

Governança Pública Em Saúde e Os Vazios Assistenciais – Territorialização Para O Planejamento E Ações Do Estado

*Public Governance in Health and the Gaps in Social Assistances -
Territorialization for Planning and Actions of the State*

Vivian Patrícia Raksa
Antonio Gonçalves Oliveira
Christian Luiz Silva

GOVERNANÇA PÚBLICA EM SAÚDE E OS VAZIOS ASSISTENCIAIS – TERRITORIALIZAÇÃO PARA O PLANEJAMENTO E AÇÕES DO ESTADO

Public Governance in Health and the Gaps in Social Assistances - Territorialization for Planning and Actions of the State

*Vivian Patrícia Raksa
Antonio Gonçalves Oliveira
Christian Luiz Silva*

Resumo: A saúde é Direito Fundamental assegurado constitucionalmente como Direito de todos e dever do Estado. Já a governança pública em saúde é a interação entre os diferentes atores e grupos de interesses na busca de objetivos, conjuntamente definidos, por meio de uma gestão compartilhada entre os agentes (Estado/governo) e os principais (povo/administrados/usuários) da relação. Assim este artigo tem como objetivo identificar os vazios assistenciais de leitos hospitalares, estudando-se também a governança pública em saúde e seus princípios aplicáveis. Metodologicamente o trabalho tem caráter aplicado, sustentado por pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem finalística comparada. Como resultados restou comprovada a relevância da territorialização/regionalização em saúde para o planejamento e ação do Estado sobre os vazios assistenciais.

Palavras-Chave: Governança Pública; Saúde Pública; Direito Fundamental; Território; Vazios Assistenciais.

Abstract: Health is a Fundamental Right, constitutionally guaranteed as a Right to all and a duty of the State. On the other hand, public health governance is the interaction between the different actors and interest groups in pursuit of goals commonly defined, through a shared management between the agents (State / government) and the leaders (people / administrators / users) of the relationship. So this article aims to identify assistance gaps in hospital beds, also looking into public health governance and its applicable principles. Methodologically, the work has applied character, supported by exploratory and descriptive research with a compared finalistic approach. As a result, the relevance of territorialization / regionalization in health for State planning and action on the assistance voids remained proven.

Keywords: Public Governance; Public Health; Fundamental Right; Territory; Assistance Voids.

JEL: I18.

Introdução

O Brasil positivou o direito universal à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma política pública de estado inovadora e audaciosa. Inovadora porque possui como princípios a universalidade, integralidade e igualdade no atendimento a todo cidadão brasileiro; e audaciosa porque se propõe a fazê-lo de maneira descentralizada, hierarquizada e regionalizada, respeitando as particularidades de cada região do território nacional.

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

Registre-se que na organização geoespacial do SUS, com ênfase na distribuição de leitos hospitalares, devem ser considerados três componentes essenciais: descentralização, hierarquização e regionalização, o que permite a transferência do poder decisório em saúde – antes concentrado na esfera federal – para estados e destes para os municípios. Dessa forma, redefinem-se as responsabilidades em saúde entre os entes federados e reforça-se a importância dos estados e municípios na condução da política de saúde, considerando-se a efetiva participação do cidadão/usuário, definido como o principal da relação de agência centrada na governança enquanto instrumento de gestão equitativa.

Máxime então neste lume que para este estudo ampliando-se o espectro da governança pública para governança pública em saúde, esta última pode ser entendida como o sistema (defendido também o entendimento como modelo de gestão) que determina o equilíbrio de poder entre todos os envolvidos com o objetivo de permitir que o bem comum prevaleça sobre os interesses de pessoas ou grupos, sendo que a organização (no caso os entes/órgãos executores da política pública) ao desenvolver e atingir o melhor desempenho, alcançando seus objetivos, resulta em satisfação a todos os atores envolvidos (MATIAS-PEREIRA, 2010 e BRESSER-PEREIRA, 2007), sendo eles os *stakeholders* da relação: o agente (Estado/Governo) e o principal (cidadão/usuário/contribuinte).

Diante da relevância da temática, aliado a seu objetivo proposto, este estudo busca resposta ao seguinte problema: Como a governança pública em saúde pode contribuir para a identificação dos vazios assistenciais de leitos hospitalares para subsídio às ações do Estado?

Frente ao objetivo proposto de identificar os vazios assistenciais de leitos hospitalares, estudando-se também a governança pública em saúde e seus princípios aplicáveis, é relevante contextualizar que devido à ausência de convergência teórica acerca do termo vazio assistencial este estudo o define como área territorial que apresenta déficit na quantidade de leitos hospitalares. Consoante, a definição de leitos hospitalares é determinada pelo Ministério da Saúde (2002) como: “cama numerada e

identificada destinada à internação de um paciente de um hospital, localizada em um quarto, enfermaria ou Unidade de Terapia Intensiva (UTI)”; e os parâmetros de cobertura assistencial hospitalar no SUS são definidos pela Portaria GM/MS n.º 1.101/2002.

Para atingir o objetivo proposto e responder à questão norteadora, metodologicamente este estudo materializa-se a partir de pesquisa de cunho qualitativo, com objetivos exploratórios e descritivos que se utilizou, para a coleta de dados, de procedimentos bibliográficos e documentais para obtenção do quantitativo de leitos hospitalares atuais comparativamente ao ideal regulamentado para o Estado do Paraná. A análise comparativa desses cenários permitiu a identificação dos vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde e a territorialização.

Destaque-se que este estudo, consoante a delimitação de seu escopo teórico, não tem o condão de imiscuir-se em aprofundamentos e incursões teóricas sobre a noção de territorialismo, realizadas por diferentes vertentes das ciências humanas e sociais, limitando-se, então, àquela vista por Cantelmo et. al. (2015) como uma das mais fortes tradições de utilização do conceito de território: como forma jurídico-política. Tal forma é definida em parte da Geografia Política, em que território e territorialidade também correspondem a uma expressão geográfica de poder, como defendido por (Cox, 2002). Na mesma linha de raciocínio, Cantelmo et. al. (2015) asseveram então que a compreensão de território “está relacionada aos fundamentos materiais do Estado (...) reforça essa concepção estatal de território, em que a dimensão econômica de poder está incrustada sob forma, ou alimentada pelo discurso em torno, da ideia de desenvolvimento”.

Em justificativa a este trabalho, merece destaque o fato de que embora haja diversos e relevantes estudos sobre a temática do territorialismo realizados por diferentes vertentes das ciências humanas e sociais, estudos específicos sobre territorialização/regionalização e governança pública em saúde são escassos e, além disso, não foram evidenciados estudos que avaliem o seu potencial para otimização de leitos hospitalares e redução de vazios assistenciais, demonstrando que essa temática, embora fértil é pouco estudada.

Para cumprir sua proposta, este artigo divide-se em seis partes, sendo esta introdução a primeira delas, a segunda aquela que trata da aplicação da governança pública em (para) Saúde e principiologias. Na terceira parte são demonstradas as necessidades de Leitos Hospitalares e os vazios assistenciais - o que são e como reduzi-los -, seguida pela quarta parte que traz a pesquisa e a análise e discussão dos resultados, finalizando-se textualmente com a quinta parte aonde se tem as conclusões e as sugestões para novos estudos, reconhecendo ser este apenas um recorte de tão fértil campo para o desenvolvimento novos trabalhos que podem contribuir fortemente com o desenvolvimento do conhecimento nesse elo imbricante entre governança pública em saúde e territorialização como subsídio às ações do estado visando ao bem comum de todos.

2. Governança Pública em (para) Saúde e Principiologia

Os desafios de ordem política, social e econômica enfrentados na atualidade motivam novas abordagens para a governança, no entanto a saúde é um dos desafios que nem sempre é considerado prioritário. Entretanto, a maior parte dos desafios atuais tem efeitos consideráveis sobre a saúde, sendo que dentre os principais desafios podem ser citados: 1) os processos de longo prazo, como as transições epidemiológicas e demográficas, urbanização, as mudanças climáticas e as crescentes disparidades

econômicas; e 2) os choques sistêmicos, como os desastres naturais e surtos de doenças. Esses problemas possuem alta complexidade, exigem abordagens sistêmicas e respostas de todos os níveis (KICKBUSCH; GLEICHER, 2012).

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

Ou seja, a governança da saúde diz respeito às melhores práticas para gestão em saúde, que consideram a interação entre os atores envolvidos, desde governo até sociedade, e a dinâmica dos processos envolvidos na tomada e implementação das decisões. Nesta toada, para Kickbusch e Gleicher (2012, p. 1) tendo-se a busca da saúde como um elemento essencial do bem-estar, pelo governo e toda a sociedade a governança para a saúde

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

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

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

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

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

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

De acordo com Ibanhes et al. (2007), pode ser evidenciada uma confusão terminológica sobre a governança em saúde, pois em determinado momento a noção de governança se apresenta como avanço e incorporação de novos atores e demandas sociais,

e em outro momento é entendida como ponte para os interesses transnacionais e as agências financiadoras internacionais.

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

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

Evidencia-se, dessa forma, no quadro 2, a existência de três definições relacionadas à governança em saúde.

Quadro 2 - Definições de Governança em Saúde

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

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

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

Devido à ausência de convergência teórica acerca dos princípios da governança em saúde, este estudo entende que para área da saúde, assim como para todas as áreas de atuação da máquina pública é recorrente, de acordo com Oliveira e Pisa (2015), a preocupação com a transparência, prestação de contas, integridade e participação. No mesmo matiz, entende-se então que para existir a boa governança, deve-se estar presente o fator "participação proativa de todos os atores envolvidos, dirigentes, políticos, órgãos de controle e, em especial, da sociedade organizada" (MATIAS-PEREIRA, 2010, p.124).

Não obstante as diferentes contribuições acerca da principiologia que envolve o estudo da Governança Pública, neste artigo, como se vê no quadro 3 evidenciam-se dez princípios para a governança pública em saúde, dos quais nove são comuns a toda máquina pública e um é específico à saúde.

Quadro 3 - Princípios da Governança Pública em Saúde.

Princípios	Definição	Aplicação na Saúde
Transparência	Disponibilização de informações claras sobre as ações executadas;	Portal da transparência disponível nos sites institucionais do Ministério da

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

Fonte: Elaborado pelos autores com base em Matias-Pereira (2010), Oliveira e Pisa (2015) e Buss *et al.* (2012).

De todos, destaca-se no escopo deste estudo o décimo e último princípio evidenciado, o qual diz respeito à regulação e a vigilância em saúde. Merecido o destaque, pois este foi o único princípio encontrado na literatura relacionado, de fato, à atenção à saúde, sendo proposto por Buss *et al.* (2012, p.1487) como sendo “(...) a ação normativa do poder do Estado sobre um conjunto de atividades econômicas e sociais que impactam a saúde humana e o ambiente, é um dos mais poderosos mecanismos para o efetivo exercício da governança nestes setores”.

Os mesmos autores (BUSS *et al.* 2012) apresentam este princípio como regulamentador das ações e serviços de saúde, pois eles (os autores) preveem a criação e

emissão de leis e normativas em saúde, sendo o cumprimento das mesmas de responsabilidade do *compliance*. Mercê, neste estudo chama-se este princípio de regulamentação e vigilância em saúde, para se evitar confusões terminológicas com o termo regulação de leitos hospitalares.

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

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

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

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

3. Necessidade de Leitos Hospitalares e os Vazios Assistenciais: o que são e como reduzi-los

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

De acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02, os parâmetros de cobertura para assistência hospitalar devem ser calculados “com base na expectativa esperada de internações por habitante/ano, em quatro clínicas básicas: Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e Cirurgia, contemplando, ainda, as internações decorrentes de Cuidados Prolongados, Psiquiatria, Tisiologia, Reabilitação” conforme mostrado pelo quadro 4.

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

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

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

NIHE = Número de Internações Hospitalares Esperadas.

De acordo com o número de internações, as fórmulas para cálculo por especialidade/população no ano são demonstradas no quadro 4:

Quadro 4 - Fórmulas para Cálculo por Especialidade/População no Ano.

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

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

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

(2) A especialidade Psiquiatria Hospital Dia não é contabilizada no total de leitos hospitalares, porque é caracterizado como atendimento ambulatorial.

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

Por sua vez, a necessidade de leitos hospitalares é definida pela Portaria GM/MS n.º 1.101/02, conforme descrito no quadro 5.

Quadro 5 - Necessidade de Leitos Hospitalares.

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

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

A Portaria GM/MS n.º 1.101/02 determina o padrão para o cálculo de leitos em unidade de recuperação pós-anestésica baseado no quantitativo de salas cirúrgicas, assim

como o quantitativo de salas de pré parto baseado no quantitativo de salas de parto, no entanto, não orienta como estabelecer o quantitativo de salas cirúrgicas e parto.

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

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

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

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

CIL = Capacidade de Internações por leito/ano

TMP = Tempo de Média de Permanência

TOH = Taxa de Ocupação Hospitalar

Registre-se que o tempo de média de permanência (TMP) é um dos indicadores que define o rendimento/produtividade dos leitos em cada especialidade. De acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02 o parâmetro de TMP encontra-se no quadro 6.

Quadro 6 - Parâmetros para o Cálculo da Taxa de tempo Médio de Permanência Hospitalar.

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

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

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

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

Equação 3 - Cálculo do Número de Leitos Necessários

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

LN = Leitos Necessários

NIP = N.º De Internações Programadas

CIL = Capacidade De Internações Por Leito

Assim como a Portaria GM/MS n.º 1101/02 determinou os parâmetros para a necessidade de leitos gerais, ela também definiu os parâmetros para o cálculo da necessidade de leitos hospitalares, por clínica. No quadro 7 evidencia-se o quantitativo absoluto de leitos hospitalares por clínica, necessários para cada 1000 habitantes.

Quadro 7 - Parâmetros para o Cálculo da Necessidade de Leitos Hospitalares a cada 1000 habitantes.

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

Fonte: Portaria GM/MS n.º 1.101/02.

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

Diante do exposto, evidencia-se que desde 2002 o Ministério da Saúde definiu a previsão de internamentos por ano, assim como a necessidade de leitos hospitalares; leitos de UTI e leitos por clínica para cada 1000 habitantes.

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

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

A atual crise dos sistemas de atenção à saúde que se manifesta, em maior ou menor grau, em diversos países do mundo, decorre de uma incoerência entre a situação de saúde de transição demográfica e epidemiológica e o modo como se estruturam as respostas

sociais deliberadas às necessidades das populações. Essa crise decorre da incongruência entre uma situação de saúde do século XXI, convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX (MENDES, 2010).

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

Quando se trata do gasto com saúde, o envelhecimento da população e consequente aumento da demanda poderão acarretar um aumento das despesas com saúde em relação ao PIB de aproximadamente 30% até 2050, ou seja, dos atuais 8,2% para 10,7% (MENDES et al., 2012). De acordo com os mesmos autores, essas projeções devem ser encaradas como uma sinalização das mudanças que estão acontecendo no Brasil, e servir de suporte para o planejamento das ações e para a adequação da oferta à demanda por ações/serviços de saúde no país.

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

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

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

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

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

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

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

A ação inicial para redução dos vazios assistenciais consiste na realização da

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

4. A Pesquisa: Análise e Discussão dos Resultados

A pesquisa se desenvolveu visando a identificação dos vazios assistenciais como subsídio à ação do Estado mediante emprego dos princípios de governança pública em saúde. Dessa forma tem-se primeiramente o panorama da distribuição de leitos hospitalares no Estado do Paraná apresentando-se o cenário atual da distribuição de leitos hospitalares comparativamente ao ideal regulamentado, o que possibilitou a identificação dos vazios assistenciais. Para tanto, faz-se relevante apresentar os dados populacionais por região e macrorregião de saúde de acordo com o IBGE e que podem ser evidenciados no quadro 8.

Consoante ao escopo deste estudo, os resultados tomam forma e são evidenciados em nível macrorregional e por especialidade, fato que não desmerece futuros possíveis estudos em nível regional.

Quadro 8 - População por Regional e Macrorregional de Saúde – Paraná.

Macrorregional	Regional		
	Nome	Municípios	População
Macrorregional Leste	1. ^a RS – Paranaguá	7	265.392
	2. ^a RS - Curitiba	29	3.223.836
	3. ^a RS - Ponta Grossa	12	575.463
	4. ^a RS – Irati	9	160.962
	5. ^a RS - Guarapuava	20	441.070
	6. ^a RS - União da Vitória	9	165.299
	21. ^a RS Telêmaco Borba	7	172.922
	Total	93	5.004.944
Macrorregional Norte	16. ^a RS - Apucarana	17	346.972
	17. ^a RS - Londrina	21	871.267
	18. ^a RS - Cornélio Procópio	21	225.961
	19. ^a RS - Jacarezinho	22	278.111
	22. ^a RS - Ivaiporã	16	139.337
	Total	97	1.861.648
Macrorregional Oeste	7. ^a - RS - Pato Branco	15	249.793
	8. ^a RS - Francisco Beltrão	27	337.703
	9. ^a RS - Foz do Iguaçu	9	388.795
	10. ^a RS - Cascavel	25	507.385
	20. ^a RS – Toledo	18	358.660
	Total	94	1.842.336
Macrorregional Noroeste	11. ^a RS - Campo Mourão	25	334.125
	12. ^a RS - Umuarama	21	265.092
	13. ^a Cianorte	11	142.433
	14. ^a RS - Paranavaí	28	260.544
	15. ^a RS - Maringá	30	733.404
	Total	115	1.735.598
TOTAL	22. ^a RS	399	10.444.526

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do IBGE.

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

Máxime que atualmente existem 461 hospitais no estado, dos quais 410 são hospitais gerais e 51 são hospitais especializados. A regional de saúde com maior concentração de hospitais é, por óbvio, a mais populosa: a 2.^a RS - Curitiba, com 89, dos quais 65 são hospitais gerais e 24 hospitais especializados, e a regional de saúde com menor concentração de hospitais é a 21.^a RS -Telêmaco Borba, com apenas 5 hospitais gerais.

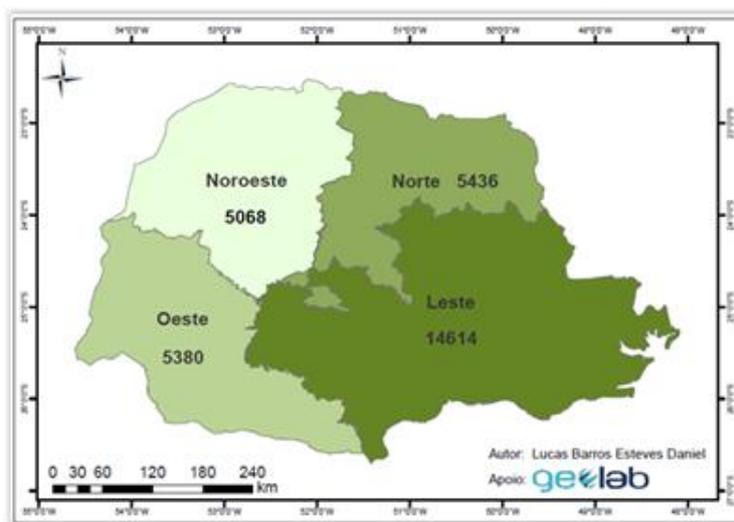
As informações populacionais mostradas no quadro 8 são fundamentais para identificação do cenário ideal regulamentado da distribuição de leitos hospitalares, que para o estado do Paraná, de acordo com a Portaria GM/MS n.º 1.101/02, seria de 30.498 leitos hospitalares em contraponto aos 29.451 leitos hospitalares existentes, o que demonstra um déficit de 1.047 leitos. A figura 1 mostra qual seria a distribuição ideal dos 30.498 leitos no Estado do Paraná, por macrorregião.

Registre-se, porém, que não é objetivo central deste estudo encerrar-se somente nas totalidades por macrorregião, motivo pelo qual faz-se também, respeitada a sua (de)limitação, a análise dos cenários para cinco tipos de leitos (4 especialidades e UTI) definidas por suas relevâncias no ambiente hospitalar, não se desmerecendo, em nenhuma hipótese, as demais especialidades existentes, ficando desde já a sugestão de suas incorporações em futuros estudos com proximidade temática ou de mesma natureza ao objeto deste artigo.

Nesse sentido, o quadro 9 traz o panorama do cenário ideal regulamentado comparado ao cenário atual, com a evidência de déficits de leitos hospitalares (somente para as cinco especialidades objetos deste estudo) no estado do Paraná.

Tem-se então que todas as especialidades, com exceção da pediatria, apresentaram quantitativo de leitos superior ao regulamentado. Não obstante, do total de 1.047 leitos de déficit para o estado descrito alhures, 742 são da pediatria observados nas macrorregiões leste (-719), oeste (-13) e noroeste (-48). Os outros 305 leitos em déficit estão distribuídos nas demais especialidades que não são foco deste estudo.

Figura 1 -Cenário Ideal Regulamentado da Distribuição de Leitos Hospitalares por Macrorregional de Saúde – Paraná.



Fonte: Fonte TabWin/Datasus.
Elaboração: Geolab/UDESC.

Analisando-se o todo observa-se que somente a macrorregional norte apresenta superávit na quantidade de leitos em todas as especialidades. Registre-se que os déficits de leitos pediátricos nas macrorregionais oeste e noroeste são relativamente pequenos se levar-se em consideração a inversão da pirâmide populacional com a diminuição no número de nascimentos. No entanto, o déficit da mesma especialidade na macrorregional leste é relevante e merece mais atenção do estado, face ao fato de ser ela a mais populosa do estado.

Quadro 9 - Panorama da Distribuição de Leitos Hospitalares por Especialidade e Macrorregional de Saúde – Paraná.

Tipo de Leito	Macrorregional Leste			Macrorregional Oeste			Macrorregional Noroeste			Macrorregional Norte			Soma		
	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit	Ideal	Real	Déficit
Cirúrgico	2407	3567	1160	886	1334	448	835	1060	225	895	1308	413	5023	7269	2246
Clínico	3998	3471	-527	1472	1736	264	1386	1644	258	1487	2025	538	8343	8876	533
Obstétrico	1276	1374	98	470	668	198	442	577	135	475	704	229	2663	3323	660
Pediátrico	1890	1171	-719	696	683	-13	656	608	-48	703	741	38	3945	3203	-742
UTI	1169	1412	243	430	384	-46	405	298	-107	435	470	35	2439	2564	125
Soma	10740	10995	255	3954	4805	851	3724	4187	463	3995	5248	1253	22413	25235	2822

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados do TabWin/DATASUS

Na especialidade UTI, por sua vez, nota-se que as macrorregionais noroeste e oeste apresentam relevante déficit na quantidade de leitos, 107 e 46, respectivamente e, também, voltando à macrorregional leste, esta apresenta um déficit considerável no quantitativo de leitos clínicos: 527 leitos.

5. Conclusões e Sugestões

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

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

Na área da saúde existem três tipos de governança: 1) Governança da Saúde: que são as melhores práticas para gestão da saúde e que consideram a interação entre os atores envolvidos e a dinâmica dos processos envolvidos na tomada e implementação das decisões; 2) Governança para Saúde: busca da saúde como um elemento essencial do bem estar pelo governo e sociedade, visto que a saúde e o bem estar são essenciais para uma sociedade bem-sucedida e uma economia próspera; e 3) Governança Global da Saúde: arranjos institucionais existentes com vistas à condução dos assuntos internacionais e globais na área da saúde.

O estudo da territorialização/regionalização dos leitos hospitalares no estado do Paraná, à luz da Portaria GM/MS n.º 1.101/02, permitiu a confirmação do pressuposto positivo deste estudo, ou seja, o processo de territorialização/regionalização é instrumento

de governança pública (e vice-versa) que contribui para a otimização de leitos hospitalares e consequente redução de vazios assistenciais no Estado do Paraná, pois a territorialização é um processo político que envolve alterações significativas na distribuição de poder e o estabelecimento de um sistema de inter-relações entre diferentes atores sociais no espaço geográfico. Requer também a criação de novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento da rede de ações e serviços de saúde no território.

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

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

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

A identificação dos vazios assistenciais de leitos hospitalares, tendo em vista o fato de que os pontos de atenção secundária e terciária em saúde devem ser referenciados em nível regional e macrorregional, a definição dos vazios, neste estudo, foi realizada por macrorregional de saúde.

Foram identificados vazios assistenciais de leitos clínicos na macrorregional leste; vazios assistenciais de leitos pediátricos nas macrorregionais leste, oeste e noroeste; e vazios assistenciais de leitos de UTI nas macrorregionais noroeste e oeste. Merece atenção especial do estado na solução/distribuição de leitos de UTI no território da macrorregional leste, haja vista ser esta a mais populosa do estado, portanto, mais demandante de tal especialidade.

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

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

Com a realização deste estudo foi possível também destacar as contribuições da governança pública em saúde como instrumento para a territorialização e ação do Estado na solução dos vazios assistenciais, haja vista a territorialização/regionalização em saúde permitir a aplicação de sete dos dez princípios da governança pública em saúde estabelecidos por este estudo, sendo eles a Transparência; Accountability; Participação; Conformidade Legal; Equidade; Eficiência; e Regulamentação e Vigilância em saúde.

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

No entanto, ao longo da pesquisa surgiram questões que não puderam ser aprofundadas, haja vista a delimitação do escopo traçado para este estudo. Nesse sentido, e com o objetivo de contribuir para ampliar o conhecimento na área de territorialização governança pública em saúde, fazem-se necessários, como sugestão, os seguintes estudos futuros: análise comparativa entre o regulamentado pela Portaria GM/MS n.º 1.101/02 e a “nova” Portaria GM/MS n.º 1.631/2015 no que tange a necessidade de leitos hospitalares; estudo das demais especialidades regulamentadas pela Portarias GM/MS n.º 1.101/02 e n.º 1.631/2015 que não foram foco deste trabalho; estudo da interferência da pirâmide populacional na necessidade de leitos hospitalares pediátricos; análise de mesmo escopo em nível de regionais de saúde; estudo da necessidade de salas cirúrgicas e de parto para o estado do Paraná, visto que as portarias referenciadas não definiram esses parâmetros, o que impossibilitou sua análise; avaliação das redes de atenção à saúde como instrumento de governança pública; e por fim o estudo da territorialização/regionalização como instrumento de governança pública em outros pontos de atenção à saúde.

Isto quer dizer que o assunto não se esgota aqui. Ao contrário, ele apenas se inicia e contribui para a temática da proposição de melhorias gerenciais para o sistema público de saúde brasileiro, concluindo-se que a contribuição da territorialização em saúde para a governança pública em saúde é fato inegável, e vice-versa, tendo em vista que a sua aplicação traz inúmeros benefícios para os gestores, para os usuários e para a sociedade enquanto *stakeholders* da relação agente/principal germinada na teoria de agência centrada na governança enquanto instrumento de gestão equitativa visando ao bem comum de todos.

Referências

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

_____. Casa Civil (2011). Decreto n.º 7508: Regulamenta a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação Inter federativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato20112014/2011/decreto/D7508.-htm>. Acesso em: 07 fev 2015.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2011A). Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: Coleção para entender a gestão do SUS. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos>>. Acesso em: 01 mai 2015.

_____. Ministério da Saúde (2015). Datasus: tabelas e aplicativos. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0608>>. Acesso em: 01 mai 2015.

BRESSER-PEREIRA, L. C. (2007). O modelo estrutural de governança pública. *Revista eletrônica sobre a reforma do Estado*. Salvador, n.10, pp.2-19, 2007.

BUSS, P. M.; MACHADO, J. M. H.; GALLO, E.; MAGALHÃES, D. P. de; SETT, A. F. F.; NETTO, F. A. F.; BUSS, D. F. (2012). Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.6, pp.1479-1491. dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000600012.

CANTELMO, W.; LOBO, C. (2015), Territorialismo e a política de desenvolvimento: estratégias de produção do território no Brasil. *Cadernos Metrópole*. São Paulo, v. 17, n. 34, pp. 355-370. dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2015-3403

COX, K. (2002). *Political geography: territory, state, and society*. Malden, Massachusetts, Blackwell Publishers.

IBANHES, L. C.; HEIMANN, L. S.; JUNQUEIRA, V.; BOARETTO, R. C.; PESSOTO, U. C.; CORTIZO, C. T.; CASTRO, I. E. N.; ROCHA, J. L.; KAYANO, J.; LUIZ, O. C.; BARBOSA, R.; TELES JUNIOR, E. (2007). Governança e regulação na saúde: desafios para a gestão na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.23, n.3, pp.575-584. dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300016

KICKBUSCH, I.; BERGER, C. (2010). Diplomacia da Saúde Global. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v.4, n.1, pp. 19-24.

KICKBUSCH, I.; GLEICHER, D. (2012). Governance for health in the 21st Century. World Health Organization. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf>. Acesso em: 20 jun 2015.

MATIAS-PEREIRA, J. (2010). Governança no setor público. São Paulo, Atlas.

MENDES, A. C. G.; SÁ, D. A.; MIRANDA, G. M. D.; LYRA, T. M.; TAVARES, R. A. W. (2012). Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.28, n.5, p.955-964. dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000500014.

MENDES, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2297-305. dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005

OLIVEIRA, A. G.; PISA, B, J. (2015). IGovP: índice de avaliação da governança pública - instrumento de planejamento do Estado e de controle social pelo cidadão. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, n. 49, pp. 1263-1290. dx.doi.org/10.1590/0034-7612136179.

PARANÁ (Estado). (2011). Plano Plurianual 2012 -2015: Lei n.º 17.013 de 14 de dez. 2011. Disponível em: <http://www.planejamento.pr.gov.br/arquivos/File/Lei_17013_de_14_12_2011_PPA_2012_2015.pdf>. Acesso em: 03 ago 2015.

SILVA, S. F. (2011). Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. v.16, n.6, pp.2753-2762. dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014

VECINA NETO, G.; MALIK, A. M. (2007). Tendências na assistência hospitalar. *Ciência de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.12, n.4, pp.825-839. dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400002.

Submetido em 20/03/2016

Aprovado em 20/10/2016

Sobre o(s) Autor(es):

Vivian Patrícia Raksa

Mestre em Planejamento e Governança Pública. Especialista em Assistência de Enfermagem ao Paciente em Estado Crítico; e em Gestão da Clínica nas Redes Metropolitanas de Atenção à Saúde. Pesquisadora membro do Grupo de Pesquisa em Gestão Pública e Desenvolvimento (UTFPR/CNPq). Enfermeira Chefe de Divisão da Superintendência de Unidades Hospitalares Próprias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná.

Email: vivianraksa@yahoo.com.br

Antonio Gonçalves Oliveira

Professor na Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) - Departamento Acadêmico de Gestão e Economia (DAGEE). Professor e Coordenador do Programa de Pós-Graduação - Mestrado em Planejamento e Governança Pública (PGP/UTFPR). Professor no Programa de Mestrado em Administração (PPGA/UTFPR). Pesquisador e líder do Grupo de Pesquisa em Gestão Pública e Desenvolvimento (UTFPR/CNPq); Bacharel em Ciências Contábeis e em Direito, Mestre em Administração e Doutor em Engenharia de Produção. Tutor do Programa de Educação Tutorial (PET/MEC) em Políticas Públicas.

Email: agoliveira@utfpr.edu.br

Christian Luiz Silva

Professor na Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) - Departamento Acadêmico de Gestão e Economia (DAGEE). Professor Permanente no Programa de Mestrado e Doutorado em Tecnologia (PPGTE/UTFPR); e no Mestrado em Planejamento e Governança Pública (PGP/UTFPR). Coordenador Adjunto dos Mestrados Profissionais dos programas de pós-graduação da Capes na área de Planejamento Urbano e Regional e Demografia (CAPES/PUR/D). Membro de assessoramento da área de administração e economia da Fundação Araucária. Bacharel em Economia, Mestre e Doutor em Engenharia de Produção, Pós-Doutor em Administração. Pesquisador e líder do Grupo de Pesquisa em Gestão Pública e Desenvolvimento (UTFPR/CNPq).

Email: christiansilva@utfpr.edu.br