

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRIA DE VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

DANIELA JOANA DE CASTRO CUNHA

**POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO: ANÁLISE E REFLEXÕES A PARTIR DO PLANO
ESTADUAL DE SAÚDE**

VITÓRIA-ES

2023

DANIELA JOANA DE CASTRO CUNHA

**POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DO
ESPÍRITO SANTO: ANÁLISE E REFLEXÕES A PARTIR DO PLANO
ESTADUAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a Dr^a Italla Maria Pinheiro Bezerra.

Área de concentração: Políticas Públicas, Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais

VITÓRIA-ES

2023

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

C972p Cunha, Daniela Joana de Castro
Política pública de atenção hospitalar do estado do Espírito Santo : análise e reflexões a partir do Plano Estadual de Saúde / Daniela Joana de Castro Cunha. - 2023.
139 f. : il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Italla Maria Pinheiro Bezerra

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2023.

1. Atenção terciária à saúde. 2. Hospitais estaduais. 3. Gestão em saúde. 4. Política de saúde. I. Bezerra, Italla Maria Pinheiro. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDD: 362.10981

DANIELA JOANA DE CASTRO CUNHA

**POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DO ESPÍRITO
SANTO: ANÁLISE E REFLEXÕES A PARTIR DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 04 de Agosto de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Italla Maria Pinheiro Bezerra

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Orientadora)

Prof^a Dr^a Fabiana Rosa Neves Smiderle

Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
(Membro Interno)

Prof^a Dr^a Andreia Maria Berto

Fundação Getúlio Vargas
(Membro externo)

AGRADECIMENTOS

À Deus por cada bênção, amor e cuidado. Que ao longo de toda a minha vida, proporcionou-me desfrutar de tudo de modo tão perfeito. Que na Sua grandeza e na minha pequenez, fez-me forte e determinada.

Ao meu esposo Paulo, meu amor, pelo apoio incondicional na busca dos meus objetivos, tornando possível vivenciar este lindo sonho e me aproximar de um novo caminho.

À minha filha Manuella, minha Manu Belle, por cada sorriso, abraço e beijinho, sendo a minha melhor parte e o maior presente de Deus.

Aos meus pais, Luiz Carlos e Zima, por terem mudado as suas vidas para acompanhar-me e propiciar-me viver este meu sonho, apoiando no cuidado do nosso maior bem, nossa princesinha Manu.

Aos meus avós, Joaquim Avelino (In memorian) e Iracema, por me terem apoiado em toda a minha vida e trajetória, sendo mais que avós. Ensinaram-me o que melhor poderia aprender, o amor e temor a Deus.

Ao meu irmão Luiz Henrique, amor da minha vida, por sempre dar força no caminhar. Gratidão pelo dom da sua vida e do meu pequeno sobrinho Gustavo, amor da titia.

À minha orientadora, Italla, por me acolher, direcionar e caminhar comigo nesta jornada. Por acreditar no meu potencial e me inspirar a ser melhor a cada dia.

Aos meus professores, por cada ensinamento vivenciado.

Aos meus familiares, por desfrutarem comigo, direta ou indiretamente, deste meu sonho e desta jornada.

Aos meus amigos por cada troca, sorrisos e apoio, mas principalmente àqueles que me direcionaram nesta fase, em especial ao Mateus e à Karen, que por muitas vezes auxiliaram nesta jornada.

Às amigas que o mestrado me trouxe, Claudia e Cristina, pelo carinho e acolhida, e aos demais pelo companheirismo, trocas e aprendizado.

Por fim, gratidão a todos que fizeram parte desta linda jornada.

Que este não seja o fim, mas apenas o início de um lindo e novo ciclo.

Aqui, no entanto nós não olhamos para trás por muito tempo, nós continuamos seguindo em frente, abrindo novas portas e fazendo coisas novas, porque somos curiosos... e a curiosidade continua nos conduzindo por novos caminhos. Siga em frente.

Walt Disney

RESUMO

Introdução: Nos últimos anos, a atenção hospitalar tem sido uma questão importante na Política Pública de Saúde, principalmente no enfrentamento da pandemia do coronavírus. No Brasil, a atenção hospitalar fortalecida pela Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que visa reformular o modelo de gestão no Sistema único de Saúde (SUS) e de delimitar as competências das esferas do governo, possui muitos desafios em sua implementação, tornando essencial acompanhar o desenvolvimento dos programas e serviços da atenção hospitalar de forma eficiente e de amplo alcance da população. **Objetivo:** Analisar a execução do plano estadual de saúde do estado do Espírito Santo quanto a organização da rede de atenção à saúde e dos indicadores de monitoramento de atenção hospitalar à luz da PNHOSP. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de análise documental, de natureza quantitativa, com coleta de dados retrospectivos, no qual compreendeu a atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, no período de 2019-2021, com ênfase na execução do plano estadual. O estudo teve como base a análise de dados secundários, extraídos de órgãos públicos, e que foram analisados à luz da literatura pertinente à temática. **Resultados:** Identificou-se que no ano de 2021, 62,48% dos leitos hospitalares do estado do Espírito Santo são do SUS, cuja proporção de leitos atingiu a marca de 2,6 leitos/mil habitantes. Quanto ao perfil das internações, há um destaque da especialidade de clínica médica, onde a região de maior número de internações globais foi representada pela região metropolitana de saúde, sendo diretamente proporcional ao número de óbitos acometidos nesta mesma região de saúde e especialidade. No que se refere aos indicadores estratégicos, o estado apresenta 5,1 dias na média de permanência geral em 2021. Quanto à taxa de mortalidade, em 2021, o indicador atingiu a marca de 5,67%. Já as infecções primárias de corrente sanguínea laboratorial (IPCSL), associadas ao uso de cateter venoso central (CVC), em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), demonstram o cenário em UTI Adulto, cuja densidade de incidência de infecção chegou a 6,10%. Ao analisar a execução das metas programadas no plano estadual de saúde, no que se refere à atenção hospitalar, percebe-se alcance de 33% nas metas em 2021. **Conclui-se** que as ações propostas no plano estadual de saúde do estado do Espírito Santo quanto à organização da rede de atenção à saúde e os indicadores de monitoramento de atenção hospitalar, quando analisados à luz da PNHOSP, tiveram impacto direto em seus resultados neste período de pandemia do coronavírus. Nota-se uma articulação quanto ao aumento do número de leitos, melhorando a proporção de leitos/habitantes e o número de internações. Entretanto, aumentou a média de permanência e o número de óbitos, o que impactou diretamente na taxa de mortalidade hospitalar. Quanto à densidade de incidência de IPCSL em CVC em UTI houve piora dos resultados, exceto em neonatologia. No que se refere ao percentual de alcance das metas, houve aumento das metas alcançadas, sendo constatado a condução de novas estratégias junto à rede de atenção hospitalar, cujo foco principal foi intervir frente às novas necessidades de articulação em rede de saúde.

Palavras-chave: Atenção terciária à saúde. Hospitais Estaduais. Gestão em saúde. Política de saúde.

ABSTRACT

Introduction: In recent years, hospital care has been an important issue in Public Health Policy, especially in the face of the coronavirus pandemic. In Brazil, hospital care strengthened by the National Policy for Hospital Care (PNHOSP), which aims to reformulate the management model in the Unified Health System (SUS) and to delimit the competences of the spheres of government, has many challenges in its implementation, making it essential to monitor the development of hospital care programs and services efficiently and with a wide reach of the population. **Objective:** To analyze the execution of the state health plan in the state of Espírito Santo regarding the organization of the health care network and the indicators for monitoring hospital care in the light of the PNHOSP. **Method:** This is an exploratory-descriptive study, with document analysis, of a quantitative nature, with retrospective data collection, which included hospital care in the state of Espírito Santo, in the period 2019-2021, with emphasis on the execution of the state plan. The study was based on the analysis of secondary data, extracted from public bodies, which were analyzed in light of the literature relevant to the subject. **Results:** It was identified that in 2021, 62.48% of hospital beds in the state of Espírito Santo belong to the SUS, whose proportion of beds reached the mark of 2.6 beds/thousand inhabitants. As for the profile of hospitalizations, there is a highlight in the medical clinic specialty, where the region with the highest number of global hospitalizations was represented by the metropolitan health region, being directly proportional to the number of deaths affected in this same health and specialty region. With regard to strategic indicators, the state has a general average stay of 5.1 days in 2021. As for the mortality rate, in 2021, the indicator reached the mark of 5.67%. On the other hand, primary laboratory bloodstream infections (IPCSL), associated with the use of a central venous catheter (CVC), in Intensive Care Units (ICU), demonstrate the scenario in an Adult ICU, whose infection incidence density reached 6.10%. When analyzing the execution of the goals programmed in the state health plan, with regard to hospital care, it is noticed that the goals reached 33% in 2021. **It is concluded** that the actions proposed in the state health plan of the state of Espírito Santo regarding the organization of the health care network and the hospital care monitoring indicators, when analyzed in the light of the PNHOSP, had a direct impact on its results in this period of the coronavirus pandemic. There is an articulation regarding the increase in the number of beds, improving the proportion of beds/inhabitants and the number of hospitalizations. However, the average length of stay and the number of deaths increased, which directly impacted the hospital mortality rate. As for the incidence density of IPCSL in CVC in the ICU, there was a worsening of the results, except in neonatology. With regard to the percentage of achievement of goals, there was an increase in the goals achieved, with the implementation of new strategies along the hospital care network, whose main focus was to intervene in the face of the new needs of articulation in the health network.

Keywords: Tertiary health care. State Hospitals. Health management. Health policy.

LISTA DE SIGLAS

ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
APS	Atenção Primária de Saúde
CAP	Caixas de Aposentadoria e Pensão
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CVC	Cateter Venoso Central
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEMAS	Departamento de Monitoramento, Avaliação e Disseminação de Informações Estratégicas em Saúde
DNSP	Departamento Nacional de Saúde Pública
EGA	Escritório de Gestão de Alta
ES	Espírito Santo
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICEPi	Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde
ICSAB	Internações Clínicas por Condições Sensíveis à Atenção Básica
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IPCSL	Infecção Primária em Corrente Sanguínea identificada laboratorialmente
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
MH	Medicina Hospitalar
NIR	Núcleo Interno de Regulação
NOAS	Normas Operacionais de Assistência de Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas e de Assistência de Saúde

OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OSS	Organização Social de Saúde
PAS	Programação Anual de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PES	Plano Estadual de Saúde
PNASS	Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROMII	Programa de Monitoramento de Intervenções e Indicadores
PS	Plano de Saúde
RAHB	Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde do Espírito Santo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - PRINCIPAIS MUDANÇAS NO MINISTÉRIO DA SAÚDE DE 1990 A 2022.....	28
QUADRO 2 - SISTEMATIZAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE PLANEJAMENTO.	39
QUADRO 3 - ESTRATÉGIAS DE PLANEJAMENTO EM SAÚDE PELO EXECUTIVO FEDERAL BRASILEIRO NO PERÍODO 2004 E 2023.....	40
QUADRO 4 - PRINCIPAIS AÇÕES ESTABELECIDAS NO RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO NO PERÍODO DE 2011 A 2021.	42
QUADRO 5 - VANTAGENS E DESVANTAGENS DO USO DE FONTES E DADOS PRIMÁRIOS OU SECUNDÁRIOS PARA ELABORAÇÃO E MONITORAMENTO DE INDICADORES DE SAÚDE.	49
QUADRO 6 - TEMÁTICAS SOBRE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO HOSPITALAR NO SUS.....	52
QUADRO 7 - ESTRATÉGIAS NORTEADORAS DAS NORMAS OPERACIONAIS.	54
QUADRO 8 - METAS DAS AÇÕES DE ATENÇÃO HOSPITALAR SEGUNDO O PLANO ESTADUAL DE SAÚDE E RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO NO BIÊNIO 2020-2021, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023.	78

LISTA DE TABELAS

- TABELA 1** - REGIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE POR NÚMERO DE MUNICÍPIOS E POPULAÇÃO RESIDENTE SEGUNDO A REGIÃO DE SAÚDE, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 63
- TABELA 2** - POPULAÇÃO RESIDENTE POR ANO SEGUNDO FAIXA ETÁRIA 1, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 63
- TABELA 3** - ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE PÚBLICO POR REGIÃO DE SAÚDE (CIR) SEGUNDO TIPO DE ESTABELECIMENTO, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 64
- TABELA 4** - BANCO DE DADOS PESQUISADOS QUE CONSUBSTANCIARAM A PESQUISA, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 65
- TABELA 5** - NÚMERO DE LEITOS HOSPITALARES SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO POR ESPECIALIDADE E PERÍODO DE REFERÊNCIA, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 68
- TABELA 6** - PROPORÇÕES DE LEITOS HOSPITALARES PÚBLICOS E NÃO PÚBLICOS POR LEITOS DE INTERNAÇÃO E COMPLEMENTARES, SEGUNDO UNIDADE FEDERATIVA E REGIÕES DE SAÚDE, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 69
- TABELA 7** - INTERNAÇÕES POR REGIÃO DE SAÚDE (CIR) SEGUNDO ANO ATENDIMENTO, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 69
- TABELA 8** - INTERNAÇÕES POR ANO PROCESSAMENTO SEGUNDO ESPECIALIDADE, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 70
- TABELA 9** - ÓBITOS POR REGIÃO DE SAÚDE (CIR) SEGUNDO ANO ATENDIMENTO, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 71
- TABELA 10** - ÓBITOS POR ANO PROCESSAMENTO SEGUNDO ESPECIALIDADE, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 72
- TABELA 11** - MÉDIA PERMANÊNCIA POR REGIÃO DE SAÚDE (CIR) SEGUNDO ANO ATENDIMENTO, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023. 73

TABELA 12 - MÉDIA PERMANÊNCIA POR ANO PROCESSAMENTO SEGUNDO ESPECIALIDADE, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023.	74
TABELA 13 - MÉDIA PERMANÊNCIA POR ANO PROCESSAMENTO SEGUNDO PARAMETRIZAÇÃO DE REFERÊNCIA, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023.	74
TABELA 14 - TAXA DE MORTALIDADE POR REGIÃO DE SAÚDE (CIR) SEGUNDO ANO ATENDIMENTO, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023.	75
TABELA 15 - TAXA DE MORTALIDADE POR ESPECIALIDADE E ANO PROCESSAMENTO, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023.	75
TABELA 16 - TAXA DE MORTALIDADE POR ANO PROCESSAMENTO SEGUNDO PARAMETRIZAÇÃO DE REFERÊNCIA, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023.	76
TABELA 17 - DENSIDADE DE INCIDÊNCIA DE INFECÇÃO PRIMÁRIA EM CORRENTE SANGUÍNEA IDENTIFICADA LABORATORIALMENTE ASSOCIADA À CATETER VENOSO CENTRAL EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA SEGUNDO ANO DE PROCESSAMENTO, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023.	77
TABELA 18 - CLASSIFICAÇÃO DAS METAS SEGUNDO ANO DE PROCESSAMENTO, ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL, 2023.	95

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1	POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	20
2.2	PLANEJAMENTO DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	36
2.3	AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: APLICAÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE	46
2.4	POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL.....	52
3	OBJETIVOS	61
3.1	OBJETIVO GERAL.....	61
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	61
4	MÉTODO	62
4.1	TIPO DE ESTUDO	62
4.2	LOCAL DO ESTUDO	62
4.3	COLETA DE DADOS	64
4.3.1	Dados coletados	66
4.4	ANÁLISE DOS DADOS	66
4.4.1	Análise descritiva	66
4.5	COMITÊ DE ÉTICA	66
5	RESULTADOS	67
5.1	DADOS DA ATENÇÃO HOSPITALAR	67
5.2	INDICADORES HOSPITALARES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....	72

5.2.1	Média de Permanência hospitalar	73
5.2.2	Taxa de mortalidade hospitalar	75
5.2.3	Densidade de Incidência de Infecção Primária em Corrente Sanguínea identificada laboratorialmente associada à Cateter Venoso Central	76
5.3	METAS DE ATENÇÃO HOSPITALAR DO ESPÍRITO SANTO.....	77
6	DISCUSSÃO	96
6.1	PANORAMA DA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	96
6.2	PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR À LUZ DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE	100
6.3	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR.....	106
6.3.1	1ª Proposta de intervenção	107
6.3.2	2ª Proposta de intervenção	107
6.3.3	3ª Proposta de intervenção	108
6.3.4	4ª Proposta de intervenção	109
6.3.5	5ª Proposta de intervenção	109
6.3.6	Passos para a implementação das propostas de intervenção.....	110
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
	REFERÊNCIAS.....	114
	APÊNDICE	132
	APÊNDICE A - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR	133

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, a saúde tornou-se um direito universal e seu acesso passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado (BRASIL, 1988). Assim, instaurou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado através da Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. O SUS é constituído a partir de um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e pelas fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990a).

O papel do estado perante o SUS é prover as condições necessárias para o seu desenvolvimento, bem como de garantir a formulação e execução de políticas econômicas e sociais. Tais políticas têm por finalidade reduzir os riscos de doenças e agravos e visa o estabelecimento de condições que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços, buscando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1990b).

Uma série de políticas, programas e estratégias governamentais foram desenvolvidas ao longo dos anos, entretanto, a atenção hospitalar foi um dos setores que teve impacto nessas implementações (AMARAL; CAMPOS, 2011). Na história das políticas públicas brasileiras, há registros de que dois foram os principais marcos normativos para a formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) (SANTOS; PINTO, 2017).

De acordo com Santos e Pinto (2017), o primeiro marco normativo foi constituído a partir da lei orgânica da saúde e do início da implantação do SUS através das Normas Operacionais Básicas e de Assistência de Saúde (NOB e Noas). O segundo, constituído a partir da publicação do Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (RAHB), cujo objetivo era direcionar ações governamentais na recondução da atenção hospitalar.

Mediante a Portaria nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, algumas diretrizes operacionais foram aprovadas, sendo definido os objetivos do sistema de planejamento do SUS e a necessidade de pactuar prioridades para o planejamento. Coube, a partir de então, aos estados formular, gerenciar, implementar e avaliar todos os processos permanentes do planejamento, guiados pelos problemas e necessidades em saúde, com o intuito de garantir por meio de ações a promoção, a recuperação e a reabilitação em saúde, e do plano estadual de saúde, cuja aprovação deve ser realizada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) (BRASIL, 2006).

O planejamento de saúde, ao integrar o processo organizativo do SUS, mediante ao Decreto nº 7.508/2011, torna-se obrigatório para todos os entes públicos. Com isso, os planos de saúde estabelecidos passam a conter metas de saúde, em que o planejamento, no âmbito estadual, deve ser realizado de modo regionalizado (BRASIL, 2011).

O Plano Estadual de Saúde, vigente no estado em estudo, elaborado em 2019 e aprovado pelo CES para ser exercido no período de 2020 a 2023, tem o propósito de que a Atenção Primária de Saúde (APS) seja protagonista do processo de cuidado nos territórios de saúde e que os hospitais sejam articulados como pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Diante do exposto, os hospitais caracterizados dentro da rede de atenção terciária à saúde não seriam apenas serviços isolados de atenção hospitalar, mesmo que de modo resolutivo e complexo, mas com objetivo fim de cura terapêutica das patologias que acometem as pessoas, assim como, um local de formação e de continuidade dos estudos dos profissionais que atuam na assistência à saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Ao analisar o número de leitos hospitalares no Brasil, Finkelstein e Junior (2020) descrevem que, conforme dados coletados através da plataforma do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no ano de 2019, possuíam 493 mil leitos para a assistência hospitalar, nos seus mais diversos perfis de atendimento, o que gera uma proporção de 2,3 leitos/mil habitantes, estando o índice inferior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que é de 3 leitos/mil habitantes.

Diante do exposto, pode-se evidenciar que muitos são os desafios para implementação da política de atenção hospitalar. Destacam-se como desafios os instrumentos de gestão, que muitas vezes não são efetivos; a contratação inadequada de profissionais para gestão das unidades/equipamentos de saúde, bem como o modelo de atenção baseado no cuidado hospitalocêntrico (SANTOS et al., 2020).

Nota-se que a atenção hospitalar tem sido uma questão importante na Política Pública de Saúde, principalmente, frente ao grande enfrentamento da pandemia do coronavírus, que acometeu a humanidade nos últimos três anos. Assim, evidencia-se que a implementação dos programas e serviços da atenção hospitalar de forma eficiente e de um modo que alcance toda a população ainda vem sendo um grande desafio (SOUZA et al., 2018).

Trazer uma reflexão sobre a execução da política de atenção hospitalar, tão importante a todos os brasileiros, torna-se papel fundamental dos profissionais de saúde que visam não somente a execução do SUS, conforme seus princípios, mas de uma saúde focada na promoção da qualidade de vida de toda população, e no direito ao acesso às redes de atenção à saúde.

Outro fator a ser considerado é o crescente número de internações e mortalidade sofridos na última década, cuja tendência alterou frente ao caos humanitário mundial vivido, principalmente nos anos de 2020/2021, diante da pandemia de coronavírus, cujos dados, de modo geral, culminaram em grandes prejuízos sociais. Sendo assim, fazem-se necessárias pesquisas que visem analisar a Política Nacional de Atenção Hospitalar no âmbito estadual, a fim de identificar consonâncias e dissonâncias com as diretrizes legais instituídas pelo Plano Estadual de Saúde.

Portanto, diante do contexto explicitado e da inquietação da pesquisadora, definiu-se a seguinte questão norteadora: Como se deu a execução do Plano Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo quanto à organização da rede de atenção à saúde e o monitoramento dos indicadores de atenção hospitalar no período 2019-2021 à luz da PNHOSP?

Tem-se como hipótese que, para o período de análise proposto, há o cumprimento das ações com alcance das metas estabelecidas no plano estadual de saúde, bem

como o monitoramento dos indicadores de atenção hospitalar, em consonância com a portaria de contratualização da política de atenção hospitalar. Desse modo, buscou-se analisar a execução do Plano Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo quanto à organização da rede de atenção à saúde e dos indicadores de monitoramento de atenção hospitalar à luz da PNHOSP.

A implicação da pesquisadora com a temática da atenção hospitalar foi influenciada por sua atuação junto à rede de atenção hospitalar, como enfermeira e gestora assistencial, com experiência de mais de quinze anos. E justamente pelo fato de compor a equipe de gestão nesses serviços, reconhece a fragilidade na execução de estratégias nessa área de atuação. Assim, visando contribuir para que os gestores e profissionais que atuam na atenção hospitalar tenham acesso às propostas governamentais definidas no último planejamento de saúde, propõe a discussão da execução da política de atenção hospitalar.

Isto posto, a realização desta pesquisa propiciará subsídios para a avaliação da consonância da PNHOSP com o Plano Estadual de Saúde no estado pesquisado. Por conseguinte, contribuirá para uma análise reflexiva da importância do planejamento e gestão para a efetivação das estratégias e ações planejadas, bem como para a tomada de decisão dos gestores.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Para compreender a história da saúde pública no Brasil faz-se necessária a busca da definição de políticas públicas. As políticas públicas são definidas como: decisões amplas de âmbito público que visam satisfazer os interesses da coletividade, sendo a concretização da ação governamental. Tais políticas influenciam e são influenciadas por valores e ideais que guiam a relação entre o Estado e a sociedade (AMABILE, 2012).

Gavilanes (2009) complementa descrevendo a política pública como:

[...] um processo integrado de decisões, ações, inações, acordos e instrumentos, realizados pelas autoridades públicas com a possível participação de indivíduos, e destinado a resolver ou prevenir uma situação definida como um problema. A política pública é parte de um determinado ambiente do qual é alimentada e que pretende modificar ou manter (GAVILANES, 2009, p. 158).

As políticas públicas, quando contextualizadas como um processo, demonstram que se torna possível entender as razões pelas quais elas são implementadas, quais são as suas reformulações programadas e as suas formulações avaliadas. Nesse contexto, há um destaque quanto à importância da participação das autoridades públicas e dos cidadãos na formação de políticas públicas e uma evidência de que há o padecimento da eficácia de muitas leis por não possuírem políticas que lhes antecedem e/ou acompanhem (CARDOSO et al., 2020).

No que diz respeito à política de saúde, Paim e Teixeira (2006) entendem como:

[...] a resposta social (ação ou omissão) de uma organização (como o Estado) diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. Política de saúde abrange questões relativas ao poder em saúde (Politics), bem como as que se referem ao estabelecimento de diretrizes, planos e programas de saúde (Policy) (PAIM e TEIXEIRA, 2006, p. 73).

Para a formulação de políticas públicas e definições dos seus objetivos propostos, necessita-se confrontar a realidade composta por problemas, propor soluções, fazer escolhas e determinar prioridades. A área da saúde, por ser repleta de circunstâncias críticas acaba sofrendo por definições imediatistas relacionadas às formulações de políticas. Por isso, retrata a realidade presente com maior ênfase que as possibilidades futuras (MOTTA, 2011).

Desta maneira, frente ao sistema de saúde pública, o papel do Estado é prover as condições necessárias para o seu desenvolvimento, bem como de garantir a formulação e execução de políticas econômicas e sociais. Assim, as políticas têm por finalidade reduzir os riscos de doenças e agravos, além de visar o estabelecimento de condições que promovam o acesso universal e igualitário às ações e serviços, buscando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (BRASIL, 1990a).

Fuhrmann (2004), ao caracterizar as políticas públicas como papel vital frente às estratégias governamentais, uma vez que são capazes de criar condições sanitárias favoráveis, com o intuito de preservar a saúde da população em geral, complementa que, no Brasil, elas sempre foram direcionadas à sociedade menos favorecida economicamente. Assim, ao contextualizar a amplitude da definição de políticas públicas e a intervenção do Estado frente a suas implementações, observa-se as transformações ocorridas no país (MELLO, 2010).

No Brasil, a partir do fim do século XIX, a saúde passou a ser uma preocupação maior devido as doenças tropicais e endemias, até então desconhecidas pelos europeus. Nesse período, a população não tinha o papel do médico como referência, destacando a atuação de curandeiros e boticários. Houve um destaque frente à atuação dos sanitaristas, que por meio desse modelo assistencial, o Estado conseguiu efetivar uma política de reorientação político-econômico e social, atuando não somente na saúde da população, mas em toda sociedade (MELLO, 2010).

Por conseguinte, tem-se o início do século XX que é marcado por uma pressão junto ao Estado em criar um ministério exclusivo para a saúde, principalmente, diante da necessidade de estabelecer estratégias na atuação das endemias, porém, houve a reformulação e ampliação dos serviços sanitários federais e a instituição do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Por meio destas definições foi possível evidenciar uma reforma na saúde pública e, com isso, observar uma maior capacidade do governo federal em intervir no interior do país (TAMANO, 2017).

Nota-se que, por meio dos achados históricos, o cenário brasileiro começou a tomar um novo rumo, a partir dos anos 20, quando surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP), cuja organização se davam pelas empresas que ofereciam assistência médica e medicamentos, além de aposentadorias e pensões. Contudo, a abrangência desse assistencialismo era restrita a um grupo pequeno de trabalhadores. Posteriormente, esses benefícios foram ampliados para outras categorias profissionais, formando o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP), e por conseguinte fora criado o Ministério de Educação e Saúde (VECINA NETO, 2011).

A partir dos anos 30, as reformas da saúde sofreram diversas oscilações políticas, principalmente, pela instabilidade política e diversas mudanças no comando do então Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP). Nos anos 40, foram criados os serviços nacionais e, com isso, definidas estratégias de combate a doenças específicas e às endemias, assim como, criadas as Conferências Nacionais de Saúde, cujo objetivo era estudar e definir providências de modo administrativo, munindo a União de informações para a execução do planejamento nacional (HOCHMAN, 2005).

Os anos 40 também são marcados por ações voltadas para a atenção materno-infantil e para a expansão da proteção médico-assistencial dos trabalhadores associados aos IAP (HOCHMAN, 2005). Nesse mesmo período, o trabalho foi regulamentado por meio da promulgação da Consolidação das Leis Trabalhistas, sendo também regulamentado os sindicatos. Nos anos 50, o Ministério da Saúde foi desvinculado da educação, sendo esse período marcado pela 2ª CNS, que discutiu grandes campanhas e organização do setor, e por um governo caracterizado por muitas corrupções (VECINA NETO, 2011).

Nos anos 60, a saúde obteve prejuízos devido à redução de verbas, visto que o foco do atual governo era a segurança e o desenvolvimento. Devido ao aumento da mortalidade infantil, o governo buscou melhorias na saúde, criando em 1966 o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que visava unificar os órgãos previdenciários e melhorar o atendimento médico à população (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Desse período em diante, devido às verbas insuficientes para a saúde e a piora dos serviços públicos, cresceu a assistência privada, dando início ao surgimento dos planos de saúde. Os anos 70 foram marcados por uma maior articulação no Ministério da Saúde, com desenvolvimento de projetos para o controle de algumas doenças, assim como, por movimentos sociais que visavam a melhoria das condições de saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

No final dos anos 80, devido a fragilidade das medidas reformadoras, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio da população diante da falta de resultados concretos na atenção à saúde da população e a reorganização dos setores conservadores e contrários à reforma, pairava um cenário de incerteza em relação à implementação do projeto de Reforma Sanitária (BRAVO, 2006).

A Reforma Sanitária surge como uma ideia para intervir, principalmente, frente à crise enfrentada junto à saúde, desencadeada pelo autoritarismo militar. Logo, ela compreendeu-se como um conjunto de atos relacionados às práticas sociais, cuja finalidade era defender a democratização do Estado e da sociedade (PAIM, 2009).

Apenas com a 8ª Conferência Nacional da Saúde de 1986, que a saúde brasileira definitivamente teve seu marco, uma vez que nela debateu-se a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi instituído através da promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988, trazendo a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Importante ressaltar que, a partir da promulgação da CF/1988, houve uma ampliação da dimensão política, com a inclusão da sociedade no desenvolvimento das políticas públicas, especialmente, por meio dos conselhos gestores (CARDOSO et al., 2020).

A partir de então, foi criada a Seguridade Social, que compunham as áreas da saúde, previdência e assistência social, bem como foi reafirmado o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, a proteção e a recuperação à saúde (CARDOSO et al., 2020). Nos últimos anos, os termos universalidade, equidade e integralidade têm sido aplicados em documentos instrutivos e técnicos da saúde, sendo a partir de então utilizados progressivamente, como princípios e diretrizes em políticas públicas (PAIM; SILVA, 2010).

Historicamente, esses termos foram incorporados nas políticas públicas através do sanitarismo e dos sistemas de proteção social. Enquanto a universalidade está associada àquilo que é comum a todos, a equidade visa diminuir as diferenças evitáveis, injustas e a oferecer serviços de saúde, conforme a necessidade da população, possibilitando o desenvolvimento de ações justas na esfera política, de modo simétrico e de cooperação (PAIM; SILVA, 2010).

Já a integralidade, busca o acesso em sua totalidade, ou seja, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais, garantindo a maior efetividade no processo assistencial, sendo também atribuída no campo político, garantindo que as ações intersetoriais sejam mais estruturadas para tratativas dos problemas (PAIM; SILVA, 2010). Apenas nos anos 90, através da instituição do SUS e da incorporação do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) ao Ministério da Saúde, houve uma unificação do comando no que se refere a política nacional de saúde (MACHADO, 2013).

Apesar de todos esses avanços, por meio da constituição, o papel do Estado passou por uma remodelação, influenciado pelas ideias neoliberais. Assim, sua ação reguladora passou por um movimento de substituição, saindo do modelo de Estado planejador, aquele que produz diretamente os bens e serviços e emprega, para o modelo de Estado regulador, que é marcado pelas privatizações de empresas estatais, terceirização das funções do Estado e pela regulação da economia, transferindo para o setor privado atividades que antes eram atribuídas a si (MACHADO, 2007).

A partir dos anos 90, as normas operacionais tiveram um papel importante na construção e desenvolvimento do SUS, tornando-se uma das principais estratégias para a operacionalização dessa política. Nesse período, há uma constituição de programas verticais de saúde, visando ações de controle e combate a doenças específicas. No ano de 1988 houve uma acentuada fragmentação do processo decisório na saúde, cuja divisão da assistência na atenção básica, média e alta complexidade reforçou tal fragmentação na condução da política de saúde, e com isso, impedindo a construção de uma política que vise a integralidade da saúde da população brasileira (BAPTISTA, 2007).

Frente a esse processo de definições de estratégias para o desenvolvimento da saúde, a atenção básica ganhou destaque por meio da estratégia da saúde da família, sendo fortalecida pela Norma Operacional Básica (NOB) número 96 (BRASIL, 2000). Tal estratégia, trouxe como objetivo central, a integração e organização das atividades em saúde, com o intuito de solucionar os problemas identificados na área de sua aplicação (BRASIL, 1997).

No período de 2003 a 2012, houve no país um grande investimento no setor de saúde pelo Banco Mundial. Tal investimento, entretanto, não resolveu o problema crônico do SUS no que se refere ao subfinanciamento, pelo contrário, os autores destacam que houve precarização do SUS e privatização da gestão dos serviços de saúde (LAZARINI et al., 2021).

Para Brasileiro (2022), houve, no período de 2011 a 2016, um grande risco do SUS diante da abertura desse setor ao capital estrangeiro, pois apesar do governo da presidente Dilma Rousseff dar continuidade às ações do governo anterior, tal medida gerou diversas críticas por aqueles que lutam e defendem o SUS. Reis e Paim (2019) destacam três projetos, nesse período de governo: projeto privatista, revisionista e democrático, cujo último foi marcado pela ausência de priorização desse governo.

Nesse mesmo período de governo, na saúde pública houve um financiamento deficitário do SUS, uma vez que se nota uma diminuição da participação da União e um aumento dos estados e municípios, no que se referem às despesas públicas. Outro ponto a ser destacado, foi o avanço na política de descentralização e regionalização do SUS, por outro lado, também houve um aumento de outras formas de gestão, levando a precarização do trabalho, maior rotatividade de profissionais, conseqüentemente, prejudicando a sustentabilidade do modelo de saúde pública (REIS; PAIM, 2019).

A partir do Impeachment de 2016, por meio do governo Temer, houve uma maior articulação quanto à necessidade de aplicação de reformas no SUS, reforçado por um discurso de inviabilidade financeira, sobretudo, através da implementação da emenda constitucional do teto dos gastos públicos (SOARES, 2018). Nesse sentido, a saúde tem sido alvo na busca de lucros, por empresas capitalistas que visam impor no sistema público a lógica privatista. Assim, a partir de 2016, houve um aprofundamento das contrarreformas e uma aceleração no desmonte das políticas públicas de saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Soares (2018) reforça que:

[...] a gestão do Ministério da Saúde vem atuando como fiel representante dos setores empresariais da saúde, nos seus mais diversos espaços, não só em contínua interlocução, mas possibilitando também uma maior articulação do capital da saúde, [...] com a finalidade de influenciar diretamente na condução da política. Observa-se, assim, uma instrumentalização contumaz do Estado pelos interesses do capital na área da saúde. Nessa fase da contrarreforma, evidencia-se não só o abandono por completo da concepção de reforma sanitária, mas o abandono do próprio SUS, anunciando-se a sua inviabilidade e a necessidade de sua reformulação (SOARES, 2018, p. 30).

A posteriori, nos anos de 2019 a 2022, o SUS sofreu com uma política de redução de recursos orçamentários, bem como de um novo modelo de financiamento da atenção primária (MENDES; CARNUT; MELO, 2023). Em meio a todo esse processo de subfinanciamento, em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de COVID-19, também definida como pandemia do coronavírus, sendo essa doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 (OMS, 2021). A doença foi descoberta em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China. Sendo anunciada pela organização, em janeiro de 2020, uma emergência de saúde pública de importância internacional (OMS, 2021).

O enfrentamento à pandemia de COVID-19, no Brasil, foi marcado por um SUS fragilizado e com resiliência menor que sua capacidade de assistência, além de conflitos na gestão federativa, que resultou em sucessivas trocas no comando do Ministério da Saúde (MASSUDA et al., 2021). A pandemia acentuou problemas já existentes no sistema, em que o seu subfinanciamento, sucateamento dos hospitais, insuficiência de profissionais, entre outras questões, fragilizaram ainda mais o saneamento efetivo e, com isso, prejudicou a implementações de ações em saúde (SANTOS et al., 2020).

No campo assistencial, frente a esse processo de enfrentamento da crise gerada pela pandemia de COVID-19, houve a necessidade de discutir reajustes dos modelos de cuidados tradicionais, não somente no Brasil, mas em todo o mundo, trazendo à tona, modelos que respondessem de modo integrado, flexível e responsivos às novas necessidades geradas. Nessa perspectiva, otimizar os processos se tornou fundamental, cuja adoção do modelo de cuidado integral garante a redução da fragmentação do cuidado e promove a otimização dos processos, além de aumentar a eficiência dos serviços e, conseqüentemente, o aumento no acesso da população aos serviços de saúde (ANAHP, 2021).

Para Mélllo, Albuquerque e Santos (2022):

[...] A saúde tem sido uma das maiores arenas do jogo político nos últimos anos, e a Covid-19 expôs que o desafio brasileiro de alcance do direito universal à saúde é parte do desafio maior de retomada e garantia da própria democracia (MÉLLO; ALBUQUERQUE; SANTOS, 2022, p. 850).

Frente ao exposto, é possível destacar diversas mudanças que ocorreram na estrutura do ministério da saúde, estando essas principais mudanças do período de 1990 a 2022 demonstradas no **Quadro 01**.

Quadro 1 - Principais mudanças no Ministério da Saúde de 1990 a 2022.

(continua)

Governo	Mudanças	Aspecto principal
Fernando Collor	1990: Incorporação do INAMPS ao Ministério da Saúde e criação da Fundação Nacional de Saúde. Criação da Lei 8.080 e 8.142; 1991: Criação da NOB 91 e da FUNASA.	Formulação inicial do novo Ministério da Saúde.
Itamar Franco	1992: 9ª CNS; 1993: Extinção do INAMPS e NOB 93 (descentralização); 1994: Criação do Programa Saúde da Família.	Retomada nas discussões da descentralização
Fernando Henrique Cardoso	1995: Criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa); 1996: NOB 96 (descentralização); 1997: Extinção da Central de Medicamentos e do Instituto Nacional de Alimentação e nutrição. Criação da Secretaria de Políticas de Saúde e de Avaliação e da Secretaria de Projetos Especiais de Saúde; 1998: Lei dos planos de saúde; 1999: Extinção da Secretaria de Vigilância Sanitária e criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Secretaria de Gestão e Investimentos em Saúde; 2000: Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2001: Lei da reforma psiquiátrica e NOAS; 2002: Programa nacional de controle à dengue.	Fragmentação, enxugamento e inovações organizacionais.
Luiz Inácio Lula da Silva	2003: Reunificação da Secretaria de Atenção à Saúde. Criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde e da Secretaria de Gestão Participativa. Políticas de atenção às urgências e a malária. Criação do bolsa família. 12ª CNS; 2004: Programa Farmácia popular e políticas de saúde bucal e da mulher; 2006: Pacto pela saúde; 2007: Reestruturação da Secretaria de Gestão Participativa - Secretaria de Gestão Estratégica Participativa; 2008: Implantação UPA's; 2010: Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena e estratégia de vacinação nacional H1N1. Criação da Universidade Aberta do SUS.	Reestruturação por campos de atuação e na relação com movimentos sociais.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

Quadro 1 - Principais mudanças no Ministério da Saúde de 1990 a 2022.

(conclusão)

Governo	Mudanças	Aspecto principal
Dilma Rousseff	2011: Regulamentação do cartão nacional do SUS e da Lei 8.080. Estratégia Rede Cegonha; 2013: Programa mais médicos; 2015: Abertura ao capital estrangeiro e criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança.	Continuidade de políticas de saúde ligadas a uma agenda social e abertura das ações em saúde ao capital estrangeiro.
Michel Temer	2016: Emenda Constitucional do teto de gastos públicos; 2018: Planejamento Regional Integrado	Restrições orçamentárias; PEC do teto dos gastos públicos.
Jair Bolsonaro	2019: Instituição do programa médicos para o Brasil. Criação da Agência para desenvolvimento da atenção primária de saúde (Adaps) e do programa previne Brasil. 2020: Declaração Pandemia do coronavírus. 2021: Início vacinação do coronavírus. 2022: Programa cuida mais Brasil e regulamentação da telessaúde.	Mudanças de lideranças do Ministério da Saúde e pandemia do coronavírus.

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

Portanto, desde a implementação do SUS, nota-se uma série de melhorias no sistema público de saúde, com a oferta e a ampliação de diversos serviços, em contrapartida, houve também um envolvimento entre os seguimentos público, filantrópico e privado. Nesse cenário, destaca-se um sistema de saúde fragmentado, desigual e com prejuízo à integralidade dos serviços de saúde (SOUZA et al., 2019).

O sistema de saúde pública brasileiro, apesar dos avanços, está longe de ser constitucional, pois há um hiato entre a proposta realizada por meio do movimento sanitário e sua prática vigente. Assim, o SUS foi consolidado como parte de um sistema segmentado e sua proposta de universalidade não se efetivou (BRAVO, 2006).

De acordo com o relatório da OPAS (2020), nos últimos 30 anos, houve diversos resultados positivos e avanços no sistema de saúde pública brasileiro, mesmo com várias limitações e dificuldades enfrentadas. Porém, no contexto atual, diversos também são os desafios em busca de soluções para que o SUS seja efetivado, conforme a CF/88 e torne-se universal, sustentável e com acesso integral.

A implantação do SUS foi realizada num contexto político e econômico ruim, uma vez que foi marcado por ideias neoliberais, guiadas por organizações internacionais que, ou eram contrárias ao financiamento público da saúde, a nível nacional e universal, ou defendiam que etapas deveriam ser estabelecidas para chegar a esse modelo de assistência (PAIM et al., 2011). A ação neoliberal foi responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, precarização do trabalho, sucateamento da saúde e desmonte da previdência pública, levando a uma desconstrução da proposta da política de saúde (BRAVO, 2006).

Por meio da política neoliberal, houve o agravamento da qualidade e eficácia dos serviços de saúde à população e, conseqüentemente, acentuou uma das expressões da questão social (PEREIRA, 2009). Conforme Iamamoto (2001), a questão social é um conjunto de expressões de desigualdade social criada na sociedade capitalista, estando ligada ao surgimento da classe operária e seu ingresso no cenário político, devido as lutas em busca de seus direitos, que resultaram no reconhecimento de direitos e deveres dos trabalhadores.

As estratégias, para o enfrentamento da questão social, têm sido pensadas por projetos sociais distintos, que tem coordenado a estruturação e a implementação de políticas públicas e vivem a tensão entre a defesa dos direitos sociais e a mercantilização do atendimento às necessidades sociais. No Brasil, com todas as mudanças na regulação do Estado, faz-se necessário que as articulações políticas sejam permanentes para que se tenham propostas e estratégias comuns no âmbito da democracia (IAMAMOTO, 2001).

Guiados pelas ideias neoliberais, Mendes (2017) destaca que as medidas do governo federal têm gerado a diminuição dos direitos sociais, intensificando mecanismos de mercantilização e privatização, concedendo incentivos à iniciativa privada, impondo riscos à saúde universal, levando ao enfraquecimento da arrecadação pública e assim prejudicando o financiamento do SUS. Santos (2013) afirma que:

[...] A redefinição do papel do Estado, via formação de um Estado mínimo, e a autonomia do mercado perante a sociedade capitalista indicam um cenário de globalização, de precarização e focalização das políticas sociais, de novos mecanismos de gestão do trabalho e também da fragilização dos espaços de participação democrática. Essa nova dinâmica de acumulação do capital vem provocando a ampliação da miséria e a consolidação da cultura do consumo exagerado. A política de saúde junto à previdência social é direcionada ao cidadão consumidor, via processo de mercantilização. Constata-se, portanto, a concretização de uma cultura privatista da Seguridade Social brasileira. O direito à saúde (como os outros direitos sociais) vem sofrendo, de alguma forma, ataques do capital, seja pela privatização, seja pela focalização e precarização dessas políticas (SANTOS, 2013, p. 06).

As reformas sofridas pelo sistema de saúde brasileiro, liderados pela agenda liberal, fracassaram por não agregarem valor à população que utiliza do sistema de saúde. Portanto, são impostas mudanças radicais para que as ações propostas pelas reformas estejam alinhadas aos objetivos do sistema de saúde pública (MENDES, 2011).

O sistema de saúde brasileiro, apesar das forças das ideias neocapitalistas crescentes, tem sobrevivido. E para que as ações da reforma sanitária avancem, uma série de tratativas devem ser realizadas para intervir frente à ambiguidade discursiva e pragmática, que vem permitindo a sobrevivência, além do necessário, das ideias liberais-privatista (CAMPOS, 2007).

O neoliberalismo não é apenas uma ideologia, mas um sistema utilizado pelo governo com o intuito de promover o desmonte do sistema de proteção social, assim como, a desconstrução do sistema de saúde público universal, que sequer conseguiu estruturar seu financiamento adequado. Para evitar que o sistema de saúde pública se torne menor e precarizado, ações para evitar o seu desfinanciamento devem ser executadas (MENEZES, MORETTI; REIS, 2020).

Assim, é possível afirmar que, no solo brasileiro, os processos são fragmentados no que se referem aos acordos federativos, o que faz com que as informações não sejam utilizadas de modo adequado, tendo prejuízo na definição de prioridades e de práticas que favoreçam o processo de tomada de decisão no SUS. Tais fragilidades impactam de tal modo que se fazem necessárias novas competências e responsabilidades, que visem o desenvolvimento de práticas e processos de monitoramento e avaliação, que subsidiem a tomada de decisão e ajustes necessários quanto à gestão do SUS (CARVALHO, 2016).

O SUS atualmente não é aplicado conforme garante o direito universal, de certo modo devido às privatizações e implicações do capitalismo, cujo fundamento é transformar tudo em mercadoria, visando obtenção de lucros e acúmulo de capital. Além disso, a saúde, através das garantias proporcionadas pelo fundo público, torna-se uma área rentável e sustentável para a expansão do capital, contribuindo então, como consequência, para sua inviabilidade como direito universal (PAIVA; COSTA, 2016).

A intersetorialidade deve ser incorporada nos processos de gestão do SUS para que se tenha uma efetivação dos direitos à saúde. Para a sua real aplicação, faz-se necessário mudanças no modelo assistencial e gerencial, de modo que estabeleçam pactuações nas formulações de estratégias de saúde, bem como na previsão orçamentária dos planos de saúde dos entes federativos (COSTA, 2018).

Algumas estratégias têm sido criadas com o intuito de superar a fragmentação da atenção à saúde, bem como de sua gestão, buscando ferramentas que visem aperfeiçoar o funcionamento do SUS, e assim promover o acesso efetivo e eficiente dos usuários aos seus serviços. Uma destas estratégias é a reestruturação do sistema de saúde através da Rede de Atenção à Saúde (RAS), promovendo uma organização com qualidade e de impacto da atenção prestada, assegurando o desenvolvimento de ações efetivas para a consolidação do sistema, garantindo os direitos constitucionais do cidadão (BRASIL, 2010).

Apesar de diversos avanços públicos, deve-se encontrar um caminho para modernizar a capacidade de agir do Estado, e para tal, faz-se necessárias novas e variadas alternativas que possam se adaptar às múltiplas situações que o mundo contemporâneo exige (BARBOSA; VECINA NETO, 2011). Sendo o desafio atual o ajuste das reais necessidades da sociedade com os recursos disponíveis e alocados para o sistema de saúde (FERRAZ, 2011), assim, como promover a inclusão social (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Para Santos (2013):

[...] O contexto atual indica desafios para a real efetivação do SUS, pois permite assistir a disputa entre dois grandes projetos antagonísticos na saúde. O privatista, que aposta na saúde como fonte de lucro e o da reforma sanitária, que apresenta a saúde como direito social de caráter universal e estatal. É nesta realidade de desmonte dos direitos sociais e, conseqüentemente, do SUS, que se torna necessário resgatar o protagonismo do movimento social pela saúde com a finalidade de superar as propostas impostas pelas agências internacionais do grande capital. Para tanto, torna-se relevante construir uma vontade coletiva de mobilização pela saúde, que busque democratizar a consciência sanitária (compreendida como interesse da comunidade e direito social) e que aposte na transformação da sociedade (SANTOS, 2013, p. 06).

Na busca de superação dos desafios para que o SUS se torne universal e eficaz, Oliveira e Junqueira (2003) defendem o papel do terceiro setor junto ao setor saúde. Nessa perspectiva, eles acreditam que o Estado, em parceria com organizações sem fins lucrativos, seja um modo estratégico de operacionalizar a reforma sanitária. Vale destacar que o engajamento social é fundamental para que esse processo seja viabilizado.

Integrar as organizações sem fins lucrativos ao Estado, é garantir a execução de políticas com maior eficácia e eficiência, visando atender os interesses de toda sociedade (JUNQUEIRA, 2004). Ibañez e Vecina Neto (2007) destacam que o Estado, no que se refere a instrumentos de gestão, encontra-se defasado, cuja solução é identificar alternativas que possam mitigar os problemas enfrentados, como a fundação pública de direito privado. Outro fator a ser considerado é a discussão de soluções para intervir junto ao financiamento do SUS, pois resolver essa questão torna-se vital para sua sustentabilidade, assim como, o papel da sociedade na cobrança dos direitos constitucionais é imprescindível (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007).

Para Vecina Neto (2011), a saúde permanece sem alterações, pois os recursos são insuficientes, embora o discurso esteja relacionado à ineficiência do Estado, sabe-se que não se consegue executar ações sem os recursos necessários. Porém, apesar de tudo, o sistema de saúde brasileiro continua prestando um serviço inestimável à população.

Embora o financiamento federal tenha aumentado, o percentual destinado à saúde não cresceu, o que gera restrição de financiamento, de infraestrutura e de recursos humanos. E para superar os desafios enfrentados pelo sistema de saúde, faz-se necessária uma reestruturação financeira e revisão da relação público-privada. O maior desafio a ser enfrentado é o político, sendo necessário garantir ao sistema de saúde, a sua sustentabilidade política, econômica, científica e tecnológica (PAIM et al., 2011).

As novas políticas e as ações das organizações em saúde têm sido executadas com o intuito de reforçar o sistema de proteção, garantindo maior inclusão social e de acesso aos serviços, porém com diversos desafios. Além de reforçar a necessidade da intervenção governamental, baseada em conhecimento e análise (MOTTA, 2011).

A economia e a política afetam diretamente a vida individual e coletiva da população brasileira, cujo papel da sociedade é cobrar seus direitos constituintes, buscando melhorias das políticas implementadas e assim gozar dos direitos conquistados até então (CARMO; AZEREDO, 2014). Para a efetivação da saúde como direito da população, torna-se fundamental a criação e o fortalecimento de espaços que promovam a participação social, através de uma gestão participativa (COSTA, 2018).

Para o fortalecimento do SUS, algumas mudanças devem ser realizadas nos próximos anos (MACHADO, 2013):

[...] mudar o estatuto político da Saúde, afirmando-a como setor integrante de um novo modelo de desenvolvimento, centrado no bem estar social; promover a articulação virtuosa da política de saúde com as demais políticas públicas; defender a efetivação de saúde como direito de cidadania universal e fortalecer a base de apoio ao Sistema Único de Saúde na sociedade; consolidar fontes estáveis, ampliar e redirecionar o financiamento público do setor, reduzindo os subsídios ao setor privado; fortalecer a capacidade do Estado de planejamento e regulação, voltados para os interesses públicos da coletividade; reduzir as desigualdades em saúde e contribuir para a melhoria das condições sanitárias e de vida do conjunto da população brasileira (MACHADO, 2013, p. 67).

Apesar de todo esse ataque ao SUS, ele dispõe de uma rede de instituições que permite a sua sustentação, além de um legado marcado por diversos avanços, como o programa de imunização, a amplitude da atenção primária à saúde, entre outras frentes de atuação. Nessa perspectiva, nota-se que o maior desafio do SUS não é a questão técnica, mas a política, havendo a necessidade de articulação com a sociedade política (PAIM, 2018).

Portanto, para que o SUS seja desenvolvido conforme descreve a CF/88, ele deve ser absoluto, inclusivo e sustentável. Para tal, três questões devem ser defendidas: os interesses do Estado quanto ao desenvolvimento nacional precisam ser superiores aos interesses econômicos particulares; manutenção da democracia, visando a promoção dos direitos à saúde; e o aprimoramento do SUS (SOUZA et al, 2019).

Ainda tendo como perspectiva o fortalecimento do desse instrumento da saúde pública, Souza et al. (2019) destacam três desafios a serem superados: reformular o modelo de atenção à saúde, por meio da constituição da RAS; reorganizar a eficiência do sistema através do fortalecimento das carreiras públicas, regionalização da saúde e capacitação dos profissionais; e intervir frente ao subfinanciamento do SUS.

Desse modo, torna-se necessária a implementação de políticas públicas capazes de suprir as deficiências geradas, sejam essas na área de recursos humanos, de infraestrutura e de informações em saúde. Para tal, não apenas medidas no campo econômico são vitais para sustentabilidade do pleno funcionamento dos serviços de saúde, como também, implementações de políticas com transparência e corresponsabilidade de gestão, associadas a instrumentos eficazes de gestão, em todos os níveis e tipos (CAMPOS; CANABRAVA, 2021).

Portanto, analisar a história da saúde pública brasileira é fundamental para que se possa compreender o programa de saúde nacional. Nota-se que mais de 500 anos se passaram e o Brasil, apesar de diversos avanços na saúde, permanece deficiente no que tange à melhoria dos acessos da população à rede de saúde, bem como de criação de políticas públicas eficazes e necessárias.

Esses fatos estão associados não somente pela falta de investimento em políticas públicas adequadas, mas também pelos insatisfatórios e/ou insuficientes recursos financeiros necessários para investimentos, conforme as necessidades da população, pois, na maior parte das vezes, são até mal utilizados/aplicados.

É possível compreender o papel fundamental da sociedade frente aos processos de mudanças e/ou melhorias, sendo imprescindível uma articulação social na luta de seus direitos. Para maior amplitude na compreensão do desenvolvimento das políticas públicas, faz-se indispensável a compreensão do planejamento de saúde no SUS, destacando o papel do Plano Estadual de Saúde como garantia de acesso à população.

2.2 PLANEJAMENTO DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

Ao se estabelecer novas políticas e/ou estratégias em saúde é comum destacar o papel fundamental do planejamento. Na área da saúde, planejar é um conjunto sistemático de ações realizadas com o intuito de aproximar a realidade a algo que se almeja (GANDIN, 2007). Ao conceituar planejamento, esse se torna uma ferramenta que pode ser utilizada de diversas maneiras, variando mediante o resultado esperado (GANDIN, 2013).

Portanto, o planejamento trata-se de um modo eficaz de agir sobre algo, estando incorporado na sociedade como um instrumento e/ou atividade de gestão nas instituições, como uma prática social transformada e como um método de ação governamental, no que se refere à construção de políticas públicas (MERHY, 1995).

Para implementar estratégias organizacionais, a escolha de uma metodologia adequada é fundamental para que se alcance resultados na instituição. Com isso, o planejamento não pode estar atrelado apenas na fase do pensar o processo e/ou na organização. Ao contrário, deve ser um processo contínuo de pensar, de decidir, de agir, de avaliar, para então se construir um novo cenário (PENA; MALIK, 2011).

No Brasil, o planejamento em saúde ganha destaque a partir da década de 80, por meio das mudanças trazidas pelo Movimento da Reforma Sanitária e a VIII Conferência Nacional de Saúde (COSTA; GUIMARÃES, 2008). Nessa mesma época, foram sancionadas as Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que destacam o planejamento no SUS nas três esferas de governo e a necessidade dos planos de saúde para o recebimento orçamentário (BRASIL, 1990a).

Em 2002, visando o planejamento em saúde e na busca de estabelecer parâmetros de cobertura assistencial no SUS, o Ministério da Saúde, por meio da portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002, descreve as recomendações para os três níveis de governo, quanto ao planejamento, a programação e a priorização das ações que devem ser desenvolvidas no âmbito da saúde pública. No anexo dessa portaria, fica estabelecido, tanto os parâmetros de cobertura, quanto de produtividade (BRASIL, 2002), sendo mais tarde revogada pela portaria 1.631, de 01 de outubro de 2015 (BRASIL, 2015c).

Por meio da Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, aprovou-se as diretrizes operacionais do pacto pela saúde, estando definido nos anexos desse documento os objetivos do Sistema de Planejamento do SUS e a necessidade de pactuar prioridades para o planejamento. Um dos eixos estruturantes desse documento normatizador de gestão é a regionalização da saúde, sendo um dos principais instrumentos para sua aplicação, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada da Atenção em Saúde (PPI) (BRASIL, 2006).

Coube aos estados através dessa portaria, formular, gerenciar, implementar e avaliar todos os processos permanentes do planejamento, guiados pelos problemas e necessidades em saúde, com o intuito de garantir por meio de ações à promoção, à recuperação e à reabilitação em saúde, por meio do Plano Estadual de Saúde (PES), cuja aprovação deve ser realizada pelo Conselho Estadual de Saúde (BRASIL, 2006).

O planejamento de saúde, ao integrar o processo organizativo do SUS, mediante ao Decreto nº 7.508/2011, se torna obrigatório para todos os entes públicos, sendo de responsabilidade do Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelecer as diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, mediante as características epidemiológicas e da organização de serviços nos entes federativos e nas regiões de saúde. Os planos de saúde devem conter metas de saúde, nas quais o planejamento no âmbito estadual deve ser realizado de modo regionalizado (BRASIL, 2011).

Na busca da garantia da equidade e do acesso qualificado da população aos serviços de saúde e guiados pela Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013, substituta da portaria nº 3.085, de 01 de dezembro de 2006, que estabelece as diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS, os estados federativos utilizam como ferramenta de planejamento o PES, cuja elaboração deve considerar:

- [...] I - análise situacional, orientada, dentre outros, pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde:
 - a) estrutura do sistema de saúde;
 - b) redes de atenção à saúde;
 - c) condições socio sanitárias;
 - d) fluxos de acesso;
 - e) recursos financeiros;
 - f) gestão do trabalho e da educação na saúde;
 - g) ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde e gestão;
- II - definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores; e
- III - o processo de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2013c, p. 02).

Para além do exposto, a portaria descrita acima define a Programação Anual de Saúde (PAS) como um instrumento que operacionaliza as intenções do Plano de Saúde (PS), por meio de metas anuais. Destaca-se, ainda, que nessa programação deve conter com clareza as ações definidas para cada ano específico, visando o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas estabelecidas no PS, a identificação dos indicadores a serem utilizados para o monitoramento do PAS e a previsão da alocação de recursos orçamentários necessários, também conforme a PAS (COSTA; GUIMARÃES, 2008).

Para a análise global desses alcances, deve-se elaborar o Relatório Anual de Gestão (RAG), sendo um dos objetivos desse, redirecionar ações para que o PS seja executado conforme programado previamente (BRASIL, 2013c). Visando uma melhor compreensão dos instrumentos de planejamento e seus prazos de elaboração, segue abaixo o **Quadro 2**, com sua sistematização (COSTA; GUIMARÃES, 2008).

Quadro 2 - Sistematização dos instrumentos de planejamento.

Instrumentos de Planejamento	Estrutura Mínima	Prazos
Plano de Saúde (PS) – Para um quadriênio	<ul style="list-style-type: none"> • Análise situacional; • Objetivos, diretrizes e metas. <p>Os eixos norteadores para a apresentação da análise situacional e dos objetivos, diretrizes e metas são:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Condições de saúde da população; ✓ Determinantes e condicionantes de saúde; ✓ Gestão em saúde. 	Apresentar ao CES/PE até o mês de junho, no primeiro ano de mandato do gestor.
Programação Anual de Saúde (PAS)	<ul style="list-style-type: none"> • Definição das ações anuais e as respectivas metas; • Identificação dos indicadores; • Definição dos responsáveis e das parcerias; • Definição dos recursos orçamentários. 	Adequar a PAS (último ano do PS) aos seus compromissos, refletindo a sua 1ª PAS. Possui o mesmo prazo do PS.
Relatório Anual de Gestão (RAG)	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado da apuração dos indicadores; • Análise da execução da programação (física e orçamentária / financeira); • Recomendações (por exemplo, revisão dos indicadores, reprogramação). 	Até o final do primeiro trimestre do ano subsequente.
Avaliação do PS	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese do processo de construção do Plano; • Avaliação do cumprimento das metas do PS; • Avaliação do impacto da implementação do Plano; • Apresentação de recomendações. 	Início de Governo. A avaliação é realizada pelo gestor que está assumindo.

Fonte: Costa e Guimarães (2008).

Para a elaboração do PS deve-se considerar dois momentos, a análise situacional e a formulação dos objetivos, diretrizes e metas, bem como três eixos norteadores (VIEIRA, 2009):

- Condições de saúde da população (vigilância em saúde, atenção básica, assistência ambulatorial especializada, assistência hospitalar, assistência de urgência e emergência e assistência farmacêutica);
- Determinantes e condicionantes de saúde;
- Gestão em saúde (planejamento, descentralização/regionalização, financiamento, participação social, gestão do trabalho em saúde, educação em saúde, informação em saúde e infraestrutura).

Além desses três eixos, deve-se também levar em consideração o PDR e PPI. Nota-se que diversas legislações foram estabelecidas, desde a criação do SUS, no que tange ao planejamento, demonstrando, assim, a preocupação do Estado para que esse pudesse ser institucionalizado como item fundamental de gestão, destacando os instrumentos como o PS e PAS. Entretanto, apesar do cuidado que se deu ao planejamento e seus avanços, há aspectos que se colocam de forma prioritária e que constituem desafios para sua efetivação, enquanto elemento da gestão no SUS (VIEIRA, 2009).

Frente ao exposto, com intuito de compreender o planejamento nacional quanto à saúde pública brasileira, foi possível destacar, no **Quadro 3**, as principais estratégias de planejamento no período de 2004 a 2023.

Quadro 3 - Estratégias de planejamento em saúde pelo Executivo Federal brasileiro no período 2004 e 2023.

(continua)

PNS	Estratégias
PNS 2004-2007	Destaca como base da sua fundamentação o Plano Plurianual e a XII CNS. O documento menciona a necessidade de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira e apresenta as seguintes ações estratégicas: readequação da alocação de recurso, regulamentação da Emenda Constitucional 29 e reforma do modelo de atenção. Para tanto, destaca aspectos que devem ser priorizados: aperfeiçoamento da gestão, financiamento e controle social e reorganização da atenção hospitalar com ampliação da cobertura e alinhamento entre as atenções ambulatorial, de urgência e emergência e de alta complexidade.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2016 – 2023, 2023 e Santos e Pinto (2017), 2023.

Quadro 3 - Estratégias de planejamento em saúde pelo Executivo Federal brasileiro no período 2004 e 2023.

(continuação)

PNS	Estratégias
PNS 2008-2011	Objetivos: fortalecer a gestão do SUS nas três esferas de governo, reconhecendo os desafios da atenção hospitalar, necessidade de aperfeiçoamento da capacidade resolutive, ampliação do acesso, reestruturação da contratualização e qualificação da função regulatória. Organização dos serviços em rede de atenção que envolva atenção pré-hospitalar (móvel e fixo), hospitalar (de reabilitação e captação e transplante de órgãos), ampliação de leitos intensivos. Fomento às contratualizações com formas de gestão que permitam aos hospitais públicos prestar serviços resolutivos.
PNS 2012-2015	Relevância das unidades hospitalares na conformação das RAS, com ênfase na de atenção à urgência e emergência. Priorização: ampliação da função regulatória, remodelação da rede de modo a melhorar sua qualidade, resolutividade, distribuição territorial e aumento no número de leitos de alta complexidade. À gestão, destaca-se o Pacto pela Saúde com a prerrogativa do termo de compromisso de gestão, adoção dos instrumentos de contratualização e constituição de colegiados de gestão regional, fortalecimento do Sistema Nacional de Auditoria e qualificação de instrumentos de execução direta. Objetivo: melhorar a atenção hospitalar através de ganhos de produtividade e eficiência. Intervenções planejadas, destacam-se: (1) o acompanhamento, avaliação e controle interno da gestão do SUS com foco em resultados e com referência em contrato organizativo de ação pública e garantia de acesso; (2) implantação da gestão por competências e modernização administrativa; e (3) qualificação e racionalização dos gastos e ampliação das fontes de recursos.
PNS 2016 - 2019	Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e hospitalar. Aprimorar e implantar as Redes de Atenção à Saúde nas regiões de saúde, com ênfase na articulação da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas; Aprimorar o marco regulatório da Saúde Suplementar, estimulando soluções inovadoras de fiscalização e gestão, voltadas para a eficiência, acesso e qualidade na atenção à saúde, considerando o desenvolvimento sustentável do setor.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2016 – 2023, 2023 e Santos e Pinto (2017), 2023.

Quadro 3 - Estratégias de planejamento em saúde pelo Executivo Federal brasileiro no período 2004 e 2023.

(conclusão)

PNS	Estratégias
PNS 2020 - 2023	<p>Promover a ampliação da oferta de serviços da atenção especializada com vista à qualificação do acesso e redução das desigualdades regionais;</p> <p>Reduzir ou controlar a ocorrência de doenças e agravos passíveis de prevenção e controle;</p> <p>Aperfeiçoar a gestão do SUS, visando a garantia do acesso a bens e serviços de saúde equitativos e de qualidade.</p>

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2016 – 2023, 2023 e Santos e Pinto (2017), 2023.

Em consonância com as estratégias do planejamento em saúde, abaixo segue em destaque, no **Quadro 4**, as principais ações do RAG, no período de 2011 e 2021.

Quadro 4 - Principais ações estabelecidas no Relatório Anual de Gestão no período de 2011 a 2021.

(continua)

RAG ANO	PRINCIPAIS AÇÕES
2011	<p>Reestruturação de programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saúde Mais Perto de Você – Reúne as ações voltadas ao aprimoramento da Atenção Básica; • Saúde da Mulher – Atenção à Mulher, com foco na Rede Cegonha e na prevenção e tratamento do câncer de colo de útero e mama; • Saúde Toda Hora – Organiza a Rede de Atenção às Urgências – RAU; • Saúde Não Tem Preço – Assistência Farmacêutica, incluindo os componentes gratuito e subsidiado; • Saúde: Conte com a Gente – Foco na atenção em Saúde Mental.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Priorização da Atenção Básica (AB), com foco na melhoria da qualidade e do acesso aos serviços públicos de saúde: aumento na taxa de cobertura populacional por equipes de saúde da família e aumento no número de equipes de saúde da família implementadas. • Outros resultados: aumento na taxa de cobertura populacional por unidades do SAMU implementadas, aumento no percentual de municípios com farmácias e drogarias credenciadas no Programa Aqui tem Farmácia Popular

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde – Relatórios Anuais de Gestão 2011 – 2021, 2023.

Quadro 04. Principais ações estabelecidas no RAG no período de 2011 a 2021.

(continuação)

RAG ANO	PRINCIPAIS AÇÕES
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção das ações, onde a intensificação de investimentos na área da Atenção Básica e na solidificação das redes de atendimento, além da diversificação da estrutura de vacinação são condicionantes da ampliação da atuação pública em saúde que necessitam da expansão da cobertura financeira.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Realização do alinhamento entre PPA e PNS com o monitoramento do Planejamento Estratégico do MS, cujos ajustes nos instrumentos geraram, entre outras consequências, o redimensionamento das metas, a qualificação de seus descritores e a inclusão e exclusão de metas, em função das adaptações das linhas de atenção ao desenvolvimento da atuação setorial, bem como a adequação dos indicadores de desempenho do MS. • Intensificação de investimentos na área da Atenção Básica e na solidificação das redes de atendimento, além da diversificação da estrutura de vacinação. Necessidade de revisão da cobertura financeira nos exercícios seguintes para assegurar a ampliação da atuação pública nesses segmentos.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Aprimoramento de controles de execução, bem como do monitoramento, devido à instabilidade do cenário econômico atual e à imprevisibilidade gerada sobre as projeções de disponibilidades futuras, devido ao estabelecimento da Emenda Constitucional 86. • Estabelecimento de obrigatoriedade de emendas parlamentares individuais, e com isso, há uma necessidade de intensificar a sinergia entre a programação e as proposições acrescidas ao Orçamento da União. • Restrições financeiras, com impacto mais notável nos investimentos projetados em todos os níveis de gestão, em que determinadas áreas de atuação em saúde foram afetadas pelo impacto da situação econômica que restringiu a disponibilidade de recursos para o setor, com destaque para o combate ao câncer e o arrefecimento da expansão nacional da rede especializada de atenção; a diminuição do ritmo dos investimentos em saneamento básico e seus possíveis efeitos sobre a propagação de doenças transmissíveis, a exemplo da dengue e outras transmitidas por vetores; as redes de atenção, com destaque para a desaceleração da montagem da infraestrutura física projetada para a rede de saúde mental, além de outros investimentos.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde – Relatórios Anuais de Gestão 2011 – 2021, 2023.

Quadro 04. Principais ações estabelecidas no RAG no período de 2011 a 2021.

(continuação)

RAG ANO	PRINCIPAIS AÇÕES
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Incorporação de medicamentos de ponta para AIDS, Alzheimer, Hepatite C, entre outras; • Inclusão de meninos para vacinação contra HPV e ampliação da cobertura contra Meningite C; • Combate ao aedes aegypti e arboviroses: mobilização no combate ao mosquito, aquisição de testes rápidos para Zika e inauguração do Centro de Produção de Bio-Manguinhos, investimentos para o desenvolvimento de vacina da dengue (Instituto Butantan) e contra o vírus Zika (IEC e Fiocruz); • Continuidade do uso do poder de compra governamental para fortalecer a indústria nacional, reduzindo preços, garantindo acesso a medicamentos e gerando empregos qualificados no País; • Informatização do SUS, com destaque para a obrigatoriedade do prontuário eletrônico para as Unidades Básicas de Saúde.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Intensificação da informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a utilização do prontuário eletrônico;
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Progressão da judicialização e definição de iniciativas integrativas: criação de Varas Especializadas no direito à saúde, a cargo do Conselho Nacional de Justiça (CNJ); fortalecimento e capacitação dos Núcleos de Apoio Técnico do Poder Judiciário e qualificação das decisões judiciais por iniciativas sinérgicas do setor saúde junto aos Tribunais de Justiça e CNJ; • Modificação do modo como os recursos federais são repassados a estados e municípios, com maior flexibilidade para a gestão financeira dos entes federativos.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Crescimento da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família; • Ampliação da cobertura vacinal contra gripe referente à população com mais de 60 anos; • Avanço no controle de doenças transmitidas pelo mosquito Aedes aegypti: ação preventiva de visitas aos imóveis vulneráveis em municípios infestados pelo referido mosquito.
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Expansão de leitos de UTI; • Aumento no número de UPA 24h em funcionamento em todo o país.
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Priorização do programa Previne Brasil; • Lançamento da Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, que englobou três eixos: Acadêmico, Residentes e Profissionais, todos direcionados para atuação no enfrentamento à COVID-19;

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde – Relatórios Anuais de Gestão 2011 – 2021, 2023.

Quadro 04. Principais ações estabelecidas no RAG no período de 2011 a 2021.

(conclusão)

RAG ANO	PRINCIPAIS AÇÕES
2020	<ul style="list-style-type: none"> • Implantação de unidades de Atenção Primária Indígena e o fortalecimento da rede logística, o que otimizou a distribuição de medicamentos e de EPI. Criação de equipes de resposta rápida para combate à pandemia, compostas por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e meios de transporte prontos; • Lançamento do Conecte SUS, programa do Governo Federal em parceria com estados e municípios com o objetivo de integrar as informações do atendimento aos brasileiros em todo o País; • Plano de Expansão da Radioterapia no SUS (PERSUS); • Programa Nacional de Genômica e Saúde de Precisão – Genomas Brasil.
2021	<ul style="list-style-type: none"> • Formalização da Agenda Transversal e Multissetorial da Primeira Infância, por meio da qual o Governo Federal converge esforços para a saúde materna e infantil; • Expansão do enfrentamento ao covid-19: oferta de leitos, respiradores, equipamentos de proteção individual, equipes de saúde e medicamentos;
2021	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde (Informatiza APS), como parte da Estratégia de Saúde Digital e tem o objetivo de apoiar a informatização das unidades de saúde e a qualificação dos dados da Atenção Primária em todo o país; • Ampliação dos equipamentos de radioterapia em hospitais habilitados pelo SUS; • Instituição da Rede VigiAR-SUS para ampliar, modernizar e fortalecer os componentes da Vigilância em Saúde que atuam nos eixos de detecção, monitoramento, alerta e resposta às Emergências em Saúde Pública; • Campanha de vacinação contra covid-19; • Lançamento do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) 2021-2030.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde – Relatórios Anuais de Gestão 2011 – 2021, 2023.

Importante destacar o papel do planejamento para execução das estratégias em saúde no SUS, uma vez que este processo sem uma análise sistêmica e estruturada, por si só, não garante um acesso adequado e seguro da população. Diante disso, associado ao planejamento, faz-se fundamental a avaliação e o monitoramento da saúde, nos quais a aplicação de indicadores estratégicos seja fundamental para a tomada de ação assertiva e uma melhor gestão do sistema de saúde.

2.3 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: APLICAÇÃO DE INDICADORES DE SAÚDE

Dentre as ferramentas de gestão em saúde, a avaliação ganhou destaque e tem sido implementada em diversas dimensões do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu propósito original no sistema de saúde pública, além de dar suporte aos processos decisórios, visa a promoção da identificação de problemas e redirecionamentos frente às ações desenvolvidas, a avaliação quanto à implementação de novas práticas profissional, bem como a mensuração dos impactos que as ações obtiveram frente à saúde da população (BRASIL, 2005).

Contandriopoulos et al. (1997) conceituam o termo avaliar como um julgamento de valor no que tange a uma intervenção ou seus componentes, cujo objetivo é contribuir para a tomada de decisão. Tais julgamentos de valor estão relacionados ao resultado da aplicação de critérios ou de normas, bem como a partir de procedimentos científicos.

A avaliação possui quatro objetivos principais, que são: contribuir com o planejamento e a criação de intervenção; subsidiar informações estratégicas para que as intervenções sejam executadas do melhor modo; contribuir para que os efeitos das intervenções sejam capazes de promover a tomada de decisão; e favorecer o desenvolvimento de conhecimento e sua elaboração teórica (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Nesse sentido, há um confronto entre a capacidade da avaliação em favorecer a tomada de decisão na saúde, com a complexidade do processo saúde-doença, o que faz com que a avaliação seja construída com características específicas e possua princípios próprios para que os resultados produzidos sejam os esperados frente à saúde da população (TANAKA; TAMAKI, 2012).

O papel da avaliação é favorecer a tomada de decisão, para que se tenha um aumento da eficiência, da eficácia e da efetividade das atividades desenvolvidas no ambiente que é aplicada (TANAKA; TAMAKI, 2012). A avaliação no processo de gestão é fundamental para a tomada de decisão, com isso, devem gerar respostas conforme as perguntas levantadas e definir estratégias (TAMAKI et al., 2012). Já a tomada de decisão é um processo, que os profissionais envolvidos na gestão, utilizam para definir prioridades, diante das necessidades e recursos (BATTESINI; FISCHMANN; WEISE, 2013).

Como parte integrante do processo avaliativo, tem-se o monitoramento. Tal ferramenta envolve as etapas de coleta, processamento e análise sistemática e periódica das informações, e indicadores de saúde específicos, cujo propósito é analisar os resultados das ações e se esses estão sendo realizados conforme planejado e esperado (BRASIL, 2005).

O monitoramento é um instrumento de gestão fundamental frente ao processo de avaliação. O gestor que aplica o monitoramento e a avaliação possui subsídios para confirmar ou corrigir os processos e, com isso, direcionar as ações a serem executadas. Portanto, para que o monitoramento seja efetivo, as informações devem ser relevantes, precisas e sintéticas (GARCIA, 2001).

Face ao exposto, para a tomada de decisão assertiva e baseada em evidências, visando uma programação de ações de saúde efetiva, faz-se necessária a disponibilidade de informações, cujos dados precisam ser validados e confiáveis. Enfim, para facilitar a avaliação e o monitoramento das informações produzidas, os indicadores de saúde foram desenvolvidos (RIPSA, 2008).

O uso de indicadores de saúde permite, além do estabelecimento de padrões, o acompanhamento da sua evolução num período do tempo. Entretanto, o uso exclusivo de um indicador não permite a análise sistemática do processo como um todo. Portanto, faz-se necessária a utilização de um grupo de indicadores para uma análise qualitativa do cenário proposto (D'INNOCENZO, 2010).

De acordo com a RIPSА (2008), os indicadores são:

[...] medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde. A construção de um indicador é um processo cuja complexidade pode variar desde a simples contagem direta de casos de determinada doença, até o cálculo de proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como a esperança de vida ao nascer (RIPSА, 2008, p. 13).

Pensar na seleção de indicadores de saúde é fundamental para sua aplicabilidade. Contudo, existem diversos critérios que devem ser considerados, tais como: a sua finalidade, as fontes disponíveis para coleta de dados, o público-alvo a ser utilizado, entre outros. Portanto, alguns atributos são fundamentais para avaliar os indicadores de saúde e assim, mensurar a saúde da população (OPAS, 2018):

- Mensurabilidade e viabilidade: basear-se na disponibilidade de dados para a mensuração do indicador, bem como na sua utilidade;
- Validade: analisar a exatidão da fonte de dados e o método de mensuração;
- Oportunidade: atender-se quanto à capacidade de coleta e notificação em tempo hábil para promoção de tomada de decisão assertiva;
- Reprodutibilidade: garantir que seja aplicada mesma mensuração e método por profissionais diferentes;
- Sustentabilidade: promover condições necessárias para que se tenha a estimativa contínua do indicador;
- Pertinência e relevância: proporcionar informações adequadas e úteis para nortear as políticas e programas, bem como promover a tomada de decisão;
- Compreensibilidade: garantir que seja compreensível a todos os envolvidos em sua análise e permita uma tomada de decisão segura.

Outro fator importante a ser considerado é a fonte de dados disponíveis para a utilização e mensuração dos indicadores. Existem os de ordem primária e secundária, com suas vantagens e desvantagens demonstradas, conforme descrito no **Quadro 5**.

Quadro 5 - Vantagens e desvantagens do uso de fontes e dados primários ou secundários para elaboração e monitoramento de indicadores de saúde.

(continua)

CARACTERÍSTICAS	PRIMÁRIOS	SECUNDÁRIOS
Vantagens	<p>Maior controle da qualidade e coleta mais adequada com a normalização dos procedimentos, melhor definição das variáveis e da população-alvo de interesse, entre outros fatores;</p> <p>Menor dificuldade de estratificar os indicadores em subgrupos populacionais de interesse (contanto que tenham sido coletadas as variáveis para atender aos propósitos de estratificação);</p> <p>Maior comparabilidade dos indicadores no tempo e espaço devido à possibilidade de estabelecer maior normalização das definições e procedimentos usados entre os grupos, bem como a ampliação do período de análise (mais adequado aos objetivos propostos).</p>	<p>Menor custo e maior senso de oportunidade na obtenção de dados e elaboração de indicadores.</p>
Desvantagens	<p>Maior custo e consumo de tempo para obter o dado, o que pode comprometer o senso de oportunidade do indicador (sobretudo no uso na gestão da saúde) e limitar o potencial de uso.</p>	<p>Maior esforço analítico para extração, definição e interpretação dos indicadores de interesse devido à(s):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Possibilidade de serem inadequados (quanto aos objetivos e indicadores de interesse) para definir o caso e a população-alvo; 2. Dúvidas quanto à qualidade dos dados (falta de normalização dos procedimentos e capacitação dos encarregados por gerar os dados);

Fonte: OPAS, 2018.

Quadro 5 - Vantagens e desvantagens do uso de fontes e dados primários ou secundários para elaboração e monitoramento de indicadores de saúde.

(conclusão)

CARACTERÍSTICAS	PRIMÁRIOS	SECUNDÁRIOS
Desvantagens		<p>Maior dificuldade de estratificar os indicadores em subgrupos populacionais de interesse por potencial falta de variáveis relevantes que permitam essa estratificação;</p> <p>Maior dificuldade de comparar os indicadores no tempo e espaço por possíveis mudanças nas definições e procedimentos usados.</p>

Fonte: OPAS, 2018.

Apesar do uso sistêmico de indicadores, muitos são aplicados de modo empírico e sem evidência científica. Portanto, é importante o conhecimento do referencial teórico dos indicadores, devendo levar em consideração como esses estão fundamentados, quais são os critérios a serem aplicados na seleção e qual a explicação de como foram calculados (SOÁREZ; PADOVAN; CICONELLI, 2005).

Em 2011, visando desenvolver o monitoramento e avaliação das ações em saúde no Ministério da Saúde, foi instituído por meio do Decreto nº 7.530/2011, o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), cujo objetivo principal é integrar, qualificar e promover a gestão de informações estratégicas em saúde (BRASIL, 2022a).

Nesse processo evolutivo de construção de políticas em saúde e com intuito de avaliar os serviços de saúde, em 2015, foi criado o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS), sendo reformulado por meio da Portaria nº 28, de 08 de janeiro de 2015. Esse programa possui diversos objetivos, destacando: incorporar indicadores de produção para avaliação de serviços de saúde e identificar oportunidades e possibilidades de melhorias (BRASIL, 2015a).

Nesse sentido, o PNASS visa avaliar os estabelecimentos de atenção especializada em saúde, ambulatoriais e hospitalares, vinculados ao Ministério da Saúde por meio de aportes financeiros. Para tal, foram estruturados três instrumentos avaliativos distintos: um roteiro com itens de verificação; um questionário para aplicação aos usuários do serviço; e um conjunto de indicadores (BRASIL, 2015b).

Frente a essa constante necessidade de aprimorar o processo de monitoramento e avaliação do SUS, foi instituída por meio da portaria nº 1.535/2017, um grupo de trabalho para formular a Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do SUS (BRASIL, 2017b). Em 2020, visando o aperfeiçoamento das políticas públicas de saúde, programas e ações, foi instituída a portaria 3.201/2020, que estabelece um comitê consultivo de monitoramento e avaliação do SUS, sendo um dos objetivos desse comitê: propor ferramentas e processos de trabalho que viabilizem a aplicação da política supracitada (BRASIL, 2020).

Diversas articulações foram desenvolvidas no intuito de buscar o aprimoramento quanto ao monitoramento e avaliação do SUS. Nessa perspectiva, o DEMAS lançou em 2021 a plataforma central de dados, denominada LocalizaSUS, e, em 2022, o departamento foi transformado em órgão de tecnologia da informação e comunicação, no qual foi reativado a Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA), por meio da Portaria GM/MS nº 1.915/2022, cuja instituição da rede se deu em 1996, pelo Ministério da Saúde em cooperação com a OPAS, com intuito de produzir e publicizar informações e dados aplicados à saúde pública (BRASIL, 2022a).

Outra ação importante do departamento, nesse mesmo ano, foi o lançamento do painel de campanha nacional de vacinação contra a poliomielite, o glossário temático de avaliação e monitoramento, bem como do caderno especial de indicadores básicos sobre covid-19. Outra iniciativa do departamento é o Programa de Monitoramento de Intervenções e Indicadores (PROMII), que em parceria com a Universidade de São Paulo tem o intuito de organizar informações de saúde através da inteligência artificial (BRASIL, 2022a).

Apesar de todos esses arranjos administrativos, com o intuito de promover uma gestão estratégica, muitos são os desafios do SUS. Por conseguinte, o PNISS torna-se essencial para que não somente o governo, mas os estados federativos repensem as estratégias implementadas, e por meio do processo avaliativo, aprimorem as estruturas de trabalho, bem como a forma de gestão pública, trazendo uma nova cultura de avaliação a esta administração (PERIN; BOZZETTI; KAUSS, 2016).

Diante desse contexto, assegurar que os indicadores estratégicos sejam executados, avaliados e monitorados torna-se um pilar fundamental nas esferas de gestão, não sendo diferente quando se trata da atenção hospitalar. Portanto, visando a avaliação da atenção hospitalar no Brasil, entende-se a necessidade de compreender o desenvolvimento de políticas públicas nesse âmbito de atuação.

2.4 POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR NO BRASIL

No Brasil, uma série de políticas, programas e estratégias governamentais foram desenvolvidas ao longo dos anos, entretanto, a atenção hospitalar foi um dos setores que menos experimentou tais transformações (AMARAL; CAMPOS, 2011). Na configuração histórica da política, do planejamento e da gestão hospitalar do SUS houve três marcos importantes: sendo o primeiro, até a criação do SUS com a CF/1988, o segundo, entre a CF/1988 e o Plano de Reforma da Atenção Hospitalar Brasileira (RAHB), de 2003; e, o último, do Plano de RAHB/2003 à Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), de 2013, conforme destacado **no Quadro 6** (SANTOS et al., 2020).

Quadro 6 - Temáticas sobre política, planejamento e gestão hospitalar no SUS.

(continua)

Categorias	Período		
	Primeiro	Segundo	Terceiro
	Até a criação do SUS com a CF/1988	Entre CFB/1988 e Plano de RAHB/2003	A partir do Plano de RAHB/2003 e PNHOSP/2013
1. Política de Saúde	Não foi evidenciado.	Descentralização e autonomia dos níveis de gestão através dos marcos normativos da reforma administrativa da saúde.	Desafios neoliberais ao SUS; Entraves do processo de regionalização.

Fonte: Santos et al. (2020).

Quadro 6 - Temáticas sobre política, planejamento e gestão hospitalar no SUS.

(conclusão)

2. Planejamento em Saúde	Deficiente parâmetro assistencial.	Preocupações relacionadas ao aumento da responsabilidade de implementação dos gestores municipais.	Estratégias e enfrentamentos governamentais para regionalização da atenção hospitalar; Complexidade da regulação em saúde.
3. Gestão em Saúde	Problemas relacionados à assistência hospitalar; Baixa fidedignidade de instrumentos remuneratórios.	Desafios à efetivação do caráter participativo e regionalização na implantação do SUS; Problemáticas da gestão sistêmica: crescimento das hospitalizações e pré-pagamento de internações e emergências dos modelos alternativos de gestão indireta; Problemáticas da gestão dos serviços hospitalares: frágil notificação de internação e fomento à melhoria da qualidade.	Problemáticas do sistema hospitalar: mudança para enfoque sistêmico, alinhado a descentralização e regionalização da gestão; capacidade dos gestores; regulação da rede hospitalar; expansão da assistência supletiva; contratação de serviços complementares; ampliação da gestão indireta como via de descentralização; Problemáticas da gestão dos serviços hospitalares: responsabilidade entre as partes nas relações público privadas, relação de poder e cultura organizacional, gestão de recursos humanos de saúde, financiamento, tecnologias de informação e instrumentos de gestão.

Fonte: Santos et al. (2020).

Quanto aos marcos históricos para a política de atenção hospitalar, destacam-se o Plano de RAHB/2003 e a PNHOSP/2013, sendo influenciados por ideias neoliberais e de regionalização, que favoreceram a articulação público-privado no setor saúde, assim como, a mudança do perfil epidemiológico e o fortalecimento das instâncias loco regionais (SANTOS et al., 2020).

Já Santos e Pinto (2017) identificam dois marcos normativos para a formulação da PNHOSP. O primeiro, constituído a partir da Lei Orgânica da Saúde e início da implantação do SUS, através das Normas Operacionais Básicas e de Assistência de Saúde (NOB e Noas), inseridos no governo Sarney (1985-1989) até o fim do segundo governo Fernando Henrique Cardoso (FHC 1999-2002), cujas estratégias norteadoras das normas operacionais estão inseridas no **Quadro 7**.

Quadro 7 - Estratégias norteadoras das Normas Operacionais.

Marcos Normativos	Estratégia
NOB 1991	Equiparação dos prestadores, sejam esses públicos ou privados, relativo ao repasse orçamentário para a atenção hospitalar, bem como a adequação do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) via Autorização de Internação Hospitalar (AIH).
NOB 1993	Descentralização da gestão e capacidade regulatória dos municípios e estados, orçamento através de repasses aos Fundos de Saúde e extinção do Inamps e criação do Sistema Nacional de Auditoria.
NOB 1996	Reajuste orçamentário da saúde, conforme a densidade demográfica e série histórica. Inserção das Organizações Sociais como modelo de gestão indireta.
Noas 2001	Inserção da regulação da rede hospitalar pública e privada.
Noas 2002	Regionalização e instrumentação da regulação nas três esferas de gestão.
RAHB 2003/2004	Desenvolvimento do plano de reforma pela Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, em 2003, e publicada em 2004, sendo apresentada a proposta de readequação do modelo de atenção à saúde e a normatização da política pública de atenção hospitalar. Realizada a discussão na Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Fonte: Elaborado pelo autor, 2022.

O segundo marco foi constituído a partir da publicação do Plano RAHB, cujo propósito era direcionar ações governamentais na recondução da atenção hospitalar, inserido nos dois mandatos do governo Lula (2003-2010) e na primeira gestão do governo Dilma (2011-2014) (SANTOS; PINTO, 2017).

Ademais, através do Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2004, 2008 e 2012, que são norteadores do planejamento do SUS, os quais contém a política e os compromissos a serem desenvolvidos a cada quatro anos, foi que a atenção hospitalar se tornou um dos grandes enfrentamentos para a saúde pública (SANTOS; PINTO, 2017).

Em 2012, a atenção hospitalar entrou em evidência a partir da abertura da Consulta Pública nº 19, de 01 de novembro de 2012, pelo Ministério da Saúde, com intuito de envolver gestores, especialistas, profissionais de saúde e a sociedade em geral, para receber sugestões sobre a proposta de criação da PNHOSP. Essa, tinha como objetivo estabelecer diretrizes e normas para organização dos serviços de saúde hospitalares e reestruturar os já existentes (BRASIL, 2012).

Tal consulta trouxe a proposta de reformular o então atual modelo de gestão e atenção hospitalar do SUS, definir e classificar os estabelecimentos de saúde, além de delimitar as competências de cada esfera: municipal, estadual e federal (BRASIL, 2012). Assim, com a necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS, foi publicada a portaria nº 3.390, no Diário Oficial da União nº 253, seção 1, páginas 54-46, no dia 31 de dezembro de 2013, que instituiu a PNHOSP no âmbito do SUS e estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2013a).

A PNHOSP teve a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS a partir da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de julho de 2017, capítulo II – Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, seção I – Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV (p. 142 a 145), que estabelece as diretrizes para a organização do componente hospitalar da RAS (BRASIL, 2017c).

A RAS, estruturada a partir da Portaria nº 4.279, de 2010, e reiterada pelo Decreto nº 7.508/2011, foi constituída devido à fragmentação dos sistemas de saúde, à descontinuidade entre os níveis de atenção, à ausência de comunicação entre os pontos de atenção, à organização hierárquica do sistema de saúde, à predominância do modelo curativista, ao financiamento insuficiente, à precarização do trabalho, à carência de profissionais em regiões estratégicas e ao cuidado centrado na atenção médica (SOUZA et al., 2018).

Assim, a PNHOSP reformula a relação da gestão e atenção hospitalar no SUS nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), além de possuir como abrangência todos os hospitais que atuam na rede pública, independente da natureza jurídica, possuindo como atores entes públicos e privados, bem como toda sociedade civil, em que o objeto comum é a organização da assistência hospitalar pertencente à RAS (BRASIL, 2013a).

Ainda, conforme definidos na PNHOSP, os hospitais dentro da atenção terciária à saúde são instituições complexas que possuem tecnologia específica e atendimento multiprofissional e interdisciplinar para o desenvolvimento da assistência contínua, cujo foco de atuação se dá pela promoção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação. Portanto, a prestação da assistência hospitalar deve ser definida conforme o perfil demográfico e epidemiológico da RAS regional, atuando de modo articulado com a atenção básica de saúde (BRASIL, 2013a).

O hospital sendo um local altamente profissionalizado, uma vez que reúne diversos profissionais com saberes diversificados, promove uma compreensão diferenciada do processo saúde-doença. Estando os hospitais entre as organizações mais complexas, exige, portanto, uma maior organização do trabalho, assim como, uma harmonização entre a promoção da saúde e bem-estar, com a coordenação das ações a serem executadas no dia a dia do hospital (GUEDES; CASTRO, 2009).

Dentre suas principais funções, destacam-se o diagnóstico, tratamento e reabilitação da população assistida, bem como o controle preventivo de doenças infecto contagiosas, intervenção junto à saúde ocupacional, à promoção à saúde e no desenvolvimento dos profissionais que atuam. Relacionando o papel do hospital junto à RAS, eles possuem atuação fundamental na continuidade do trabalho em rede, além de integrar de modo sistêmico os serviços e ações em saúde (HOLZ, 2016).

As diretrizes definidas na PNHOSP são: universalidade, equidade e integralidade; regionalização; continuidade do cuidado; cuidado centrado no usuário; acesso regulado; atendimento humanizado; gestão de tecnologia da informação; qualidade e segurança do paciente; efetividade dos serviços; financiamento tripartite; atenção à saúde indígena; transparência e eficiência na aplicação dos recursos; planejamento, monitoramento e avaliação (BRASIL, 2017c).

Além disso, seis eixos estruturantes são definidos na PNHOSP: assistência hospitalar; gestão hospitalar; formação, desenvolvimento e gestão da força de trabalho; financiamento; contratualização; e responsabilidades das esferas de gestão (BRASIL, 2017c). Entretanto Santos e Pinto (2017), ressaltam que:

[...] Três eixos estruturantes da política se destacam. A gestão hospitalar que versa sobre qualidade da assistência, cumprimento de metas contratualizadas, eficiência e transparência, planejamento participativo, papel na RAS, fluxos regulatórios e critérios de monitoramento e avaliação. O financiamento tripartite e os instrumentos formais de contratualização que regularizam a relação entre o gestor e os hospitais públicos e privados por meio de critérios regionais, orçamentários, de monitoramento e cumprimento das metas, aprimoramento assistencial e efetivação do controle social e transparência. E a responsabilidade das esferas de gestão que específicas competências das Secretarias Estaduais de Saúde frente a metas e prioridades para atenção hospitalar, cofinanciamento, contratualização e monitoramento ou avaliação (SANTOS; PINTO, 2017, p. 102-103).

Conforme capítulo IV, da portaria de instituição da política de atenção hospitalar, fica estabelecido que a implementação da PNHOSP ocorre de modo gradual, a partir da celebração de novas contratualizações e tem por prioridade os hospitais que pertencem a redes temáticas e de programas prioritários. É necessário também, para a sua implementação, instituir um comitê gestor de atenção hospitalar, de composição tripartite, o qual devem monitorar, avaliar periodicamente e analisar os dados da PNHOSP, isso, com intuito de aprimorar os eixos estruturantes (BRASIL, 2017c).

Ainda em 2013, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 3.410, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do SUS, em consonância com a PNHOSP, com a finalidade de formalizar a relação entre gestores públicos de saúde e hospitais integrantes do SUS. Isso, por meio da instauração de compromissos entre as partes que promovem a qualificação da assistência e gestão hospitalar (BRASIL, 2013b). Esta portaria também teve sua consolidação por meio da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de julho de 2017, anexo 2 do Anexo XXIV (BRASIL, 2017c).

De acordo com a portaria 3.410/2013, assegurado também pela portaria de consolidação nº 02:

[...] Art. 2º As disposições desta Portaria se aplicam a todos os entes federativos que possuam sob sua gestão hospitais integrantes do SUS:

I - públicos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais;

II - privados com fins lucrativos com, no mínimo, 50 (cinquenta) leitos operacionais; e

III - privados sem fins lucrativos com, no mínimo, 30 (trinta) leitos operacionais, sendo pelo menos 25 (vinte e cinco) destinados ao SUS (BRASIL, 2013b, p. 02).

Por conseguinte, para o monitoramento dos hospitais, alguns indicadores devem ser acompanhados, sendo esses: a taxa de ocupação de leitos, o tempo médio de permanência em leitos de clínica médica e cirúrgicos e a taxa de mortalidade institucional. Aos hospitais que dispõem de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), são acrescentados os indicadores de taxa de ocupação da UTI e de densidade de incidência de infecção por Cateter Venoso Central (BRASIL, 2017c).

Os repasses financeiros devem ser atrelados aos cumprimentos das metas quantitativas e qualitativas, podendo o hospital ter ajuste para baixo das metas e valores repassados por um período determinado, caso não haja o cumprimento das metas (BRASIL, 2017c). A PNHOSP, de modo geral, ao executar as ações estratégicas alinhadas às suas diretrizes, visa uma assistência humanizada, com qualidade e segurança aos seus usuários, além de um trabalho articulado, mediante a RAS, e um cuidado por meio da atuação multiprofissional. Todas estas estratégias convergem para uma assistência mais qualificada, com racionalização dos custos e com alta efetividade e eficácia para o sistema hospitalar (SOLHA, 2014).

Apesar de todas estas articulações para a execução desta política, os desafios da atenção hospitalar no SUS são diversos, seja pelos instrumentos de gestão frágeis, modelo de atenção hospitalocêntrico ou pela necessidade de avanços na implementação de um modelo participativo (SANTOS et al., 2020). Esses desafios estão relacionados à insuficiência de recursos financeiros, baixa qualidade assistencial, modelo de atenção centrado no médico e na assistência a quadros agudos, distribuição inadequada de equipamentos de serviço por região, parque tecnológico inadequado e quadro profissional insuficiente ou sem capacitação adequada (SOLHA, 2014).

A correção entre a RAS e a capacidade gestoras das unidades assistenciais enfrentam muitos desafios e apontam a necessidade de melhoria da negociação entre estados e municípios na consolidação das RAS, da relação entre os hospitais, dos processos regulatórios de fluxos assistenciais e das estratégias de contratualização da oferta, prestação e qualidade assistencial (SOUZA et al., 2018).

Souza et al. (2018) complementam quanto à necessidade do aperfeiçoamento das políticas públicas e necessidade de desenvolvimento de plano estratégico para reorganização da atenção hospitalar, coerente com a regionalização e perfil assistencial, para que se possa atender às necessidades regionais e assim, fortalecer a regulação e o desempenho da atenção hospitalar.

Vecina Neto e Malik (2007) destacam quatro passos obrigatórios para a melhoria dos processos voltados para a atenção hospitalar:

1. Definir a capacidade de sustentação do modelo de prestação de serviços hospitalares, com a criação de uma nova proposta de arranjo para o sistema de saúde;
2. Garantir a capacidade regulatória e sua integração com o sistema privado, organizando e transformando o processo de modo responsável e transparente para a sociedade;
3. Aprimorar a gestão, informatizando os processos e usando as informações para o gerenciamento de custos;

4. Reconhecer os *stakeholders* necessários para a prestação da assistência à saúde, atuando de modo sinérgico.

Frente a esse processo de necessidade de remodelamento da atenção hospitalar versus recursos financeiros insuficientes e aumento da demanda de serviços, algumas práticas de gestão tornam-se essenciais para a sustentabilidade das organizações. Nesse sentido, não basta apenas olhar para o alcance das metas estabelecidas e propostas, deve-se associar práticas efetivas, destacando a gestão baseada em processos, melhoria contínua, gestão de custos e a saúde baseada em valor (BRANCALION; LIMA, 2022).

Brancaion e Lima (2022) ressaltam que:

[...] ao implementá-las, a alta gestão hospitalar aumenta a eficiência dos processos, reduzindo os desperdícios, agregando valor ao negócio, aumentando a sua receita e resultando em economias que podem ser repassadas ao consumidor, pela melhoria contínua da qualidade. [...] Faz-se necessário, portanto, instrumentalizar os gestores para a adequada utilização de conhecimentos baseados em evidências, específicas de gestão, enfocando resultados mensuráveis e sustentáveis financeiramente [...] (FRANCALION; LIMA, 2022, p. 06)

A atenção hospitalar no Brasil tem passado por (re)modelações e organizações, entretanto, conforme demonstrado acima, muito se tem a avançar para que o desempenho hospitalar atenda às necessidades da população e garanta, conforme a CF/88, o acesso universal de qualidade, modo equitativo e integral.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a execução do Plano Estadual de Saúde do estado do Espírito Santo quanto à organização da rede de atenção à saúde e dos indicadores de monitoramento de atenção hospitalar à luz da Política Nacional de Atenção Hospitalar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar, de modo comparativo, os dados relativos à atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, período 2019/2021, bem como identificar o número de leitos e a proporção de leitos hospitalares SUS e não SUS;
- Descrever o número de internações e tempo médio de permanência de acordo com regional de saúde e especialidades médicas, no período 2019/2021, no estado do Espírito Santo;
- Identificar o número de óbitos e a taxa de mortalidade, de acordo com a distribuição por regional de saúde e especialidades médicas, bem como a densidade de incidência de infecção primária de corrente sanguínea em cateter venoso central em unidades de terapia intensiva, no estado do Espírito Santo, no período 2019/2021;
- Descrever o alcance das metas de atenção hospitalar definidas no plano estadual de saúde do estado do Espírito Santo, no período 2019/2021;
- Propor um plano de intervenção frente ao panorama da atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, e em consonância com as diretrizes do plano estadual de saúde vigente.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de análise documental, de natureza quantitativa, com coleta de dados retrospectivos.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no estado do Espírito Santo, que é considerado o menor estado da região sudeste e um dos menores do Brasil, possuindo uma área geográfica de 46.098,1 km². Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, no estado, estimava-se uma população de 4.018.650 habitantes, distribuídos em 78 municípios, na sua maioria de pequeno e médio porte, estando a metade da população concentrada na região metropolitana da grande Vitória (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Visando o cumprimento das diretrizes federais e em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no que tange à regionalização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no estado do Espírito Santo estabeleceu-se três regiões de saúde: Região Central Norte, composta por 29 municípios, Região Metropolitana, com 23 municípios, e Região Sul, com 26 municípios. Essas regiões de saúde foram aprovadas de acordo com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), por meio da resolução nº 153, de 18 de dezembro de 2020, estabelecendo os novos limites regionais e, assim, instituindo no território do estado do Espírito Santo, as seguintes regiões de saúde: Região Central/Norte, Região Metropolitana e Região Sul (ESPÍRITO SANTO, 2020).

Em relação a regionalização da RAS, por número de municípios e população residente segundo a região de saúde, tem-se que a região metropolitana de saúde contém o menor número de municípios, entretanto, nela reside 59% da população do estado do Espírito Santo, conforme estimativa realizada pelo IBGE e evidenciadas na **Tabela 1**.

Tabela 1 - Regionalização da Rede de Atenção à Saúde por número de municípios e população residente, segundo a região de saúde, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Região	Número de Municípios	População Residente 2021	Percentual (%)
Central/Norte	29	981.551	24%
Metropolitana	23	2.440.320	59%
Sul	26	686.637	17%
Total	78	4.108.508	100%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Plano Diretor Regional 2020 e IBGE, 2023.

De acordo com o DATASUS, os dados demográficos demonstram que a estimativa populacional para o ano de 2021, mediante a faixa etária da população residente, tem um predomínio de 57% da população entre 20 e 59 anos de idade, conforme apresentado na **Tabela 2**.

Tabela 2 - População residente por Ano, segundo Faixa Etária 1, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Faixa Etária	2020	2021	Percentual (%)
0 a 4 anos	287.450	288.253	7%
5 a 9 anos	283.719	285.957	7%
10 a 14 anos	273.424	274.010	7%
15 a 19 anos	291.528	286.722	7%
20 a 29 anos	630.839	628.997	15%
30 a 39 anos	671.766	672.524	16,5%
40 a 49 anos	566.373	580.686	14%
50 a 59 anos	466.161	472.263	11,5%
60 a 69 anos	337.291	350.257	9%
70 a 79 anos	166.643	176.110	4%
80 anos e mais	88.858	92.729	2%
Total	4.064.052	4.108.508	100%

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, 2023.

O estado do Espírito Santo contava com 99 estabelecimentos com tipo de atendimento prestado de internação hospitalar SUS e por plano de saúde público, no qual houve um aumento de 03 unidades para o ano de 2021. Na **Tabela 3**, seguem estes dados discriminados por região de saúde, onde o maior número dos estabelecimentos de saúde estão concentrados na região metropolitana de saúde.

Tabela 3 - Estabelecimentos de saúde pública por Região de Saúde (CIR), segundo Tipo de Estabelecimento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Tipo de Estabelecimento	Dez/20			Dez/21		
	Metropolitana	Sul	Central Norte	Metropolitana	Sul	Central Norte
Hospital geral	35	25	16	35	26	18
Hospital especializado	8	1	3	8	1	2
Unidade mista	2	-	3	4	-	3
Pronto socorro geral	-	-	1	-	-	-
Hospital/dia – isolado	-	-	2	-	-	2
Centro de atenção psicossocial	2	-	-	2	-	-
Pronto atendimento	1	-	-	1	-	-
Total	48	26	25	50	27	25
Total Geral		99			102	

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2023.

4.3 COLETA DE DADOS

Como fonte de dados a serem apresentados, teve-se os relatórios anuais de gestão referentes ao Plano Estadual de Saúde do Espírito Santo, assim como, da PNHOSP, bem como, dados de natureza secundária do serviço de transferência de arquivos fornecido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), através do site <https://datasus.saude.gov.br>, que compreende o estado do Espírito Santo, no período de 2019-2021, com ênfase na execução do plano estadual vigente.

Os dados foram coletados pelo própria pesquisadora, conforme a **Tabela 4**, em três etapas, a saber:

- 1) Leitura dos relatórios, busca dos dados disponíveis pelo DATASUS e construção do banco de dados;
- 2) Comparação dos dados disponibilizados e correção, quando necessário, de modo a dirimir as divergências e a construir um banco de dados único;
- 3) Transcrição, organização, análise e descrição dos dados da etapa 02, através do programa Microsoft Excel.

Tabela 4 - Banco de dados pesquisados que consubstanciaram a pesquisa, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Banco de dados pesquisados	Objetivos de busca
Plano Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo 2016-2019	- Levantamento das diretrizes, objetivos e metas pactuadas para a atenção hospitalar no ano de 2019.
Plano Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo 2020-2023	- Levantamento das diretrizes, objetivos e metas pactuadas para a atenção hospitalar no biênio 2020-2021.
Relatório Anual de Gestão do Estado do Espírito Santo 2019	- Resultado anual das metas pactuadas para o ano de 2019, conforme o PES.
Relatório Anual de Gestão do Estado do Espírito Santo 2020	- Resultado anual das metas pactuadas para o ano de 2020, conforme o PES.
Relatório Anual de Gestão do Estado do Espírito Santo 2021	- Resultado anual das metas pactuadas para o ano de 2021, conforme o PES.

Fonte: Dados da pesquisa.

4.3.1 Dados coletados

Os dados de interesse para coleta foram: resultados das metas de atenção hospitalar definidas pelo plano estadual de saúde; o número de leitos hospitalares e a sua proporção entre leitos SUS e não SUS; o número de internações, a média de permanência, o número de óbitos e a taxa de mortalidade hospitalar, conforme região de saúde e especialidade médica; a densidade de incidência de infecção primária em corrente sanguínea, diagnosticada laboratorialmente em cateter venoso central, em unidades de terapia intensiva.

4.4 ANÁLISE DOS DADOS

4.4.1 Análise descritiva

As informações obtidas foram analisadas através de estatística descritiva simples, com os cálculos da frequência absoluta e relativa, bem como a média e, posteriormente, apresentados por meio de tabelas.

4.5 COMITÊ DE ÉTICA

O presente estudo envolve apenas a descrição de análise de dados secundários, obtidas por meio de fontes de informações de domínio público e não foram coletadas informações adicionais que não sejam de livre acesso.

5 RESULTADOS

Os resultados apresentados são oriundos da pesquisa de dados secundários junto ao Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), análise documental do Plano Estadual de Saúde (PES) e dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG) referentes aos anos de 2019 a 2021, do estado do Espírito Santo. Considerando as buscas realizadas nos documentos relacionados à atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, traz-se os resultados divididos em categorias, considerando o período 2019-2021:

- 1) Dados da atenção hospitalar;
- 2) Indicadores hospitalares em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP);
- 3) Metas de atenção hospitalar conforme o PES vigente.

5.1 DADOS DA ATENÇÃO HOSPITALAR

Ao buscar as informações referentes à atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, conforme apresentado na **Tabela 5**, nota-se que o número de leitos hospitalares, entre os anos de 2019-2021, teve um aumento global. Nesse período, é possível observar quando comparado ao número total de leitos no período, no que se refere aos leitos do Sistema único de Saúde (SUS), um aumento no percentual de leitos clínicos e complementares, e uma redução dos leitos cirúrgicos, obstétricos, pediátricos e outras especialidades. Vale destacar que os leitos complementares, quando comparado 2019-2021, tiveram um aumento de 4,7%, resultado esse que expressa maior aumento proporcional nesse período, assim como, os leitos cirúrgicos obtiveram uma queda de 3,97%.

Já na perspectiva de leitos não SUS, nota-se apenas um aumento no percentual dos leitos complementares, quanto aos demais leitos, houveram reduções gradativas desse percentual, exceto nos leitos de pediatria, cuja redução foi marcada por um pequeno aumento em 2021. Ao comparar esse perfil de leitos no período de 2019-2021, observa-se um salto de 3,58% nos leitos complementares, expressando maior resultado, **Tabela 5**.

Tabela 5 - Número de Leitos hospitalares, segundo a classificação por especialidade e período de referência, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Especialidade	2019				2020				2021			
	Não SUS	NÃO SUS (%)	SUS	SUS (%)	Não SUS	NÃO SUS (%)	SUS	SUS (%)	Não SUS	NÃO SUS (%)	SUS	SUS (%)
Cirúrgicos	863	9,03%	1.626	17,02%	769	7,73%	1.356	13,63%	798	7,46%	1.396	13,05%
Clínicos	994	10,40%	2.028	21,23%	1.009	10,14%	2.275	22,86%	1.082	10,11%	2.499	23,35%
Obstétrico	231	2,42%	666	6,97%	220	2,21%	674	6,77%	193	1,80%	698	6,52%
Pediátrico	157	1,64%	589	6,16%	136	1,37%	603	6,06%	155	1,45%	594	5,55%
Outras Especialidades	607	6,35%	205	2,15%	487	4,89%	192	1,93%	466	4,35%	192	1,79%
Hospital/DIA	84	0,88%	88	0,92%	76	0,76%	65	0,65%	79	0,74%	77	0,72%
Leitos Complementares	767	8,03%	649	6,79%	952	9,57%	1.136	11,42%	1.242	11,61%	1.230	11,49%
Total	3703	38,76%	5.851	61,24%	3.649	36,67%	6.301	63,33%	4.015	37,52%	6.686	62,48%
Total Geral		9.554				9.950				10.701		

Fonte: Elaborado pelo autor com base no CNES, 2023.

Ao analisar a proporção de leitos SUS e não SUS, a cada mil habitantes no estado do Espírito Santo, observa-se uma melhora significativa, cujo resultado aumentou de 2,38, em dezembro de 2019, para 2,60, em dezembro de 2021, alcance esse superior ao cenário nacional, que foi de 2,56 leitos por mil habitantes em 2021, **Tabela 6**.

Outro fator a ser considerado é que ao analisar estas proporções por regiões do estado do Espírito Santo, nota-se que o resultado da região sul foi o que obteve melhor proporção, saindo de um resultado de 2,88 leitos por mil habitantes, em 2019, para 3,04. Já a região central norte é a que apresenta pior proporção de leitos, apesar da melhora nesse período, saindo de 1,98 leitos por mil habitantes, em 2019, atingiu apenas 2,36 leitos por mil habitantes, em 2021, valor esse proporcional ao atingido pela média nacional em 2019, que foi de 2,33 leitos por mil habitantes, **Tabela 6**.

Tabela 6 - Proporções de leitos hospitalares públicos e não públicos por leitos de internação e complementares, segundo unidade federativa e regiões de saúde, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Período /referência	Espírito Santo				Brasil
	Metropolitana	Sul	Central Norte	Total	
dez/19					
Total Leitos	5695	1.951	1.908	9.554	490.397
População residente	2.379.133	678.071	961.446	4.018.650	210.147.125
Proporção leitos/mil habitantes	2,39	2,88	1,98	2,38	2,33
dez/20					
Total Leitos	5985	1905	2060	9950	535.821
População residente	2.410.051	682.396	971.605	4.064.052	211.755.692
Proporção leitos/mil habitantes	2,48	2,79	2,12	2,45	2,53
dez/21					
Total Leitos	6.290	2.090	2.321	10.701	547.069
População residente	2.440.320	686.637	981.551	4.108.508	213.317.639
Proporção leitos/mil habitantes	2,58	3,04	2,36	2,60	2,56

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES e estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, 2023.

No que se refere ao número de internações hospitalares, 56,53% destas internações no período de 2019/2021, foram realizadas na região metropolitana de saúde, conforme dados da **Tabela 07**. É possível observar que nesse período, apenas a região central norte manteve um crescente no número de internações, enquanto na região sul houve uma redução em seu resultado.

Tabela 7 - Internações por Região de Saúde (CIR), segundo Ano atendimento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continua)

Região de saúde	Internações/ano						Acumulado	(%)
	2019	(%)	2020	(%)	2021	(%)		
Metropolitana	143.700	57,53%	124.850	55,97%	146.573	56,05%	415.123	56,53%
Sul	48.331	19,35%	41.373	18,55%	46.859	17,92%	136.563	18,60%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Tabela 7 - Internações por Região de Saúde (CIR), segundo Ano atendimento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(conclusão)

Região de saúde	Internações/ano						Acumulado	(%)
	2019	(%)	2020	(%)	2021	(%)		
Central Norte	57.754	23,12%	56.830	25,48%	68.055	26,03%	182.639	24,87%
Total	249.785	-	223.053	-	261.487	-	734.325	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Ao analisar as internações por especialidades, é possível constatar que o acumulado das internações da clínica médica representam quase 40% do volume total, seguido das internações da clínica cirúrgica com 33,28% e obstetrícia com 15,79%. Porém, ao realizar a análise anual, é notório que a clínica cirúrgica em 2020 teve uma queda significativa, quando comparado com 2019. No entanto, em 2021, seu número quase chegou à marca obtida em 2018, com um resultado de quase 86 mil internações. Outro fator que chama a atenção é a queda sequencial no número de internações relacionadas à psiquiatria, e a flutuação nos dados da pediatria, que teve uma queda em 2020, mas com um pequeno aumento em 2021, **Tabela 8**.

Tabela 8 - Internações por Ano processamento, segundo Especialidade, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continua)

Especialidade	2019	2020	2021	Total	(%)
Clínica cirúrgica	89.602	69.084	85.975	244.661	33,287%
Obstetrícia	38.214	38.493	39.364	116.071	15,792%
Clínica médica	86.543	92.719	114.222	293.484	39,930%
Cuidados prolongados (crônicos)	86	21	49	156	0,021%
Psiquiatria	2.240	1.733	1.396	5.369	0,730%
Pneumologia sanitária (tisiologia)	9	5	10	24	0,003%
Pediatria	28.072	20.844	22.808	71.724	9,758%
Reabilitação	182	215	194	591	0,080%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Tabela 8 - Internações por Ano processamento, segundo Especialidade, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(conclusão)

Especialidade	2019	2020	2021	Total	(%)
Clínica cirúrgica - hospital-dia	1.299	781	662	2.742	0,373%
Aids - hospital-dia	54	73	28	155	0,021%
Intercorrência pós-transplante - hospital-dia	-	6	18	24	0,003%
Total	246.301	223.974	264.726	735.001	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

As **tabelas 9 e 10**, a seguir, demonstram o número de óbitos hospitalares no estado. É possível observar que no acumulado de 2019-2021, 57,83% dos óbitos ocorreram na região metropolitana de saúde, destaca-se o ano de 2020, pois, essa região de saúde apresentou o pior resultado, com um percentual de 60% dos óbitos totais. Já a região sul, obteve melhor desempenho, cujo percentual diminuiu nos últimos três anos, **Tabela 9**.

Tabela 9 - Óbitos por Região de Saúde (CIR), segundo ano atendimento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Região de saúde	Ano atendimento						Total	(%)
	2019	(%)	2020	(%)	2021	(%)		
Metropolitana	5058	54,04%	7487	60,47%	8606	58,01%	21151	57,83%
Sul	2181	23,30%	2234	18,04%	2520	16,99%	6935	18,96%
Central Norte	2120	22,65%	2661	21,49%	3710	25,00%	8491	23,21%
Total	9359	-	12382	-	14836	-	36577	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

A **Tabela 10** destaca o número de óbitos por especialidade, sendo que no acumulado de 2019-2021, 83% foram representados pela clínica médica, demonstrando um acréscimo significativo no resultado, principalmente no ano de 2021. Outra especialidade que chama a atenção é a queda no número de óbitos em pediatria, em 2020, com aumento em 2021, dado esse relacionado à mesma flutuação no número de internações evidenciadas anteriormente na **Tabela 8**.

Tabela 10 - Óbitos por Ano processamento, segundo Especialidade, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Especialidade	2019	2020	2021	Total	(%)
Clínica cirúrgica	1572	1.577	1.950	5.099	14,040%
Obstetrícia	11	22	12	45	0,124%
Clínica médica	7332	9.855	13.042	30.229	83,234%
Cuidados prolongados (crônicos)	17	5	9	31	0,085%
Psiquiatria	4	4	1	9	0,025%
Pneumologia sanitária (tisiologia)	-	1	2	3	0,008%
Pediatria	293	268	341	902	2,484%
Total	9.229	11.732	15.357	36.318	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

5.2 INDICADORES HOSPITALARES DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Ao avaliar a portaria de contratualização da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), destaca-se a necessidade de monitorar alguns indicadores de saúde. Portanto, ao realizar a busca de dados em plataformas de livre acesso, observa-se que apenas três desses indicadores estão disponíveis para consulta, sendo: a média de permanência hospitalar, a taxa de mortalidade institucional e a Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea, identificada laboratorialmente (IPCSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Vale destacar que os dados relacionados aos indicadores de taxa de ocupação hospitalar e taxa de ocupação em Unidades de Terapia Intensiva não foram identificados nas bases de dados disponíveis, portanto, não sendo possível a análise desses.

5.2.1 Média de Permanência hospitalar

Os resultados da média de permanência conforme o ano de atendimento demonstram que, em relação a 2019, o ano de 2020 teve flutuações, com aumento no resultado na região metropolitana e sul, e queda na região central norte. Já ao avaliar o ano de 2021, com base em 2020, observa-se um aumento na média de permanência na região sul e central norte, além de uma pequena queda na região metropolitana. Entretanto, quando comparada as médias gerais dos anos de 2020/2021, o resultado manteve-se com 5,1 dias de permanência hospitalar, valor esse maior que o ano de 2019, **Tabela 11**.

Destacando esses resultados por regiões de saúde, nota-se que a região metropolitana de saúde possui maior resultado, chegando a 5,7 dias de permanência em 2020. Contudo, observa-se que a região sul, foi a única que manteve um padrão de acréscimo anual, cujo resultado de 2021 foi de 5 dias de permanência, **Tabela 11**.

Tabela 11 - Média permanência por Região de Saúde (CIR), segundo Ano atendimento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Região de saúde	Ano atendimento		
	2019	2020	2021
Metropolitana	5,2	5,7	5,6
Sul	4,6	4,8	5,0
Central Norte	4,0	3,8	4,1
Total	4,8	5,1	5,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Ao analisar a média de permanência por especialidade é possível identificar que apesar dos cuidados prolongados possuir maior resultado de tempo médio de permanência, atingindo 28,3 dias de internação, em 2020, foram as especialidades de clínica médica, psiquiatria e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) hospital-dia que tiveram acréscimos sequenciais no período de 2019-2021. Nessa perspectiva, AIDS hospital-dia se destaca em seu resultado quando comparado 2019/2020, pois houve um aumento de 13,4 dias de internação. É possível destacar também que a reabilitação permaneceu com pequenas variações, porém mantendo o segundo lugar de maior tempo médio de permanência, **Tabela 12**.

Tabela 12 - Média permanência por Ano processamento, segundo Especialidade, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Especialidade	2019	2020	2021
Clínica cirúrgica	3,9	4,0	3,8
Obstetrícia	2,5	2,3	2,4
Clínica médica	6,2	6,3	6,7
Cuidados prolongados (crônicos)	24,1	28,3	23,7
Psiquiatria	15,9	16,5	18,9
Pneumologia sanitária (tisiologia)	9,3	9,6	9,3
Pediatria	5,8	6,3	6,2
Reabilitação	20,2	19,9	20,6
Clínica cirúrgica - hospital-dia	0,2	0,1	0
Aids - hospital-dia	3,8	17,2	22,9
Intercorrência pós-transplante - hospital-dia	-	-	1,3
Total	4,8	5,1	5,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Ao realizar uma comparação do tempo médio de permanência do estado do Espírito Santo com os dados gerados pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP) e o Brasil, nota-se que o resultado do Brasil foi o pior no período proposto, entretanto, todas as referências tiveram aumento nesse mesmo período (**Tabela 13**).

Tabela 13 - Média permanência por Ano processamento, segundo parametrização de referência, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

REFERÊNCIA	2019	2020	2021
Brasil	5,3	5,4	5,6
Espírito Santo	4,8	5,0	5,1
Hospitais Associados ANAHP	4,04	4,59	4,61
Hospitais Não Associados ANAHP	-	5,21	4,63

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e SINHA/ANAHP, 2023.

5.2.2 Taxa de mortalidade hospitalar

Os indicadores de mortalidade hospitalar, conforme apresentado na **Tabela 14**, demonstram um aumento expressivo quando comparados os anos de 2020/2021 com 2019. Observa-se que a região metropolitana de saúde possui o pior resultado, entretanto, nota-se que a região central norte apresentou aumentos sequenciais nesse resultado.

Tabela 14 - Taxa de mortalidade por Região de Saúde (CIR), segundo Ano atendimento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Região de saúde	Ano atendimento		
	2019	2020	2021
Metropolitana	3,52%	6,0%	5,87%
Sul	4,51%	5,4%	5,38%
Central Norte	3,67%	4,68%	5,45%
Total	3,75%	5,55%	5,67%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Os dados de taxa de mortalidade, de acordo com o ano de processamento e mediante a especialidade, demonstram que o resultado da clínica médica apresentou aumento sequencial no período em análise e representa a terceira maior taxa, ficando atrás, apenas, dos cuidados prolongados e pneumologia sanitária (**Tabela 15**).

Tabela 15 - Taxa de mortalidade por Especialidade e Ano processamento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continua)

Especialidade	2019	2020	2021
Clínica cirúrgica	1,75%	2,28%	2,27%
Obstetrícia	0,03%	0,06%	0,03%
Clínica médica	8,47%	10,63%	11,42%
Cuidados prolongados (crônicos)	19,77%	23,81%	18,37%
Psiquiatria	0,18%	0,23%	0,07%
Pneumologia sanitária (tisiologia)	-	20%	20%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Tabela 15 – Taxa de mortalidade por Especialidade e Ano processamento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(conclusão)

Especialidade	2019	2020	2021
Pediatria	1,04%	1,29%	1,50%
Total	3,75%	5,24%	5,80%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Ao realizar uma comparação da taxa de mortalidade do estado do Espírito Santo com o Brasil, nota-se um resultado satisfatório, visto que o estado obteve resultados inferiores a taxa nacional. Já ao comparar esse resultado com os hospitais privados associados à ANAHP, percebe-se um resultado insatisfatório, visto que o menor resultado do estado, em 2019, é maior que o pior resultado dos hospitais privados, em 2021 (**Tabela 16**).

Tabela 16 - Taxa de mortalidade por Ano processamento, segundo parametrização de referência, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

REFERÊNCIA	2019	2020	2021
Brasil	4,31%	5,63%	6,69%
Espírito Santo	3,75%	5,24%	5,80%
Hospitais Associados ANAHP	2,16%	3,29%	3,46%
Hospitais Não Associados ANAHP	-	6,19%	5,58%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e SINHA/ANAHP (2022), 2023.

5.2.3 Densidade de Incidência de Infecção Primária em Corrente Sanguínea identificada laboratorialmente associada à Cateter Venoso Central

Ao realizar um comparativo com os dados fornecidos pela ANAHP e a média nacional, no período de 2019-2021, da Densidade de Incidência de Infecção Primária em Corrente Sanguínea identificada laboratorialmente (IPCSL), associada à Cateter Venoso Central (CVC), conforme evidenciados na **Tabela 17**, tem-se que no ano de 2021, os resultados relacionados à Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, de todas as referências de análise, tiveram uma piora significativa, sendo que o estado do Espírito Santo foi o que mais experimentou esse cenário.

Já ao verificar os dados relacionados à UTI Pediátrica, no estado do Espírito Santo, apesar de, em 2021, o resultado apresentar melhora, o cenário foi pior ao comparar com a média nacional, diferente do cenário da UTI Neonatal, cujo pior resultado, de 2021, foi a média nacional, sendo que o estado do ES foi o único que apresentou uma melhora, apesar do resultado ser acima dos hospitais associados à ANAHP (**Tabela 17**).

Tabela 17 - Densidade de incidência de Infecção Primária em Corrente Sanguínea, identificada laboratorialmente, associada à cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva, segundo ano de processamento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

ANO	UTI Adulto			UTI Pediátrica			UTI Neonatal		
	ES	BRASIL	ANAHP	ES	BRASIL	ANAHP	ES	BRASIL	ANAHP
2019	3,40%	3,90%	1,96%	3,40%	4,40%	1,61%	6,30%	7,85%	4,65%
2020	3,10%	4,30%	2,61%	5,90%	4,60%	1,51%	6,40%	7%	3,31%
2021	6,10%	5,20%	3,14%	5,50%	4,90%	0,93%	5,30%	6,60%	3,67%

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da ANVISA e SINHA/ANAHP (2022), 2023.

5.3 METAS DE ATENÇÃO HOSPITALAR DO ESPÍRITO SANTO

Mediante ao Plano Estadual de Saúde (PES), do estado do Espírito Santo, do período de 2016-2019, nota-se que em 2019 houve diversas alterações, principalmente, pelo início de uma nova gestão, em que diversas ações deixaram de compor a agenda institucional e outras foram incorporadas. Apesar dessas mudanças, nesse planejamento foram instituídas 04 diretrizes, 04 objetivos estratégicos e 44 metas que se comunicam com a atenção hospitalar.

Já ao avaliar o PES do estado do Espírito Santo, proposto para execução no período de 2020-2023, no que se refere à atenção hospitalar, foram destacadas no biênio 2020-2021, 05 diretrizes, 15 objetivos e 42 metas, que se relacionam, direta ou indiretamente, com o objeto em questão.

Para melhor visualização das metas propostas no PES e para qualificar a análise dos resultados, esses foram quantificados por percentual de alcance da meta, junto as demais informações do planejamento bianual de 2020-2021, representados no **Quadro 8**. Vale destacar que as metas de 2019 não serão tratadas no quadro a seguir, por compor o PES de 2016-2019, portanto, se faz divergente ao PES vigente de 2020-2023.

Das cinco diretrizes analisadas é possível identificar que as de número três e quatro, que tratam da modernização e inovação da gestão, e da implementação da política estadual de regulação, controle e avaliação, respectivamente, foram as que obtiveram uma melhor performance, frente ao percentual de alcance das metas estabelecidas no biênio 2020-2021 (**Quadro 8**).

Apesar da diretriz um, que se refere a organizar a rede de atenção e vigilância em saúde e seus arranjos locorregionais, ter obtido um resultado de 11 ações parcialmente atingidas, foi a diretriz dois, que visa incorporar e desenvolver novas tecnologias e práticas de provimento e formação profissional, de inovação em ambientes produtivos em saúde e pesquisa aplicada ao SUS, que obteve pior desempenho quando comparada com a proporção de ações atingidas/parcialmente atingidas (**Quadro 8**).

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continua)

DIRETRIZ Nº 1 - ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO E VIGILÂNCIA EM SAÚDE E SEUS ARRANJOS LOCORREGIONAIS, CONSIDERANDO OS DETERMINANTES E CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA
--

OBJETIVO Nº 1.1 - Organizar e qualificar a Rede de Urgência e Emergência (RUE) em todas as regiões de saúde, garantindo acesso em tempo e local oportuno em todas as suas linhas de cuidado.

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Adequar 100% dos hospitais que integram RUE aos protocolos assistenciais estabelecidos	Percentual de hospitais com protocolos assistenciais estabelecidos	Percentual	100	50	0%	70	0%
Qualificar 90 leitos de referência para UAVC nas regiões de saúde até 2022	Número de leitos qualificados	Número	90	20	0%	70	0%
OBJETIVO Nº 1.2 - Organizar e qualificar a Rede de Atenção Materno Infantil (REMI) em todas as regiões de saúde e em todos os seus componentes.							
Aumentar em 10% a proporção de partos normais na rede pública e privada do ES	Proporção de parto normal no ES	Proporção	42,9	39,97	99,90%	40,97	97%
Aumentar em 15% a proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal até 2023	Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas de pré-natal	Proporção	80,5	72,6	96,80%	75,3	98,80%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Reduzir em 5% ao ano a taxa de mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	Taxa	8,5	9,98	83,40%	9,46	115,80%
Reduzir em 40% o número de óbitos maternos	Número de óbitos maternos	Número	18	28	110,70%	25	212%
Implantar Casa de Gestante nas maternidades de referência nas regiões de saúde, conforme definido nos planos regionais da REMI	Número de casa de gestante implantada	Número	4	0	0%	2	0%
Aumentar 65 leitos neonatais em todo o Estado	Número de leitos neonatais implantados no período	Número	65	12	0%	10	0%
Implantar 01 ambulatório de follow up (para pacientes egressos de internação em UTIN) nas regiões de saúde	Número de ambulatórios implantados	Número	4	1	0%	1	0%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

OBJETIVO Nº 1.3 - Estruturar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência em todas as regiões de saúde.							
Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Ofertar Triagem Auditiva Neonatal em 100% das 25 maternidades vinculadas à Rede Materno Infantil	Número de maternidades com oferta de triagem auditiva neonatal	Número	25	16	62,50%	19	110,50%
OBJETIVO Nº 1.4 - Ampliar e implementar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças e Agravos Crônicos em todas as regiões de saúde.							
Reduzir 2% ao ano a mortalidade prematura (de 30 a 69 anos) nos principais grupos DCNT (Doença do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	Taxa de mortalidade prematura nos principais grupos DCNT /100,000 hab.	Taxa	279,3	296,8	46,20%	290,8	99,80%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Implantar 335 leitos de Cuidados Prolongados nas Regiões de Saúde	Número de leitos implantados	Número	335	50	0%	100	45%
Iniciar em até 60 dias, a partir do diagnóstico, o tratamento de 100% dos pacientes diagnosticados com câncer (até 2022)	Percentual de usuários diagnosticados com câncer, iniciando tratamento em até 60 dias a partir do diagnóstico	Percentual	100	80	0%	90	0%
OBJETIVO Nº 1.5 - Organizar e ampliar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em todas as regiões de saúde, garantindo o acesso e efetivando o cuidado em todos os níveis de atenção à saúde.							
Implantar 131 leitos de saúde mental em Hospitais Gerais até 2022	Número de leitos de saúde mental parametrizados implantados na rede própria e/ou filantrópica	Número	131	44	45,45%	86	0%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

OBJETIVO Nº 1.6 - Organizar a linha de cuidado em saúde bucal integrada às redes temáticas em todos os níveis de atenção, bem como ações de promoção da saúde, prevenção e controle de doenças.							
Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Implantar serviços de atendimento odontológico em centro cirúrgico para pacientes com necessidades especiais nas regiões de saúde até 2022	Nº de serviços implantados	Número	4	1	0%	3	0%
Implantar 01 ponto de atenção de referência para cirurgia eletiva hospitalar bucomaxilofacial para crianças e adolescentes até 2020	Número de ponto de atenção implantado	Número	1	1	0%	1	0%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

OBJETIVO Nº 1.7 - Fortalecer a Atenção Primária à Saúde com foco na Estratégia de Saúde da Família, por meio da expansão de cobertura, qualificação das práticas e da gestão do cuidado, melhoria da resolutividade, incluindo o acesso equânime às populações tradicionais e grupos vulneráveis, respeitando as questões culturais, étnicos raciais e da diversidade sexual e de gênero							
Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Reduzir em 20% a proporção de internações clínicas por condições sensíveis à atenção básica – ICSAB	Proporção de internações clínicas por condições sensíveis à atenção Básica – ICSAB	Proporção	25,6	30,4	82%	28,8	0%
OBJETIVO Nº 1.8 - Transversalizar as ações da Vigilância em Saúde na RAS de forma que a prática da vigilância se incorpore aos serviços de saúde como ferramenta de gestão, com ênfase na promoção da saúde, prevenção e controle de agravos e doenças, regulação de bens e produtos e análise de fatores de risco para a população.							
Elevar para 85% o índice único de avaliação do desempenho do sistema de estatísticas vitais (VSPI-Q) - componentes essenciais para a qualidade dos dados de mortalidade	Proporção de óbitos por causa básica definida	Proporção	85	82	100,24%	83	120,24%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Inserir 100% dos hospitais da rede própria no programa de monitoramento do risco sanitário até 2023	Percentual de hospitais da rede própria inseridos no programa de monitoramento do risco sanitário	Percentual	100	40	50%	60	120%
DIRETRIZ Nº 2 - INCORPORAR E DESENVOLVER NOVAS TECNOLOGIAS E PRÁTICAS DE PROVIMENTO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL, DE INOVAÇÃO EM AMBIENTES PRODUTIVOS EM SAÚDE E PESQUISA APLICADA AO SUS							
OBJETIVO Nº 2.2 - Fortalecer o subsistema de ciência, tecnologia e inovação no SUS (INOVASAÚDE), qualificando a atenção em saúde no ES, com o desenvolvimento, avaliação e/ou incorporação de inovação e o uso de tecnologias no sistema estadual de saúde.							
Implantar o prontuário eletrônico em 100% dos municípios que aderiram ao Edital de Chamada Pública do ICEPi Nº 005/2019 até 2022	Número de municípios com prontuário eletrônico implantado	Número	78	62	12,90%	72	23,60%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Disponibilizar teleconsultorias, por meio da implantação e implementação dos serviços de telemedicina, telessaúde e telediagnóstico, a partir das necessidades identificadas	Número de teleconsultorias realizadas	Número	19.150	4.787	218,20%	9.574	0%
Modernizar e ampliar a informatização de 100% dos hospitais da rede própria até 2020	Número de hospitais atendidos	Número	18	18	0%	18	83,30%
DIRETRIZ Nº 3 - MODERNIZAR E INOVAR A GESTÃO DO SUS-ES, FORTALECENDO O PACTO INTERFEDERATIVO, COM FOCO EM RESULTADOS PARA A SOCIEDADE							
OBJETIVO Nº 3.1 - Implementar política de gestão estratégica da informação em saúde, desenvolvendo estratégias de transparência e comunicação interna e externa da SESA.							

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão no biênio, 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Instituir 01 painel de indicadores estratégicos para monitoramento de 100% dos desafios da gestão até 2021	Painel instituído	Número	1	0	200%	1	100%
OBJETIVO Nº 3.2 - Aprimorar a governabilidade do SUS-ES com fortalecimento da relação entre os entes federados							
Redefinir o novo Plano Diretor de Regionalização (PDR) a partir da reorganização das redes de atenção à saúde e da implantação da regulação formativa assistencial até 2021	Número de PDR redefinido	Número	1	0	200%	1	100%
OBJETIVO Nº 3.3 - Ampliar e adequar a infraestrutura da rede física e tecnológica do SUS-ES para torná-lo ambiente de acesso resolutivo, acolhedor ao usuário e com melhores condições de trabalho para os servidores.							

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Implantar 33 novos leitos obstétricos e neonatais na Maternidade de São Mateus em 2020	Número de leitos implantados	Número	33	33	0%	33	0%
Construir o Hospital Geral de Cariacica (400 leitos)	Percentual de execução da obra	Percentual	100	10	40%	40	33%
Ampliar 65 leitos no Hospital Estadual de Urgência e Emergência até 2020	Número de leitos ampliados	Número	65	65	100%	65	100%
Implantar novo sistema de logística integrada na assistência hospitalar e farmacêutica em 30 serviços da rede própria até 2021	Número de serviços com sistema implantado	Número	30	19	0%	30	0%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Implantar o Plano de Modernização da Gestão Hospitalar com ampliação e modernização da capacidade assistencial em 10 unidades hospitalares da rede própria	Número de hospitais com plano de modernização implantado	Número	10	2	350%	5	0%
DIRETRIZ Nº 4 - IMPLEMENTAR A POLÍTICA ESTADUAL DE REGULAÇÃO, CONTROLE E AVALIAÇÃO DO SUS-ES PROPICIANDO PROCESSOS INOVADORES, SISTÊMICOS E CONTÍNUOS							
OBJETIVO Nº 4.1 - Reorganizar e integrar as funções regulatórias para a garantia da qualidade e do acesso à RAS estadual.							
Elaborar o Plano Estadual de Regulação 2020-2023 no primeiro trimestre de 2020	Plano Estadual de Regulação elaborado	Número	1	1	0%	1	0%
Elaborar Programação Assistencial nas regiões de saúde até 2020	Número de programações elaboradas	Número	4	4	0%	4	0%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Reduzir as cinco maiores filas expectantes de ambulatórios e de cirurgias eletivas em 50% até 2021	Percentual de redução do tempo médio de espera para consultas e exames especializados	Percentual	50	25	0%	50	0%
Alcançar anualmente a meta preconizada pelo Ministério da Saúde, referente a doadores efetivos, até 2021	Proporção de doadores efetivos por milhão de habitantes	Proporção	22	20	42,30%	22	32,95%
Ampliar em até 70% o acesso e utilização regulada dos leitos hospitalares da rede própria e conveniada por meio da central de regulação	Percentual de leitos regulados pelo NERI	Percentual	70	20	500%	30	333,33%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Alimentar regularmente o sistema informatizado de regulação para governança de 100% dos leitos ofertados pelo SUS até 2020	Percentual de alimentação do sistema	Percentual	100	100	100%	100	100%
Elaborar o novo código de saúde em 2020	Código de saúde elaborado	Número	1	1	0%	1	0%
Habilitar, junto ao Ministério da Saúde, 100% dos serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar da rede própria e complementar ao SUS, para atender às necessidades das redes de atenção à saúde até 2020	Percentual de serviços habilitados	Percentual	100	100	100%	100	100%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Implementar o sistema de gestão da informação (monitoramento, controle e avaliação) do processo regulatório, para acompanhar o desempenho da Política Estadual e Regional de Regulação em Saúde, em parceria com os municípios em cada região de saúde a partir de 2020	Número de regiões com sistema de gestão da informação implantado	Número	4	4	0%	4	0%
OBJETIVO Nº 4.2 - Qualificar o acesso assistencial às Redes Regionais de Atenção à Saúde, por meio do processo de Regulação Formativa.							

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(continuação)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Formalizar a adesão dos municípios ao processo de Regulação Formativa Territorial até 2021	Percentual de municípios com adesão à regulação formativa	Percentual	100	50	200%	100	100%
DIRETRIZ Nº 5 - PROMOVER O FORTALECIMENTO DA CIDADANIA, DA DEMOCRACIA PARTICIPATIVA E DO CONTROLE SOCIAL DO SUS-ES							
OBJETIVO Nº 5.1 - Aprimorar mecanismos de democracia participativa e Controle Social no SUS.							
Responder as manifestações individuais e coletivas dos usuários do SUS nos canais da Ouvidoria do SUS	Percentual de manifestações individuais e coletivas respondidas dentro do prazo legal estabelecido	Percentual	95	80	95,80%	85	108%
Implantar e qualificar 33 Ouvidorias do SUS na rede de serviços própria e contratualizada da SESA/ES	Número de estabelecimentos da rede própria e contratualizada com ouvidoria implantada/qualificada	Número	33	9	11,11%	18	194,44%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Quadro 8 - Metas das ações de atenção hospitalar, segundo o Plano Estadual de Saúde e Relatório Anual de Gestão, no biênio 2020-2021, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

(conclusão)

Descrição da Meta	Indicador para monitoramento e avaliação da meta	Unidade de Medida	Meta Plano (2020-2023)	2020		2021	
				Meta	% Alcance da Meta 2020	Meta	% Alcance da Meta 2021
Fomentar a implantação de Conselhos Gestores em 100% dos Serviços de Saúde Próprios, Hospitais Filantrópicos Contratualizados e nas unidades geridas por OS	Percentual de Serviços de Saúde Próprios, Hospitais Filantrópicos Contratualizados e unidades geridas por OS com conselhos gestores implantados	Percentual	100	100	0%	100	30%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.

Na busca de uma melhor compreensão dos resultados, o percentual de alcance das metas foram classificados em três níveis, sendo:

- Metas atingidas – quando 100%, ou mais, da meta foi alcançada;
- Metas parcialmente atingidas – quando obteve um resultado de 50% a 99,99%;
- Metas não atingidas – quando o resultado obtido foi de 0% a 49,99%.

Por compor ações diferentes no período de 2019 a 2021, observa-se que em 2019 o número de metas não atingidas e atingidas obtiveram o mesmo resultado de 40,9%, já no biênio 2020-2021, conforme o novo planejamento em saúde, 57% das metas não foram atingidas, como demonstrado na **Tabela 18**. Por fim, observa-se que, no ano de 2021, houve um aumento de 7% nas metas atingidas em relação ao ano de 2020.

Tabela 18 - Classificação das metas, segundo ano de processamento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Classificação das Metas	2019	(%)	2020	(%)	2021	(%)
Atingidas \geq 100%	18	40,9%	11	26%	14	33%
Parcialmente atingidas \geq 50% à \leq 99,9%	8	18,2%	7	17%	4	10%
Não atingidas \geq 0% à \leq 49,99%	18	40,9%	24	57%	24	57%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2016-2019 e 2020-2023 e RAS 2019, 2020, 2021, 2023.

6 DISCUSSÃO

A seção da discussão será apresentada em duas subseções, visando facilitar a compreensão das informações. As subseções contemplam o panorama da atenção hospitalar, que traz uma reflexão em relação aos dados e indicadores hospitalares; e o planejamento da atenção hospitalar à luz do Plano Estadual de Saúde (PES), no estado do Espírito Santo.

6.1 PANORAMA DA ATENÇÃO HOSPITALAR

A área da saúde, conforme afirmam Borba e Kliemann Neto (2008), é um ambiente complexo, frente a essa afirmativa, na atenção hospitalar esse cenário não é diferente. Os autores destacam uma mudança quanto à visão da saúde, sofrendo uma transição de um modelo centralizado e linear para um sistêmico, cujo conhecimento coletivo se torna fundamental junto à prática de gestão.

No Brasil, portarias ministeriais estabelecem parâmetros de cobertura assistencial no Sistema Único de Saúde (SUS), em que as adequações devem ser realizadas mediante a realidade regional, levando em consideração também questões epidemiológicas e financeiras (BRASIL, 2002). Essas definições baseiam-se em uma série de fatores, bem como por meio de dados precisos e abrangentes, delineando modelos e métodos eficazes para que esta definição seja adequada à realidade atual. Assim, tem-se o planejamento estratégico como grande aliado nas decisões, buscando pensar a médio prazo em estratégias que supram as necessidades existentes (RAVAGHI et al., 2020).

Nas últimas duas décadas, no país, houve uma readequação da rede hospitalar, na qual foi possível identificar uma expansão de hospitais-dia. Nesse processo, há uma clareza quanto à redução progressiva no número de leitos SUS, em hospitais gerais e especializados, enquanto na atenção privada, nota-se um movimento contrário, de aumento no número de leitos hospitalares, principalmente, em hospitais gerais e hospitais-dia, fato esse relacionado com o avanço da administração sob esfera jurídica de entidades empresariais (BISPO et al., 2021).

No estado do Espírito Santo, no ano de 2021, havia 102 estabelecimentos para atendimento de internação hospitalar no SUS e por planos de saúde pública, e um total de 10.701 leitos SUS e não SUS. Conforme Finkelstein e Borges Junior (2020), a proporção de leitos hospitalares do SUS por 1.000 habitantes, no Brasil, era de 2,0, porém associando-se aos leitos privados, esta relação sobe para 2,3 leitos/mil habitantes.

Também no estado, no ano de 2021, a proporção de leitos hospitalares por mil habitantes, SUS e não SUS, segue uma proporção de 2,6 leitos, cuja região sul do estado obteve um resultado de 3,0 leitos por mil/habitantes, valor esse indicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como adequado, trazendo um cenário um pouco mais favorável, quando comparado ao cenário nacional.

Apesar do cenário capixaba está próximo ao que se recomenda a OMS, é notório que esse número de leitos é insuficiente para atender toda população, fazendo-se necessário não somente a construção de leitos para assistir esta população que depende do SUS, mas o estabelecimento de políticas e estratégias que visem a otimização dos processos e a melhoria dos indicadores de saúde.

Frente ao exposto, a atenção hospitalar necessita passar por transformações, com intuito de que o acesso à rede hospitalar seja equilibrado em todas as regiões federativas. Nessa perspectiva, a disponibilidade de leitos hospitalares é essencial para que o acesso ao cuidado de maior complexidade seja garantido, assim como, o papel do monitoramento desses serviços é vital para que a tomada de decisão seja assertiva, sendo fundamental o alinhamento entre a atenção ao cuidado e o planejamento em saúde (MACHADO, MARTINS e LEITE, 2015).

De acordo com a prestação de serviços da atenção especializada e hospitalar do SUS, há diversas fortalezas, fragilidades e desafios. Para tal, destacam-se como fragilidades: a maioria dos leitos disponíveis serem ofertados em hospitais de pequeno porte, possuir um número insuficiente de leitos de UTI e uma rede hospitalar com problemas de gestão (MASSUDA et al., 2021).

Nesse cenário de insuficiência de leitos *versus* a necessidade da população ao acesso desses serviços de saúde, torna-se imprescindível uma gestão efetiva na atenção hospitalar. Através da gestão de leitos é possível otimizar a capacidade instalada e, assim, garantir um maior acesso da população aos serviços de saúde (FEIJÓ et al., 2022).

Na busca de estratégias que visem enfrentar a escassez de leitos das unidades hospitalares em geral, algumas medidas devem ser implementadas, sendo uma delas o uso adequado da estrutura hospitalar, por meio de gerenciamento de leitos, em que tal processo, além de atuar na efetividade de indicadores hospitalares, como redução do tempo médio de permanência e elevação da taxa de ocupação, leva também a garantia de sua sustentabilidade das instituições hospitalares, sejam estas públicas ou privadas (SOARES, 2017).

Portanto, atuar na gestão dos processos hospitalares, além de garantir a organização dos serviços de saúde, e assim fornecer uma assistência mais efetiva, é capaz também de aumentar o número de internações, diminuindo o tempo médio de permanência, contribuir para um aumento das altas hospitalares e diminuição da taxa de mortalidade (ANSCHAU et al., 2017).

Nessa perspectiva, foi possível identificar a situação atual do estado do Espírito Santo, por meio do levantamento da dados hospitalares, como o número de internações e óbitos, no período de 2020/2021, e compará-lo com 2019. Por meio desses dados, o maior número de internações foram associadas à clínica médica, cujo resultado acumulado desse período, representou 39,93% das internações, levando também ao maior número de óbitos dentro desta especialidade, com resultado de 83%.

Ademais, ao analisar o cenário do estado do Espírito Santo, no que se refere aos indicadores estratégicos de tempo média de permanência e taxa de mortalidade hospitalar, o estado obteve um resultado, no ano de 2021, de 5,1 dias de internação e 5,80% de mortalidade, cujo resultado brasileiro foi de 5,6 dias de internação e 6,69% de mortalidade. Frente ao exposto, observa-se que o resultado do estado, quando comparados com o resultado nacional, demonstra um melhor desempenho, uma vez que esses superam a média nacional.

Todavia, ao ser realizada uma análise comparativa aos hospitais privados associados à Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), cujos resultados foram de 4,61 dias e 3,46%, percebe-se o quanto o estado precisa evoluir, principalmente no que se refere a ações sistêmicas, que visem a qualidade assistencial, com intuito de mitigar riscos e promover maior eficiência e eficácia dos serviços de saúde.

Ao buscar dados de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS) junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), foi possível identificar que no ES existem 107 Núcleos de Segurança do Paciente cadastrados entre hospitais e hospitais sentinelas das diversas esferas jurídicas, onde esses hospitais geram notificações periódicas, sendo possível alimentar a base de dados da agência. Vale destacar que não foi possível identificar esses dados por natureza jurídica, portanto, esse é um dado geral do perfil dos hospitais cadastrados.

Ao fazer uma análise do indicador de densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea identificada Laboratorialmente (IPCSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), nota-se que o desempenho do estado do Espírito Santo, no ano de 2021, foi de: 6,1% UTI Adulto; 5,5% UTI Pediátrica; 5,3% UTI Neonatal. Já a média nacional foi de: 5,2% UTI Adulto; 4,9% UTI Pediátrica; 6,6% UTI Neonatal. O que nos leva a uma percepção de que, apenas os resultados da UTI Neonatal, no estado, obtiveram melhor desempenho que a média nacional.

Diante do exposto, tem-se que o estado do Espírito Santo tem muito a evoluir em práticas seguras no controle de infecções hospitalares, relacionadas à CVC, sendo necessário articulações junto às RAS, com intuito de promover e garantir práticas assistenciais seguras e livres de dados.

Nesse sentido, o Brasil sofre nos dias de hoje, um grande reflexo da organização da rede de atenção hospitalar, uma vez que estruturalmente, a maior parte dos hospitais dispõe de até 50 leitos, o que gera ineficiência na escala de atendimento devido à baixa produtividade assistencial. Apesar da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) iniciar um processo de mudança no cenário brasileiro, outras grandes mudanças são necessárias, para que, assim, o acesso integral e universal seja garantido (CARPAEZ; MALIK, 2021).

Para tal, faz-se necessário uma agenda articulada e integrada dos governantes, na busca de uma melhor eficiência e qualidade das ações prestadas no SUS, bem como um olhar diferenciado para as regiões de saúde, uma vez que elas possuem disparidades devido à extensão continental do Brasil (CARPANEZ e MALIK, 2021).

Portanto, nota-se o que o cenário estadual precisa evoluir na construção de políticas públicas que assegurem os direitos constituintes de toda a população brasileira, garantindo não somente o acesso aos serviços de saúde, mas que esses forneçam uma assistência à saúde digna e com qualidade. Para tal, o monitoramento de indicadores estratégicos de saúde faz-se necessário frente à tomada de decisão assertiva.

6.2 PLANEJAMENTO DA ATENÇÃO HOSPITALAR À LUZ DO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE

A atenção hospitalar no Brasil tem vivido uma série de transformações, principalmente, após o grande marco que foi a instituição da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Nesse processo de aperfeiçoamento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) é importante destacar a necessidade da articulação da rede, com definições claras de todos os pontos de atenção, cujo papel da atenção hospitalar é garantir essa integração da rede e, assim, potencializar a capacidade do cuidado, atuando junto à promoção da saúde (CHIORO et al., 2021).

Para que se tenha uma articulação junto à RAS, há a necessidade de atuar em dois pontos específicos. O primeiro é a escassez de prestadores de cuidados secundários de saúde, o que impede a transição de cuidado, principalmente, na assistência a portadores de doenças crônicas; o segundo é a necessidade de um sistema de informação capaz de registrar todos os cuidados prestados aos pacientes da rede, promovendo um melhor acompanhamento e seguimento do planejamento terapêutico (ANDRADE et al., 2018).

Nesse processo de articulação da atenção hospitalar junto à RAS, visando um processo de integração com êxito, há uma necessidade de que os hospitais repensem seu modelo de cuidado, atuem em processos que possam proporcionar mudanças com grande impacto na articulação em rede e na gestão da clínica, inserindo o planejamento terapêutico singular capaz de garantir a continuidade do cuidado junto aos demais pontos da RAS. Para apoiar nesse processo, há algumas ferramentas fundamentais a serem implementadas, como (CHIORO et al., 2021):

- Diretrizes clínicas e protocolos técnicos;
- Gestão de leitos;
- Núcleo Interno de Regulação (NIR);
- Gestão da clínica e uso de ferramentas como Kankan;
- Modelo de Medicina Hospitalar na promoção do cuidado integral;
- Gestão de altas;
- Transição do cuidado;
- Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH);
- Gestão da experiência do paciente;
- Política da qualidade com aplicação da acreditação hospitalar.

Outra prática que deve ser considerada é a saúde baseada em valor. Quando associada aos modelos de governança clínica, com monitoramento dos desfechos clínicos e alocação de recursos necessários, há uma potencialidade na melhora dos resultados assistenciais, no mesmo passo que diminui os desperdícios (BRANCALION; LIMA, 2022).

Frente a essas necessidades de reajustes da RAS, o planejamento em saúde é uma ferramenta fundamental para que as estratégias de intervenção sejam alcançadas, entretanto, no SUS, o planejamento apesar de ser ascendente, encontra-se fragmentado e com baixa efetividade. Apesar de tudo, o SUS possui ferramentas suficientes para tornar esse planejamento efetivo, mas para contribuir nesse processo, o governo necessita elaborar um plano de investimento a médio e longo prazo, e, assim, reduzir as mazelas assistenciais, contribuir para um aumento da oferta dos serviços e promover uma atenção integral à saúde (ANDRADE et al., 2018).

De acordo com IPEA (2019), o SUS completou 30 anos e apesar de tal, a saúde permanece sendo uma das piores áreas frente à avaliação de seu desempenho, conforme pesquisas realizadas junto à população brasileira, e não há perspectivas de que esse cenário mudará nos próximos anos. Diante do exposto, há uma necessidade de que haja uma revisão frente aos problemas e traçar estratégias e ações efetivas.

No que se refere ao âmbito estadual e visando um realinhamento das necessidades e ações em saúde, no estado do Espírito Santo, o PES 2020-2023 foi criado com o intuito de fortalecer as ações de planejamento e orientar a gestão do SUS, a partir de uma análise situacional, em que foi possível delimitar as diretrizes, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação para atuação no quadriênio (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Assim, o PES vigente, destaca:

[...] O desafio de melhoria da gestão hospitalar no estado é multifacetado e de forma sucinta podemos definir que os macroproblemas são: fragilidades na gestão do cuidado; deficiência no gerenciamento de pessoal; precariedade da infraestrutura e deficiência na gestão de equipamentos e materiais hospitalares e a gestão financeira incipiente e restrição na obtenção de recursos financeiros. Os macroproblemas descrevem os principais campos que necessitam de atenção no processo de gestão e [...] exigirão a interlocução desta com outras áreas da gestão estadual da política de saúde, e estarão ancorados em três grandes eixos: 1- Modelo de atenção hospitalar; 2- Modelo de Gestão da Rede de Atenção Hospitalar; 3- Gestão do Trabalho em Saúde (ESPÍRITO SANTO, 2019, p. 68-69).

Apesar de toda sistematização definida, o planejamento estadual deve considerar situações e agravos que possam surgir durante sua vigência. Desse modo, no ano de 2020, o estado do Espírito Santo, assim como, os demais estados federativos, tiveram que elaborar planos específicos de enfrentamento da pandemia de COVID-19. No intuito de garantir transparência desse processo, as ações emergenciais necessitam estar alinhadas ao planejamento em saúde, bem como adaptar ou atualizar os PES (PERES et al., 2021).

No PES de 2020-2023, foram estabelecidas 05 diretrizes, 15 objetivos e 42 metas, referentes à atenção hospitalar. Dessas metas, no ano de 2021, 33% foram totalmente atingidas, porém 57% não atingiram nem 50% do resultado esperado. Já as metas de baixo alcance, 11 delas pertencem à primeira diretriz, que diz respeito à organização da rede de atenção e vigilância em saúde.

Portanto, ao avaliar os resultados do PES 2020-2023, sob a ótica do biênio 2020-2021, nota-se que a Secretaria de Estado da Saúde (SESA) do Espírito Santo desenvolveu uma série de medidas não previstas, uma vez que a pandemia do Coronavírus foi declarada em meados de 2020. Diante do exposto, é importante destacar que o enfrentamento à pandemia impactou diretamente nas ações em saúde, gerando em muitas destas, o retardamento de sua efetivação e com isso o não alcance das metas esperadas, conforme a Programação Anual de Saúde (PAS).

Nas análises dos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), no biênio 2020-2021, para o enfrentamento da pandemia do coronavírus, foram necessárias várias ações frente ao cenário negativo, exigindo uma rápida articulação da SESA para mitigar os danos causados. Assim, destacam-se como resultados não previstos no PES, mas que foram executados mediante a esse novo cenário (ESPÍRITO SANTO, 2021):

- Aquisição e manutenção de respiradores;
- Adequações Físicas na rede hospitalar própria para Expansão de leitos hospitalares;
- Ações de Fortalecimento da Assistência;
- Oferta de Leitos exclusivos para Covid-19 (Rede Própria, filantrópica e contratualizadas);
- Inquéritos sorológicos e testagem ampliada;
- Agenda de resposta rápida para Atenção Primária à Saúde - ARRAPS;
- Gestão da Transparência da Informação.

Com intuito de melhorar os processos assistenciais e resultados da RAS, o estado implementou programas vinculados ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde – ICEPi, sendo (ESPÍRITO SANTO, 2021):

- Estruturação dos Núcleos Internos de Regulação Hospitalar (NIR);
- Medicina Hospitalista (MH);
- Estruturação de Escritórios de Gestão de Alta (EGA);
- Autorregulação Formativa Territorial.

Massuda et al. (2022) destacam que nos hospitais do estado do Espírito Santo que implementaram o NIR, EGA e MH houve melhoras nos indicadores de eficiência de regulação, como o de giro de leitos, tempo de internação e taxa de rejeição para internação, o que levou a um aumento no número de internações hospitalares.

Ainda conforme a descrição no RAG 2020-2021, esses projetos implementados trouxeram resultados positivos para as instituições de saúde, porém, não foi possível analisá-los na íntegra, uma vez que os dados desses projetos não se encontram com livre acesso para consultas. Entretanto, vale destacar que esses projetos estão alinhados com a perspectiva citada por Chioro et al. (2021), uma vez que foram implementados com intuito de melhorar os indicadores em saúde.

Além desses projetos, e apesar de todo reajuste nas ações, mediante ao PAS 2020-2021, algumas intervenções junto à atenção hospitalar se destacaram, sendo (ESPÍRITO SANTO, 2022):

- Hospital Estadual Infantil Nossa Senhora da Glória - implantado o serviço de referência em Epidermolise Bolhosa, instalado a referência de Fibrose Cística e realizado atendimentos para Osteogênese imperfeita, Doenças Lábio Palatais e Asma Grave. Concluída a construção da cabine de resíduos e em andamento às obras de reparo do telhado;
- Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves - iniciada a operacionalização da nova ala assistencial, alterado o perfil assistencial dos leitos, retornando para o perfil inicial previsto no chamamento público, sendo os leitos destinados ao atendimento pediátrico, e alterada a referência dos partos de risco habitual;
- Hospital João dos Santos Neves/Baixo Guandu - adequação para atendimento de média complexidade em oftalmologia;
- Unidade Integrada de Jerônimo Monteiro - adequação e modernização do espaço físico: 40 leitos de retaguarda, área da Urgência, Emergência e CME;

- Hospital Doutor Dório Silva - reforma do telhado, reparos gerais e instalação dos elevadores para nova UTI;
- Hospital Geral de Linhares - adequados parcialmente, 10 leitos da clínica cirúrgica.

Nessa perspectiva e visando a modernização da gestão hospitalar no estado do ES, o PES vigente teve como foco de atuação a readequação da infraestrutura da rede própria, a reorganização dos seus processos de trabalho com nova estrutura organizacional, nos modelos múltiplos de gestão dos serviços (através da administração direta, OSS's, Fundação iNOVA, etc.), na perfilização assistencial e nova contratualização, conforme modelagem da rede de atenção e implementação da regulação formativa (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Para a garantia da gestão das informações de saúde, a SESA instituiu processo contínuo, participativo e sistematizado de monitoramento e avaliação dos instrumentos de gestão. Para tal, foi sistematizado oficinas quadrimestrais com a participação de todas as subsecretarias, gerências e referências técnicas do nível central e regional (ESPÍRITO SANTO, 2021).

Nesse processo de acompanhamento da execução das políticas públicas de saúde, as análises e discussões acerca da atenção hospitalar é fundamental para que se mantenha a sustentabilidade do SUS e assim, garantir os direitos constitucionais da população brasileira, bem como de promover um acesso qualificado a esses serviços de saúde (CANABRAVA, 2021).

Apesar da crise sanitária mundial, o SUS demonstrou sua força e resiliência, mesmo com os seus problemas históricos enfrentados, como a falta de prioridade política, com subfinanciamento crônico e gestão deficitária. Por menos animadoras que sejam as perspectivas para a área da saúde, ao mesmo tempo que são grandes os desafios do SUS, faz-se necessário o reconhecimento da sociedade quanto à relevância desse sistema de saúde para a população de todo o país. Tal reconhecimento é fundamental para que se tenha uma mobilização social em sua defesa, protegendo-o de medidas que possam fragilizá-lo, e estimulando a criação de políticas e programas para o seu desenvolvimento (IPEA, 2022).

Ao fazer uma reflexão quanto ao desenvolvimento de ações estratégicas, no que se refere à atenção hospitalar, no estado do Espírito Santo, bem como a execução dessas, percebe-se um grande esforço da gestão pública em manter propostas condizentes com as reais necessidades do estado, enquanto estrutura governamental, mas também da sociedade, em geral, que usufrui desses serviços. E, apesar dos resultados não terem sido tão animadores, principalmente, frente à instalação de novas estratégias conduzidas pela pandemia do coronavírus, é notório o grande esforço em manter projetos articulados com as necessidades atuais.

6.3 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Com intuito de promover melhores articulações que visem a qualidade, eficácia e eficiência dos serviços em saúde, no que tange à atenção hospitalar, e buscando uma assistência que assegure a equidade, universalidade e integralidade, foi possível destacar novas propostas de intervenção articuladas ao planejamento estadual de saúde, conforme suas diretrizes estabelecidas, estando evidenciadas no **Apêndice A**.

Estas novas intervenções, estruturadas por meio de um plano de ação, conforme a análise situacional da atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, têm por objetivo prover melhores caminhos para tomada de decisão de gestores e trabalhadores da área, no sentido de trazer melhorias nos indicadores aqui apresentados, visando uma assistência com equidade, universalidade e integralidade, por meio da:

- **caracterização do local e da população:** variáveis geográficas e demográficas (população residente por faixa etária e regional de saúde);
- **caracterização do perfil epidemiológico:** o número de leitos hospitalares e a sua proporção entre leitos SUS e não SUS; o número de internações, a média de permanência, o número de óbitos e a taxa de mortalidade hospitalar, conforme região de saúde e especialidade médica; a densidade de incidência de infecção primária em corrente sanguínea diagnosticada laboratorialmente em cateter venoso central em unidades de terapia intensiva;
- **descrição dos problemas:** O quê? (problema); Quando? (atual ou potencial); Onde? (territorialização); Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

Para tal, foram elencadas cinco propostas de intervenções, seguidas de ações estratégicas e resultados esperados, assim como, o passo a passo para sua implementação.

6.3.1 1ª Proposta de intervenção

Realizar um diagnóstico situacional no que se refere à cartela de serviços fornecidos por região de saúde x as demandas e necessidades da população, além de tornar a atenção hospitalar resolutiva em relação ao acesso da população aos serviços especializados, de modo a garantir uma assistência universal, integral e equitativa.

Ação: Desenvolver diagnóstico situacional da atenção hospitalar sob a ótica do hall de serviços oferecidos x as necessidades e demandas da população, por região de saúde;

Resolução de problemas:

- Define carteira de serviços por região de saúde, destacando as potencialidades e articulações necessárias entre as redes de serviço;
- Proporciona a melhora nos indicadores de atenção hospitalar em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP): média de permanência, taxa de mortalidade, taxa de ocupação geral e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e densidade de incidência de infecção por Cateter Venoso Central (CVC);
- Melhora a aplicabilidade dos recursos financeiros e define necessidades e prioridades de acordo com a situação locorregional da atenção hospitalar.

6.3.2 2ª Proposta de intervenção

Definir ou reformular as linhas de atenção no estado, bem como a perfilização dos serviços hospitalares, garantindo o acesso à saúde de modo universal, integral e equitativo.

Ações:

- Construir fluxos de acesso e protocolos de atendimento atrelados à perfilização hospitalar;

- Desenvolver as linhas de cuidados com abrangência estadual, conforme as regiões de saúde, e responsabilidades dos entes federativos;
- Estabelecer indicadores estratégicos de monitoramento da efetividade das linhas de cuidado.

Resolução de problemas:

- Orienta o acesso à assistência e aos cuidados, mediante as linhas de cuidado estabelecidas;
- Evidencia os indicadores estratégicos para a tomada de decisão e recondução das novas estratégias em saúde.

6.3.3 3ª Proposta de intervenção

Desenvolver plano de formação de educação permanente de profissionais, considerando as novas configurações dos serviços de saúde, com modelos de gestão e assistência baseados em gestão de processos, diminuição de desperdícios, melhoria contínua e valor em saúde.

Ações:

- Desenvolver diagnóstico sobre a formação e educação permanente, referente aos serviços de atenção hospitalar;
- Incorporar nas instituições hospitalares modelos assistenciais que visem a assistência baseada em gestão de processos, diminuição de desperdícios, melhoria contínua e valor em saúde.

Resolução de problemas:

- Melhora a qualidade da assistência e dos cuidados na atenção hospitalar;
- Promove a gestão de riscos, e conseqüentemente, reduz erros assistenciais, principalmente, os relacionados a dano grave e óbito;
- Garante o estabelecimento de protocolos e fluxos assistenciais, com foco na melhora dos desfechos clínicos;
- Atua na gestão de acesso, com foco em estabelecer sistemática de paciente certo no local correto;

- Promove a satisfação dos clientes, impactando diretamente na satisfação do colaborador e promovendo uma melhor experiência de todos.

6.3.4 4ª Proposta de intervenção

Definir grupo de criação, análise, acompanhamento e controle de indicadores de avaliação de processos gerenciais e assistenciais da atenção hospitalar, alinhados à política nacional.

Ações:

- Sistematizar grupos de trabalho que visem a interlocução junto aos serviços de atenção hospitalar, promovendo o acompanhamento, gerenciamento e análise de indicadores estratégicos, com foco em processos gerenciais e assistenciais;
- Definir os indicadores que irão compor este processo;
- Sistematizar a gestão destes indicadores por meio de plataforma integrada e informatizada.

Resolução de problemas:

- Promove o acompanhamento do desempenho hospitalar, visando a intervenção em tempo oportuno, e garantindo a tomada de decisão assertiva;
- Garante o acompanhamento do desempenho assistencial em consonância com a gestão estratégica de informações em saúde.

6.3.5 5ª Proposta de intervenção

Estabelecer mecanismos de aproximação da sociedade na execução de políticas públicas relacionadas à atenção hospitalar, visando potencializar a experiência do paciente.

Ações:

- Criar grupos de trabalhos e sistematizar oficinas para a implementação de metodologias que visem qualificar e preparar as instituições hospitalares;
- Aplicar pesquisas de satisfação focadas em processos de melhoria contínua;

- Promover grupos focais nas instituições públicas de atenção hospitalar, com base nos principais problemas enfrentados, com intuito de potencializar as ações estratégicas desenvolvidas;
- Sistematizar e implementar ações conforme os produtos desenvolvidos dos grupos focais.

Resolução de problemas:

- Melhora a qualidade da assistência e dos cuidados na atenção social;
- Assegura a participação social para a tomada de decisão;
- Aumenta a satisfação dos usuários.

6.3.6 Passos para a implementação das propostas de intervenção

Para a implementação das intervenções, foram elencados sete passos, sendo:

1. Realizar diagnóstico situacional da atenção hospitalar no estado do Espírito Santo;
2. Definir grupos de trabalho, conforme as necessidades apontadas;
3. Estabelecer, frente ao diagnóstico, os modelos assistenciais que visem a assistência baseada em gestão de processos, diminuição de desperdícios, melhoria contínua e valor em saúde;
4. Sistematizar os indicadores de monitoramento conforme as propostas apresentadas;
5. Sistematizar as linhas de atenção norteadoras do cuidado para a implementação ou reorganização;
6. Capacitar os envolvidos;
7. Estabelecer sistemática de acompanhamento, monitoramento e avaliação dos processos definidos.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção hospitalar no Brasil tem passado por diversas transformações e desafios, destaca-se a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) como um grande marco na busca de soluções para reorganização e qualificação desse nível de atenção, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, esse estudo propiciou análises e reflexões quanto à organização da rede de atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, dando ênfase aos indicadores hospitalares em consonância com a política nacional e as metas propostas, nesse nível de atenção, junto ao planejamento estadual.

Os principais resultados demonstram um aumento no número de leitos hospitalares e com isso, um aumento na proporção de leitos hospitalares mediante a população residente e um maior número de internações, destacando no período de 2019-2021 a especialidade de clínica médica. Nesse mesmo movimento de aumentos progressivos, houve um aumento na média de permanência geral, cuja clínica médica experimentou uma pequena variação de 6,2 dias, em 2019, para 6,7 dias, em 2021, entretanto, foi possível identificar também um aumento no número geral de óbitos, evidenciando a clínica médica que saiu de um resultado de 7.332 óbitos, em 2019, para 13.042 óbitos, em 2021, o que impactou diretamente na taxa de mortalidade hospitalar geral, cujo resultado global saltou de 3,75%, em 2019, para 5,80%, em 2021.

No que tange à densidade de incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea, identificada Laboratorialmente (IPCSL) em Cateter Venoso Central (CVC), foi possível constatar uma variação nos resultados conforme a classificação das unidades de terapia intensiva, porém com pioras progressivas quando relacionadas à população adulta e pediátrica, entretanto, com melhora no cenário neonatal. Portanto, no que se referem aos indicadores estratégicos em consonância com a PNHOSP, nota-se que apesar de ter expressado uma piora nos resultados, o alcance desses números, quando comparados ao cenário nacional, foi melhor, exceto para o indicador de densidade de incidência de IPCSL associado ao uso de CVC.

Outro dado importante da pesquisa é que, apesar do alcance das metas não ter sido conforme o esperado, em que apenas 33% das metas atingiram seu resultado proposto em 2021, observa-se que quando comparado com o ano de 2020, o percentual de metas parcialmente alcançadas diminuiu na mesma proporção que as metas alcançadas aumentou. Vale destacar também que, além da execução das ações propostas no plano estadual de saúde, outras ações prioritárias foram desenvolvidas frente ao cenário de enfrentamento à pandemia do coronavírus.

Ainda com base nos dados levantados, foi possível identificar a fragilidade que a pandemia do coronavírus trouxe ao cenário estadual, sugerindo um impacto direto nos indicadores e na execução das metas relacionadas à atenção hospitalar. Tal fato, tornou-se um limitador do estudo, uma vez que se faz necessária novas pesquisas para verificar o impacto da pandemia a longo prazo frente à rede de saúde.

No que se refere às limitações da pesquisa, outro fator a ser considerado é a restrição de estudos no que diz respeito exclusivamente à atenção hospitalar, frente à nova temática abordada, da pandemia do coronavírus. Acredita-se que nos próximos meses serão publicados novos estudos relacionados ao objeto de estudo. Entretanto, apesar dessa fragilidade, foi possível encontrar respostas para o problema norteador desta pesquisa.

Mediante ao exposto, é necessária uma condução de novos estudos dedicados à execução da PNHOSP, no estado do Espírito Santo, no cenário pós-pandemia, de modo a evidenciar efeitos gerados por essa crise sanitária a longo prazo, e as estratégias de enfrentamento adotadas por esse nível de gestão, destacando-se não somente os indicadores de saúde, mas as ações efetivas de desenvolvimento da rede de atenção hospitalar.

Para tal, sugere-se também a aplicação de outras pesquisas em diversos cenários estaduais e federal, com intuito de analisar as organizações das redes de atenção hospitalar e seus indicadores, visando reflexões quanto à efetividade destes serviços, bem com sua amplitude e impacto enquanto política pública. Outro fator a ser considerado, é a aplicação de ferramentas de gestão nos níveis federativos e sua articulação enquanto estratégia que vise melhor resultado e efetividade dos serviços articulados à rede de atenção hospitalar.

Portanto, esta pesquisa tornou possível evidenciar o cenário da atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, principalmente, por meio do delineamento das ações relacionadas à rede hospitalar e indicadores estratégicos alinhados à PNHOSP. Além disso, foi possível destacar as principais estratégias adotadas na gestão estadual, principalmente ao analisar os resultados apresentados nos Relatórios Anuais de Gestão (RAG), bem como, realizar uma reflexão frente às necessidades de reorientação da referida política.

Por fim, foi possível constatar a condução de novas estratégias junto à rede de atenção hospitalar, no estado do Espírito Santo, cujo foco principal foi intervir frente às novas necessidades de articulação em rede, dando destaque à readequação da infraestrutura hospitalar, reorganização do modelo de trabalho, perfilização dos serviços e implementação de novos modelos de atenção à saúde, com uso de ferramentas de gestão.

Nessa perspectiva, foi factível construir um plano de intervenção a ser executado na rede de atenção hospitalar, no estado do Espírito Santo, visando a efetividade destes serviços em articulação à rede de atenção à saúde, garantindo uma assistência universal, com equidade e integralidade. Para tal, o plano, apresentado no apêndice A, foi constituído por cinco propostas de intervenção, associado às ações a serem executadas e os problemas que resolvem, todas estas vinculadas ao passo a passo em como executá-las e implementá-las na rede estadual de saúde.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Boletim segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 25 – avaliação dos indicadores nacionais de infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) e resistência microbiana, 2021. Disponível em:

<<https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZDIwZjYyMzUtMmYxZS00MTRjLTk0NWMTZWE2ZDUzOGRjOTVjliwidCI6ImI2N2FmMjNmLWMzZjMtNGQzNS04MGM3LWI3MDg1ZjVIZGQ4MSJ9>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

AMABILE, Antônio Eduardo de Noronha. Políticas Públicas. In (Organizadores): Carmem Lúcia Freitas de Castro; Rubia Braga Gontijo; Antônio Eduardo de Noronha Amabile. **Dicionário de políticas públicas**. Barbacena: EduEMG, 2012. 242f.

AMARAL, Márcia Aparecida do, CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Organização do trabalho e gestão do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão. In: Vecina Neto, Gonzalo; Malik, Ana Maria, organizadores. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 73-84.

ANDRADE, Monica Viegas et al. Desafios do Sistema de Saúde Brasileiro. In: DE NEGRI, João Alberto; ARAÚJO, Bruno César; BACELETTE, Ricardo, organizadores. **Desafios da nação: artigos de apoio**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2018, v. 02, p. 357 – 414. Disponível em: <<https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8468>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

ANSCHAU, Fernando et al. Avaliação de intervenções de Gestão da Clínica na qualificação do cuidado e na oferta de leitos em um hospital público de grande porte. **Scientia Médica**, v. 27, n. 2, p. 1, 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6118064>>. Acesso em 03 de jan. de 2023.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Lições da pandemia: perspectivas e tendências. 2021. Disponível em: <https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/62776/1619703048Licoes_da_pandemia_-_perspectivas_e_tendencias_abril2021.pdf>. Acesso em: 01 de mar. de 2023.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP. ed. 14, 2022. Disponível em: <<https://www.anahp.com.br/pdf/observatorio-2022.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

BAPTISTA, Tatiana Vargas de Faria. Análise das portarias ministeriais da saúde e reflexões sobre a condução nacional da política de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 615-626, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/csp/v23n3/20.pdf>. Acesso em 07 de set. de 2022.

BARBOSA, Pedro Ribeiro; VECINA NETO, Gonzalo. Estruturas jurídico-institucionais e modelos de gestão para hospitais e outros serviços de saúde. In: Vecina Neto G, Malik AM, organizadores. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 144-157.

BATTESINI, Marcelo; FISCHMANN, Airton; WEISE, Andreas Dittmar. Identificação de prioridades em saúde: uma alternativa técnica de apoio à tomada de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 3673-3682, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csc/v18n12/a23v18n12.pdf>. Acesso em: 25 de jun. de 2022.

BISPO, Amanda Jaqueline Chagas et al. Tendências das naturezas administrativas, quantitativo de leitos e predomínio dos tipos hospitalares na rede brasileira. In: SOARES, Dennis; SILVA, Patrício Francisco da, organizadores. **Saúde Coletiva: avanços e desafios para a integralidade do cuidado**, v. 2, n. 1, p. 495-513, 2021. Disponível em: <<https://www.editoracientifica.com.br/artigos/tendencias-das-naturezas-administrativas-quantitativo-de-leitos-e-predominio-dos-tipos-hospitalares-na-rede-brasileira>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

BORBA, Gustavo Severo de; KLIEMANN NETO, Francisco José. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e sociedade**, v. 17, p. 44-60, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3fSn8bkqKlWpC3KMXSZpPkJ/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

BRANCALION, Fernanda Novaes Moreno; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Gestão baseada em processos visando à melhoria dos resultados assistenciais e financeiros em Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/YKw7YXWF4x4cQRTWJyXNKBG/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 de abr. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde-**DATASUS**. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/#:~:text=Informa%C3%A7%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20%28TABNET%29%20-%20DATASUS.%20O%20DATASUS,da%20popula%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A9%20uma%20tradi%C3%A7%C3%A3o%20em%20sa%C3%BAde%20p%C3%BAblica.>>. Acesso em 10 de jan. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1990a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm>. Acesso em 20 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1990b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em 20 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde.** Coordenação de saúde da comunidade. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica Programa saúde da família: A implantação da unidade de saúde da família.** Caderno 1. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Organização geral: Milton Menezes da Costa Neto. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002.** Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1101_12_06_2002.html>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização. Secretaria de Atenção à Saúde.** Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em 16 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em 16 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 de nov. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consulta Pública nº 19, de 01 de novembro de 2012.** Torna pública a minuta de portaria que aprova a Política Nacional de Atenção Hospitalar. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em: 01 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília/DF: Ministério da Saúde, 31 dez. 2013a. Seção 1, p. 54-56. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 01 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.410, 30 de dezembro de 2013.** Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 30 de dezembro de 2013b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html>. Acesso em: 01 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013.** Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 20 de nov. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNASS: Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, 2015a. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnass_programa_nacional_avaliacao_servicos.pdf>. Acesso em 20 de mar. De 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 28 de 8 de janeiro de 2015.** Reformula o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015b. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0028_08_01_2015.html>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 01 de outubro de 2015.** Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2015c. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Critérios e Parâmetros Assistenciais para o Planejamento e Programação de Ações e Serviços de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas, 2017a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/programacao-regulacao-control-e-financiamento-da-mac/programacao-assistencial/arquivos/caderno-1-criterios-e-parametros-assistenciais-1-revisao.pdf>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.535, de 16 de junho de 2017**. Institui o Grupo de Trabalho para a formulação da Política Nacional de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (PNMA-SUS) e de seu Plano Operativo. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1535_20_06_2017.html. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-5/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.201, de 27 de novembro de 2020**. Institui o Comitê Consultivo de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único da Saúde (CCMA-SUS) no âmbito do Ministério da Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3201_03_12_2020.html. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DEMAS Informa**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/demas/publicacoes/demas-informa.pdf>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 937, de 05 de Maio de 2022**. Institui o Programa Cuida Mais Brasil, com a finalidade de aprimorar a assistência à saúde materno-infantil e da mulher no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/cuida-mais-brasil/PortariaCuidaMaisBrasil.pdf>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.348, de 02 de Junho de 2022**. Dispõe sobre as ações e serviços de Telessaúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2022/prt1348_03_06_2022.html. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019.

Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/proadi-sus/sobre-o-programa/arquivos/plano-nacional-saude-2016-2019.pdf/view#:~:text=Plano%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%202016-2019%20Publicado%20em%2009%2F02%2F2018,Atualizado%20em%2026%2F10%2F2021%2017h53%20Plano-Nacional-Saude-2016-2019.pdf%20%E2%80%94%201301%20KB>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde: PNS 2020-2023.

Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/pns#:~:text=Plano%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20%E2%80%93%20PNS%202020-2023%20%28Revisado,Link%20Plano%20Nacional%20de%20Sa%C3%BAde%20%E2%80%93%20PNS%202020-2023>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2011. Aprovado com ressalvas na 238ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada nos dias nove e dez de outubro de 2012. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2012. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2012. Aprovado com ressalvas em deliberação na 245ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada em 8 e 9 de maio de 2013. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2013. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2013. Aprovado com ressalvas na Reunião Ordinária 263, ocorrida nos dias 5 e 6 de novembro de 2014. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2014. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Anual de Gestão (RAG) 2014. Aprovado por meio da resolução nº 505, de 12 de novembro de 2015, do CNS, com ressalvas e recomendações na Reunião Ordinária 275. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2015. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2015**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2016. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. De 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2016**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2017. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. De 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2017**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2018. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2018**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2019**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2020**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2021**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento, 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/gestao-do-sus/instrumentos-de-planejamento-do-sus/rag>>. Acesso em: 20 de mar. de 2023.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 20 de nov. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 7.508, de 20 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília/DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em: 20 de nov. de 2021.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020.** Institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde-Adaps. Brasília/DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10283.htm#:~:text=A%20Adaps%20tem%20como%20finalidad e%20promover%2C%20em%20%C3%A2mbito,t%C3%A9cnica%20e%20a%20supe rvis%C3%A3o%20do%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRASILEIRO, Danilo Fernandes. **Minha passagem pelo ministério foi...: trajetórias de atuação de ex-ministros da saúde do Brasil (1995 a 2016).** 2022. 287f. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2022. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-19102022-152936/en.php>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, v. 3, p. 1-24, 2006. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ine s_Bravo.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

BRAVO, Maria Ines Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 6-23, 2018. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545985>>. Acesso em: 07 de set. de 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 1865-1874, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/bHmb9X9HmbZ33cDqb6ZrJJh>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; CANABRAVA, Claudia Marques. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em debate**, v. 44, p. 146-160, 2021. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/146-160/>>. Acesso em: 01 de mar. de 2023.

CANABRAVA, Claudia Marques. O acesso à atenção especializada hospitalar no SUS na pandemia de COVID-19: ampliação, insuficiência e iniquidade. In: SANTOS, Alethele de Oliveira; LOPES, Luciana Toledo, organizadores. **Acesso e Cuidados Especializados**. Brasília: CONASS, v. 5, p. 42-59, 2021. Disponível em: <<http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid19-volume5.pdf#page=43>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

CARDOSO, et al. Política Nacional de Atenção Hospitalar: discussão conceitual de políticas públicas e aplicação prática. **Revista Brasileira de Desenvolvimento Regional**, 9 (2): 189-214, 2020. Blumenau. Disponível em: <<https://proxy.furb.br/ojs/index.php/rbdr/article/view/6455>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

CARMO, Elza Lucia Camargo do; AZEREDO, Fernando Antônio Barros de. A SAÚDE NO BRASIL. **JICEX**, v. 3, n. 3, 2014. Disponível em: <<https://unisantacruz.edu.br/revistas-old/index.php/JICEX/article/view/682>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

CARPANEZ, Luciana Reis; MALIK, Ana Maria. O efeito da municipalização no sistema hospitalar brasileiro: os hospitais de pequeno porte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1289-1298, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2021.v26n4/1289-1298/>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de. **Desafios e perspectivas para institucionalização do monitoramento e avaliação no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde**. 2016. 187f. Tese (doutorado) – Universidade de Brasília, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/20971>>. Acesso em 12 de jun. de 2022.

CHIORO, Arthur et al. Atenção Hospitalar no SUS. In: SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos, organizadores. **Gestão hospitalar no SUS**. Salvador: EDUFBA, 2021, p. 27 - 83. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/33083>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. A avaliação na área de saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 29-47, 1997. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/3zcf>>. Acesso em 14 de jun. de 2022.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. Saúde e Intersetorialidade: os desafios à articulação intersetorial entre saúde, habitação e saneamento. **Revista de Políticas Públicas**, v. 22, p. 1311-1326, 2018. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/3211/321158844067/321158844067.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

COSTA, Fabianni Meneses; GUIMARÃES, Zuleide Maria Carvalho. **Plano estadual de Saúde: instrumento de planejamento para a gestão do SUS. O caso de Pernambuco**. 2008. 85 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/29765/611.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 04 de jan. de 2023.

D'INNOCENZO, Maria. Indicadores organizacionais. In: **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. São Paulo: Martinari, p. 89-97, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-591609>>. Acesso em 12 de ago. de 2022.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019, de 29 de Setembro de 2016**. Vitória/ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2016. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/PES%20-%20Plano%20Estadual%20de%20Saude_2016-2019-1.pdf>. Acesso em: 01 de mar. de 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023, de 29 de novembro de 2019**. Vitória/ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2019. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Saude%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>>. Acesso em: 01 de jun. de 2022.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 153, de 18 de Dezembro de 2020**. Aprova os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES em 03(três) Regiões de Saúde. Vitória/ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2020. Disponível em: <<https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fsaude.es.gov.br%2FMedia%2Fsesa%2FCIB%2FResolu%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520CIB%2520153%25202020%2520-%2520PDR%25202020.docx&wdOrigin=BROWSELINK>>. Acesso em: 01 de jun. de 2022.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório Anual de Gestão 2019**. Vitória/ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2021. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/RELATORIO%20ANUAL%20DE%20GESTAO%202019.pdf>>. Acesso em: 03 de mar. de 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório Anual de Gestão 2020**. Vitória/ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2021. Disponível em: <<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/RELATORIO%20ANUAL%20DE%20GESTAO%202020.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo. **Relatório Anual de Gestão 2021**. Vitória/ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2022. Disponível em:

<<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Relat%C3%B3rio%20Anual%20de%20Gest%C3%A3o%202021.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

FEIJO, Vivian Biazon El Reda et al. Núcleo Interno de Regulação hospitalar: repercussões da implantação nos indicadores dos serviços de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2022;30:e3517. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rlae/a/bX8TDX6zrVS3wz34C8QSQyh/?format=html&lang=en>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

FERRAZ, Marcos Bosi. Avaliação econômica em saúde. In: Vecina Neto, Gonzalo; Malik, Ana Maria, organizadores. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 184-190.

FINKELSTEIN, Beny José; BORGES JUNIOR, Laerte Honorato. A capacidade de leitos hospitalares no Brasil, as internações no SUS, a migração demográfica e os custos dos procedimentos. **J Bras Econ Saúde**, v. 12, n. 3, p. 273-280, 2020. Disponível em: <<https://jbes.com.br/images/v12n3/273.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

FUHRMANN, Nadia Lucia. Neoliberalismo, cidadania e saúde: a recente reorganização do sistema público de saúde no Brasil. **Civitas-Revista de Ciências Sociais**, v. 4, n. 1, p. 111-131, 2004. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/742/74240108.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

FUNDAÇÃO FERNANDO HENRIQUE CARDOSO (FHC). Saúde no Brasil: a evolução das políticas e debates do sistema de saúde nas últimas três décadas. Disponível em: <<https://fundacaofhc.org.br/linhasdotempo/saude/>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

GANDIN, D. **Planejamento como prática educativa**. 16 ed. São Paulo: Edição Loyola, 2007, p. 30-58.

GANDIN, D. **Soluções de Planejamento para uma Prática Estratégica e Participativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, p. 69-87.

GARCIA, Ronaldo Coutinho. Subsídios para organizar avaliações da ação governamental. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 23, P. 5-68, 2001. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/72>>. Acesso em 08 de ago. de 2022.

GAVILANES, Raúl Velásquez. Hacia una nueva definición del concepto “política pública”. **Desafios**, Bogotá, v. 20, p. 149-187, jan./jun. 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3596/359633165006.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

GUEDES, Heloisa Helena da Silva; CASTRO, Marina Monteiro de. Atenção hospitalar: um espaço produtor do cuidado integral em saúde. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 1, p. 4-26, 2009. Disponível em: <[www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/2009_2/artigo 57 ser.pdf](http://www.uel.br/revistas/ssrevista/pdf/2009/2009_2/artigo%2057%20ser.pdf)>. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar em revista**, n. 25, p. 127-141, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-4060.370>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

HOLZ, Carolina Bergmann et al. O hospital na rede de atenção à saúde: uma reflexão teórica. **Revista Espaço Ciência & Saúde**, v. 4, n. 1, p. 101-115, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsm.br/handle/1/15309?show=full>>. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis**, v. 3, p. 09-32, 2001.

IBAÑEZ, Nelson; VECINA NETO, Gonzalo. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. suppl, p. 1831-1840, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/v12s0/06.pdf>>. Acesso em 12 de abr. de 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA, n. 26, 2019. Disponível em: <https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/200924_bps26_web.pdf>. Acesso em 03 de jan. de 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**. Brasília: IPEA, n. 29, 2022. Disponível em: <https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/220331_boletim_bps_29_saude.pdf>. Acesso em 28 de fev. de 2023.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 25-36, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/ndN8rgZC7mzXdrFL39q7VSC/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 01 de abr. de 2023.

LAZARINI, Welington Serra et al. Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. **Saúde e Sociedade**, v. 30, p. 01-12, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/Fqgghd5stTzWq8Nw7k9VyBq/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, p. 2113-2126, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/csp/v23n9/12.pdf>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira. O papel federal no sistema de saúde brasileiro. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. 35-70. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/22.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

MACHADO, Juliana Pires; MARTINS, Mônica; LEITE, Iuri da Costa. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 39-50, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2015.v39nspe/39-50/>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

MASSUDA, Adriano et al. A resiliência do Sistema Único de Saúde frente à COVID-19. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 19, p. 735-744, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cebape/a/PfnQv8mykrVxTDjVgD8Sfsgs/>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

MASSUDA, et al. Diretrizes e projetos para o novo SUS capixaba: a aposta na inovação. In: MASSUDA, Adriano; KEMPER, Elisandréa Sguario, organizadores. *Inovações na gestão em saúde e a resiliência do SUS: a experiência capixaba na resposta à Covid-19*. Porto Alegre: Rede Unida, p. 79-124, 2022. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Livro-Inovacoes-na-Gestao-em-Saude-e-a-Resiliencia-do-SUS-a-experiencia-capixaba-na-resposta-a-Covid-19.pdf>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

MELLO, Alex Oestreich de et al. O discurso sanitário como discurso político e ideológico na República Velha. **Revista Historiador**, n. 3, 2010. Disponível em: <<https://www.revistahistoriador.com.br/index.php/principal/article/download/73/76>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

MÉLLO, Livia Milena Barbosa de Deus; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SANTOS, Romário Correia dos. Conjuntura política brasileira e saúde: do golpe de 2016 à pandemia de Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 842-856, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/9bxKNJ5bzkDBfNpJ4Xc3ggf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

MENDES, Áquilas. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. *Futuro do Brasil Ideias para Ação*. **Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz**. 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28237>>. Acesso em: 24 de maio de 2022.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo; MELO, Mariana. Continuum de desmontes da saúde pública na crise do covid-19: o neofascismo de Bolsonaro. **Saúde e Sociedade**, v. 32, 2023. Disponível: <<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4nFqGgLQ5wL5wHGjtJfntNS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde: uma mudança na organização e na gestão dos sistemas de atenção à saúde. In: Vecina Neto, Gonzalo; Malik, Ana Maria, organizadores. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 32-49.

MENEZES, Ana Paula do Rego; MORETTI, Bruno; REIS, Ademar Arthur Chioro dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública—austeridade versus universalidade. **Saúde em debate**, v. 43, p. 58-70, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

MERHY, E. E. Planejamento como tecnologia de gestão: tendências e debates do planejamento em saúde no Brasil. In: GALLO, E. **Razão e planejamento: reflexões sobre política, estratégia e liberdade**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995, p. 117-149.

MOTTA, Paulo Roberto. Formulação de políticas e definição de objetivos: imposições do contexto administrativo. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 105 - 112.

OLIVEIRA, Walter F. de; JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Questões estratégicas na reforma sanitária: o desenvolvimento do terceiro setor. **Revista de administração pública**, v. 37, n. 2, p. 227 a 242-227 a 242, 2003. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6485>>. Acesso em 01 de abr. de 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Olhando para trás em um ano que mudou o mundo: resposta da OMS ao COVID-19. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/m/item/looking-back-at-a-year-that-changed-the-world-who-s-response-to-covid-19>>. Acesso em 28 de fev. de 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília: OPAS, 2020. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52517>>. Acesso em: 07 de set. de 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Indicadores de saúde. Elementos conceituais e práticos**. Washington, D.C.: OPAS, 2018. Disponível em: <<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49057>>. Acesso em 18 de ago. de 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 27-37, 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772004.pdf>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 20 de fev. de 2023.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Revista Saúde Pública**. N. 40 (especial): 73-78, 2006. Salvador. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

PAIM, Jairnilson Silva; SILVA, Lígia Maria Vieira da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 109-114, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.saude.sp.gov.br/index.php/bis/article/view/33772>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39643>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

PAIVA, Amanda Santos de; COSTA, Maria Dalva Horácio da. Ataques à política de saúde em tempos de crise do capital. **Revista de Políticas Públicas**, v. 20, n. 1, p. 51-68, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/journal/3211/321146417004>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antônio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 15-36, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

PENA, F.P.M., MALIK, A.M. **Gestão estratégica em saúde**. In: Vecina Neto G, Malik AM, organizadores. Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 113-126.

PEREIRA, Maria Cristina Silva. A precarização da política de saúde: uma expressão da questão social. **Revista INTERFACE-UFRN/CCSA ISSN Eletrônico 2237-7506**, v. 6, n. 1, 2009. Disponível em: <<https://ojs.ccsa.ufrn.br/index.php/interface/article/view/126>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

PERES, Lena Vânia Carneiro et al. COMPATIBILIDADE DOS PLANOS–ESTADUAL E DE CONTINGÊNCIA–NO CENÁRIO DA PANDEMIA DA COVID-19. **Planejamento e Gestão Volume 2**, p. 146-160, 2021. Disponível em: <http://www.mpggo.mp.br/portal/arquivos/2021/06/22/13_15_07_622_covid_19_volum e2_1_.pdf#page=147>. Acesso em 02 de mar. de 2023.

PERIN, Gabriela; BOZZETTI, Gustavo Covolan; KAUSS, Bruno. Percepções da Realidade dos Serviços de Saúde a Partir do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS): um Relato de Experiência. **NAU Social**, v. 7, n. 13, 2016. Disponível em <<https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/31365>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

RAVAGHI, Hamid et al. Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review. **BMC health services research**, v. 20, p. 1-13, 2020. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-020-5023-z>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-16396>>. Acesso em 23 de ago. de 2022.

REIS, Camila Ramos; PAIM, Jairnilson Silva. A saúde nos períodos dos governos Dilma Rousseff (2011-2016). **Divulgação em saúde para debate**. N. 58: 101-114, 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29852/1/Artigo%20Jairnilson%20Paim.%202018.pdf>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

SANTOS et al. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudo de política, planejamento e gestão em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (9): 3597-3609, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n9/3597-3609>>. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

SANTOS, Marta Alves. Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos. **Revista Katálysis**, v. 16, p. 233-240, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-49802013000200009>>. Acesso em: 28 de maio de 2022.

SANTOS, Thadeu Borges Souza et al. Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1407-1418, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/XKYHkkdbbTTfsBPTLBpBFFz/>>. Acesso em 01 de mar. de 2023.

SANTOS, Thadeu Borges Souza; PINTO, Isabela Cardoso de Matos. Política Nacional de Atenção Hospitalar: com(di)vergências entre normas, conferências e estratégias do executivo federal. **Revista Saúde Debate**. V. 41. N. Especial 3, p. 99-113, 2017. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QgFtSCTsjqQ6PSHJ8bm3Vwy>>. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

SOARES, Raquel Cavalcante. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. **Argumentum**, v. 10, n. 1, p. 24-32, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496/13178>>. Acesso em: 07 de set. de 2022.

SOARES, Vinícius Sabedot. Análise dos Núcleos Internos de Regulação hospitalares de uma capital. **Einstein (São Paulo)**, v. 15, p. 339-343, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/eins/a/cGpxb6rjHyZzSpMypttnSJG/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 03 de jan. de 2023.

SOÁREZ, Patrícia Coelho de; PADOVAN, Jorge Luis; CICONELLI, Rozana Mesquita. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. **RAS**, v. 7, p. 27, 2005. Disponível em: <https://www.ufjf.br/oliveira_junior/files/2011/08/SO%C3%81REZ-P.-C.-PADOVAN-J.-L.-CICONELLI.pdf>. Acesso em: 18 de ago. de 2022.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. São Paulo: Editora Saraiva, 2014. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536513232/>>. Acesso em: 17 de jun. de 2022.

SOUZA, Jessica Santos de et al. Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços. **Revista Divulgação em Saúde para debate**. N. 58: 46-57, 2018. Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/handle/ri/29856>>. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de et al. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 20 de mar. de 2023.

TAMANO, Luana Tiekko Omena. O Movimento Sanitarista no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, n. 4, p. 102-115, 2017. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/khronos/article/view/131909>>. Acesso em: 28 de mai. de 2022.

TAMAKI, Edson Mamoru et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 839-849, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/csc/v17n4/v17n4a07.pdf>. Acesso em 01 de jul. de 2022.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 821-828, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/csc/v17n4/v17n4a02.pdf>. Acesso em 14 de jun. de 2022.

VECINA NETO, Gonzalo. A evolução da assistência à saúde no mundo e no Brasil até o SUS. In: VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 105 - 112.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. N. 12(4): 825-839, 2007. São Paulo. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/xC8dssym88RmTyNMJ6nZBrP>>. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

VIEIRA, Fabíola Sulpino. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1565-1577, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/Pj3ftm7jy6K7sGXpcHxghXs/?format=html&lang=pt>>. Acesso em 14 de jan. de 2023.


APÊNDICE

APÊNDICE A – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO, ES, BRASIL

PROPOSTA PARA MELHORAR A ATENÇÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

CONFORME DIRETRIZES ESTABELECIDAS NO PLANO ESTADUAL DE SAÚDE, ESPÍRITO SANTO, BRASIL



Coordenação Geral da Pesquisa
 Profa. Dra. Italla Maria Pinheiro Bezerra
 Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM

Organização geral da proposta
 Daniela Joana de Castro Cunha
 Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM

APRESENTAÇÃO

Nos últimos anos, a atenção hospitalar tem sido uma questão importante na Política Pública de Saúde, principalmente frente ao grande enfrentamento da pandemia do coronavírus. No Brasil, a atenção hospitalar, fortalecida pela Política Nacional¹, possui muitos desafios em sua implementação, sendo essencial acompanhar o desenvolvimento dos programas e serviços de forma eficiente e com amplo alcance à população.

Apesar de diversas articulações para a execução desta política, os desafios da atenção hospitalar no SUS são diversos, seja pelos instrumentos de gestão frágeis, modelo de atenção hospitalocêntrico ou pela necessidade de avanços na implementação de um modelo participativo (SANTOS et al., 2020). Esses desafios estão relacionados à insuficiência de recursos financeiros, baixa qualidade assistencial, modelo de atenção centrado no médico e no amparo a quadros agudos, distribuição inadequada de equipamentos de serviço por região, parque tecnológico impróprio e quadro profissional insuficiente ou sem capacitação adequada (SOLHA, 2014).

Portanto, torna-se fundamental o aperfeiçoamento das políticas públicas e o desenvolvimento de estratégias para reorganização da atenção hospitalar, coerente com a regionalização e perfil assistencial, para fortalecer sua regulação e desempenho (SOUZA et al., 2018).

1- Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que visa reformular o modelo de gestão no SUS e de delimitar as competências das esferas do governo.

Nessa perspectiva, foi possível desenvolver esta análise da situação da atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, acompanhada de proposta de ações de melhoria que visem uma assistência com equidade, universalidade e integralidade, por meio da:

- Caracterização do local e da população:**
 - * Variáveis geográficas e demográficas (população residente por faixa etária e regional de saúde);
- Caracterização do perfil epidemiológico:**
 - * Número de leitos hospitalares e a sua proporção entre leitos SUS e não SUS;
 - * Número de internações e óbitos;
 - * Média de permanência, taxa de mortalidade hospitalar e densidade de incidência de Infecção Primária em Corrente Sanguínea diagnosticada laboratorialmente em cateter venoso central, em unidades de terapia intensiva.
- Descrição dos problemas:**
 - * O quê? (problema);
 - * Quando? (atual ou potencial);
 - * Onde? (territorialização);
 - * Quem? (que indivíduos ou grupos sociais).

ESPÍRITO SANTO



O estado do Espírito Santo, que é considerado o menor estado da região sudeste e um dos menores do Brasil, possui uma área geográfica de 46.098,1 km².

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, no estado, estimava-se uma população de 4.018.650 habitantes, distribuídos em 78 municípios, na sua maioria de pequeno e médio porte, estando a metade da população concentrada na região metropolitana da grande Vitória (ESPÍRITO SANTO, 2019).

Visando o cumprimento das diretrizes federais e em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), no que tange à regionalização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no estado do Espírito Santo estabeleceu-se três regiões de saúde:



Estas regiões foram aprovadas de acordo com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), por meio da resolução nº 153 de 18 de dezembro de 2020 (ESPÍRITO SANTO, 2020).



Ao analisar a configuração das regiões de saúde, nota-se que a região metropolitana contém o menor número de municípios, porém 59% da população do estado do Espírito Santo reside nessa região, conforme estimativa realizada pelo IBGE (Tabela 1).

Tabela 1 - Regionalização da Rede de Atenção à Saúde por número de municípios e população residente segundo a região de saúde, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Região	Número de Municípios	População Residente (2021)	Percentual (%)
Central/Norte	29	981.551	24%
Metropolitana	23	2.440.320	59%
Sul	26	686.637	17%
Total	78	4.108.508	100%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Plano Diretor Regional 2020 e IBGE, 2023.

De acordo com o DATASUS, os dados demográficos demonstram que na estimativa populacional para o ano de 2021, houve um predomínio de 57% da população residente com faixa etária entre 20 e 59 anos de idade (Tabela 2).

Tabela 2 - População residente por Ano segundo Faixa Etária 1, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Faixa Etária	2020	2021	Percentual (%)
0 a 4 anos	287.450	288.253	7%
5 a 9 anos	283.719	285.957	7%
10 a 14 anos	273.424	274.010	7%
15 a 19 anos	291.528	286.722	7%
20 a 29 anos	630.839	628.997	15%
30 a 39 anos	671.766	672.524	16,5%
40 a 49 anos	566.373	580.686	14%
50 a 59 anos	466.161	472.263	11,5%
60 a 69 anos	337.291	350.257	9%
70 a 79 anos	166.643	176.110	4%
80 anos e mais	88.858	92.729	2%
Total	4.064.052	4.108.508	100%

Fonte: Estimativas preliminares elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE, 2023.



Ao analisar a RAS e a atenção hospitalar, em 2020, o estado do Espírito Santo contava com 99 estabelecimentos com tipo de atendimento prestado de internação hospitalar SUS e por plano de saúde público, onde houve um aumento de 03 unidades para o ano de 2021.

Na tabela 3, seguem estes dados discriminados por região de saúde, onde o maior número de estabelecimentos de saúde está concentrado na região Metropolitana.

Tabela 3 - Estabelecimentos de saúde pública por Região de Saúde (CIR) segundo Tipo de Estabelecimento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023. M: Região Metropolitana; S: Região Sul; CN: Região Central Norte.

Tipo de estabelecimento	Dezembro/2020			Dezembro/2021		
	M	S	CN	M	S	CN
Hospital Geral	35	25	16	35	26	18
Hospital especializado	8	1	3	8	1	2
Unidade mista	2	-	3	4	-	3
Pronto-socorro geral	-	-	1	-	-	-
Hospital/dia	-	-	2	-	-	2
Centro de atenção psicossocial	2	-	-	2	-	-
Pronto atendimento	1	-	-	1	-	-
Total	48	26	25	50	27	25
Total Geral		99			102	

Fonte: Elaborado pelo autor com base no Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES, 2023.

6



LEITOS HOSPITALARES X CARTELA DE SERVIÇOS



Ao buscar as informações referentes à atenção hospitalar no estado do Espírito Santo, nota-se que no percentual de leitos hospitalares SUS, entre os anos de 2019-2021, houve um aumento de leitos clínicos e complementares, e uma redução dos leitos cirúrgicos, obstétricos, pediátricos e outras especialidades. Vale destacar que os leitos complementares, quando comparados com 2019-2021, tiveram um aumento de 4,7%, resultado este que expressa maior aumento proporcional neste período, assim como os leitos cirúrgicos tiveram uma queda de 3,97% (Tabela 4).

Já na perspectiva de leitos não SUS, nota-se apenas um aumento no percentual dos leitos complementares, nos outros leitos houve reduções gradativas deste percentual, exceto nos leitos de pediatria, cuja redução foi marcada por um pequeno aumento em 2021. Ao comparar este perfil de leitos no período de 2019-2021, observa-se um salto de 3,58% nos leitos complementares, expressando maior resultado (Tabela 4).

8

7

Tabela 4 - Percentual de Leitos hospitalares segundo a classificação por especialidade e período de referência, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Especialidade	2019		2020		2021	
	NÃO-SUS	SUS	NÃO-SUS	SUS	NÃO-SUS	SUS
Cirúrgicos	9,03%	17,02%	7,73%	13,63%	7,46%	13,05%
Clínicos	10,40%	21,23%	10,14%	22,86%	10,11%	23,35%
Obstétricos	2,42%	6,97%	2,21%	6,77%	1,80%	6,52%
Pediátricos	1,64%	6,16%	1,37%	6,06%	1,45%	5,55%
Outras especialidades	6,35%	2,15%	4,89%	1,93%	4,35%	1,79%
Hospital/DIA	0,88%	0,92%	0,76%	0,65%	0,74%	0,72%
Leitos complementares	8,03%	6,79%	9,57%	11,42%	11,61%	11,49%
Total	38,76%	61,24%	36,67%	63,33%	37,52%	62,48%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no CNES, 2023.



Proposta de intervenção

Realizar um diagnóstico situacional no que se refere à:

Cartela de serviços fornecidos por região de saúde X Demandas e necessidades da população.

9

Tornar a atenção hospitalar resolutive em relação aos acessos da população aos serviços especializados, de modo a garantir uma assistência universal, integral e equitativa.

Ações:

1. Desenvolver diagnóstico situacional da atenção hospitalar sob a ótica do *hall* de serviços oferecidos em relação às necessidades e demandas da população, por região de saúde.

Quais problemas resolve:

1. Define carteira de serviços por região de saúde, destacando as potencialidades e articulações necessárias entre as redes de serviço;
2. Proporciona a melhora nos indicadores de atenção hospitalar em consonância com a PNHOSP: média de permanência, taxa de mortalidade, taxa de ocupação geral e em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), e densidade de incidência de infecção por Cateter Venoso Central (CVC);
3. Melhora a aplicabilidade dos recursos financeiros e define necessidades e prioridades de acordo a situação locorregional da atenção hospitalar.



INTERNAÇÕES HOSPITALARES X LINHAS DE CUIDADO



Ao analisar as internações por especialidades, é possível constatar que o acumulado das internações da clínica médica representam quase 40% do volume total, seguido das internações da clínica cirúrgica com 33,28% e obstetrícia com 15,79%. Porém, ao realizar a análise anual, é notório que a clínica cirúrgica em 2020 teve uma queda significativa, quando comparado com 2019, porém em 2021 seu número quase chegou à marca obtida em 2018, obtendo um resultado de quase 86 mil internações.

Outro fator que chama a atenção é a queda sequencial no número de internações relacionadas à psiquiatria, e a flutuação nos dados da pediatria, que teve uma queda em 2020, porém com um pequeno aumento em 2021 (Tabela 5).

10

11

Tabela 5 - Internações por Ano processamento segundo Especialidade, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Especialidade	2019	2020	2021	Total	(%)
Clínica cirúrgica	89.602	69.084	85.975	244.661	33,287%
Obstetrícia	38.214	38.493	39.364	116.071	15,792%
Clínica médica	86.543	92.719	114.222	293.484	19,930%
Cuidados prolongados (crônicos)	86	21	49	156	0,021%
Psiquiatria	2.240	1.733	1.396	5.369	0,730%
Pneumologia sanitária (tisiologia)	9	5	10	24	0,003%
Pediatria	28.072	20.844	22.808	71.724	9,758%
Reabilitação	182	215	194	591	0,080%
Clínica cirúrgica (Hospital-dia)	1.299	781	662	2.742	0,373%
Aids (Hospital-dia)	54	73	28	155	0,021%
Intercorrência pós-transplante (Hospital-dia)	-	6	18	24	0,003%
Total	246.301	223.974	264.726	735.001	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

12



Proposta de intervenção

Definir ou reformular as linha de atenção no estado, bem como a perfilização dos serviços hospitalares, garantindo o acesso à saúde de modo universal, integral e equitativo.

Ações:

1. Construir fluxos de acesso e protocolos de atendimento atrelados à perfilização hospitalar;
2. Desenvolver as linhas de cuidado com abrangência estadual, conforme as regiões de saúde, e responsabilidades dos entes federativos;
3. Estabelecer indicadores estratégicos de monitoramento da efetividade das linhas de cuidado.

Quais problemas resolve:

1. Orienta o acesso, a assistência e os cuidados mediante as linhas de cuidado estabelecidas;
2. Evidencia os indicadores estratégicos para a tomada de decisão e recondução das novas estratégias em saúde.

13



DESFECHO CLÍNICO DE ÓBITOS HOSPITALARES X GESTÃO DA CLÍNICA



Ao analisar os desfechos hospitalares, com ênfase no número de óbitos conforme especialidades assistidas nas unidades hospitalares no estado do Espírito Santo, nota-se que no acumulado de 2019-2021, 83% foram representados pela clínica médica, cujo resultado demonstra um acréscimo significativo, principalmente no ano de 2021.

Outra especialidade que chama a atenção é a queda no número de óbitos em pediatria em 2020, com aumento em 2021 (Tabela 6), dado este relacionado à mesma flutuação no número de internações evidenciados anteriormente (Tabela 5).

Tabela 6 - Óbitos por Ano processamento segundo Especialidade, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Especialidade	2019	2020	2021	Total	(%)
Clínica cirúrgica	1.572	1.577	1.950	5.099	14,040%
Obstetrícia	11	22	12	45	0,124%
Clínica médica	7.332	9.855	13.042	30.229	83,234%
Cuidados prolongados (crônicos)	17	5	9	31	0,085%
Psiquiatria	4	4	1	9	0,025%
Pneumologia sanitária (tisiologia)	-	1	2	3	0,008%
Pediatria	293	268	341	902	2,484%
Total	9.229	11.732	15.357	36.318	-

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.



Proposta de intervenção

Desenvolver plano de formação de educação permanente de profissionais, considerando as novas configurações dos serviços de saúde, com modelos de gestão e assistência baseados em:

Gestão de processos

Diminuição de desperdícios

Melhoria contínua e valor em saúde.

14

15

Ações:

1. Desenvolver diagnóstico sobre a formação e educação permanente, referente aos serviços de atenção hospitalar;
2. Incorporar nas instituições hospitalares modelos assistenciais que visem a assistência baseados em gestão de processos, diminuição de desperdícios, melhoria contínua e valor em saúde.

Quais problemas resolve:

1. Melhora a qualidade da assistência e dos cuidados na atenção hospitalar;
2. Promove a gestão de riscos e, conseqüentemente, reduz erros assistenciais, principalmente os relacionados a dano grave e óbito;
3. Garante o estabelecimento de protocolos e fluxos assistenciais, com foco na melhora dos desfechos clínicos;
4. Atua na gestão de acesso, com foco em estabelecer sistemática de paciente certo no local correto;
5. Promove a satisfação dos clientes, impactando diretamente na satisfação do colaborador e promovendo uma melhor experiência de todos.



INDICADORES HOSPITALARES EM CONSONÂNCIA COM A PNHOSP X DESEMPENHO HOSPITALAR



Ao avaliar a portaria de contratualização da PNHOSP, destaca-se a necessidade de monitorar alguns indicadores de saúde. Portanto, ao realizar a busca de dados em plataformas de livre acesso, observa-se que apenas três destes indicadores estão disponíveis para consulta, sendo: a média de permanência hospitalar, taxa de mortalidade institucional e Densidade de Incidência de Infecção Primária de Corrente Sanguínea Laboratorial (IPCSL) associada à Cateter Venoso Central (CVC) em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).

Ao analisar a média de permanência por especialidade no período de 2019-2021, os cuidados prolongados atingiram um pico máximo de 28,3 dias de internação em 2020, entretanto, as especialidades que sequencialmente apresentaram piores progressivas foram as de clínica médica, psiquiatria e Aids hospitalar, sendo que esta última especialidade obteve um aumento acumulado de 19,1 dias, neste período (Tabela 7).

16

17

Tabela 7 - Média de permanência por Ano, em dias, segundo Especialidade, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Especialidade	2019	2020	2021
Clínica cirúrgica	3,9	4,0	3,8
Obstetrícia	2,5	2,3	2,4
Clínica médica	6,2	6,3	6,7
Cuidados prolongados (crônicos)	24,1	28,3	23,7
Psiquiatria	15,9	16,5	18,9
Pneumologia sanitária (tisiologia)	9,3	9,6	9,3
Pediatria	5,8	6,3	6,2
Reabilitação	20,2	19,9	20,6
Clínica cirúrgica (Hospital-dia)	0,2	0,1	0
Aids (Hospital-dia)	3,8	17,2	22,9
Intercorrência pós-transplante (Hospital-dia)	-	-	1,3
Total	4,8	5,1	5,1

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Os dados de taxa de mortalidade, de acordo com o ano de processamento e mediante a especialidade, demonstram que o resultado da clínica médica apresentou aumento sequencial no período em análise e representa a terceira maior taxa, ficando atrás apenas dos cuidados prolongados e pneumologia sanitária (Tabela 8).

Tabela 8 - Taxa de mortalidade por Especialidade e Ano processamento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Especialidade	2019	2020	2021
Clínica cirúrgica	1,75%	2,28%	2,27%
Obstetrícia	0,03%	0,06%	0,03%
Clínica médica	8,47%	10,63%	11,42%
Cuidados prolongados (crônicos)	19,77%	23,81%	18,37%
Psiquiatria	0,18%	0,23%	0,07%
Pneumologia sanitária (tisiologia)	-	20%	20%
Pediatria	1,04%	1,29%	1,50%
Total	3,75%	5,24%	5,80%

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), 2023.

Ao realizar um comparativo dos dados de Densidade de Incidência de Infecção Primária em Corrente Sanguínea identificada laboratorialmente (IPCSSL) associado ao uso de Cateter Venoso Central (CVC) em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), no período de 2019-2021, observa-se que a unidade que obteve pior desempenho foi a UTI Adulto, atingindo resultado de 6,10% em 2021 (Tabela 9).

18

Tabela 9 - Densidade de incidência de Infecção Primária em Corrente Sanguínea identificada laboratorialmente associada à cateter venoso central em Unidade de Terapia Intensiva segundo ano de processamento, Espírito Santo, ES, Brasil,

ANO	UTI Adulto		UTI Pediátrica		UTI Neonatal	
	ES	Brasil	ES	Brasil	ES	Brasil
2019	3,40%	3,90%	3,40%	4,40%	6,30%	7,85%
2020	3,10%	4,30%	5,90%	4,60%	6,40%	7%
2021	6,10%	5,20%	5,50%	4,90%	5,30%	6,60%

Fonte: Elaborado pelo autor com base nos dados da ANVISA, 2023.



Proposta de Intervenção

Definir, alinhados à política nacional, grupos de:



20

19

Ações:

1. Sistematizar grupos de trabalho que visem a interlocução junto aos serviços de atenção hospitalar, promovendo o acompanhamento, gerenciamento e análise de indicadores estratégicos, com foco em processos gerenciais e assistenciais;
2. Definir os indicadores que irão compor este processo;
3. Sistematizar a gestão destes indicadores por meio de plataforma integrada e informatizada.

Quais problemas resolve:

1. Promove o acompanhamento do desempenho hospitalar, visando a intervenção em tempo oportuno, e garante a tomada de decisão assertiva;
2. Garante o acompanhamento do desempenho assistencial em consonância com a gestão estratégica de informações em saúde.

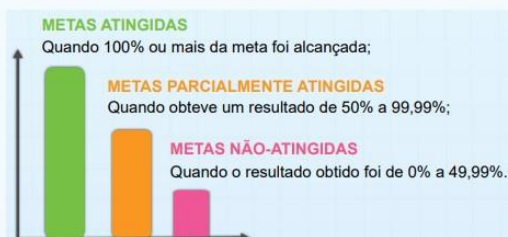
21



METAS DO PLANEJAMENTO ESTADUAL EM CONSONÂNCIA COM A ATENÇÃO HOSPITALAR X PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE



Mediante ao Plano Estadual de Saúde (PES) do estado do Espírito Santo do período de 2020-2023, no que se refere à atenção hospitalar, foram destacadas, no biênio 2020-2021, 05 diretrizes, 15 objetivos e 42 metas, que se relacionam, direta ou indiretamente, com o objeto em questão. Na busca de uma melhor compreensão dos resultados do PES, o percentual de alcance das metas foi classificado em três níveis:



22

Ações:

1. Criar grupos de trabalhos e sistematizar oficinas para a implementação de metodologias que visem qualificar e preparar as instituições hospitalares;
2. Aplicar pesquisas de satisfação focadas em processos de melhoria contínua;
3. Promover grupos focais nas instituições públicas de atenção hospitalar, com base nos principais problemas enfrentados, no intuito de potencializar as ações estratégicas desenvolvidas;
4. Sistematizar e implementar ações conforme os produtos desenvolvidos dos grupos focais.

Quais problemas resolve:

1. Melhora a qualidade da assistência e dos cuidados na atenção social;
2. Assegura a participação social para a tomada de decisão;
3. Aumenta a satisfação dos usuários.

24

De acordo com esta classificação de alcance das metas, os resultados demonstram que no biênio 2020-2021, 57% das metas não foram atingidas, entretanto, observa-se que ano de 2021, houve um aumento de 7% nas metas atingidas, em relação ao ano de 2020 (Tabela 10).

Tabela 10 - Classificação das metas segundo ano de processamento, Espírito Santo, ES, Brasil, 2023.

Classificação das Metas	2020	(%)	2021	(%)
Atingidas ($\geq 100\%$)	11	26%	14	33%
Parcialmente atingidas ($\geq 50\%$ à $\leq 99,9\%$)	7	17%	4	10%
Não atingidas ($\geq 0\%$ à $\leq 49,99\%$)	24	57%	24	57%

Fonte: Elaborado pelo autor com base no PES 2020-2021 e RAS 2020-2021, 2023.



Proposta de intervenção

Estabelecer mecanismos de aproximação da sociedade na execução de políticas públicas relacionadas à atenção hospitalar, visando potencializar a experiência do paciente.

23

PASSOS PARA A IMPLEMENTAR AS PROPOSTAS

- 1 Realizar diagnóstico situacional da atenção hospitalar no estado do Espírito Santo;
- 2 Definir grupos de trabalho conforme as necessidades apontadas;
- 3 Estabelecer, frente ao diagnóstico, os modelos assistenciais que visem a assistência baseada em gestão de processos, diminuição de desperdícios, melhoria contínua e valor em saúde;
- 4 Sistematizar os indicadores de monitoramento, conforme as propostas apresentadas;
- 5 Sistematizar as linhas de atenção norteadoras do cuidado para a implementação ou reorganização;
- 6 Capacitar os envolvidos;
- 7 Estabelecer sistemática de acompanhamento, monitoramento e avaliação dos processos definidos.

25

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP. ed. 14, 2022. Disponível em: <Link>. Acesso em: 03 de Janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - **DATASUS**. Disponível em: <Link>. Acesso em 10 de janeiro de 2023.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Espírito Santo. **Plano Estadual de Saúde 2020-2023, de 29 de novembro de 2019**. Vitória/ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2019. Disponível em: <Link>. Acesso em: 01 de jun. de 2022.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução nº 153, de 18 de Dezembro de 2020**. Aprova os limites regionais instituindo no Território do Estado do Espírito Santo - ES em 03(três) Regiões de Saúde. Vitória/ES: Secretaria Estadual de Saúde, 2020. Disponível em: <Link>. Acesso em: 01 de jun. de 2022.

SANTOS, Thadeu Borges Souza et al. Gestão hospitalar no Sistema Único de Saúde: problemáticas de estudo de política, planejamento e gestão em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 25 (9): 3597-3609, 2020. Disponível em: <Link>. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

SOLHA, Raphaela Karla de Toledo. **Sistema Único de Saúde - Componentes, Diretrizes e Políticas Públicas**. São Paulo: Editora Saraiva, 2014. Disponível em: <Link>. Acesso em: 17 de jun. de 2022.

SOUZA, Jessica Santos de et al. Gestão hospitalar no SUS: correlações entre rede de atenção e capacidade de gestão dos serviços. **Revista Divulgação em Saúde para debate**. N. 58: 46-57, 2018. Rio de Janeiro. Disponível em: <Link>. Acesso em: 02 de jun. de 2022.

Ilustração e Diagramação

Joanna de Freitas Rocha

Apoio



emescam

FAPES
FUNDAÇÃO DE AMBÍO À PESQUISA DO ESPÍRITO SANTO
Edital nº 04/2022 PROAPEM