RUE seja capaz de envolver os diversos equipamentos e estruturas do SUS voltados para urgência e emergência, de forma harmônica, constituindo-se uma complexa rede que responde, em tempo hábil, às demandas de determinada localidade.

O instrumento que define a estruturação da RUE é o Plano de Ação Regional (PAR) que apresenta as definições físico-financeiras, logísticas e operacionais necessárias à implementação, partindo de um diagnóstico dos serviços presentes nas diferentes regiões, das lacunas e necessidades, e das estratégias para superar as carências (Brasil, 2013).

2.2.1 Componentes da rede de urgência e emergência

As seguintes ações compõem a RUE: (i) promoção, prevenção e vigilância em saúde; (ii) atenção básica; (iii) serviço de atendimento móvel às urgências; (iv) sala de estabilização; (v) unidades de pronto atendimento (UPA) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; (vi) componente de atenção hospitalar.

O componente Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde procura atuar para, através de ações de saúde e educação, mitigar violências, acidentes e doenças crônicas não transmissíveis, uma vez que estas, estão entre as principais causas demandantes do uso da RUE (Brasil, 2013).

¹³ Doenças crônicas não transmissíveis: principalmente infarto agudo do miocárdio (IAM) e o acidente vascular cerebral (AVC) (Ministério da Saúde, 2013)

¹⁴ Doenças infecciosas: são aquelas causadas pela penetração, multiplicação e desenvolvimento de um agente infeccioso. (Biblioteca Virtual em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz)

A atenção básica caracteriza-se por ser o centro da RAS e as ações de saúde por ela realizadas, de acordo com a Portaria MS/MG n° 2.488 de 2011, permitem a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. O que, em muitos casos, evita que um paciente tenha seu quadro clínico deteriorado a ponto de precisar acessar os serviços de internação da RUE (Brasil, 2013).

O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências busca disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada (Brasil, 2013).

A sala de estabilização é o equipamento de saúde voltado para fornecer atendimento em saúde capaz de estabilizar o quadro clínico do paciente até que a RUE consiga fazer seu acolhimento dentro de uma estrutura capaz de executar os procedimentos compatíveis com sua demanda (Brasil, 2013).

As UPA's são estruturas de complexidade intermediária com pactos e fluxos previamente definidos, que garantem o acolhimento dos pacientes, e referenciando-os para os níveis da atenção básica, da atenção especializada ou mesmo para internação hospitalar, conforme a gravidade dos casos (Brasil, 2013).

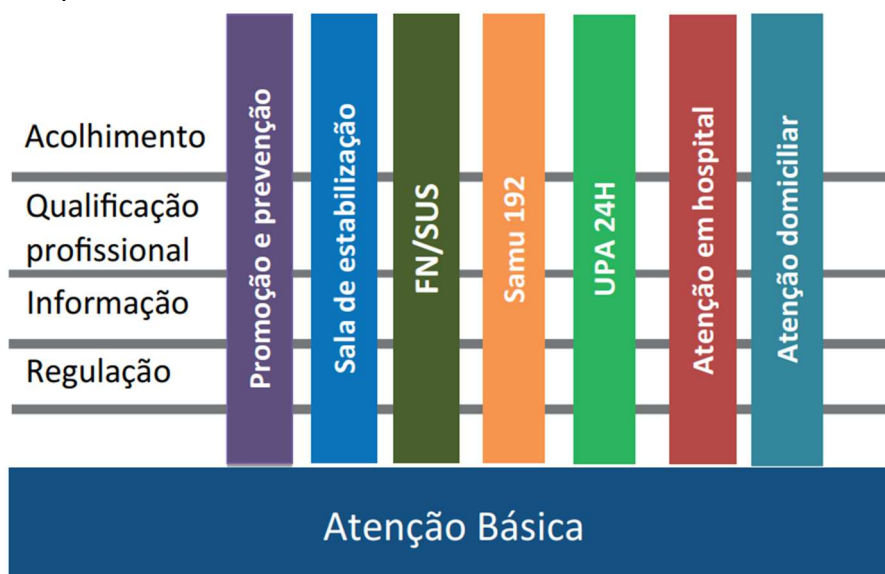
O componente de Atenção Hospitalar (AH) foi instituído pela Portaria MS/GM n° 2.395 de 2011, e é formado por: portas hospitalares de urgência e emergência; enfermaria de retaguarda clínica; unidades de cuidados prolongados; leitos de terapia intensiva e pela organização das linhas de cuidado prioritárias¹⁵.

A atenção domiciliar é oferecida na moradia do paciente, que após retornar do hospital passa a receber cuidados pela equipe de Saúde da Família da Atenção Básica de sua referência, ou até mesmo, em situações que requeiram atenção especial o mesmo passa a ser acompanhado pelas equipes multiprofissionais da atenção domiciliar (EMAD) e de apoio (EMAP), do Serviço de Atenção Domiciliar. Dessa forma, a atuação da atenção domiciliar busca evitar hospitalizações desnecessárias e diminuir o risco de infecções.

Todos os componentes destacados conformam os diferentes níveis de atenção da rede de urgência e emergência no âmbito do SUS. A figura 2, destaca a interface entre estes componentes.

¹⁵ Linhas de cuidado (LC) prioritárias: LC do infarto agudo do miocárdio (IAM), LC do acidente vascular cerebral (AVC) e LC da traumatologia. (Portaria MS/GM n° 2.395, de 11 de outubro de 2011)

Figura 2 - Componentes da RUE e suas interfaces



Fonte: SAS/MS, 2011

2.3 Regionalização da saúde

Lima *et. al* (2012) define a regionalização como um processo técnico-político condicionado pela capacidade de oferta e financiamento da atenção à saúde, mas também pela distribuição de poder e pelas relações estabelecidas entre governos, organizações públicas e privadas e cidadãos, em diferentes espaços geográficos. Mendes (2009) defende que a regionalização é o instrumento gerencial fundamental para a governança das redes de atenção à saúde.

Os processos de regionalização remetem a descentralização e reforma do estado intensificada no final dos anos 70. No Brasil, particularmente, considerando o surgimento do SUS com a Constituição Federal de 1988, e os avanços institucionais para operacionalização do sistema, a regionalização vem ao longo das últimas três décadas sendo estruturada pelos entes e entidades, nacionais e subnacionais. As dimensões continentais, o número de usuários potenciais, as desigualdades e diversidades regionais aliadas a multiplicidade de agentes tornam o processo de regionalização extremamente complexo (Viana *et al*, 2015).

Para lidar com essa complexidade, foram propostos os planos diretores de regionalização. Ferramenta institucionalizada pela Norma Operacional da Assistência

à Saúde (NOAS 01/02) e que busca ser um instrumento de planejamento em saúde voltado para estabelecimento de uma base territorial e populacional fundamentada no cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos e da descentralização programática e gerencial (Minas Gerais, 2011).

Em Minas Gerais, os 853 municípios foram organizados através de um modelo que considera três níveis de regionalização: o macrorregional, o microrregional e o municipal.

Figura 3 – CRRAs por Macrorregião - Regionalização MG 2023

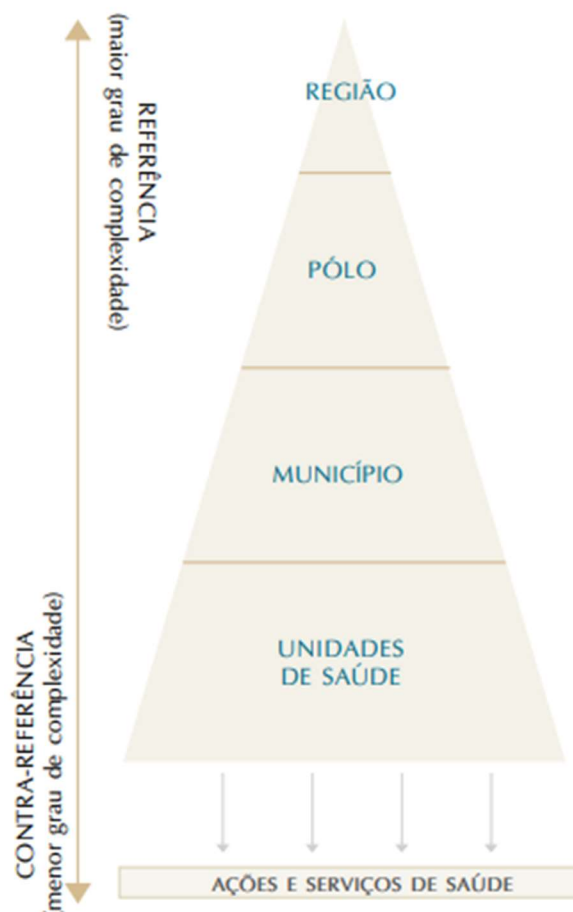


Elaboração Própria. Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2023

O nível macrorregional, composto por uma base territorial é responsável por ofertar determinados serviços de média complexidade de maior especialização e grande parte dos serviços de alta complexidade. Já as microrregiões encarregam-se de prover serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns de

alta complexidade. Por fim, os municípios são responsáveis pelos procedimentos de atenção básica¹⁶.

Figura 4 - Organização espacial por grau de complexidade do serviço de saúde



Fonte: Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. Brasil, 2003

De acordo com o PDR 2023 de Minas Gerais o estado conta hoje 16 macrorregiões, com 89 microrregiões, formadas por arranjos dos 853 municípios. Estas combinações são responsáveis por, do ponto de vista dos territórios, organizar e operacionalizar a regionalização nos limites geográficos estaduais.

¹⁶ Atenção básica: é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Portaria N° 2.436 de 21 de setembro de 2017 – Ministério da Saúde)

3 ESTRUTURA E GOVERNANÇA DO SUS

Conforme o Referencial Básico de Governança Aplicável a Órgão e Entidades da Administração Pública (2014), publicado pelo Tribunal de Contas da União, governança no setor público é:

Governança no setor público compreende essencialmente os mecanismos de liderança, estratégia e controle postos em prática para avaliar, direcionar e monitorar a atuação da gestão, com vistas à condução de políticas públicas e à prestação de serviços de interesse da sociedade (Brasil, 2014, p. 26)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define governança no setor de saúde como sendo as diversas funções governamentais, realizadas para atingir os objetivos da política nacional de saúde. Ainda, compreende o processo político que busca equilibrar diferentes influências e demandas entre os atores envolvidos. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) conceitua governança em saúde como o exercício das responsabilidades e competências da política pública em saúde, num contexto de novas relações entre governo e sociedade no Estado.

Mendes (2019, p. 246) na obra “Desafios do SUS” apresenta as tipologias de governança defendidas por Williamson (1985) que são as governanças por meio dos mercados, por hierarquia e em redes. Considerando a organização do SUS tem-se o uso da governança hierárquica e em redes, compreendidas como:

Na governança por hierarquias, a coordenação é feita principalmente pelo uso de planos, rotinas e protocolos desenhados por aqueles que ocupam o topo da escala de hierarquias da organização. Na hierarquia, o meio para garantir a obediência é o uso do poder hierárquico efetivado pelos gestores.

Na governança em redes, a coordenação é realizada por meio da colaboração entre gestores interdependentes em processos de negociação e tomada de decisão coletiva sobre a distribuição e conteúdo das tarefas. Os meios para realização da obediência nas redes são mais complexos do que nos mercados e hierarquias, pois as redes dependem fortemente de adesão voluntária às normas sociais com base em colaboração, confiança e reciprocidade. (Mendes, 2019, p. 247)

A citação vai de encontro ao desenho organizacional no federalismo brasileiro, com atores ora tomando decisões para atender a demandas específicas nos limites de sua competência e autonomia, ora realizando pactuações para operacionalização do sistema que atendam a interesses comuns.

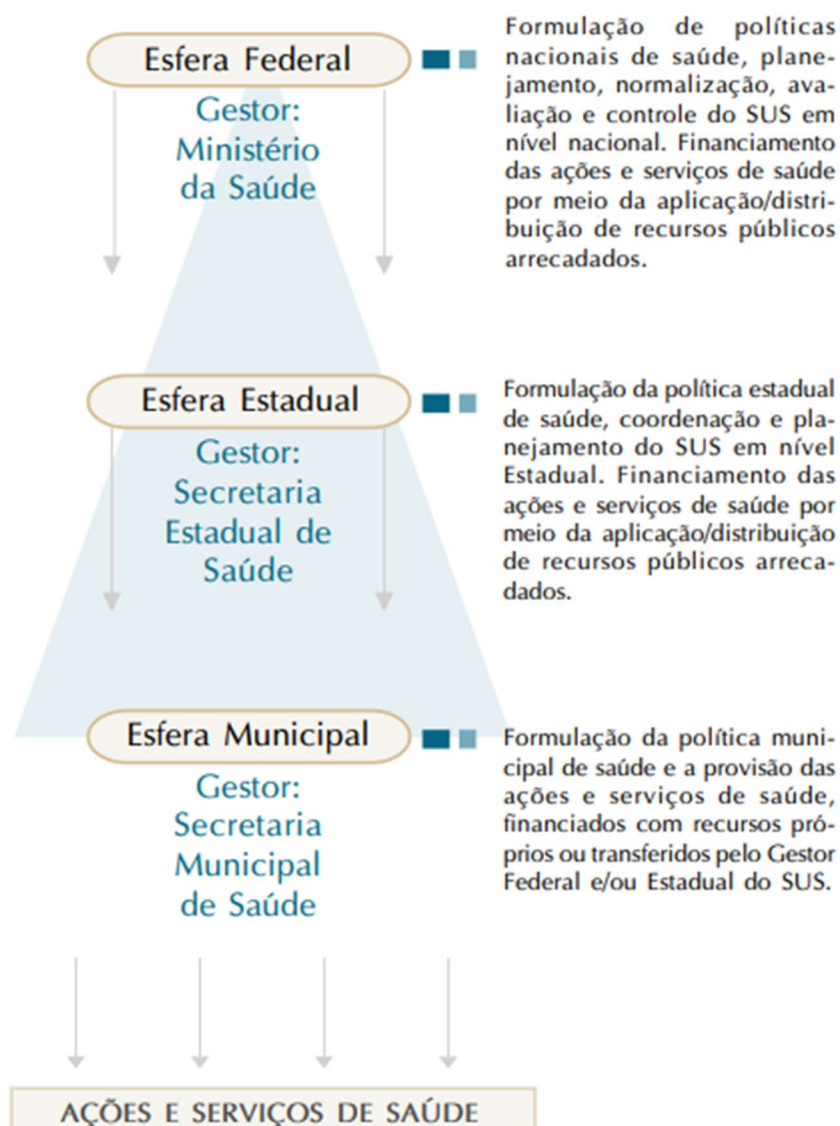
A CF 88 em seu artigo 198 determina que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade. (Brasil, 1988, art. 198)

além disso, o clássico artigo 196 da CF 88, que apresenta a saúde como direito de todos e dever do estado, associado ao modelo organizacional nacional que é o federalismo, composto por três entes (união, estados e municípios), já evidenciam o quanto importante e complexo é a estrutura e como deve ser também o arranjo do sistema único. A publicação “Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico” (Brasil, 2003) classifica a atuação destes entes através de níveis de gestão, conforme destacado na Figura 5.

Figura 5 – Níveis de Gestão do SUS



Fonte: Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. Brasil, 2003

A lei 8.080 de 1990 dispõe sobre a constituição do SUS que é formado pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (art. 4º, Lei 8.080/90). Acrescenta-se a essa organização a participação da iniciativa privada, em caráter **complementar**, conforme § 2º do art. 4º da Lei 8.080/90. O Capítulo II (*Da Participação Complementar*) desta lei, menciona que “quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.” Já a lei

8.142 de 1990 organiza como se dá a participação da comunidade na gestão do SUS, apresentando especialmente, as instancias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Todo esse cenário organizacional e normativo é a sustentação para a forma como o SUS deve operar.

Do ponto de vista da governança do SUS, o primeiro arranjo que pode ser destacado, que leva em conta os entes federativos, é a Comissão Intergestores Tripartite¹⁷ (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite¹⁸ (CIB). A CIT é um fórum permanente de negociação, articulação e decisão entre os gestores nos aspectos operacionais e na construção de pactos nacionais, estaduais e regionais no SUS (Ministério da Saúde). Já as CIBs, assim como a CIT, são espaços de negociação e articulação, e para além disso, de pactuação e deliberação entre o gestor estadual e os gestores municipais sobre aspectos operacionais e de regulamentação das políticas de saúde no âmbito do SUS. As CIB são organizadas por microrregiões e macrorregiões, e em MG estão sobre a coordenação da secretaria executiva da CIB-SUS/MG. (Minas Gerais, Resolução n° 637, 1993).

O segundo arranjo, baseado na Lei 8.142/90, é a dimensão democrática da governança segundo Mendes (2019) e refere-se aos Conselhos de Saúde. Estes, com suporte da estrutura democrática do país, como mídia, movimentos sociais, ministério público, judiciário, etc, atuam no intuito de promover o interesse popular no âmbito do SUS. Estão presentes através de conselhos locais, municipais, estaduais e federais, atuando desde o micro ao macro processo de tomada de decisão. (Mendes, 2019)

3.1 Governança financeira

A Constituição Federal de 1988 em seu art. 198, § 1º, determina que “O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do

¹⁷ CIT: A CIT tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. (CONASS)

¹⁸ CIB: É composta por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e das Secretarias Municipais de Saúde, de forma paritária. (Norma Operacional Básica NOB/93 MS). Em MG tem-se 14 CIB Macro e 89 CIB Micro (Deliberação n° 3.030/2019 da CIB-SUS/MG)

orçamento da seguridade social¹⁹, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes²⁰ “. Sendo assim, a responsabilidade do financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é tripartite, ou seja, das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

Além disso, a Emenda Constitucional 86/2015 determinou que a aplicação mínima anual, em ações e serviços públicos de saúde, por parte da União não pode ser inferior a 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida do exercício financeiro. Para Estados e Distrito Federal (DF), aplica-se a Emenda Constitucional 29/2000 que determina a aplicação mínima anual é de 12% (doze por cento) do produto da arrecadação de impostos e recursos pertencentes a estes entes. E para os Municípios, também utiliza-se a EC 29/2000, a aplicação mínima é de 15% sobre a arrecadação de impostos e recursos de competência municipal.

A gestão de recursos do SUS é realizada através de fundos. Tem-se o Fundo Nacional de Saúde (FNS) que recebe a parte de recursos da seguridade social destinada à saúde, além de recursos de impostos federais e outras fontes. O Fundo Estadual de Saúde (FES) recebe recursos do FNS, dos impostos estaduais e de outras fontes. Já o Fundo Municipal de Saúde (FMS) recebe recursos provenientes de transferências do FNS e do FES, de impostos municipais e de outras fontes.

O fluxo de repasse de recursos se dá por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares. (Brasil, 2003). Até 2017, os repasses eram divididos em 6 blocos de financiamento (media e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, atenção básica, vigilância em saúde, assistência farmacêutica, gestão do SUS e Investimento). Com a Portaria nº 3.992 de 28 de dezembro 2017 do MS os repasses do FNS para a rede SUS foram simplificados em 2 blocos, manutenção e estruturação. O bloco manutenção recebe recursos para despesas mensais recorrentes voltadas para serviços e atividades de rotina do SUS, já o bloco estruturação concentra os recursos para desenvolvimento e execução de projetos, obras e aquisição de bens permanentes.

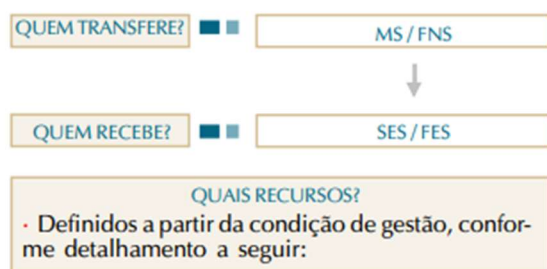
¹⁹ Seguridade social: A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. (Art. 194 da CF 1988)

²⁰ Outras fontes: Serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; ajuda, contribuição, doação e donativos; alienações patrimoniais e rendimentos de capital; taxas multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS. (Art. 32 da Lei 8080)

As transferências regulares e automáticas são realizadas na modalidade fundo a fundo, ou seja, os recursos são repassados do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os Fundos Estaduais de Saúde (FES) e para os Fundos Municipal de Saúde (FMS). Estes recursos financiam ações e serviços de saúde da atenção básica dos municípios e da assistência de média e alta complexidade realizada por estados e municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual. (Brasil, 2003). A figura 6 detalha o caminho dos recursos e seus tipos no que diz respeito ao envio de recursos do FNS do Ministério da Saúde para os FES dos estados, bem como, qual tipo de recuso segundo o modelo de gestão adotada pelo ente, ou seja, gestão avançada ou gestão plena, além de retrata possibilidade de recursos para incentivos e programas especiais aos estados com qualificação compatível à estes.

Figura 6 - Fluxo dos recursos da União para os Estados

Da União para os Estados



Estados habilitados na Gestão Avançada do Sistema

- PAB Fixo de Municípios não habilitados
- Primeiro nível da média complexidade, em regiões qualificadas, nos casos em que o Município sede estiver habilitado somente em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada.

Estados habilitados na Gestão Plena do Sistema

- Teto Financeiro da Assistência, deduzidos os Tetos dos Municípios habilitados em Gestão Plena
- Atenção Básica:
 - PAB Fixo** dos Municípios não habilitados
 - PAB Variável:**
 - PACS dos Municípios não habilitados, porém qualificados no Programa
 - PSF dos Municípios não habilitados, porém qualificados no Programa
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC

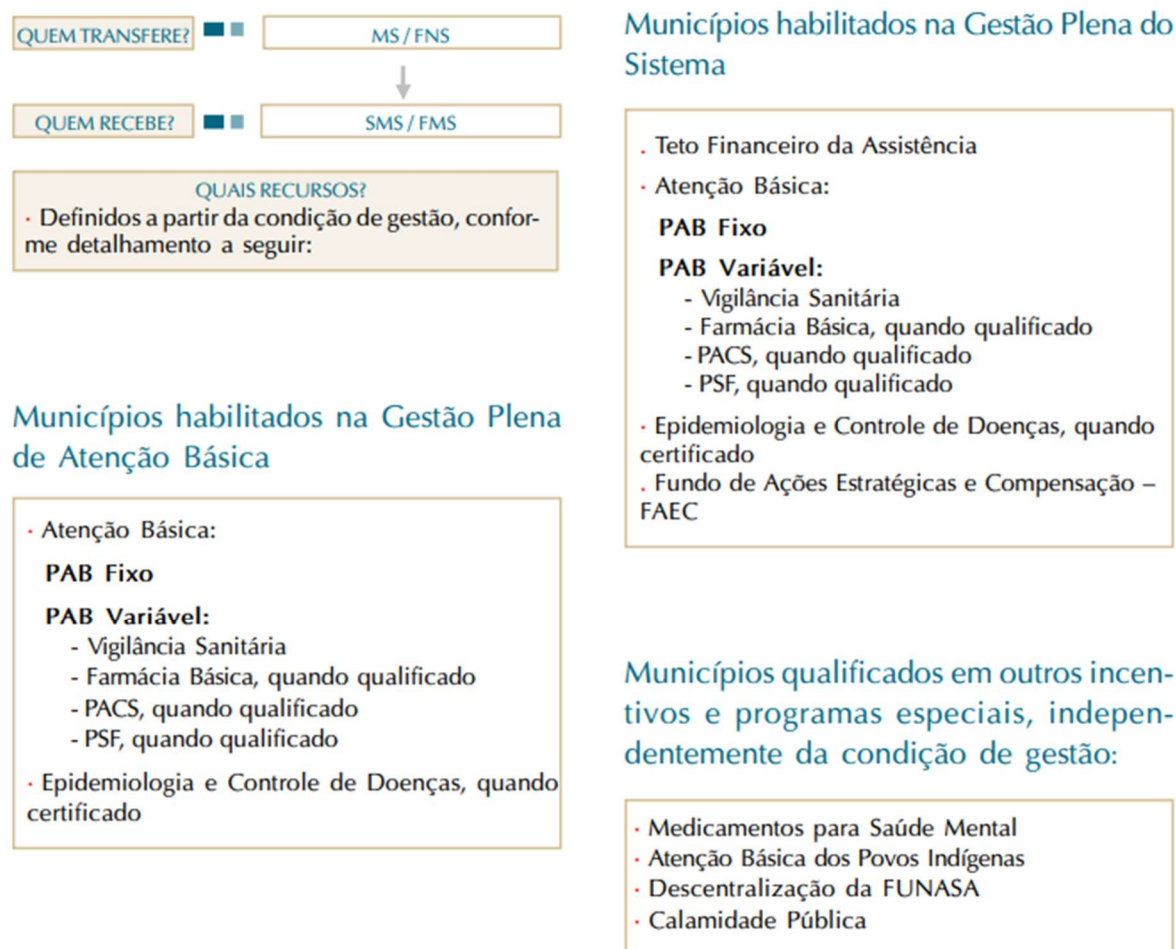
Estados qualificados em outros incentivos e programas especiais, independentemente da condição de gestão

- Medicamentos Excepcionais
- Medicamentos para Saúde Mental
- Calamidade Pública
- Epidemiologia e Controle de Doenças dos Municípios não certificados

No caso dos municípios, conforme retratado na figura 7, o fluxo de recursos, tem perfil semelhante ao das transferências para os estados, novamente existem diferenças conforme o tipo de habilitação do ente, e o recurso é creditado diretamente nos FMS. Os municípios com gestão plena do sistema recebem diretamente o Teto Financeira da Assistência, sem que esse recurso passe pelas contas e gestão do respectivo estado. Ainda, tem-se qualificações referentes incentivos e programas que são específicos de municípios e auxiliam no financiamento de políticas relevantes para suas comunidades.

Figura 7 - Fluxo dos recursos da União para os Municípios.

Da União para os Municípios

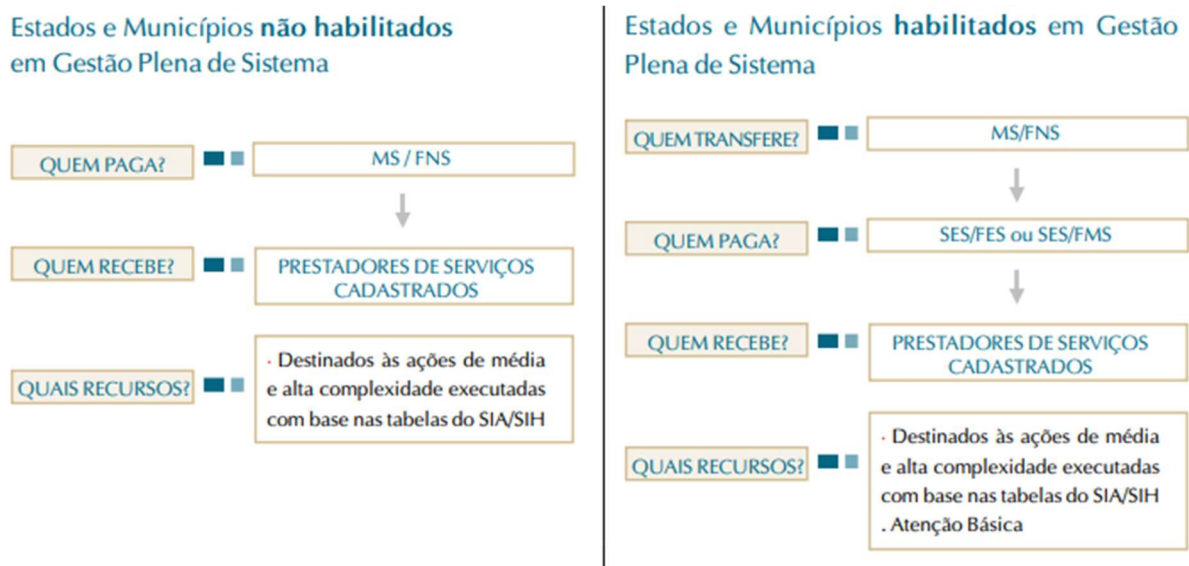


Fonte: Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. Brasil, 2003

A remuneração por serviços produzidos é a modalidade de transferência caracterizada pelo pagamento direto aos prestadores de serviços da rede cadastrada

do SUS nos estados e municípios. Destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) e da produção ambulatorial registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). (Brasil, 2003)

Figura 8 - Fluxo da remuneração dos prestadores de serviço



Fonte: Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. Brasil, 2003

Os convênios objetivam realizar ações e programas de responsabilidade mútua entre o órgão Concedente e o Conveniente. Nesses casos, existe a celebração de instrumento legal, com as pactuações e diretrizes, onde projetos específicos na área da saúde receberão financiamento. (Brasil, 2003).

Figura 9 - Fluxo do pagamento de convênios



Fonte: Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico. Brasil, 2003

No tocante ao financiamento das ações e serviços de saúde de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, o governo federal organiza os recursos

em dois componentes: 1 - Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) que inclui os incentivos de custeio e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos estados, DF e municípios. 2 – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), cuja finalidade é 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 SIA/SIH.

Quando o assunto é a compra de leitos o financiamento é realizado com recursos próprios do estado, proveniente do caixa geral, da arrecadação de tributos e taxas. Apesar de ser uma alternativa para internação de pacientes que requerem procedimentos de média e alta complexidade, o financiamento federal não suporta esta prática. Desse modo, não existe cofinanciamento dos demais entes (união e municípios) e fica a cargo dos recursos próprios do estado o custeio destes serviços.

4 REGULAÇÃO DO ACESSO

O termo regulação carrega diversos significados conforme o contexto que ele é utilizado. No campo da organização estatal, a regulação corresponde à interferência do estado nos sistemas sociais. De acordo com Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2007):

A regulação em saúde significa, portanto, a intervenção do Estado para garantir a produção, a distribuição e o consumo de serviços de saúde, e implica o estabelecimento de leis, normas e procedimentos a serem adotados pelos diversos entes que operam no âmbito do sistema. (...)

Regulação da demanda e do acesso: conjunto de normas e procedimentos a serem adotados pelos prestadores de serviços de saúde para organizar e racionalizar o acesso da população aos serviços, em razão do perfil das necessidades e das demandas e da capacidade de oferta nas unidades que compõem o sistema de serviços de saúde em determinado local (Município, microrregião, Estado e país). No âmbito do SUS, um dos mecanismos de regulação das relações entre oferta e demanda tem sido a Programação Pactuada e Integrada, prevista na NOB 001/96.

A Portaria nº 1.559 de 1º de agosto de 2008, que institui a Política Nacional de Regulação do SUS, apresenta três dimensões de atuação da regulação, que são: Regulação de Sistemas de Saúde, Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso à Assistência. Esta última é definida como:

III - Regulação do Acesso à Assistência: também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (Ministério da Saúde, 2008, Art. 2º).

A regulação do acesso é o mecanismo pelo qual pacientes são avaliados por médicos reguladores, priorizados, e encaminhados para o devido atendimento, respeitando protocolos e critérios normativos estabelecidos (Brasil, 2008).

De acordo com o Código de Saúde de Minas Gerais a execução das atividades de regulação da assistência à saúde é competência da instância gestora estadual e ainda:

Regulação da assistência à saúde é atividade desenvolvida pelo Estado, constituída pelo processo de planejamento e programação dos recursos assistenciais disponíveis em Minas Gerais para garantir a prestação da assistência adequada às necessidades dos cidadãos, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, por meio das redes de referência e Programação Pactuada e Integrada - PPI²¹ - definida entre os Municípios (Minas Gerais, 1999, Lei Estadual nº 13.317).

O CONASS (2007) destaca que a prática de regulação do acesso é muito recente e incipiente no SUS, e que esta frequentemente submetida a processos de definição e pactuação, tanto do ponto de vista conceitual quanto operativo.

4.1 Regulação do acesso às internações hospitalares de urgência e emergência em Minas Gerais

As diretrizes do Sistema Estadual de Regulação Assistencial no fluxo de Urgência e Emergência no âmbito do SUS/MG estão descritas na Resolução SES/MG nº 8.340/2022. As ações da regulação do acesso são operacionalizadas pelo Complexo Regulador, que pode ser:

I - Complexo Regulador Estadual: gestão e gerência da Secretaria de Estado da Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e a referência interestadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Estado;

II - Complexo Regulador Regional:

a) gestão e gerência da Secretaria de Estado de Saúde, regulando o acesso às unidades de saúde sob gestão estadual e intermediando o acesso da população referenciada às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito da região e a referência inter-regional, no âmbito do Estado; e

b) gestão e gerência compartilhada entre a Secretaria de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde que compõem a região, regulando o acesso da população própria e referenciada às unidades

²¹ PPI: Programação Pactuada Integrada: É um processo onde são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, a partir da organização da rede de serviços, bem como efetuados os pactos intergestores atendendo aos princípios de regionalização, onde as pactuações de média complexidade são estabelecidas entre os municípios e as de alta complexidade entre as microrregiões de origem e município de atendimento. Tem por objetivo dar transparência aos fluxos estabelecidos a partir de critérios e parâmetros pactuados.

de saúde sob gestão estadual e municipal, no âmbito da região, e a referência inter-regional, no âmbito do Estado.

III - Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às unidades de saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação (Minas Gerais, 2022, art. 5°).

No estado de Minas Gerais encontram-se dois desses modelos no que tange as centrais de regulação. As Centrais Regionais de Regulação Assistencial (CRRAs) são de gestão e gerência da Secretaria de Estado de Saúde. Já as centrais municipais tem caráter de complexo regulador municipal. A tabela 1 a seguir apresenta as centrais em operação em MG no ano de 2024.

Tabela 1 - Relação de CRRAs e Centrais Municipais - Minas Gerais - 2024

CRRAs	CENTRAIS MUNICIPAIS
ALFENAS	BELO HORIZONTE
BARBACENA	JUIZ DE FORA
BELO HORIZONTE	UBERABA
DIVINOPOLIS	UBERLÂNDIA
GOVERNADOR VALADARES	
IPATINGA	
JUIZ DE FORA	
MONTES CLAROS	
PATOS DE MINAS	
PONTE NOVA	
TEOFILO OTONI	
UBERABA	
UBERLÂNDIA	

Elaboração Própria. Fonte: Secretária de Estado de Saúde, 2024

Como apresentado na tabela 1 existem cidades do estado que apresentam central de regulação municipal e estadual. Os municípios de Belo Horizonte, Juiz de Fora e Uberlândia tem as informações das centrais municipais e das centrais regionais integradas. Já o município de Uberaba não, o que provoca limitação da atuação

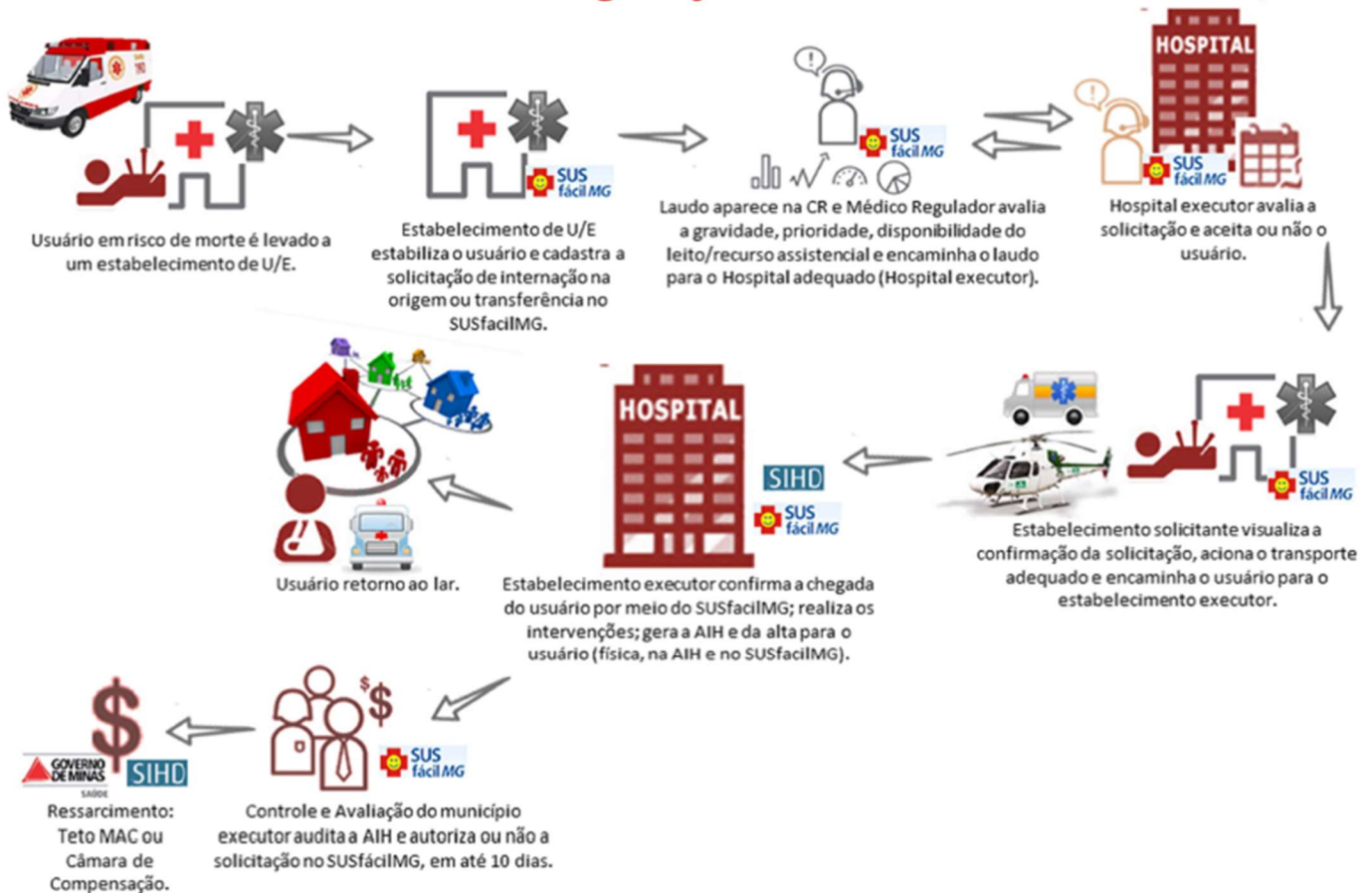
estadual na região uma vez que não consegue acompanhar o perfil dos pacientes e atendimentos daquela localidade.

No que tange a integração das centrais a ferramenta utilizada para tal é o SUSfacilMG. Criado com a finalidade de organizar a regulação, bem como garantir mais efetividade. O SUSfácilMG é um sistema instalado nas unidades de saúde de assistência, como hospitais, prontos-socorros e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), de gestão, secretarias de saúde, e nas Centrais de Regulação, com a finalidade de facilitar a comunicação entre essas unidades. As informações que alimentam o programa são prestadas pelas unidades de saúde que prestarão assistência ao paciente, incluindo a que realizou os primeiros cuidados e todas as demais. Dentre estas informações constam a quantidade de leitos e capacidade para determinados procedimentos (Parra, 2019).

A figura 10 apresenta, de maneira didática, o fluxo regulatório da urgência e emergência, destacando como a operação é realizada, a comunicação entre os atores e entidades, do momento do primeiro contato com o paciente até sua alta hospitalar.

Figura 10 - Fluxo operacional de urgência e emergência – Minas Gerais - 2018

Sistema Estadual de Regulação Assistencial – Fluxo U/E



Fonte: Manual de Regulação Assistencial, SES-MG, 2018

4.2 Judicialização do acesso

A judicialização é um movimento que iniciou-se nos anos 90 no Brasil, primeiramente com decisões voltadas para o acesso a medicamento antirretrovirais, e que desde então vem expandindo para outras áreas da saúde pública. O motivo da atuação do poder judiciário em favor do paciente é um claro distanciamento entre o direito vigente na lei e o vivenciado na prática. Isso ocorre devido às dificuldades de se articular os diferentes aspectos e perspectivas sociais, econômicas, jurídicas, culturais, políticas e técnico-científicas da saúde como um direito (VENTURA *et al.*, 2010).

A formulação conceitual do direito à saúde requer estabelecimento de critérios universalizáveis que o definam, bem como escolha dos meios e recursos

(científicos e tecnológicos) para alcançar o bem estar e ainda o componente de dimensão individual (Ventura, 2012). Dessa forma, um dos grandes desafios do SUS está na formulação material do direito à saúde de forma democrática. Dispor de manuais e procedimentos que enquadrem perfeitamente os recursos que o SUS tem a ofertar com a demanda de saúde da população, considerando as determinações constitucionais, é praticamente impossível.

Diante disso, um cidadão que tem sua saúde comprometida tem a garantia legal de fornecimento pelo Estado Brasileiro, de tratamento terapêutico para a sua devida recuperação, em conformidade com o desenvolvimento científico. E a ausência dessa garantia, motiva o usuário a buscar assistência através de ação judicial para ter a plena realização de seu direito constitucional (Oliveira, 2020).

No caso específico do acesso a serviços públicos de saúde de urgência e emergência, que são regulados, ou seja, já existe um mecanismo técnico de priorização em face da limitação de recursos, a judicialização se torna um desafio que pode contribuir para ampliar as desigualdades de acesso. Filho *et al.* (2022) destaca que a atuação do Judiciário interfere na priorização técnica dada pelas autoridades sanitárias às filas de espera por internação, fazendo com que, em diversas situações, pacientes com estado menos grave consigam a internação em detrimento de outros em condição mais urgente.

Em Minas Gerais, as judicializações ocorrem de duas formas, a primeira por ações individuais (AI), onde o cidadão por conta própria aciona o poder judiciário para conseguir acessar os serviços. A segunda é através das ações civis públicas (ACP) propostas pelo Ministério Público estadual, que ao identificar lacunas e vazios assistenciais impõe ao estado atuação excepcional para acolher todas demandas de determinada região.

Um exemplo de ACP é a de Governador Valadares que culminou no acórdão 1.0105.12.029104-9/001 onde:

O M. M. Juiz primevo às f. 446/451 deferiu a antecipação dos efeitos da tutela determinando ao ESTADO DE MINAS GERAIS, que proceda à transferência, **no prazo de 48 (quarenta e oito horas)** a contar do cadastramento no sistema SUS - Fácil, de **todo paciente residente neste município ou residentes em outros municípios do entorno e referenciados para esta cidade** e que apresentem quadro de urgência e emergência com risco de morte ou qualquer outro tipo de dano irreparável à saúde, emergência/urgência, esta que deverá restar devidamente atestada por documento emitido por médico.

Sendo assim, a despeito de uma análise técnica sobre as possibilidades de evolução e manutenção do quadro de estabilidade de um paciente, em um cenário de ausências temporárias de vaga na rede SUS, ele será obrigatoriamente encaminhado para os serviços de urgência e emergência, ou seja, serão adquiridos leitos hospitalares na rede privada para esse paciente.

4.3 Compra de leitos

O procedimento para a internação excepcional de pacientes do SUS em prestadores de saúde privados, no âmbito da urgência e emergência em Minas Gerais, é comumente denominado compra de leitos. A Resolução SES/MG n° 9293/2024 conceitua a compra de leitos como o procedimento por meio do qual a autoridade sanitária²² competente viabiliza a internação do paciente em instituição privada de saúde, às expensas do Estado e mediante prévio acordo com a instituição prestadora de serviço. Vale destacar que conforme inciso XXV do art. 5° da CF88, em caso de iminente perigo público, a autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior. Ou seja, embora preconize pelo alinhamento prévio com o prestador de serviço, a internação na rede privada pode ser provocada pela autoridade sanitária em casos que ela assim entender como necessários e como único caminho para preservar a saúde do paciente, a despeito de acordo prévio.

No intuito de definir as condições que podem provocar a internação excepcional, o art. 2° da Resolução SES/MG n° 9293/2024 apresenta:

Art. 2° - A compra de leito e/ou recursos assistenciais na rede privada no âmbito da urgência e emergência poderá acontecer quando houver indisponibilidade da vaga ou do procedimento hospitalar na rede do SUS, nos casos em que forem constatadas razões de necessidade emergencial, caracterizadas por:

I - risco iminente de morte ou de grave dano à saúde do usuário;

II - situação de urgência que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a saúde dos usuários do SUS-MG;

§ 1° - A internação prevista no *caput* poderá ser realizada quando for indispensável para o cumprimento de determinação judicial;

²² Autoridade Sanitária: No âmbito do SUS/MG são autoridades sanitárias: Secretário de Estado de Saúde, Coordenador Macrorregional das Centrais de Regulação Assistencial e médicos reguladores (RESOLUÇÃO SES/MG N° 9293, DE 03 DE JANEIRO DE 2024.)

§ 2º - A compra de leito e/ou recursos assistenciais na rede privada está condicionada ao cadastro do laudo do paciente na Ferramenta Estadual de Regulação SUSfácilMG ou sistema que vier a substituí-la, com as informações clínicas necessárias, bem como à prévia busca de leitos e/ou recursos assistenciais junto a Rede SUS-MG.

No campo prático, a Diretoria de Regulação do Acesso a Urgência e Emergência (DRAUE) considera que existem duas grandes categorias de compra de leitos: a compra por necessidade clínica e a por ordem judicial. A compra por necessidade clínica ocorre quando a condição clínica do paciente sobrepõe a possibilidade de espera pela vaga nos estabelecimentos da Rede SUS-MG, ou seja, se o encaminhamento para o tratamento não acontecer em curto intervalo de tempo à saúde e mesmo a vida do usuário do SUS pode ficar comprometida (Ses, 2014). Já a compra por interposição de ordem judicial refere-se ao atendimento de medidas judiciais que ordenam o estado a realizar a alocação de leito para o paciente de maneira imediata, e que uma vez que a provocação coincida com momento de indisponibilidade de recursos assistenciais da rede SUS-MG, resta ao estado comprar o leito e o tratamento na rede privada.

Do ponto de vista administrativo, a compra de leitos segue o inciso VIII do Art. 75 da Lei 14.133/2021 que dispõe sobre:

Art. 75. É dispensável a licitação:

(...)

VIII - nos casos de emergência ou de calamidade pública, quando caracterizada urgência de atendimento de situação que possa ocasionar prejuízo ou comprometer a continuidade dos serviços públicos ou a segurança de pessoas, obras, serviços, equipamentos e outros bens, públicos ou particulares, e somente para aquisição dos bens necessários ao atendimento da situação emergencial ou calamitosa e para as parcelas de obras e serviços que possam ser concluídas no prazo máximo de 1 (um) ano, contado da data de ocorrência da emergência ou da calamidade, vedadas a prorrogação dos respectivos contratos e a recontração de empresa já contratada com base no disposto neste inciso (Brasil, 2021, art. 75).

Nesse contexto, cabe a autoridade sanitária comprovar situação de urgência e emergência bem como a insuficiência de disponibilidade do SUS para o quadro do paciente. E ainda, identificar o prestador de serviços de saúde que detém capacidade técnica para realizar a internação, priorizando, em caso de mais de um prestador, nessa ordem, aquelas instituições localizadas no município de residência

do paciente e instituição em for necessário o menor tempo para a conclusão da transferência do paciente. Importante destacar que, além da compra de leitos, a autoridade sanitária poderá fazer uso do instrumento “vaga zero” para internação. O que significa que, mesmo que o hospital alegue não ter leito disponível para o paciente, a autoridade sanitária pode direcionar o paciente para aquela porta hospitalar que deverá acatar e acolher o paciente.

4.4 Programação de leitos

De acordo Vanzella *et al.* (2023) a programação dos leitos hospitalares necessários para uma dada população é uma tarefa complexa, pois envolve analisar não apenas a oferta desses serviços (recursos disponíveis, tecnologia, índices de utilização) como sua demanda (necessidade de assistência), e estas são dimensões inter-relacionadas e sujeitas a um conjunto complexo de determinantes como a análise de evidências científicas, protocolos clínicos e terapêuticos que definem linhas de cuidado e modelos de organização de redes de atenção; análise da estrutura e rendimento, da capacidade instalada de hospitais e leitos e da produção nacional de internações hospitalares.

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) atento a esse cenário vem propondo indicadores mínimos de leitos por habitantes que seriam necessários para atender a demanda das populações. Em 2002, através da Portaria 1.101/2002 o MS estabeleceu que o número de leitos hospitalares deveria ser de 2,5 a 3 leitos por cada 1.000 habitantes. Já a OMS defende que o ideal é ter de 3 a 5 leitos hospitalares para cada mil habitantes. No ano de 2015, o MS, revogou a portaria 1.101/2002, e editou a Portaria GM/MS nº 1.631/2015 que permite aos Estados e Municípios fazerem os ajustes para adequar os critérios e parâmetros à realidade local, levando em conta a situação epidemiológica, demográfica, a oferta de serviços e o estágio de estruturação da Rede de Atenção à Saúde. Logo, atualmente não existe um parâmetro único de abrangência nacional estabelecido de mínimo de leitos hospitalares/habitantes.

No que tange os leitos complementares, não há uma definição legal e infralegal imposta ao SUS. Contudo, a nota técnica nº 08/2023 do Centro de Inteligência da Justiça de Minas Gerais (Minas Gerais, 2023) apresenta que a OMS e

o MS recomendam uma relação ideal de leitos de UTI é de 1 a 3 leitos para cada 10 mil habitantes.

Considerando a complexidade em se dimensionar o número adequado de leitos, e a flexibilidade e autonomia dada aos entes federativos pela Portaria GM/MS nº 1.631/2015, o trabalho analisará os dados obtidos a luz dos mínimos propostos pela OMS (3 a 5 leitos hospitalares por mil habitantes, e, 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes).

No intuito de esclarecer um pouco mais sobre o nível de complexidade em se fazer estimações referente as internações, a citação a seguir, proveniente do documento “Atenção Hospitalar (Leitos e Internações) 2021” do Ministério da Saúde, destaca:

(...) a taxa de Internação é resultante de fenômenos complexos. É consequência da distribuição das doenças na população e de sua estrutura etária, da cultura das escolas médicas locais que modula a indicação de internações hospitalares, da oferta anterior de leitos e da existência de critérios consensados (protocolos) para internação e funcionamento das Centrais de Regulação, além de traços culturais da população que podem modificar os comportamentos relativos e as demandas à hospitalização. Isso sem falar de fenômenos bem estabelecidos pelos estudos de economia da saúde como risco moral e seleção adversa.

Em segundo lugar, é necessário considerar que **não é possível estabelecer taxas esperadas de internação unicamente com base nos dados atuais ou históricos das internações realizadas em cada local** porque (i) estes dados refletem a demanda atendida que está, portanto contaminada com problemas de oferta, como já mencionado; (ii) assumir como desejáveis as taxas atuais ou históricas de cada local implicaria em se perpetuar a desigualdade existente na distribuição da rede hospitalar e da oferta e padrões das internações (Brasil, 2021, grifo nosso).

Logo, fica claro que não é nada trivial qualquer tipo de estimativa, previsão ou mecanismo dedutivo para definir uma estrutura física capaz de atender plenamente as demandas por internação da sociedade.

Outro aspecto importante a se considerar, refere-se aos estudos de Zeraati (2005), que defende que o aumento de oferta de leitos geraria uma demanda adicional através do aumento das taxas de internação, ou do aumento do tempo de permanência, ou de ambos. Faz essa defesa utilizando dados dos estudos de Duarte (1999) e Forsyth (1960) que em um estudo sobre a demanda de serviços de saúde na Inglaterra, concluiu, entre outras coisas, que “o número de leitos ofertados será o

número de leitos utilizados”, pois a oferta de leitos (com o devido financiamento de sua ocupação) criará inexoravelmente a demanda pela utilização desses serviços.

Acrescenta-se ainda, do ponto de vista da operação, o fato de que na maioria dos hospitais os leitos nem sempre estão disponíveis, apesar de não haver pacientes a ocupa-los. Isso acontece, por exemplo, quando a administração “fecha” alguns leitos por diversos motivos. Esses motivos vão desde a falta de equipes de enfermagem para dar suporte aos leitos, obras no hospital, estragos de equipamentos e até mesmo a disponibilização do leito para planos de saúde privados.

Por tudo isso, MS (2021) defende que os valores de referência para a programação devem ser obtidos por comparação com outros sistemas e devem ser ajustados com muito cuidado, partindo dos dados da demanda efetiva, considerando o comportamento das filas e taxas de recusa obtidos pela análise dos dados das Centrais de Regulação.

Um dos mecanismos que pode, em curto intervalo de tempo, possibilitar um acréscimo de leitos na rede SUS, e logo, ampliar as possibilidades de programação e conseqüentemente de atendimento é a habilitação de leitos SUS. Esse procedimento permite que leitos de propriedade de particulares, passem por um processo de credenciamento, que é ratificado pelo MS, e a partir daí passem a compor a rede SUS. Contudo, conforme estudo Confederação Nacional dos Municípios do ano de 2024, a defasagem da tabela SUS pode chegar a mais de 600% dos preços praticados no mercado e sua última revisão havia sido realizada em 2013, fatos que desencorajaram o movimento de habilitação de leitos nos últimos anos. No intuito de reverter esse cenário foi sancionada em janeiro de 2024 a Lei Federal nº 14.280 (Brasil, 2024) que estabelece revisão anual periódica dos valores de remuneração dos serviços prestados ao SUS.

5 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

A pesquisa documental foi realizada em normas legais e infralegais, materiais técnicos e acadêmicos. O levantamento de dados relativos à compra de leitos foi feito no sistema informatizado de regulação do acesso, o SUSfácilMG, e em registros administrativos da SES-MG. Os dados da Produção Hospitalar e dos recursos físicos da RUE foram obtidos da base de dados oficial do Ministério da Saúde. E as informações demográficas e socioeconômicas para a caracterização das macrorregiões de saúde foram obtidas do site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE).

5.1 Pesquisa documental

Leis, Portarias e Decretos foram pesquisados na base de dados do Sistema de Legislação da Saúde (SLEGIS) do Ministério da Saúde, disponível em: <https://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>, e também no site do planalto.

Além disso, foram utilizados materiais técnicos da SES/MG sobre a Regulação Assistencial, Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais, Regionalização e Compra de Leitos como Notas Técnicas, Procedimentos Operacionais Padrão, Manuais, etc., e foram consultados livros e artigos científicos disponíveis online gratuitamente, selecionados por afinidade temática e conveniência da pesquisa.

5.2 Dados da compra de leitos

Os dados relativos à compra de leitos foram solicitados à Diretoria de Regulação do Acesso a Urgência e Emergência (DRAUE) que fez os devidos tratamentos relacionados a LGPD em seus registros administrativos os disponibilizou na forma de planilha de dados. As informações presentes nas planilhas de dados são:

- a) Data da compra
- b) N° do Laudo

- c) Tipo de compra: Necessidade clinica ou Ordem Judicial (separada por Ação Individual e Ação Civil Pública)
- d) Procedimento Contratado
- e) Estabelecimento Executor
- f) Macrorregião de Origem
- g) Valor da Nota Fiscal

As informações referem-se ao período compreendido entre 01/01/2020 e 31/12/2023.

5.3 Dados da produção hospitalar

Os dados da Produção Hospitalar foram obtidos do grupo de informações de Assistência à Saúde do DATASUS, mais especificamente do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), através da aplicação TABNET que organiza as informações na forma de tabelas. Utilizando dos dados consolidados de AIH (RD)²³ por gestor, a partir de 2008, com abrangência geográfica filtrada para Minas Gerais, foram produzidas as seguintes tabelas:

- 1) AIH Aprovadas²⁴ por complexidade do serviços prestado. Critérios para consulta:
 - a) Atributo selecionado na linha: Ano/Mês Atendimento
 - b) Atributo selecionado na coluna: Complexidade
 - c) Atributo selecionado no conteúdo: AIH Aprovadas
 - d) Período: De Jan/2020 a Dez/2023
 - e) Seleções disponíveis: Caráter atendimento – Urgência, Acidente no local trabalho ou a serviço da empresa, acidente no trajeto para o trabalho, Outros tipos de acidente de trânsito, Outros tipos de lesões e envenenamento por agente químicos e físicos
- 2) Valor médio das AIH aprovadas no período. Critérios para consulta:
 - a) Atributo selecionado na linha: Ano/Mês Atendimento

²³ AIH (RD): Autorização de Internação Hospitalar Reduzida, refere-se a todos os procedimentos efetivamente processados e validados.

²⁴ AIH Aprovadas: Quantidade de AIH aprovadas no período, tanto de novas internações como de prorrogação (longa permanência). Não estão computadas as AIH rejeitadas.

- b) Atributo selecionado na coluna: Complexidade
 - c) Atributo selecionado no conteúdo: Valor médio AIH
 - d) Período: De Jan/2020 a Dez/2023
 - e) Seleções disponíveis: Caráter atendimento – Urgência, Acidente no local trabalho ou a serviço da empresa, acidente no trajeto para o trabalho, Outros tipos de acidente de trânsito, Outros tipos de lesões e envenenamento por agente químicos e físicos
- 3) Média de permanência²⁵ no período. Critérios para consulta:
- a) Atributo selecionado na linha: Ano/Mês Atendimento
 - b) Atributo selecionado na coluna: Complexidade
 - c) Atributo selecionado no conteúdo: Média de permanência
 - d) Período: De Jan/2020 a Dez/2023
 - e) Seleções disponíveis: Caráter atendimento – Urgência, Acidente no local trabalho ou a serviço da empresa, acidente no trajeto para o trabalho, Outros tipos de acidente de trânsito, Outros tipos de lesões e envenenamento por agente químicos e físicos

5.4 Dados dos recursos físicos da rede de urgência e emergência

Os dados dos recursos físicos das macrorregiões de saúde foram obtidos do grupo de informações de Rede Assistencial do DATASUS, mais especificamente do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), através da aplicação TABNET. As informações de recursos físicos coletadas referem-se à: (1) Hospitalar – Leitos de Internação²⁶ e (2) Hospitalar – Leitos Complementares²⁷. E as tabelas produzidas foram as seguintes:

²⁵ Média de Permanência: Média de permanência das internações referentes às AIH aprovadas, computadas como internações, no período.

²⁶ Hospitalar - Leitos de Internação: leitos em ambientes hospitalares, nas categorias de leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades, na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e atendimento Não SUS. (CNES Notas Técnicas)

²⁷ Hospitalar - Leito Complementar: leitos em ambientes hospitalares, na categoria de leitos complementares (Unidades de Terapia Intensiva – UTI, e de Unidades de Cuidados Intermediários - UCI)), na quantidade existente e na disponibilizada para atendimento pelo SUS e atendimento Não SUS. (CNES Notas Técnicas)

- 1) CNES – Recursos Físicos – Hospitalar – Leitos de Internação. Critérios para consulta:
 - a) Atributo selecionado na linha: Macrorregião de Saúde
 - b) Atributo selecionado na coluna: Não Ativa
 - c) Atributo selecionado no conteúdo: Qtd SUS
 - d) Período: De Jan/2020 a Dez/2023

- 2) CNES – Recursos Físicos – Hospitalar – Leitos de Internação. Critérios para consulta:
 - a) Atributo selecionado na linha: Macrorregião de Saúde
 - b) Atributo selecionado na coluna: Não Ativa
 - c) Atributo selecionado no conteúdo: Quantidade Não SUS
 - d) Período: De Jan/2020 a Dez/2023

- 3) CNES - Recursos Físicos – Hospitalar – Leitos Complementares. Critérios para consulta:
 - a) Atributo selecionado na linha: Macrorregião de Saúde
 - b) Atributo selecionado na coluna: Não Ativa
 - c) Atributo selecionado no conteúdo: Qtd SUS
 - d) Período: De Jan/2020 a Dez/2023

- 4) CNES - Recursos Físicos – Hospitalar – Leitos Complementares. Critérios para consulta:
 - a) Atributo selecionado na linha: Macrorregião de Saúde
 - b) Atributo selecionado na coluna: Não Ativa
 - c) Atributo selecionado no conteúdo: Quantidade Não SUS
 - d) Período: De Jan/2020 a Dez/2023

5.5 Informações demográficas, territoriais e socioeconômicas das macrorregiões

As informações populacionais das macrorregiões foram obtidas utilizando a base de dados populacional do CENSO 2022 (IBGE), de modo que, cada município

dessa base foi alocado na sua correspondente macrorregião (PDR 2023) e o somatório das populações desses municípios correspondem à população cada regional.

As informações de território foram coletadas por município da base ÁREAS TERRITORIAIS 2022 (IBGE), e assim, como no parágrafo anterior, as cidades foram agrupadas por regional, conforme PDR 2023, e às áreas territoriais individuais foram somadas.

Os dados de taxa de urbanização, são os mais defasados temporalmente, e foram obtidos do censo 2010, uma vez que o Censo 2022 ainda não divulgou informações para cálculo dessa taxa. Dessa forma, procura-se destacar um perfil de ocupação do território, no intuito de caracterizar presença em áreas urbanas.

Por último, os dados do PIB foram coletados da base IBGE PIB DOS MUNICIPIOS 2020 com informações a preços correntes. Assim como nos demais, os dados obtidos por município foram agrupados para o enquadramento do PDR 2023. Além disso, foi calculado o indicador PIB per capita da regional, que foi construído da razão entre o valor do PIB de todos municípios da macrorregião somados pela população total estimada em 2020 (IBGE Estimativas populacionais).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Caracterização das macrorregiões de saúde

Como já mencionado, a regionalização é uma das estratégias encontradas pelo SUS para minimizar desigualdades no acesso e permitir que a equidade seja alcançada. A tabela 2 apresenta dados populacionais, territoriais e socioeconômicos das 16 macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais.

Tabela 2 - Perfil socioeconômico das macrorregiões de saúde - Minas Gerais - 2022

Macrorregião de Saúde	POPULAÇÃO RESIDENTE*		Extensão Territorial**		Taxa de Urbanização***	PIB (2020)****		
	Total	%	Km ² /1000	%	%	Total (em R\$ 1.000.000)	%	PIB per capita
SUL	891,39	4,3	16,6	2,8	85,1	25.884,5	3,8	28,4
CENTRO SUL	770,04	3,7	15,8	2,7	81,7	23.855,0	3,5	30,0
CENTRO	6.376,07	31,0	56,3	9,6	95,5	253.656,9	37,2	37,9
JEQUITINHONHA	385,59	1,8	27,7	4,7	60,5	9.712,4	1,4	23,8
OESTE	1.288,12	6,3	28,1	4,8	88,9	39.353,9	5,8	30,2
LESTE	643,03	3,1	22,4	3,8	77,2	12.165,9	1,8	17,6
SUDESTE	1.596,97	7,8	24,6	4,2	86,6	39.654,6	5,8	23,5
NORTE	1.612,75	7,9	122,8	20,9	69,5	28.426,7	4,2	16,8
NOROESTE	712,91	3,5	79,6	13,6	80,9	26.877,3	3,9	37,8
LESTE DO SUL	690,20	3,3	15,1	2,6	67,7	14.317,4	2,1	20,5
NORDESTE	774,77	3,7	51,4	8,8	65,8	11.161,6	1,6	13,4
TRIANGULO DO SUL	787,11	3,8	35,5	6,1	91,7	40.318,8	5,9	50,5
TRIANGULO DO NORTE	1.318,24	6,4	42,8	7,3	92,3	62.931,9	9,2	47,8
VALE DO ACO	790,93	3,9	9,8	1,7	86,7	24.643,6	3,6	29,0
EXTREMO SUL	1.009,05	4,9	13,4	2,3	79,2	45.090,7	6,6	45,1
SUDOESTE	891,55	4,3	24,1	4,1	81,4	24.734,6	3,6	27,0
Minas Gerais		100%		100%			100%	

Elaborado pelo autor.

* População Residente por mil habitantes: Fonte: IBGE CENSO 2022

** Território: Fonte: IBGE Áreas Territoriais 2022

*** Taxa de Urbanização: Fonte: Tabnet/Data SUS baseado no censo de 2010

**** Produto Interno Bruto: Fonte: IBGE PIB dos Municípios 2020 – A preços correntes (R\$1.000.000,00). O PIB per capita está expresso em R\$ dividido por 1.000.

Observando as informações da Tabela 2 percebe-se diferenças significativas em todos os aspectos abordados. Primeiramente, referente a questão

populacional, a região central concentra mais de 31% da população do estado, enquanto as quinze demais macrorregionais não chegam a abranger 8% cada, e tendo a regional Jequitinhonha apenas 1,88% da população total do estado. Segundo, sobre a questão territorial, do ponto de vista geográfico, percebe-se que abrangência das macrorregiões varia de 1,69% no Vale do Aço para 20,94% do Norte, e não há correlação de dimensão territorial com população. Terceiro, sobre a taxa de urbanização, considerando valores de 2010, percebe-se um predomínio do uso do espaço urbano, mas com uma margem de variação significativa, valores oscilando entre 60,46% e 95,52%, o que evidencia formas de ocupação dos territórios distinta entre as regiões. Por fim, sobre a participação do PIB das macrorregionais no PIB do estado, os valores variaram de 1,42% (Jequitinhonha) para 37,15% (Centro), e do ponto de vista per capita, as macrorregionais com piores valores são Nordeste (R\$ 13.375,00), Norte (R\$ 16.793,00) e Leste (R\$ 17.576,00). Já as regiões com os melhores valores são Triângulo do Sul (R\$ 50.503,00), Triângulo do Norte (R\$ 47.794,00) e Extremo Sul (R\$ 45.120,00). Esses números do PIB per capita indicam distancias significativas do ponto de vista econômico entre as macrorregiões de saúde.

As informações apresentadas evidenciam que as macrorregiões de saúde de Minas Gerais configuram-se como territórios bastante distintos, com características socioeconômicas diversas e que devem ser analisadas de maneira individual, uma vez que, em virtude de sua configuração e complexidade, devem exprimir comportamentos e apresentarem capacidade de respostas em saúdes diferentes entre si, levando em conta não somente o critério de economias de escala, como também a garantia de oferta em regiões que combinam menor adensamento demográfico e vasta extensão territorial.

6.2 Capacidade instalada: estabelecimentos e leitos hospitalares por macrorregião de Saúde

O primeiro dado avaliado sobre a capacidade instalada remete a evolução da quantidade de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de internação para o SUS em Minas Gerais, avaliando se houve acréscimo ou decréscimo de estabelecimentos por macrorregião.

Tabela 3 - Variação na quantidade de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de internação para o SUS por macrorregião de saúde – Minas Gerais – 2020 e 2023

Macrorregião de Saúde	jan/20	dez/23	Variação %
SUL	37	39	5,1
CENTRO SUL	32	32	0
CENTRO	111	119	6,7
JEQUITINHONHA	19	18	-5,5
OESTE	37	35	-5,7
LESTE	20	23	13,0
SUDESTE	55	55	0
NORTE	39	42	7,1
NOROESTE	23	25	8,0
LESTE DO SUL	21	20	-5,0
NORDESTE	32	33	3,0
TRIANGULO DO SUL	26	27	3,7
TRIANGULO DO NORTE	48	53	9,4
VALE DO ACO	8	9	11,1
EXTREMO SUL	21	25	16,0
SUDOESTE	41	41	0
Minas Gerais	570	596	4,6

Elaboração Própria. Fonte: TabNet/DATASUS

Avaliando a tabela 3 é possível perceber que 10 das 16 macrorregionais receberam novos estabelecimentos com internação SUS. Já 3 ficaram estagnadas ao longo dos 4 anos, entre janeiro de 2020 e dezembro de 2023, e por fim, três perderam estabelecimentos neste mesmo intervalo, sendo elas Leste do Sul, Jequitinhonha e Oeste. Contudo, para este estudo, mais importante do que avaliar a dinâmica dos estabelecimentos, é analisar o comportamento da quantidade dos leitos disponíveis à rede de urgência e emergência.

Conforme destacado no tópico 4.4 do capítulo 4 deste trabalho, dimensionar o número adequado de leitos por regiões não é tarefa simples nem trivial, diante disso, para fins de análise ao nível que o trabalho se propõe, serão utilizados os indicadores recomendados pela OMS que são 3 a 5 leitos hospitalares por mil habitantes, e, 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes. Dito isso, as tabelas 4, 5 e 6 destacam a quantidade de leitos presentes em cada macrorregião de saúde no tempo zero da análise (janeiro de 2020) e no tempo final (dezembro de 2023). Já as tabelas 7 e 8 relacionam esses dados com as informações populacionais para verificar o cumprimento ou não dos mínimos indicados pela OMS.

Tabela 4 - Variação na quantidade de leitos de internação por macrorregião de saúde, leitos SUS e leitos não SUS ⁽¹⁾ – Minas Gerais – 2020 e 2023

Macrorregião de Saúde	Leito SUS			Leito Não SUS		
	jan/20	dez/23	Variação %	jan/20	dez/23	Variação %
SUL	1.333	1.459	9,5	528	513	-2,8
CENTRO SUL	1.319	1.253	-5,0	913	779	-14,7
CENTRO	7.834	8.478	8,2	5.067	5.068	0,0
JEQUITINHONHA	676	718	6,2	128	109	-14,8
OESTE	1.330	1.291	-2,9	924	922	-0,2
LESTE	900	945	5,0	212	207	-2,4
SUDESTE	2.968	3.013	1,5	1.663	1.694	1,9
NORTE	1.965	2.048	4,2	406	503	23,9
NOROESTE	671	753	12,2	440	515	17,1
LESTE DO SUL	920	953	3,6	305	325	6,6
NORDESTE	1.340	1.391	3,8	245	160	-34,7
TRIANGULO DO SUL	1.101	1.138	3,4	532	386	-27,4
TRIANGULO DO NORTE	1.574	1.963	24,7	746	850	13,9
VALE DO AÇO	668	745	11,5	403	432	7,2
EXTREMO SUL	913	1.020	11,7	694	719	3,6
SUDOESTE	1.431	1.554	8,6	797	731	-8,3
Minas Gerais	26.943	28.722	6,6	14.003	13.913	-0,6

Elaboração Própria. Fonte: TabNet/DATASUS.

Nota: ⁽¹⁾ Leitos em ambientes hospitalares, nas categorias de leitos cirúrgicos, clínicos, obstétricos, pediátricos, hospital dia e outras especialidades, não incluindo os leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e de Unidades de Cuidados Intermediários (UCI).

Analisando os dados da tabela 4 é possível identificar que, com exceção da macrorregião Oeste e Centro Sul, todas as demais tiveram sua capacidade física, em números de leitos de internação SUS disponíveis ampliada nesse período, com destaque para Vale do Aço, Extremo Sul, Noroeste e Triângulo do Norte que ampliaram em mais de 10% sua capacidade física. Já os leitos de internação “Não SUS”, apresentaram um comportamento bem diferente, com metade das regionais reduzindo a quantidade de leitos, a macrorregião Centro apresentando quantidade estável e as demais com crescimento. Há de se levar em conta que a quantidade de leitos disponíveis ao SUS inclui os leitos do segmento privado que estejam disponíveis ao sistema público mediante prévia contratação. Sendo assim, é possível que as reduções de leitos no segmento não SUS sejam, em parte, resultado de aumentos de contratações desses leitos para disponibilização ao SUS.

A tabela 5 apresenta padrão de dados similares ao da tabela 4, porém agora destacando a capacidade instalada de leitos de internação complementares.

Tabela 5 - Variação na quantidade de leitos de internação complementar por macrorregião de saúde, leitos SUS e leitos não SUS em unidades de terapia intensiva (UTI) e unidades de cuidados intermediários (UCI) – Minas Gerais – 2020 e 2023

Macrorregião de Saúde	Quantidade_SUS			Quantidade_Não_SUS		
	jan/20	dez/23	Variação %	jan/20	dez/23	Variação %
SUL	139	175	25,9	23	59	156,5
CENTRO SUL	116	153	31,9	23	39	69,6
CENTRO	1.369	1.502	9,7	997	1064	6,7
JEQUITINHONHA	54	90	66,7	1	3	200,0
OESTE	143	174	21,7	64	87	35,9
LESTE	63	108	71,4	60	67	11,7
SUDESTE	368	400	8,7	143	316	120,9
NORTE	200	281	40,5	8	42	425,0
NOROESTE	104	108	3,9	28	60	114,3
LESTE DO SUL	95	138	45,3	21	20	-4,8
NORDESTE	42	86	104,8	29	21	-27,6
TRIANGULO DO SUL	107	139	29,9	63	69	9,5
TRIANGULO DO NORTE	255	316	23,9	176	271	53,9
VALE DO ACO	114	185	62,3	55	68	23,6
EXTREMO SUL	129	179	38,8	86	85	-1,2
SUDOESTE	180	211	17,2	40	39	-2,5
Minas Gerais	3.478	4.245	22,1	1.817	2.310	27,1

Elaboração Própria. Fonte: TabNet/DATASUS

Analisando os dados da tabela 5 é possível identificar aumentos na capacidade instalada de leitos complementares SUS em todas as macrorregiões, a maioria delas em patamares acima de 20% de expansão no período. Já os leitos não SUS, expandiram-se em 12 das 16 macrorregionais, apenas Sudoeste, Extremo Sul e Leste do Sul com reduções menos expressivas e Nordeste com redução de mais de 27%, diminuíram sua capacidade instalada.

A capacidade instalada total, correspondente à soma dos leitos de internação e dos leitos complementares, é apresentada na tabela 6.

Tabela 6 - Variação na quantidade total de leitos (internação e complementares) disponíveis na rede SUS – Minas Gerais – 2020 e 2023

Macrorregião de Saúde	Total de Leitos		Variação percentual	Variação absoluta
	jan/20	dez/23	%	
SUL	1.472	1.634	11,0	162
CENTRO SUL	1.435	1.406	-2,0	-29
CENTRO	9.203	9.980	8,4	777
JEQUITINHONHA	730	808	10,7	78
OESTE	1.473	1.465	-0,5	-8
LESTE	963	1.053	9,3	90
SUDESTE	3.336	3.413	2,3	77
NORTE	2.165	2.329	7,6	164
NOROESTE	775	861	11,1	86
LESTE DO SUL	1.015	1.081	7,5	76
NORDESTE	1.382	1.477	6,9	95
TRIANGULO DO SUL	1.208	1.277	5,7	69
TRIANGULO DO NORTE	1.829	2.279	24,6	450
VALE DO ACO	782	930	18,9	148
EXTREMO SUL	1.042	1.199	15,1	157
SUDOESTE	1.611	1.765	9,6	154
Minas Gerais	30.421	32.967	8,4	2.546

Elaboração Própria. Fonte: TabNet/DATASUS

Ao longo do período, conforme dados da tabela 6, é possível perceber que a macrorregião Triângulo do Norte, foi a que mais ampliou sua capacidade física, crescendo 24,6%. Centro Sul e Oeste foram as únicas que perderam capacidade instalada de leitos, sendo que, Oeste tinha no período final a quantia de 8 (0,5%) leitos a menos que no início e a Centro Sul teve uma redução de 29 leitos (2,0%).

A tabela 7 analisa a disponibilidade de leitos nas macrorregiões de saúde do estado tendo como referência os parâmetros de cobertura propostos pela OMS (de 3 a 5 leitos hospitalares por mil habitantes). Nessa tabela, estão sendo observados a razão entre a quantidade de leitos de internação (geral SUS e Não SUS) e a população residente na macrorregião de saúde no período. Para população dos anos de 2020 e 2023 foram utilizados os dados de estimativa populacional do IBGE, respectivamente dos anos de 2020 e 2023.

Tabela 7 – Total de leitos de internação (SUS e Não SUS) e leitos por mil habitantes – Minas Gerais – 2020 e 2023

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	jan/20		dez/23	
	Total de Leitos de Internação	Leitos de internação por mil habitantes	Total de Leitos de Internação	Leitos de internação por mil habitantes
SUL	1.861	2,04	1.972	2,21
CENTRO SUL	2.232	2,81	2.032	2,64
CENTRO	12.901	1,93	13.546	2,12
JEQUITINHONHA	804	1,97	827	2,14
OESTE	2.254	1,73	2.213	1,72
LESTE	1.112	1,61	1.152	1,79
SUDESTE	4.631	2,75	4.707	2,95
NORTE	2.371	1,40	2.551	1,58
NOROESTE	1.111	1,56	1.268	1,78
LESTE DO SUL	1.225	1,76	1.278	1,85
NORDESTE	1.585	1,90	1.551	2,00
TRIANGULO DO SUL	1.633	2,05	1.524	1,94
TRIANGULO DO NORTE	2.320	1,76	2.813	2,13
VALE DO ACO	1.071	1,26	1.177	1,49
EXTREMO SUL	1.607	1,61	1.739	1,72
SUDOESTE	2.228	2,43	2.285	2,56
Minas Gerais	40.946	1,99	42.635	2,08

Elaboração Própria. Fonte: TabNet/DATASUS e Estimativas Populacionais IBGE 2020 e 2023.

Considerando os parâmetros mínimos propostos pela OMS, percebe-se que em janeiro de 2020 nenhuma macrorregional tinha alcançado os valores recomendados. E que, em dezembro de 2023, 13 das 16 conseguiram melhorar seus números, mas nenhuma delas o suficiente para atingir a faixa de 3 leitos de internação por mil habitantes. Importante destacar, que conforme apresentado no item 4.4, o entendimento atual do Ministério da Saúde é de que o dimensionamento adequado de leitos por população envolve diversos fatores, e a despeito desses dados não serem compatíveis com as prescrições da OMS, não quer dizer que para as características e perfis regionais mineiros não o sejam. O intuito de trazê-los é para ter uma referência, ainda que básica, de comparação.

A tabela 8 destaca os leitos complementares, relacionando a quantidade de leitos de internação complementares SUS (UTI e UCI) e a população residente na macrorregião de saúde no período.

Tabela 8 – Total de leitos complementares SUS e leitos por 10 mil habitantes – Minas Gerais - 2020 e 2023

MACRORREGIÃO DE SAÚDE	jan/20		dez/23	
	Total de Leitos Complementares SUS	Leitos por 10 mil habitantes	Total de Leitos Complementares SUS	Leitos por 10 mil habitantes
SUL	139	1,52	175	1,96
CENTRO SUL	116	1,46	153	1,99
CENTRO	1.369	2,05	1.502	2,36
JEQUITINHONHA	54	1,32	90	2,33
OESTE	143	1,10	174	1,35
LESTE	63	0,91	108	1,68
SUDESTE	368	2,18	400	2,50
NORTE	200	1,18	281	1,74
NOROESTE	104	1,46	108	1,51
LESTE DO SUL	95	1,36	138	2,00
NORDESTE	42	0,50	86	1,11
TRIANGULO DO SUL	107	1,34	139	1,77
TRIANGULO DO NORTE	255	1,94	316	2,40
VALE DO ACO	114	1,34	185	2,34
EXTREMO SUL	129	1,29	179	1,77
SUDOESTE	180	1,97	211	2,37
Minas Gerais	3.478	1,69	4.245	2,06

Elaboração Própria. Fonte: Tabnet/DATASUS e Estimativas Populacionais IBGE 2020 e 2023.

Diferentemente do indicador anterior, todas as macrorregiões de saúde de Minas Gerais atenderam à recomendação da OMS para cobertura de leitos de internação complementar (e de 1 a 3 leitos de UTI para cada 10 mil habitantes). Em 2020, Nordeste e Leste não tinham atingido o patamar esperado, mas já em 2023, superaram o mínimo proposto.

6.3 Atendimento na rede SUS

Os dados de atendimento das internações na rede SUS são referentes às internações que de fato ocorreram, ou seja, as que tiveram AIH aprovadas na rede SUS de Minas Gerais de forma geral. O objetivo é primeiramente identificar o comportamento da quantidade de internações ao longo do período para avaliar como se comporta a demanda. A tabela 9 destaca, mês a mês, quantidade de AIH

aprovadas, por procedimentos de média e de alta complexidade bem como o tempo de permanência médio para cada nível.

Tabela 9 – Quantidade de AIH aprovadas, permanência média e valor médio de AIH – Minas Gerais - 2020 à 2023

Ano	Mês	Quantidade de AIH		Permanência média ⁽¹⁾	
		Média Complexidade	Alta Complexidade	Média Complexidade	Alta Complexidade
2020	Janeiro	86.392	5.190	5,5	6,4
2020	Fevereiro	80.643	4.926	5,5	6,1
2020	Março	79.016	4.559	5,5	6,3
2020	Abril	72.350	3.909	5,3	6,8
2020	Maio	74.157	4.228	5,2	6,1
2020	Junho	72.384	4.483	5,2	6,1
2020	Julho	79.304	4.714	5,3	6,1
2020	Agosto	79.800	4.681	5,3	5,8
2020	Setembro	80.642	4.675	5,3	5,7
2020	Outubro	81.058	4.838	5,2	5,7
2020	Novembro	79.393	5.027	5,4	5,7
2020	Dezembro	78.055	4.733	5,4	5,7
2021	Janeiro	82.504	4.476	5,5	5,9
2021	Fevereiro	82.587	4.586	5,4	5,7
2021	Março	87.710	4.865	5,5	5,8
2021	Abril	89.043	4.252	5,7	5,8
2021	Maio	91.810	4.368	5,6	5,4
2021	Junho	92.256	4.542	5,7	5,5
2021	Julho	91.276	4.862	5,7	5,7
2021	Agosto	88.931	4.991	5,6	5,8
2021	Setembro	84.932	5.127	5,5	5,6
2021	Outubro	83.357	4.992	5,5	5,9
2021	Novembro	83.136	5.192	5,5	6
2021	Dezembro	85.884	5.241	5,5	5,9
2022	Janeiro	86.856	4.762	5,4	6
2022	Fevereiro	80.976	4.391	5,6	5,6
2022	Março	85.878	5.146	5,5	6
2022	Abril	83.980	5.122	5,5	6
2022	Maio	90.888	5.512	5,5	6
2022	Junho	86.801	5.135	5,4	6,1
2022	Julho	88.557	5.292	5,6	6,1
2022	Agosto	91.536	5.887	5,7	6
2022	Setembro	87.500	5.439	5,7	5,9
2022	Outubro	86.086	5.380	5,7	5,9
2022	Novembro	84.151	5.209	5,7	5,9

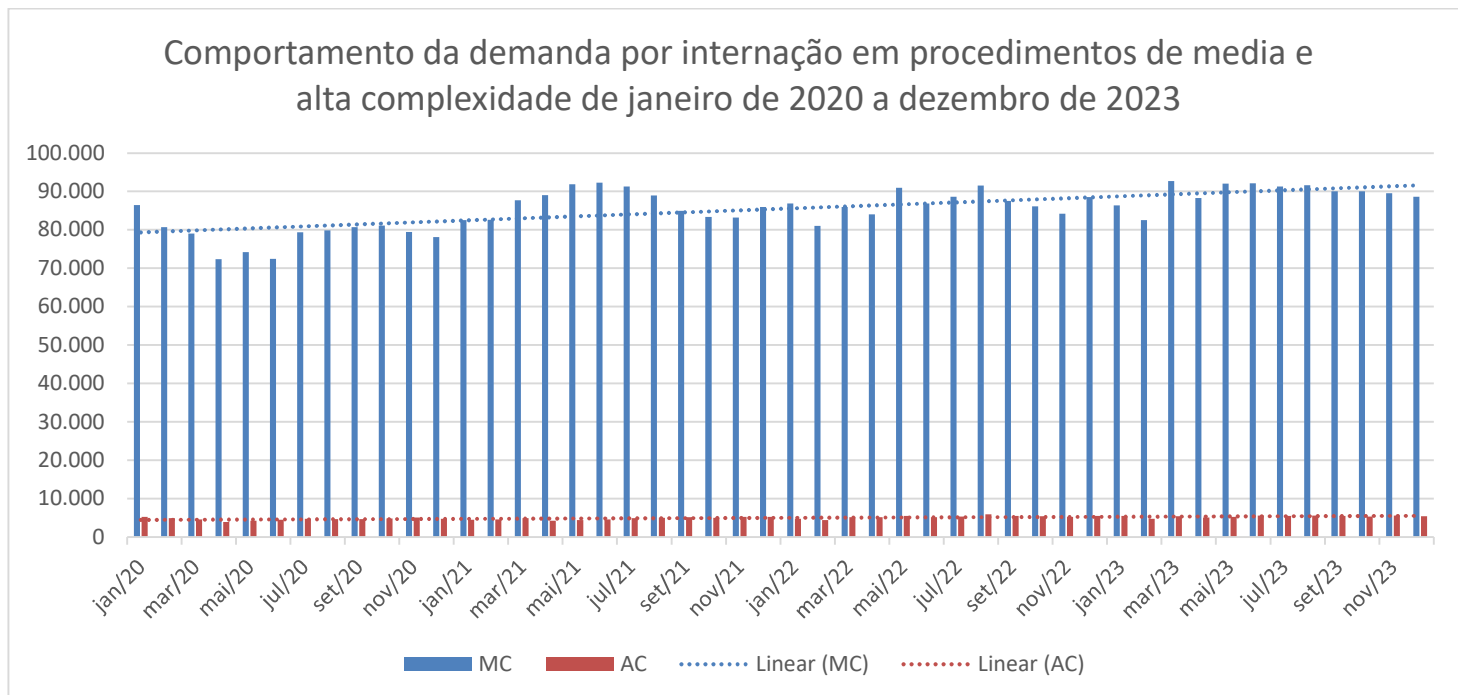
2022	Dezembro	88.514	5.456	5,7	6
2023	Janeiro	86.345	5.456	5,6	6,2
2023	Fevereiro	82.499	4.716	5,5	6,5
2023	Março	92.645	5.429	5,6	6,5
2023	Abril	88.275	5.057	5,5	6,7
2023	Maio	91.976	5.232	5,6	6,6
2023	Junho	92.057	5.531	5,7	6,7
2023	Julho	91.251	5.453	5,7	6,4
2023	Agosto	91.591	5.601	5,7	6,4
2023	Setembro	89.964	5.491	5,6	6,3
2023	Outubro	90.022	5.311	5,6	6,5
2023	Novembro	89.506	5.573	5,6	6,4
2023	Dezembro	88.623	5.430	5,6	6,4
Média		85.481,19	5.009,75	5,52	6,05
Mediana		86.369	5.090	5,50	6,00
Desvio padrão		5.318,31	434,41	0,15	0,34
Coeficiente de variação %		6,22	8,67	2,65	5,58
Mínimo		72.350	3.909	5,20	5,40
Máximo		92.645	5.887	5,70	6,80

Elaboração Própria. Fonte: Tabnet/DATASUS

⁽¹⁾ Permanência média: corresponde à média de dias que o paciente esteve internado no período avaliado, mais especificamente, é a apuração do tempo de permanência de cada AIH dividido pelo total de AIH do período.

O intuito de elaborar a tabela 9, mês a mês, foi de observar se durante algum mês do período ocorreu alguma oscilação significativa de demanda, provocando a necessidade de observação mais detalhadas da informação daquele mês. Organizando os dados da tabela 9 no gráfico 1 tem-se:

Gráfico 1: Curva de quantidade de AIH aprovadas na rede SUS em internações envolvendo procedimentos de média e alta complexidade – Minas Gerais – 2020 à 2023



Elaboração Própria. Fonte: Tabnet/DATASUS

O gráfico revela um comportamento, na maior parte do período, regular das AIH's, com valor médio mensal de 85.481 referente a procedimentos de media complexidade. Apenas na transição de junho para julho de 2020 e de fevereiro para março de 2023 a oscilação mensal atingiu a casa de dois dígitos, sendo respectivamente um aumento de 10% e 12% em relação ao mês anterior. Porém, em nenhum mês foi verificado número de AIH's que se afastassem da média em mais de 2 desvios padrão.

Referente aos procedimentos de alta complexidade percebe-se um comportamento regular da curva, sem nenhuma grande oscilação mês a mês, com valor médio de 5.009 AIH Aprovadas nessa categoria. Destaca-se as transições dos meses fevereiro para março de 2022 (17%), julho para agosto de 2022 (11%) e fevereiro para março de 2023 (15%) como as alterações percentuais mais significativas da categoria, todas as demais sendo negativas e ou inferiores 9%.

Em resumo, tanto na MC como na AC o comportamento da quantidade de internações (AIH aprovadas) foi regular. Não houve nenhum acréscimo elevado de internações, e os números ao longo de todo período estiveram dentro de uma faixa de oscilação pequena. Revelando, que a nível Estadual, considerando toda a rede

SUS, nenhuma mudança relevante foi constatada. A de se considerar, primeiro, a curva de tendência linear aponta para um crescimento no período, de ambos os procedimentos que acarretam internação de urgência e emergência, ainda que um crescimento bem moderado. Segundo, que este estudo não avaliou a taxa de ocupação de leitos ao longo do tempo, e sendo assim, é preciso destacar que pode não ter ocorrido nenhuma elevação considerável em virtude do limite da capacidade física do sistema, ou seja, passou todo o período, com taxas de ocupação elevadas, e não tinha estrutura para receber uma demanda superior.

Considerando que no comportamento global da rede não houve pontos que chamassem a atenção, passa-se agora, a avaliar o comportamento da demanda por macrorregião de saúde, para compreender o quanto a capacidade física instalada na localidade foi requerida.

Para analisar o nível de adequação da quantidade de leitos disponíveis nas macrorregiões de saúde frente às AIH's realizadas em 2020 e 2023, o autor optou por checar uma condição extrema que denominou "Mínimo Extremo Necessário de Leitos SUS"²⁸ (MENL). Esse valor, proposto pelo autor e descrito no apêndice do trabalho, evidencia a quantidade mínima de leitos requerida para atender à população de determinada região, na condição hipotética de ausência de ociosidade dos leitos disponíveis. Importante destacar que para esse cálculo foi considerada apenas a demanda por leitos provenientes das AIH aprovadas, e toda demanda que chegou até CRRA da macrorregião, mas que foi cancelada, negada, ou similar, está sendo desconsiderada.

Do cálculo extrai-se o mínimo extremo de leitos disponíveis ao SUS que comportariam a demanda daquela localidade no período avaliado. Fazendo a razão entre o número médio de leitos disponíveis por mês e o MENL obtém-se um valor que indica, hipoteticamente, o quão próximo esteve a capacidade física de seu uso, sendo que o menor valor possível seria 1, que indica uso pleno dos leitos no mês. Todos valores acima de 1 revelam uma margem, teórica, de disponibilidade de leitos. Importante destacar que esse indicador serve como referência teórica da

²⁸ Mínimo extremo necessário de leitos SUS: nomenclatura proposta pelo autor, referente à quantidade de leitos necessários em uma macrorregião de saúde, considerando dados médios de AIH Aprovadas e tempo de ocupação. Esse número apresenta qual seria a quantidade mínima de leitos considerando o uso constante dos leitos, com troca imediata de ocupação para outro paciente, ou seja, um número impossível na prática, mas que evidencia qual o menor número de leitos para atender determinada comunidade.

disponibilidade mínima de leitos, porém não deve ser considerada como uma meta a ser alcançada, uma vez, que no caso concreto, a ocorrência de oscilações nas demandas por internações implica na necessidade de se manter algum nível de capacidade ociosa, de tal maneira a garantir o atendimento em momentos de picos de demanda. Por conseguinte, a distância percentual entre a quantidade teórica e a quantidade real de leitos pode servir de indicativo da ocorrência de vazios assistenciais ou de uma pressão de demanda na região em análise.

Ainda, entende-se que, pelo fato deste indicador utilizar as informações reais de demandas por internações ocorridas nas regiões de saúde o coloca em vantagem como parâmetro referencial, comparativamente aos parâmetros mínimos de disponibilidade de leitos recomendados pela OMS.

A tabela 10 apresenta, por macrorregião de saúde, para os anos de 2020 e 2023, a razão entre o número médio de leitos disponíveis por mês e o número “mínimo extremo necessário de leitos” que as AIH aprovadas demandaram. Importante destacar que a memória de cálculo encontra-se disponível no apêndice deste trabalho.

Tabela 10. Razão entre o nº de leitos disponíveis e o nº mínimo extremo necessário de leitos para atender a demanda por internação conforme AIH aprovada por macrorregião de saúde – Minas Gerais – 2020 e 2023

Macrorregião	2020 nº leitos disponíveis / nº MENL	2023 nº leitos disponíveis / nº MENL	Variação % 2020/2023
Sul	3,2566	2,8517	-12,4
Centro Sul	2,4363	2,3278	-4,5
Centro	1,6809	1,5781	-6,1
Jequitinhonha	3,4762	2,5409	-26,9
Oeste	3,7197	2,5086	-32,6
Leste	2,8919	2,3194	-19,8
Sudeste	4,6398	3,8652	-16,7
Norte	2,2459	1,7792	-20,8
Noroeste	2,3773	2,0164	-15,2
Leste do Sul	2,8672	2,4129	-15,8
Nordeste	2,9404	2,4253	-17,5

Triângulo do Sul	2,4805	2,0367	-17,9
Triângulo do Norte	2,1543	1,7558	-18,5
Vale do Aço	1,6963	1,5843	-6,6
Extremo Sul	2,4403	2,0708	-15,1
Sudoeste	3,3285	3,1074	-6,6

Elaboração própria. Fonte: Tabnet/DATASUS. Obs: metodologia de indicador disponível no apêndice.

Considerando os dados da tabela 10 é possível perceber valores bem distintos, variando entre 1,6809 na macrorregião Centro até 4,6398 na macrorregião Sudeste. Esses números retratam que todas macrorregiões, em média, no período avaliado, teriam potencial, em termos de quantidade de leitos, suficientes para atender a demanda que se apresenta. Fazendo uma leitura do número obtido por regional, ele reflete o quão distante está a demanda e a oferta, ou seja, no caso da macro centro, considerando capacidade plena de todos seus leitos, e desconsiderando as perdas (tempo de troca de pacientes, equipes, leitos bloqueados, etc) ela teria capacidade de atender mais 68% do que atende, já sudeste teria possibilidade de absorção de mais 363%. Obviamente esses são números teóricos e fictícios sem nenhuma aplicação prática como destacado na construção do indicador, o intuito é ter critérios, para além dos estabelecidos pela OMS para verificar capacidade de atendimento das macrorregiões de saúde.

Primeiramente, de 2020 para 2023 todas macrorregiões de saúde tiveram redução do valor do indicador, o que retrata que a distância entre o total de leitos “mínimo necessário extremo” encurtou em relação ao total de leitos disponíveis. Apesar de não ser um indicador estruturado, mas calculado para fins de comparação entre disponibilidade e produção, o comportamento dos dados revela que a quantidade de pacientes que tem chegado até a internação, cresceu mais do que a oferta de leitos no período.

Outra informação importante que pode ser obtida é o tanto que a macrorregião de saúde foi pressionada no período, ou seja, quanto mais significativa foi a variação percentual no período para o indicador. As macrorregiões que se destacam negativamente nesse quesito são respectivamente: Oeste (32,6%), Jequitinhonha (26,9%), Norte (20,8%), e Leste (19,8%). Logo, todas elas passaram a acolher um volume maior de pacientes do que conseguiram expandir sua capacidade

física instalada. Com exceção da macrorregião Oeste, todas as demais apresentam PIB per capita inferior à média estadual, revelando-se como regiões mais carentes e com menos recursos financeiros.

6.4 Dados das compras de leitos

Os dados que serão apresentados a seguir foram obtidos dos registros administrativos da Diretoria de Regulação do Acesso à Urgência e Emergência (DRAUE) da Superintendência de Regulação do Acesso (SRA) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES). Importante destacar que todas informações foram anonimizadas e o objetivo do estudo é avaliar do ponto de vista quantitativo a operação da compra de leitos e não o quadro individual de algum paciente.

Primeiramente, a tabela 11 apresenta um panorama geral da quantidade de leitos da rede privada adquiridos nos anos de 2020, 2021, 2022 e 2023. Convém reiterar que cada uma dessas compras tem o propósito de atender intempestivamente a um paciente, seja em razão de necessidade clínica ou em razão de ordem judicial. Cada compra, portanto, se encerra após a finalização do atendimento ao paciente e é uma AIH.

Tabela 11 – Resumo anual do total de leitos comprados do segmento privado não conveniado ao SUS para fins de atendimento de pacientes – Minas Gerais – 2020 a 2023

Ano	Leitos comprados por necessidade clínica		Leitos comprados por ordem judicial		Total	Variação percentual anual
	Número	%	Número	%		
2020	25	14,2	157	85,8	182	---
2021	82	30,8	184	69,2	266	45,4
2022	147	24,8	446	75,2	593	122,9
2023	562	37,1	952	62,9	1514	155,3

Elaboração própria. Fonte: registros administrativos da DRAUE.

Analisando a tabela 11 percebe-se uma elevação anual significativa da quantidade de leitos adquiridos pelo SUS da rede privada não conveniada para atendimento às demandas que excedem à capacidade temporal do sistema. Os percentuais de aumento ano a ano reforçam a tese da persistência da elevação do uso desse mecanismo excepcional de atendimento ao paciente SUS. Para além disso,

os números evidenciam que o aumento tem sido desproporcional frente a evolução destacada nas discussões anteriores (tópicos 6.2 e 6.3), o que indica necessidade de melhor compreensão desses números. Diante disso, as tabelas a seguir apresentam esses números desagregados por regional e por tipo de compra, ou seja, necessidade clínica ou ordem judicial, no intuito de compreender melhor a composição da compra.

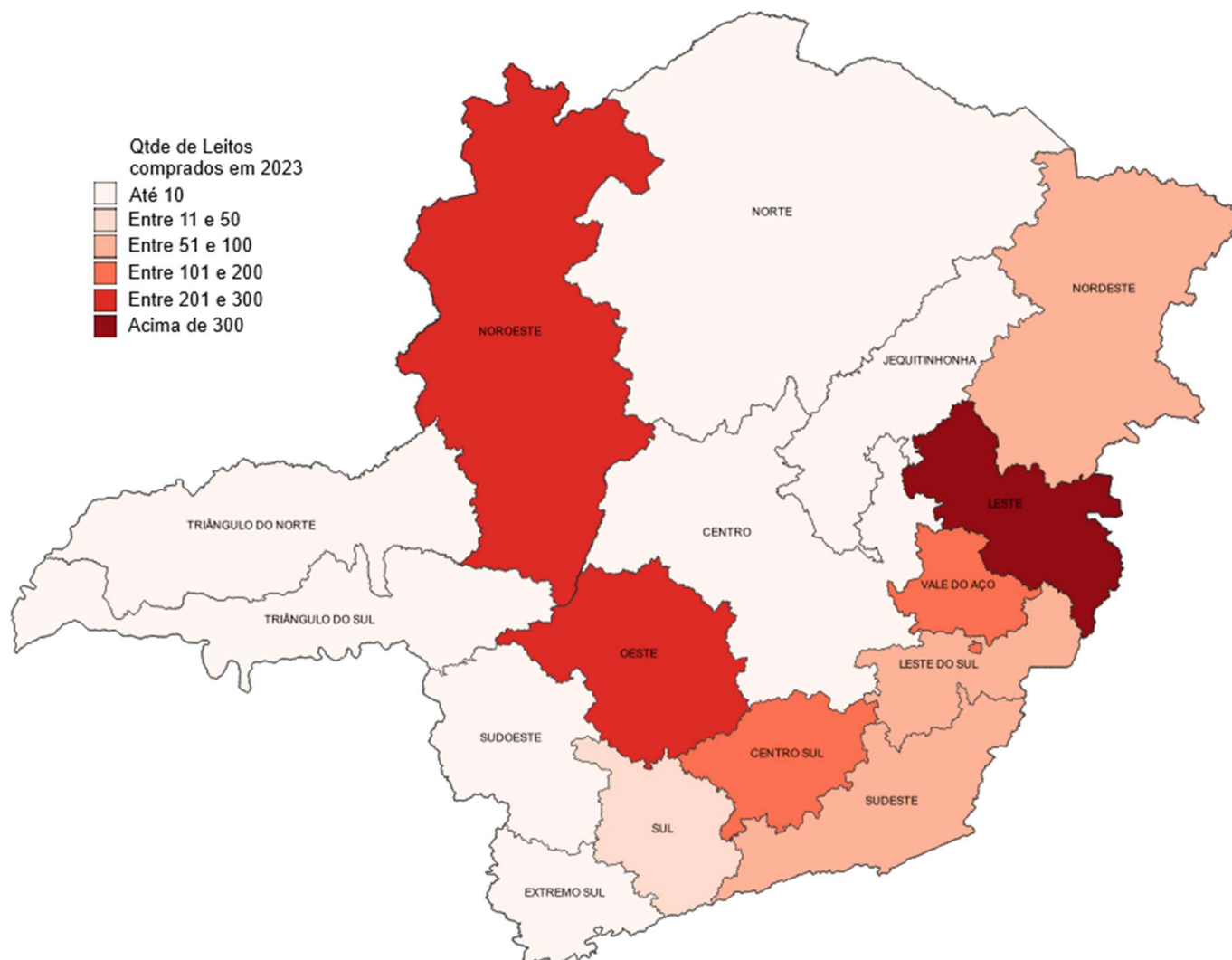
Tabela 12 - Compra de Leitos por necessidade clínica (NC) e por ordem judicial (OJ) nas macrorregiões de saúde – Minas Gerais – 2020 a 2023

MACRO ORIGEM	2020		2021		2022		2023	
	NC	OJ	NC	OJ	NC	OJ	NC	OJ
SUL	0	0	0	0	5	5	4	20
CENTRO SUL	0	24	0	5	6	13	53	76
CENTRO	1	2	2	1	0	0	1	0
JEQUITINHONHA	0	0	0	0	0	13	0	10
OESTE	0	6	33	27	26	37	159	73
LESTE	15	98	16	92	9	238	48	494
SUDESTE	2	0	4	12	2	33	6	60
NORTE	0	0	0	1	7	1	4	0
NOROESTE	0	7	14	11	69	50	207	65
LESTE DO SUL	0	2	0	1	2	8	4	55
NORDESTE	0	8	0	10	0	35	5	66
TRIANGULO DO SUL	0	2	0	5	0	3	0	4
TRIANGULO DO NORTE	0	0	0	0	4	3	0	2
VALE DO AÇO	7	3	13	14	17	6	71	27
EXTREMO SUL	0	0	0	0	0	0	0	0
SUDOESTE	0	5	0	4	0	0	0	0
Minas Gerais	25	157	82	183	147	445	562	952

Elaboração própria. Fonte: registros administrativos da DRAUE

Para facilitar a visualização das macrorregiões que mais realizaram compra de leitos, em especial no último ano da análise (maior volume de compras da série), ou seja, 2023, foi elaborado o gráfico exibido na figura 11. Ele apresenta as 16 macrorregiões, preenchidas com gradiente de cores que refletem a faixa no qual se enquadra a quantidade de leitos adquiridos da rede privada não conveniada.

Figura 11 - Mapa gradiente, destacando macrorregiões de saúde que mais compraram leitos – Minas Gerais - 2023



Elaboração Própria. Fonte: Registros administrativos da DRAUE

A figura 11 destaca que a macrorregião Leste, seguida pelas regiões Noroeste e Oeste são as principais compradoras de leitos totais, que incluem os provenientes de necessidade clínica e de ordem judicial. Destacam-se ainda Vale do Aço e Centro Sul como regiões que merecem uma atenção especial em virtude de pertencerem a uma zona de transição com os principais compradores. Na análise a seguir, serão observados os números de maneira isolado entre NC e OJ, no intuito de aprofundar sobre o comportamento das compras das macrorregiões.

A partir da tabela 12 identifica-se que a maioria das macrorregionais, apresentam comportamento de compra de leitos por necessidade clínica eventual, ou seja, um volume de compras relativamente pequeno, inferior a 10 compras anuais. Essa informação reforça, para essas localidades, o uso do instrumento da compra de leitos como um procedimento para internação excepcional de pacientes. Contudo,

destaca-se a tendencia de um comportamento crescente, das compras por ordem judicial. Ano após ano, mais macrorregiões de saúde estão realizando compra de leitos com mais frequência e volume. No início da análise, apenas 2 macrorregiões de saúde haviam adquirido mais de 10 leitos anuais por força de ordem judicial. No ano final de análise, esse número saltou para 9 das 16 macrorregiões de saúde.

As macrorregionais Extremo Sul, Sudoeste, Jequitinhonha e Triângulo Sul não realizaram nenhuma compra de leitos por necessidade clinica nos últimos 4 anos. Já as macrorregiões Centro Sul, Vale do Aço, Leste, Oeste e Noroeste apresentaram forte elevação no uso da compra, e representaram juntas, no ano de 2023, 96,4% do total de compras realizadas, com destaque para Macrorregião Noroeste que sozinha realizou a 36,8% das compras de leitos por necessidade clínica.

A macrorregião Noroeste, que conta com Central Regional de Regulação Assistencial (CRRRA) na cidade polo de Patos de Minas, é uma macrorregião que apresenta PIB per capita similar a macrorregião centro, ou seja, entre os melhores do estado. Além disso, teve sua capacidade física de leitos ampliada em 17% de 2020 para 2023, o que corresponde a um acréscimo de 127 leitos. Ainda, a média do número de AIH aprovadas em 2020 que foi de 1995 cresceu para 2.499 em 2023, ou seja, uma elevação de 25% em ao longo dos 4 anos. Apesar do crescimento da demanda (25%) superior ao da oferta (17%), esse dado não confere fundamentação para uma elevação na compra de leitos em 4 anos de 1378,5%.

A macrorregião Oeste, que conta com a Central Regional de Regulação Assistencial (CRRRA) na cidade polo de Divinópolis, é uma macrorregião que apresenta PIB per capita um pouco inferior à macrorregião centro. Ao longo dos últimos anos teve sua capacidade física instalada de leitos reduzida em 0,41%, o que corresponde a perda de 7 leitos. A média de AIH aprovadas mensais em 2020 que era de 2.418 elevou para 3.175, o que corresponde a um acréscimo de demanda de 31,3% em 4 anos. Já a compra de leitos por necessidade clinica cresceu 381,8%.

A macrorregião Vale do Aço, que conta com a Central Regional de Regulação Assistencial (CRRRA) na cidade polo de Ipatinga, é uma macrorregião que apresenta PIB per capita um pouco inferior a macrorregião centro. Ao longo dos últimos anos teve sua capacidade física instalada de leitos ampliada em 18,93%, o que corresponde a 148 novos leitos. A média de AIH aprovadas mensais em 2020 que era de 2.408 elevou para 3.252, o que corresponde a um acréscimo de demanda de 35% em 4 anos. Já a compra de leitos por necessidade clinica cresceu 317,6% entre

2022 e 2023. Novamente um comportamento da compra bem superior ao das demais variáveis de capacidade física instalada e AIH aprovadas.

No que referente as compras de leitos por ordem judicial, seus números também aumentaram significativamente, e destacam-se as macrorregiões leste, oeste, noroeste, nordeste, centro sul e sudeste que foram as principais contratantes de leitos em atendimentos as ordens judiciais. Cabe destacar que as macrorregiões leste e oeste estão sob aplicação de ações civis públicas que ampliam a todos os pacientes da macrorregião a necessidade de atendimento conforme sentença do processo, pressionando as internações daquelas localidades.

Tabela 13 - Compra de leitos por ordem judicial desagregadas entre compras motivadas por ação civil pública e por ação individual – Minas Gerais – 2020 a 2023

Ano	Total	Ação Civil Pública		Ação Individual	
		Quantidade	%	Quantidade	%
2020	157	104	66,2	53	33,8
2021	184	109	59,2	75	40,8
2022	446	261	58,5	185	41,5
2023	952	495	52,0	457	48,0

Fonte: Registros administrativos da DRAUE

Os dados da tabela 13 destacam que tanto a compra de leitos por ACP quanto por AI vem crescendo, o que evidência que as decisões judiciais, tanto em ACP quanto em AI tem se tornado mais frequentes. Com destaque para as ações individuais que cresceram 762% no período.

A macrorregião de saúde leste é regulada pela CRRA Governador Valadares, e é uma região com um dos piores PIB per capita entre todas macrorregiões. Destaca-se ainda que possui uma das menores populações de macrorregião de saúde. Teve seu número de leitos totais instalados ampliados em 7,65% no período de análise, o que corresponde a um acréscimo de 77 leitos. Ainda, teve 2.106 AIH aprovadas em média no ano de 2020 e elevando esse valor em 34,5% para 2.832 em 2023. No que tange a ação civil pública dessa região, nos autos do processo nº 0291049-63.2012.8.13.0105 identifica-se que dentre as motivações alegadas pelo MPMG durante a proposição eles alegam o fato do não cumprimento do indicador de 3 a 5 leitos por 1.000 habitantes, e na sentença proferida pelo TJMG consta:

(...) determinando ao ESTADO DE MINAS GERAIS a transferência, no prazo de 48 horas, a contar do cadastramento no sistema SUS - Fácil, de todos pacientes residentes no Município de Governador Valadares ou residentes em outros municípios do entorno e referenciados para esta cidade e que apresentem quadro de urgência e emergência com risco de morte ou qualquer outro tipo de dano irreparável à saúde, emergência/urgência. (Trecho da sentença do processo nº 0291049-63.2012.8.13.0105).

Logo, as autoridades sanitárias dessa região, são obrigadas judicialmente a encontrar leitos em até 48 horas para pacientes que deram entrada na fila (SUSfacilMG) com quadro de urgência ou emergência. Esse é um ponto muito relevante para análise das compras dessa macrorregião de saúde. Só no ano de 2023 foram 453 leitos adquiridos por aplicação da ACP, uma média de 37,8 leitos por mês. Importante destacar que ao longo de todo período o máximo de compras por necessidade clínica ano foi em 2023 com um total de 48. Valores bem inferiores aos praticados por ordem judicial.

A macrorregião de saúde noroeste é regulada pela CRRA Patos de Minas, e é uma região com PIB per capita similar ao da macrorregião central. Teve seu número de leitos totais instalados ampliados em 17,3% no período de análise, o que corresponde a um crescimento de 127 leitos. Ainda, teve 1.999 AIH aprovadas em média no ano de 2020 e elevando esse para 2.513 em 2023, ou seja, aumento de 25,7%. Diferentemente da macrorregião leste, na noroeste, o que predomina são as ações individuais, ou seja, de aplicações particular para cada paciente. Percebe-se uma elevação considerável ao longo dos últimos anos, em patamares percentuais bem superiores aos movimentos de oferta (capacidade instalada) e demanda (AIH aprovadas) da macrorregião noroeste de um modo geral.

Outra macrorregião com números relevantes de compra por ordem judicial é a oeste, que tem sua regulação realizada pela CRRA Divinópolis. É uma região com PIB per capita um pouco inferior ao da região central, que teve sua capacidade instalada reduzida em 0,41%, o que corresponde a perda de 7 leitos no período. Sobre a média mensal de AIH's aprovadas passou de 2.500 para 3.364, ou seja, um aumento de 34,5%. Assim como a macrorregião leste, a oeste também esteve por todo período de análise sobre aplicação de uma ACP, porém em termos diferentes, conforme trecho da sentença citado a seguir:

No caso de esgotamento das vagas na rede conveniada ao SUS, adquirir para os pacientes internados no Pronto Socorro de

Divinópolis/MG, atual UPA Padre Roberto, junto à rede privada, leitos de UTI e leitos para atendimento aos casos de pacientes com risco de morte ou dano irreparável à saúde, de acordo com a necessidade para atendimento, com encaminhamento imediato, a critério dos médicos responsáveis (Trecho sentença do processo nº 0223 11 006015-7)

Logo, no caso da macrorregião Oeste a aplicação da ACP atinge apenas os pacientes que encontram-se no Pronto Socorro de Divinópolis, e que por ser a porta de entrada principal da maior cidade da macrorregião se torna relevante em termos quantitativos. Ainda assim, como nas demais regiões, a elevação da compra por ordem judicial através da ACP cresceu significativamente mais que o cenário proposto pelos dados de redução da capacidade física instalada e aumento da média de AIH aprovadas mês.

Como destacado na análise das três macrorregionais acima, existe uma aplicação, do ponto de vista quantitativo, mais frequente de ações judiciais. As ACP mencionadas estiverem ativas durante todo o período sem nenhuma alteração importante e as AIs revelam-se como um dos grandes impulsionadores da elevação da compra por ordem judicial. É preciso aprofundar no estudo do que tem levado ao maior uso das ACPs, em termos quantitativos, bem como, o motivo da elevação das AIs em números que não refletem nenhuma proporcionalidade com a estruturação das e capacidade de atendimento das macrorregionais de saúde.

6.5 Discussão financeira e orçamentária

Como mencionado no tópico 3.1, os procedimentos de internação hospitalar de urgência e emergência, quando realizados pela rede SUS são financiados por todos entes, em especial pela União através do Teto MAC. Já a compra de leitos é financiada exclusivamente pelo estado através de recursos próprios, ou seja, proveniente da arrecadação estadual de tributos.

O Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) 2020-2023 de Minas Gerais estabelece os seguintes programas para custeio das ações de saúde onde a compra de leitos está contida:

1) Por necessidade clínica

Programa 158: Atenção Secundária e Terciária à Saúde

Ação: 4452 – Regulação do Acesso

É um programa da função orçamentária 10 (saúde) e da subfunção 302 (assistência hospitalar e ambulatorial)

Tabela 14 - Valor previsto no PPAG para ação 4452 – Minas Gerais – 2020 à 2023

Ano	Valor previsto para Ação 4452, em R\$	Valor corrigido ⁽¹⁾ a jan/2023, em R\$	% de variação anual
2020	840.800.093	1.025.776.113	-----
2021	820.080.027	959.493.631	-6,5
2022	825.090.533	877.483.781	-8,5
2023	830.351.563	830.351.563	-5,4

Elaboração própria. Fonte: PPAG MG 2020-2023

⁽¹⁾ Ajuste realizado baseado na “Calculadora do IPCA” do IBGE, considerando sempre janeiro do ano até janeiro de 2023.

2) Por ordem judicial

Programa 154: Apoio a Gestão do SUS

Ação: 4441 – Atendimento as medidas judiciais

É um programa da função orçamentária 10 (saúde) e da subfunção 61 (ação judiciária)

Tabela 15: Valor previsto no PPAG para ação 4441 – Minas Gerais – 2020 à 2023

Ano	Valor previsto para Ação 4441, em R\$	Valor corrigido ⁽¹⁾ a jan/2023, em R\$	% de variação anual
2020	410.693.453	502.401.301	---
2021	250.710.446	293.456.577	-41,6
2022	230.710.446	245.360.559	-16,4
2023	424.453.852	424.453.852	73,0

Elaboração própria. Fonte: PPAG MG 2020-2023

⁽¹⁾ Correção realizada baseado na “Calculadora do IPCA” do IBGE, considerando sempre janeiro do ano até janeiro de 2023.

Observando os dados das tabelas 14 e 15 percebe-se que para a ação 4452, onde está contida a compra de leitos por necessidade clínica, não houve nenhuma previsão de aumento do custeio da ação como um todo, pelo contrário, os valores previstos, corrigida a inflação, foram reduzidos ao longo dos 4 anos de análise. No caso da ação 4441, existem grandes oscilações na forma como o valor previsto foi distribuído ao longo dos 4 anos de aplicação do PPAG, de modo que, em 2021 e 2022 esperava-se uma redução expressiva da execução de ações judiciais, se comparado com 2020, e os valores sendo elevados a partir de 2023.

Como o PPAG é um planejamento de longo prazo, fez-se uso da Lei Orçamentária Anual (LOA) para verificar o que de fato, compôs o orçamento público no exercício. Dessa forma, as tabelas 16 e 17 apresentam os valores que foram previstos no orçamento anual para dispêndio com as ações acima mencionadas.

Tabela 16: Valores previstos na LOA para execução da ação 4452 sendo valores totais e divididos por tipo de recurso – Minas Gerais - 2020 à 2023

Ano	Valor previsto na ação 4452, corrigidos a jan/2023	Recurso Ordinário	Recurso Vinculados	Valor previsto na LOA	Valor previsto na LOA corrigido ⁽¹⁾ a jan/2023	% diferença entre PPAG e LOA
2020	1.025.776.113	450.558.546	612.160.595	1.062.719.141	1.300.024.325	26,7
2021	959.493.631	707.995.720	701.325.686	1.409.321.406	1.649.610.706	71,9
2022	877.483.781	726.017.841	513.351.919	1.239.369.760	1.318.069.740	50,2
2023	830.351.563	789.234.075	649.080.139	1.438.314.214	1.438.314.214	73,2

Elaboração própria. Fonte: PPAG-MG e LOA-MG (2020 à 2023)

⁽¹⁾ Correção realizada baseado na "Calculadora do IPCA" do IBGE, considerando sempre janeiro do ano até janeiro de 2023.

Avaliando os valores da LOA percebe-se uma mudança significativa nos valores destinados para os atendimentos das internações hospitalares, frente aos programados no PPAG. Tal mudança sinaliza uma reavaliação dos recursos necessários para devida prestação dos serviços. Verifica-se ainda um aumento significativo na destinação de recursos ordinários do ano de 2020 para 2021, o que indica que o governo estadual precisou complementar significativamente o dispêndio com essa política. Nos anos de 2022 e 2023 os valores de recursos ordinários se mantiveram próximos do patamar atingido em 2021. Esse comportamento destaca

que o governo não vislumbrou nenhuma mudança relevante de demanda, mantendo a expectativa de conseguir atender a população com quantidade similar de recursos entre 2021, 2022 e 2023. Em resumo, acreditou-se que a quantidade média de internação e o custo dos procedimentos encontrariam estabilidade e previsibilidade no período. O que conforme tabela 9 de fato ocorreu para as internações na rede própria do SUS. Contudo, a compra de leitos por necessidade clínica, apresentou crescimento significativo no período, demandando cada vez maiores parcelas dos recursos ordinários destinados para esta política.

Já na ação que contém as previsões orçamentárias onde a compra de leitos por ordem judicial esta contida, o comportamento do previsto no PPA e LOA esta disposto na tabela 17.

Tabela 17: Valores previstos na LOA para execução da ação 4441 sendo valores totais e divididos por tipo de recurso – Minas Gerais – 2020 à 2023

Ano	Valor previsto na ação 4441	Valor previsto na LOA	Valor previsto na LOA corrigido ⁽¹⁾ a jan/2023	% diferença entre PPAG e LOA
2020	502.401.301	410.693.453	502.401.301	0
2021	293.456.577	260.405.790	304.804.977	3,9
2022	245.360.559	748.289.512	795.805.896	224,3
2023	424.453.852	614.407.116	614.407.116	44,8

Elaboração própria. Fonte: PPAG-MG e LOA-MG (2020 à 2023)

⁽¹⁾ Correção realizada baseado na “Calculadora do IPCA” do IBGE, considerando sempre janeiro do ano até janeiro de 2023.

Assim como no caso anterior, existe um descolamento entre os valores previstos no planejamento de médio prazo (PPAG) e no planejamento anual (LOA). Nos anos de 2020 e 2021, os valores foram similares, porém em 2022 os valores previstos na LOA foram mais 200% superiores, e em 2023 a diferença foi de 44,8%. A programação orçamentária de desembolso de ações judiciais, em especial na saúde, é extremamente complicada, uma que vez faltam mecanismos apurados de previsibilidade do comportamento das demandas que terão êxito no judiciário e provocaram ação do estado. Talvez devido a isto, esse comportamento tal distante entre instrumentos de planejamento. De todo modo, é importante destacar que as

compras de leitos por via judicial cresceram quase que exponencialmente no período, e os números são muito significativos, conforme será destacado a seguir.

A tabela 18 apresenta a quantidade e valor aplicado nas compras de leitos nos anos entre 2020 e 2023.

Tabela 18 – Quantidade total e valor total despendido com a compra de leitos por necessidade clínica e por ordem judicial – Minas Gerais - 2020 a 2023

Ano	Leitos comprados por necessidade clínica		Leitos comprados por ordem judicial		Total	
	Quantidade	Valor ⁽¹⁾	Quantidade	Valor ⁽¹⁾	Quantidade	Valor ⁽¹⁾
2020	25	2.506.888,11	157	15.566.165,65	183	18.073.053,76
2021	82	6.060.744,34	184	11.457.318,44	266	17.518.062,78
2022	147	8.727.114,72	446	32.526.328,94	593	41.253.443,66
2023	562	38.100.718,66	952	62.762.249,07	1.514	100.862.967,74

Elaboração própria. Fonte: registros administrativos do DRAUE.

Nota: ⁽¹⁾ valores atualizados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) a preços de dezembro de 2023.

Os dados indicam um salto de gastos totais com compras de 18 milhões para 100 milhões em apenas 4 anos. Um crescimento muito expressivo, frente um cenário em que a demanda geral do SUS, no período, não variou na mesma proporção. Há de se considerar, a despeito da não abordagem, que os dados estão inseridos em um período pandêmico e que ela possa ter impacto nesses números. Avaliando por tipo de compra, percebe-se que as compras por necessidade clínica seguiram um perfil de aumento intenso, saindo de 25 para 562 compras no período de estudo. O que elevou os gastos de 2,5 milhões em 2020 para 38 milhões em 2023. Esse valor representa quase 5% do total de recursos ordinários destinados pelo estado para financiamento das internações hospitalares de um modo geral.

As compras por ordem judicial consumiram no último ano da série mais de 62 milhões dos 614 milhões destinados as ações judiciais da saúde, ou seja, mais de 10% de tudo que foi previsto para as determinações judiciais incidentes sobre o SUS/MG.

Para ambos os casos, necessidade clínica e ordem judicial, os números atuais são alarmantes, pois já se configuram como percentuais relevantes dos recursos destinados aos respectivos programas. No intuito de aprofundar essa discussão, a tabela 19 apresenta o custo médio dos procedimentos realizados pelo SUS, através das AIHs aprovadas nos anos de 2020 a 2023, por nível de

complexidade, assim como, o custo médio dos leitos comprados por necessidade clínica e ordem judicial.

Tabela 19 - Despesas médias das internações de média e da alta complexidades na rede SUS e com internações mediante compra de leitos – Minas Gerais – 2020 à 2023

Ano	Média Complexidade ⁽¹⁾	Alta Complexidade ⁽¹⁾	Leitos comprados por necessidade clínica ⁽¹⁾	Leitos comprados por ordem judicial ⁽¹⁾
2020	1.736,35	8.416,30	126.218,80	99.147,6
2021	2.227,05	7.889,68	73.911,52	62.268,0
2022	1.527,78	7.392,27	59.368,13	72.929,0
2023	1.442,09	7.751,67	67.794,87	65.926,7
Média do período	1.733,32	7.862,48	81.823,33	75.067,83

Elaboração própria. Fonte: registros administrativos do DRAUE.

Nota: ⁽¹⁾ valores atualizados pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) a preços de dezembro de 2023.

O primeiro aspecto a se destacar é a grande distância de valores entre tabela SUS e os preços praticados pelos prestadores privados. Conforme destacado no capítulo que aborda a compra de leitos, a referência de preços do mercado privado não é a tabela SUS. Desta forma, no ato da compra, existe a pactuação, em cima de tabelas de prestadores privados, referente aos valores a serem praticados. Importante destacar ainda, que os preços SUS estão restritos aos procedimentos a serem realizados, e as contratações com parceiros privados não conveniados engloba para além do custo do procedimento, todos custos adicionais de recursos humanos e materiais relacionados ao serviço prestado.

Essa diferença de referência de preços demanda ao setor de regulação do estado um trabalho constante de revisão da conta apresentada pelo hospital, no intuito de validar compatibilidade de procedimentos com o que está sendo cobrado, bem como se os valores vão de encontro a tabela e/ou valores acordados. Serviço que é realizado de maneira manual, e que conta com a expertise do médico para validar o que está sendo cobrado.

Dito isto, é esperado uma diferença de valores entre os pagos pelos procedimentos das AIH aprovadas na rede SUS e as executadas por parceiros privados. Contudo, a tabela 19 evidencia uma diferença altamente significativa de valores. Procedimentos realizados pela rede SUS de média complexidade apresentam custo médio no período de R\$ 1.733,32 e os de alta complexidade R\$ 7.862,48. Já as compras de leitos realizadas, a despeito de não estarem divididas por

níveis de complexidade, apresentam valor médio, tanto para necessidade clínica quanto para ordem judicial, da casa de 10 vezes superiores aos procedimentos de alta complexidade e 43 vezes aos de media complexidade.

Esses números são preocupantes uma vez que, para atender aos pilares do SUS que são universalidade, equidade e integralidade, ter um grande volume de recursos do estado sendo empregados em benefício de poucos cidadãos amplia as barreiras e dificulta ainda mais o acesso.

A título de exemplo, o valor médio da compra de um único leito por necessidade clínica em 2023 (R\$ 67.794,87) poderia ter financiado 47 procedimentos de MC ou 8 procedimentos de AC. Ampliando esses dados para os valores anuais, foi empregado mais de 38 milhões de reais para atender 562 pessoas, o que poderia ter sido utilizado para realização de mais de 26 mil procedimentos de MC e mais de 4 mil procedimentos de AC. No que tange as compras por ordem judicial, em 2023, a escala dos valores é similares, e evidência, que para ambos os casos, a disparada no uso desta pratica, nos últimos anos, compromete a capacidade do SUS de atender seus propósitos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O procedimento para a internação excepcional de pacientes em prestadores de saúde privados, no âmbito da urgência e emergência, que ocorre através da compra de leitos e/ou recursos assistências na rede privada é uma ferramenta extremamente relevante para a operacionalização do SUS. Através dele é possível romper diversas barreiras como vazios assistenciais, sobrecarga da rede SUS, limitações de ordem burocrática, para salvar vidas e/ou preservar a saúde dos mineiros.

A rede de urgência e emergência do estado de Minas Gerais estruturada a partir das macrorregiões de saúde, e gerenciada pelas Centrais Regionais de Regulação Assistencial, revela-se como uma rede de grande capilaridade pelo estado, conseguindo responder a grande maioria das demandas que a ela se apresentam, o que em números correspondeu a 1.437.624 de AIH aprovadas em 2023. É ainda um modelo que segue as prescrições teóricas aglutinando as maiores densidades tecnológicas e procedimentos de alto custo em polos, promovendo economia de escala e tornando viável a execução de diversos procedimentos.

Contudo, todo esse potencial encontra barreiras para atingir níveis plenos de universalidade, equidade e integralidade. Primeiramente, as macrorregiões de saúde são localidades bem distintas entre si do ponto de vista populacional, territorial e socioeconômico. Em segundo lugar, a estruturação da rede, em especial a disponibilidade de leitos frente o contingente populacional e os serviços prestados entre 2020 a 2023 é bem distinta. Algumas regiões conseguem fazer um uso mais frequente dos leitos enquanto outras, a despeito de terem quantidade de leitos, encontram dificuldades para uso mais eficaz destes. Essa afirmação, merece atenção, pois não foi objetivo deste estudo analisar os tipos de leitos presentes em cada região, logo, podem ter regiões que a despeito de terem leitos disponíveis, estes não são compatíveis com o procedimento prescrito e nem a estrutura física da unidade hospitalar dispõe de tecnologia para realização destes.

Como mencionado na introdução os dados utilizados podem ter sido influenciados pela pandemia de covid-19 e toda mobilização institucional e financeira, que foi demandada para responder a emergência em saúde, contudo não se buscou nesse estudo destacar e nem explorar este cenário, apenas analisar as informações coletadas a luz do que permitem inferir.

Os resultados apresentados apontam para necessidade de um estudo mais aprofundado, a princípio, nas macrorregiões Leste, Noroeste, Oeste, Centro Sul e Vale do Aço respectivamente. Elas se consolidaram como as principais compradoras de leitos, seja por necessidade clínica e ou ordem judicial, e dessa forma, requerem um estudo, para além da dimensão e tipo de compras. Recomenda-se, começando pela macro Leste, um estudo aprofundado dos tipos de procedimentos que ela demanda, da capacidade assistencial detalhada disponível para fazer frente aos principais procedimentos, de uma análise do fluxo das compras, bem como, da prática médica daquela localidade. Considerando que a DRAUE já dispõe de todos estes dados, é extremamente relevante para manutenção das políticas de saúde qualificar estas compras.

Ainda na linha dos resultados, o comportamento do custo aponta para um horizonte de insustentabilidade, uma vez que as compras ano após ano, a despeito de não haver aumento no orçamento, demandam maior execução financeira. E o ritmo como isso tem se dado, demanda atenção imediata, uma vez que as compras são completamente financiadas pelos recursos próprios do estado e o Governo de Minas Gerais recentemente aderiu ao Regime de Recuperação Fiscal que limita fortemente o incremento dos gastos. A manutenção da elevação da compra de leitos irá comprometer a capacidade de operacionalização e o volume de entregas que a política pública de saúde se propõe, aumentando as barreiras para alcance dos objetivos do SUS.

Os achados deste estudo confirmam a hipótese de aumento persistente e relevante dos gastos com a compra de leitos, revelando perca do caráter excepcional deste procedimento, em virtude do volume identificado na prática. Considerando tudo que foi mencionado, recomenda-se estudos complementares de caráter assistencial, em especial das macrorregiões apontadas como principais compradoras de leito. Ainda, é necessário pensar em alternativas para incentivar o credenciamento de leitos SUS pelos parceiros privados, em especial nas regiões que se mostraram intensivas em compras. Por fim, retomando a epígrafe deste trabalho “não se gerencia o que não se mede (...)”, este documento busca contribuir para que os dados que ele destaca evidenciem o problema e contribuam para tomada de decisão mais assertiva dos gestores que conduzem essa política pública de saúde.

REFERÊNCIAS

BENEVIDES, R. P. de Sá; FUNCIA, F. **SUS: Avaliação da eficiência do gasto público em saúde**. Capítulo 8: Desafios para melhorar a qualidade dos gastos do SUS. IPEA, 2023

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico**. 3ª Ed. Brasília, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Brasil. Tribunal de Contas da União. **Referencial básico de governança aplicável a órgãos e entidades da administração pública / Tribunal de Contas da União. Versão 2** - Brasília: TCU, Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, 2014. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.631, de 1 de outubro de 2015**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programação, regulação, controle e financiamento da MAC – Atenção Hospitalar (Leitos e Internações)**. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Brasília, 2021

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei 14.133 de 2021**. Brasília, 2021

DUARTE, Ivomar Gomes (1999). **Leitos hospitalares – algumas considerações**. RAS, Vol. 2, Nº 5, p. 5-9. Dez, 1999

FILHO, A.S; JARDIM, T.V; VIEIRA, L. **Judicialização em Saúde**. Subsecretaria de Saúde. Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS. 10 de maio de 2022.

HAIR, J. F; **Fundamentos de Métodos de Pesquisa em administração**. Bookman, 2005

LIMA, L. D. et al. **Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012.

MENDES, E. V; **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

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

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução nº 637**, de 25 de junho de 1993. Belo Horizonte, 1993.

MINAS GERAIS, Assembleia Legislativa de. **Lei Estadual nº 13.317**, de 24 de setembro de 1999: Contém o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1999

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Fazenda. **Relatório de Sustentabilidade do Endividamento 2020**. Belo Horizonte, 2020

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 8.340**, de 21 de setembro de 2022. Belo Horizonte, 2022.

MINAS GERAIS. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.394. Belo Horizonte, 2023

MINAS GERAIS. Tribunal de Justiça do estado de. **Nota técnica nº 08/2023**. Centro de Inteligência da Justiça de Minas Gerais (CIJMG). Belo Horizonte, 2023

MINAS GERAIS, Assembleia Legislativa de. **Lei Estadual nº 24.313**, de 18 de abril de 2023: Estabelece a estrutura orgânica do Poder Executivo do Estado e dá outras providências. Belo Horizonte, 2023

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES/MG nº 9293**, de 03 de janeiro de 2024. Belo Horizonte, 2024

OLIVEIRA, N. R. de C; **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. Universidade Federal do Maranhão, EDUFMA, São Luiz, 2016.

OLIVEIRA, Renan Guimarães de. **A regulação e o trabalho do médico regulador na internação hospitalar**. Rio de Janeiro: UFRJ/UFF/UERJ/FIOCRUZ, 2020.

PARRA, R. de V. **REGULAÇÃO DO ACESSO À INTERNAÇÕES HOSPITALARES DE URGÊNCIA NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**. Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2019

VANZELLA, E; NASCIMENTO, J. A. Do; SANTOS, S. R. Dos. **O NÚMERO DE HOSPITAIS E DE LEITOS SUS, NA CIDADE DE PORTO ALEGRE - RS: um estudo de 2005 a 2016**. X Congresso Internacional de Envelhecimento Humano, João Pessoa-PB, 2023

VENTURA, M; SIMAS, L; PEPE, V. L. E; SCHRAMM, F. R. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010

VENTURA, M. **O processo decisório judicial e assessoria técnica**: a argumentação jurídica e médico-sanitária na garantia do direito à assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde. 2012. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2012.

VIANA, A. L. d'A; LIMA, L. D. de. **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra capa, 2011

VIANA, A. L. A; BOUSQUAT, A; PEREIRA, A. P. C. M; UCHIMURA, L. Y. T; ALBUQUERQUE, M. V; MOTA, P. H. S; DEMARZO, M. M. P; FERREIRA, M. P; **Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil**. Revista Saúde Sociedade. São Paulo, v.24, n.2, p.413-422, 2015

ZERAATI, Hojjat et al (2005). **Required Hospital Beds Estimation: A Simulation Study**. Journal of Applied Sciences 5 (7) 1189-1191.

APÊNDICE

Considerando que o Ministério da Saúde atualmente entende que a quantidade mínima de leitos depende de diversos fatores locais, e ainda que a recomendação da OMS não foi atendida pelo estado, no intuito, de comparar as regiões pensou-se em calcular um valor que represente o número mínimo de leitos que dada região deveria ter para atender a demanda que a ela foi apresentada. É nesse contexto que surge o “Mínimo Extremo Necessário de Leitos SUS”, um número que faz uso da quantidade de AIH aprovadas em determinada região, bem como, da média de permanência dos pacientes naquela região, para estimar, em condições ideais (desconsiderando: tempo de troca de pacientes que estão ocupando o leito, limitações de ordem física, operacional e de recursos humanos) o número de leitos, mínimo teórico, que atenderiam os pacientes.

O cálculo deste valor faz uso da seguinte relação:

$$MENL = \frac{AIH_{Aprovada_noAno}/12}{30/MediaAnual_Permanencia}$$

Onde:

$AIH_{Aprovadas_no_ano}$ = Total de AIH aprovadas no exercício (ano)

$MediaAnual_Permanencia$ = valor médio em dias que o paciente permaneceu ocupando um leito

- A divisão por 12 do numerador é para determinar média mensal de AIH
- O número 30 do denominador é para referenciar, no período de um mês (30 dias), quantas pessoas poderiam ocupar um determinado leito, considerando a média de permanência

Logo, é extraído do DataSUS por macrorregião e por ano, a quantidade de AIHs aprovadas, bem como, o tempo médio de permanência dos pacientes da respectiva macrorregião. A valor obtido de AIHs é dividido por 12 para obter uma media mensal. Já para conferir o tempo que cada paciente estaria fazendo uso do leito, é realizada a divisão de 30 (dias) pela média de permanência do paciente, e dessa forma, obtém-se ao longo de um mês quantos pacientes determinado leito poderia receber. Partindo desses dois cálculos iniciais, média de pacientes por mês, e quantidade de pacientes por leito, é feita a razão entre eles para saber quantos leitos mínimos são necessários naquela localidade.

O valor obtido para MENL é relacionado com o total de leitos SUS disponíveis na macrorregião para obter o indicador de frequência de uso dos leitos. Esse indicador tem mínimo igual 1, o que significa que, a quantidade real de leitos disponíveis foi equivalente a quantidade, hipotética, de mínimo extremo necessário de leitos. Quanto mais próximo de 1, mais intenso é o uso de leitos, ou seja, mais pacientes estão utilizando-os em um menor intervalo de tempo. Quanto mais distante, menos pacientes estão ocupando o leito hospitalar durante o mês, ou seja, a demanda tem sido inferior a disponibilidade de estrutura física de atendimento. Vale destacar, que esse indicador não faz distinção entre tipos de leitos, tipos de procedimentos e nível de complexidade. Apenas considera os números totais da relação entre demanda e oferta por leitos totais (internação mais complementar).

A seguir, são apresentadas tabelas contendo os valores obtidos do DataSUS para composição e cálculo do MENL por macrorregião.

Mínimo Extremo Necessário de Leitos SUS

1) Macrorregião Sul

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.858	89	3.300	117	15,5%	31,5%
Media mensal de permanência (em dias)*	4,6	4,5	5	5,9	8,7%	31,1%
MENL por nível de complexidade	438	13	550	23	25,5%	72,4%
MENL (MC + AC)**	452		573		26,9%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.472		1.634		11,0%	
margem % entre disponíveis e MENL***	226%		185%		-18,1%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

* Obtida através da soma das medias mensais do ano e dividido por 12.

** Mínimo extremo necessário de leitos para atender as demandas de internação da região, incluso todos níveis de complexidade.

*** Indica em termos percentuais, em qual medida a quantidade de leitos disponíveis ultrapassa o mínimo hipotético.

2) Macrorregião Centro-Sul

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.171	167	2.482	167	14,3%	0,0%
Media mensal de permanência (em dias)	7,7	5,7	7	4,4	-9,1%	-22,8%
MENL por nível de complexidade	557	32	579	24	3,9%	-22,8%
MENL (MC + AC)	589		604		2,5%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.435		1.406		-2,0%	
margem % entre disponíveis e MENL	144%		133%		-7,5%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

3) Macrorregião Centro

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	24.200	2.091	26.213	2.365	8,3%	13,1%
Media mensal de permanência (em dias)	6,25	6,22	6,64	6,63	6,2%	6,6%
MENL por nível de complexidade	5.042	434	5.802	523	15,1%	20,6%
MENL (MC + AC)	5.475		6.324		15,5%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	9.203		9.980		8,4%	
margem % entre disponíveis e MENL	68%		58%		-15,1%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

4) Macrorregião Jequitinhonha

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	1.255	36	1.957	51	55,9%	41,7%
Media mensal de permanência (em dias)	4,8	7,5	4,6	10,5	-4,2%	40,0%
MENL por nível de complexidade	201	9	300	18	49,4%	98,3%
MENL (MC + AC)	210		318		51,5%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	730		808		10,7%	
margem % entre disponíveis e MENL	248%		154%		-37,8%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

5) Macrorregião Oeste

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.418	82	3.175	189	31,3%	130,5%
Media mensal de permanência (em dias)	4,7	6,2	5,2	5,3	10,6%	-14,5%
MENL por nível de complexidade	379	17	550	33	45,3%	97,0%
MENL (MC + AC)	396		584		47,5%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.473		1.465		-0,5%	

margem % entre disponíveis e MENL	272%	151%	-44,5%
-----------------------------------	------	------	--------

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

6) Macrorregião Leste

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	1.964	142	2.724	108	38,7%	-23,9%
Media mensal de permanência (em dias)	4,8	3,5	4,7	5,9	-2,1%	68,6%
MENL por nível de complexidade	314	17	427	21	35,8%	28,2%
MENL (MC + AC)	331		448		35,4%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	963		1.053		9,3%	
margem % entre disponíveis e MENL	191%		135%		-29,3%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

7) Macrorregião Sudeste

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.979	271	3.567	335	19,7%	23,6%
Media mensal de permanência (em dias)	6,6	7	6,7	7,7	1,5%	10,0%
MENL por nível de complexidade	655	63	797	86	21,6%	36,0%
MENL (MC + AC)	719		883		22,8%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	3.336		3.413		2,3%	
margem % entre disponíveis e MENL	364%		287%		-21,3%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

8) Macrorregião Norte

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	5.772	273	7.655	333	32,6%	22,0%
Media mensal de permanência (em dias)	4,7	6,6	4,8	7,6	2,1%	15,2%
MENL por nível de complexidade	904	60	1.225	84	35,4%	40,5%
MENL (MC + AC)	964		1.309		35,8%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	2.165		2.329		7,6%	
margem % entre disponíveis e MENL	125%		78%		-37,4%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

9) Macrorregião Noroeste

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	1.995	4	2.499	14	25,3%	250,0%
Media mensal de permanência (em dias)	4,8	5,2	5,1	6,2	6,3%	19,2%

MENL por nível de complexidade	319	1	425	3	33,1%	317,3%
MENL (MC + AC)	320		428		33,7%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	775		861		11,1%	
margem % entre disponíveis e MENL	142%		101%		-28,8%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

10) Macrorregião Leste do Sul

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.103	53	2.356	66	12,0%	24,5%
Media mensal de permanência (em dias)	4,9	5,8	5,5	7,1	12,2%	22,4%
MENL por nível de complexidade	343	10	432	16	25,7%	52,4%
MENL (MC + AC)	354		448		26,5%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.015		1.081		6,5%	
margem % entre disponíveis e MENL	187%		142%		-24,3%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

11) Macrorregião Nordeste

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	3.376	49	3.833	48	13,5%	-2,0%
Media mensal de permanência (em dias)	4,1	5,1	4,7	5,2	14,6%	2,0%
MENL por nível de complexidade	461	8	601	8	30,2%	-0,1%
MENL (MC + AC)	470		609		29,6%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.382		1.477		6,9%	
margem % entre disponíveis e MENL	194%		143%		-26,6%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

12) Macrorregião Triângulo do Sul

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.363	124	3.029	156	28,2%	25,8%
Media mensal de permanência (em dias)	5,7	9,1	5,8	8	1,8%	-12,1%
MENL por nível de complexidade	449	38	586	42	30,4%	10,6%
MENL (MC + AC)	487		627		28,9%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.208		1.277		5,7%	
margem % entre disponíveis e MENL	148%		104%		-30,1%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

13) Macrorregião Triângulo do Norte

Variável	2020	2023	Variação % 2020/2023
----------	------	------	----------------------

	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	4.812	259	6.287	357	30,7%	37,8%
Media mensal de permanência (em dias)	5	5,4	5,7	8,7	14,0%	61,1%
MENL por nível de complexidade	802	47	1.195	104	48,9%	122,1%
MENL (MC + AC)	849		1.298		53,0%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.829		2.279		24,6%	
margem % entre disponíveis e MENL	116%		76%		-34,6%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

14) Macrorregião Vale do Aço

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.262	146	3.091	161	36,6%	10,3%
Media mensal de permanência (em dias)	5,7	6,4	5,4	5,7	-5,3%	-10,9%
MENL por nível de complexidade	430	31	556	31	29,5%	-1,8%
MENL (MC + AC)	461		587		27,3%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	782		930		18,9%	
margem % entre disponíveis e MENL	70%		58%		-16,1%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

15) Macrorregião Extremo Sul

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.318	226	3.320	272	43,2%	20,4%
Media mensal de permanência (em dias)	5	5,4	4,8	5,3	-4,0%	-1,9%
MENL por nível de complexidade	386	41	531	48	37,5%	18,1%
MENL (MC + AC)	427		579		35,7%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.042		1.199		15,1%	
margem % entre disponíveis e MENL	144%		107%		-25,7%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

16) Macrorregião Sudoeste

Variável	2020		2023		Variação % 2020/2023	
	MC	AC	MC	AC	MC	AC
Media anual (n° AIH aprovadas ano/12)	2.154	256	2.691	250	24,9%	-2,3%
Media mensal de permanência (em dias)	6,3	3,7	5,9	4,7	-6,3%	27,0%
MENL por nível de complexidade	452	32	529	39	17,0%	24,0%
MENL (MC + AC)	484		568		17,5%	
Total de leitos disponíveis ao SUS (MC + AC)	1.611		1.765		9,6%	
margem % entre disponíveis e MENL	233%		211%		-9,6%	

Elaboração Própria. Fonte: tabnet/DATASUS

Os resultados obtidos para o MENL e especialmente para a margem entre ele e o número de leitos disponíveis revelam um cenário de diferenças consideráveis entre as regionais. Revelam ainda, respostas distintas dos equipamentos de saúde frente as internações que são apresentadas uma vez que os tempos médios são bem distintos, a despeito de procedimentos similares.