

## COMPORTAMENTO DA PRODUTIVIDADE DOS PEQUENOS HOSPITAIS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO SUS: UM ESTUDO REGIONAL

Carla Sandra Aguiar Siqueira dos Santos  
Daniela Meirelles Andrade

### Resumo

A regulamentação do SUS é extensa e organizada para que as prioridades da saúde pública da população possam ser detectadas e inseridas numa rede executora de ações. Os hospitais instalados em municípios pouco populosos são especialmente prestigiados, porque oferecem acesso inicial a procedimentos especializados em saúde, sem necessidade de deslocamento para outros municípios. Hospitais locais costumam ser o único ponto de apoio para o usuário do SUS. Entretanto, mesmo consumindo uma importante parcela de recursos financeiros, devido à menor complexidade tecnológica, os pequenos hospitais não conseguem atender a uma considerável demanda de usuários do SUS (CUNHA; BAHIA, 2014). Pela Programação Pactuada Integrada (PPI), os gestores municipais de saúde podem distribuir suas cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) entre os hospitais locais e regionais, dentro ou fora de seu município, principalmente nas especialidades de clínica médica, de pediatria, cirúrgica e de obstetrícia, estabelecendo referências para atendimento na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma, este trabalho objetivou verificar o comportamento dos pequenos hospitais da região de Alfenas e Machado na RAS quanto à produtividade. Trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa que analisou a programação das cotas de AIHs pactuadas desses hospitais na PPI do ano de 2016, comparando-as à produção no mesmo período disponível, no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Foram objetos deste estudo os 12 hospitais da região com até 50 leitos disponíveis ao SUS para internação. Como resultados, observa-se uma alta produção na clínica médica e uma baixa produção nas demais clínicas, em especial na clínica pediátrica. Por isso, torna-se necessária a mudança do foco de atendimento dos pequenos hospitais, com melhorias no processo de comunicação entre os atores envolvidos na rede e reavaliação dos leitos de internação em pediatria. Alerta-se, enfim, para a grande demanda criada nas internações em clínica médica, possivelmente demandas artificiais, que precisam ser cuidadosamente reavaliadas pelos gestores municipais de saúde, através de um setor de Regulação do Acesso que seja devidamente constituído e operante.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Rede de Atenção em Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Autorização de Internação Hospitalar. Produção hospitalar.

### Introdução

A regulamentação do SUS é extensa e organizada para que as prioridades de saúde da população possam ser detectadas e inseridas numa rede executora de ações. Os hospitais instalados em municípios pouco populosos são especialmente prestigiados, por transmitirem segurança à população, que precisam do acesso garantido aos serviços essenciais sem a necessidade de deslocamento para outros municípios. Constantemente, hospitais locais são os únicos pontos de apoio para acesso mais rápido do usuário do SUS quando suas questões de saúde não são resolvidas na atenção primária ou em casos de urgência/emergência (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

Entretanto, mesmo consumindo uma importante parcela de recursos financeiros, devido à menor complexidade tecnológica, os pequenos hospitais não conseguem atender a uma considerável demanda de usuários do SUS (CUNHA; BAHIA, 2014).

Para o planejamento das ações de saúde, o gestor público precisa se esforçar continuamente a fim de atender às demandas reprimidas de serviços essenciais. Como forma de subsidiar esses gestores no planejamento e execução responsável de suas ações e, no posterior controle e avaliação das mesmas, destaca-se a Programação Pactuada Integrada (PPI). Coordenada pela Secretaria de Estado da Saúde, a PPI torna real a possibilidade de pactuar políticas de saúde conferindo aos municípios autonomia, tornando-os importantes atores do processo de promoção de políticas públicas de saúde (SILVA; SOUZA; BARRETO, 2014). A descentralização de poder alinhada à acomodação de Redes de Atenção à Saúde permite o cumprimento de um dos princípios essenciais do SUS: a integralidade no cuidado.

No SUS, as demandas são intermináveis enquanto que finitos são os recursos. Ainda hoje, a melhor proposta apresentada para articular os níveis de complexidade do SUS com qualidade e eficiência é a Rede de Atenção à Saúde (RAS) que situa a Atenção Primária em Saúde (APS) como ponto central, sendo esta responsável por coordenar e ordenar toda a RAS (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), a Atenção Primária deveria ser ponto de maior investimento na RAS para alcance da qualidade de serviços com baixa densidade tecnológica. Porém, a rede é incipiente, pouco monitorada, com prestadores focados em receber por produção, tornando a saúde pouco resolutiva. A RAS ainda não conseguiu reverter o quadro em que a rede hospitalar é o centro do SUS (RAMOS, et al., 2015).

Para Turrini, Lebrao e Cesar (2008), a resolutividade é um imenso desafio de gestão que deve ser constantemente avaliado. O gestor deve saber julgar qual a capacidade do serviço de saúde em atender à demanda na sua localidade, seja este serviço público ou conveniado/contratado e qual demanda deve ser encaminhada a serviços especializados, fora de seu município. De forma ampla, deve também avaliar a resolutividade, observando se o usuário do SUS conseguiu solução para seu problema de saúde.

Questões como resolutividade, integralidade e Redes de Atenção à Saúde estão diretamente interligadas no SUS (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Um dos grandes dilemas dos gestores é harmonizar a acessibilidade aos serviços de saúde de forma igualitária e integral utilizando-se dos arranjos das RAS, mesmo diante do quadro de escassez orçamentária para saúde pública no país (BRASIL, 2011).

Os pequenos hospitais são uma grande parcela no total dos prestadores cadastrados no SUS, e em geral, essas entidades operam com um emprego alto dos recursos humanos e baixa utilização dos equipamentos que estão à sua disposição, e ainda, sobrepõem atividades comuns à Atenção Primária, como internações desnecessárias que rapidamente poderiam ser resolvidas na atenção ambulatorial, influenciando diretamente na fama de ineficiência do SUS (MENDES; CECÍLIO; OSIANO, 2014).

De acordo com Ribeiro (2009), deve-se dar destaque ao número de internações em clínicas médica e obstétrica, para avaliação de políticas no município, que quando não têm suas cotas de internação devidamente pactuadas e controladas, geram sobrecarga na rede de urgência e emergência, por complicações clínicas e ausência de leitos disponíveis, inclusive com consequências drásticas como aumento da mortalidade infantil e materna.

O planejamento baseado na PPI deve ser realizado a partir de série histórica de atendimentos e indicadores adequados. O gestor deve contar com uma equipe técnica de perfil qualificado para o desenvolvimento e monitoramento destas ações (PESSOA et al., 2012).

Pela PPI, os gestores municipais de saúde podem distribuir suas cotas de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) entre os hospitais locais e regionais, seja dentro ou fora de seu município, nas especialidades de clínica médica, pediatria, cirúrgica e obstetrícia. A partir deste contexto, este estudo busca responder à seguinte questão: Como é o comportamento em termos de produtividade, dos pequenos hospitais para a região Alfenas/Machado na Rede Assistencial do SUS? Assim, este trabalho objetivou verificar o comportamento dos hospitais de pequeno porte da região Alfenas/Machado na Rede de Atenção à Saúde do SUS quanto à produtividade.

## Metodologia

É uma pesquisa quantitativa e qualitativa, pois objetivou analisar a programação de AIHs pactuadas pela PPI assistencial no ano de 2016, bem como a produção do mesmo período, de hospitais da região de saúde de Alfenas/Machado, os quais estavam disponíveis no Sistema de Informação Hospitalar (SIH). Qualitativamente, foram realizadas duas entrevistas, não estruturadas, gravadas com autorização dos entrevistados, uma com a Coordenadora do Núcleo de Regulação e outra com o Coordenador da Central do SUSFácil da Região Ampliada de Saúde do Sul, ambos servidores da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais lotados na Superintendência Regional de Saúde de Alfenas.

Quanto ao objetivo, a pesquisa é descritiva e estudou o envolvimento dos hospitais de pequeno porte da região de saúde Alfenas/Machado na Rede Assistencial do SUS quanto à produtividade. Nesta pesquisa foram utilizados dados disponíveis nos sistemas de informações hospitalares, contidos no site do DATASUS, da PPI de Minas Gerais e do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Foram objetos deste estudo todos os 12 hospitais da região de saúde de Alfenas/Machado com até 50 leitos de internação disponíveis para o SUS. Os dados secundários foram extraídos do relatório mensal das AIHs faturadas pelos hospitais, nas especialidades básicas de clínica médica, pediátrica, cirúrgica e obstétrica no ano de 2016. Estes dados estavam disponíveis no SIH e no Sistema de Informação Hospitalar Descentralizado (SIHD). O acesso ao SIHD foi disponibilizado pelo Núcleo de Regulação da Superintendência Regional de Saúde de Alfenas (SRS/Alfenas). O levantamento das metas físicas e financeiras pactuadas para AIHs foi realizado por consulta ao site da PPI de Minas Gerais. Os dados foram digitados em planilha do Microsoft Excel, seguidos de tabulação. Para análise dos dados utilizou a estatística descritiva das variáveis colhidas. Desta forma, tornou-se possível entender os procedimentos mais frequentes e verificar como os hospitais se distribuem em relação à produção hospitalar por especialidades básicas, além de conhecer o atendimento das metas pactuadas no ano de 2016.

Os dados qualitativos foram obtidos por meio das entrevistas juntos aos coordenadores citados e foram analisados com o objetivo de compreender os dados quantitativos, ou seja, a rotina de regulação de leitos de internação pela Central SUSFácil, bem como a operacionalização do remanejamento de cotas da PPI pelo Núcleo de Regulação.

## Resultados e Discussão

A Região de Saúde de Alfenas/Machado está inserida na Região Ampliada de Saúde Sul e é composta por 17 municípios, com uma extensão territorial de 6.988,2 km<sup>2</sup> e estimativa populacional de 323.410 habitantes (MINAS GERAIS, 2014). De acordo com o SCNES, neste grupo de municípios há um total 315 leitos disponíveis ao SUS, com uma média de 26,5 leitos por hospital. Durante o citado ano, não ocorreram reprogramações na PPI, que manteve um valor constante para as cotas de AIHs destinadas aos hospitais da região.

Em 2016, na Região de Saúde de Alfenas/Machado, foi pactuado um teto físico de 10.382 AIHs e um teto financeiro totalizando R\$ 4.772.859,32 na PPI. Esses dados significam que esse seria o limite máximo de número de AIHs que as organizações poderiam atender para receberem da forma tradicional, sem recursos extras, pelo SUS durante o ano. Essas organizações apresentaram 8.370 AIHs, e receberam por esta produção R\$ 3.567.020,92. A produção média de AIH por entidade foi de 697,50 unidades de AIHs e o valor financeiro médio anual pago pelo SUS foi de R\$305.585,33 por hospital. Esses valores encontram-se um pouco abaixo dos valores dos estudos de Ramos et al (2015), que em sua análise de indicadores dos pequenos hospitais de todo o Estado de São Paulo, no ano de 2012, obteve o valor médio da AIH em R\$827,55 por hospital.

Pela PPI, é possível classificar a entidade quanto à execução das metas pactuadas. Desse modo, se o local de atendimento, que recebe os recursos financeiros alocados pelos municípios, executar abaixo de 70% da PPI, este é tido como um baixo cumprimento das metas pactuadas. De 70 a 90%, o cumprimento das metas é médio. De 90% a 100%, é alto e acima de 100% ocorre o extrapolaramento do teto financeiro. A ocorrência de extrapolaramento sugere desajustamentos ao que fora definido previamente na PPI (AMORIM; MENICUCCI, 2008).

Sendo assim, os resultados da produção demonstram que no ano de 2016 houve uma produção abaixo do teto estipulado pelo Estado de Minas Gerais, com cumprimento médio em relação ao que foi pactuado na PPI, totalizando 80,62% de execução dos procedimentos pactuados. Deste total, destacam-se as clínicas médica e pediátrica. A clínica médica extrapolou o teto físico, atendendo a 138,22% do que foi pactuado. E a clínica pediátrica, destaca-se pela parte inferior da produção, atendendo somente 5,56% do que foi pactuado na região. A produção da clínica médica se destaca, é substancialmente superior à das demais clínicas. Foi responsável por 75% (6.259 AIHs) da produção física nestas organizações. Enquanto que as clínicas cirúrgica e obstétrica atenderam 12% das internações (1.035 AIHs e 1.002 AIHs respectivamente) e a clínica pediátrica somente 1% (74 AIHs). Financeiramente, o valor pago à clínica médica (R\$ 2.622.443,46) também foi diferenciando em relação às demais clínicas, correspondendo a 71% do valor total.

Os valores da clínica médica e pediátrica deste estudo divergiram, principalmente em relação à clínica médica, considerando o levantamento de dados realizado por Mendes, Cecílio e Osiano (2014) para pequenos hospitais no Estado de São Paulo, no ano de 2013. Neste estudo, a clínica médica foi responsável por 54% das internações, seguida de 20% em clínicas cirúrgica, 15% de clínica obstétrica e 9,7% em pediatria. Financeiramente neste mesmo estudo, 43% das internações pagas foram em clínica médica enquanto 26% em clínica cirúrgica, 18,3% em obstetrícia e 10% em pediatria.

Comparando-se à PPI do ano de 2016, com as internações em clínica médica, 10 dos 12 hospitais estudados extrapolaram a meta física da PPI para este ano. A maior causa de internação nesta região foi o tratamento de pneumonias ou influenza (gripe) com 1.152 AIHs representando uma taxa de 13,76% em relação às demais causas, seguidas

de tratamento de outras doenças do aparelho digestivo (446 AIHs) e tratamento de doenças crônicas das vias aéreas inferiores (416 AIHs). Essas causas somadas representaram 24,1% do total de internações realizadas no ano de 2016.

Quanto à clínica de obstetrícia, foi observado um baixo atendimento da PPI, pois os hospitais, no total, atenderam a 37,44% do que foi pactuado para esta clínica. Na clínica cirúrgica, a produção física foi de 56,03% do pactuado e na pediatria a produção foi de 5,56% da PPI pactuada.

A Coordenadora do Núcleo de Regulação aponta como causa para explicar o alto número de internações em clínica médica o fato de que os pequenos hospitais desta região realizam o serviço abaixo do limite para o qual são capacitados, pois não se disponibilizam para atender toda demanda. Essas entidades optam por concentrar a maioria dos atendimentos na clínica médica e encaminhar os das demais clínicas para hospitais de maiores complexidades. De acordo a mesma, seria este o caminho com menos entraves, pois esses hospitais, muitas das vezes, só possuem em seu corpo clínico médicos da especialidade de clínica geral. A dificuldade de fixar em seu quadro as demais especialidades traz como consequência a solicitação rotineira de transferência dos usuários do SUS para organizações mais complexas.

O Coordenador da Central de Regulação de Leitos do SUS Fácil aponta também que há a questão ambulatorial, pois nos ambulatórios e na Atenção Primária do SUS, não é observada uma melhoria no atendimento prestado ao longo dos anos. Observa-se a inexistência de mecanismos eficientes de controle e de cobrança da gestão municipal para com os profissionais de saúde que estão no atendimento ambulatorial, o que gera excesso de despesas com internações hospitalares. Não ocorrem questionamentos por parte das Secretarias Municipais de Saúde para com esses profissionais médicos: “Porque você encaminhou um caso que poderia ser resolvido aí?” ou “Oi, você está encaminhando demais!” ou ainda “Você está internando demais!” (coordenador da central de regulação de leitos). Ele acredita que esse tipo de cobrança precisa acontecer para que ocorra a diminuição das internações desnecessárias ou mesmo para evitar que por despreparo no atendimento ambulatorial e falta de assistência adequada, o paciente acabe tendo suas condições clínicas agravadas e realmente necessite de internação.

Alfradique et al. (2009) afirma que em altas taxas de internações, há indicativo de que o SUS não esteja funcionando como deveria. Rufino et al. (2012) também discute que essas internações podem ser desnecessárias. Isso ajuda a entender a propriedade da assistência que está sendo prestada à população da região, já que estas deveriam ser resolvidas ambulatoriamente no município.

É um sinal de alerta para a eficiência (ou deficiência) da Atenção Primária em Saúde. Esta é a principal porta de entrada da Rede Assistencial de Saúde. Quando as funções e protocolos dos profissionais capacitados na APS não são respeitados, são comprometidas as demais funções na rede.

No trabalho de Reis et al. (2013), um dos piores indicadores apontados foi o funcionamento das unidades de saúde aos fins de semana e pelo menos uma vez na semana após as 18 horas. A realidade é que as ESFs funcionam apenas em horários comerciais. Os gestores municipais de saúde deveriam rever a possibilidade de funcionamento das unidades da APS em horários mais flexíveis, para que se ajustem à jornada de trabalho da população economicamente ativa que, constantemente, precisa recorrer ao Pronto Atendimento 24 horas para atendimento de suas necessidades de saúde ou precisam arriscar a perda de um dia de serviço para passar em consultas médicas na Atenção Primária. Dessa forma, e mediante este estudo, observa-se uma inversão da lógica da Rede de Atenção em Saúde, em que o Pronto Atendimento e os

hospitais são uma importante ou principal Porta de Entrada do SUS e o centro da rede, com sobrecarga de serviço, ocupando-se ao mesmo tempo dos casos mais simples, passíveis da atenção primária e dos mais complexos e agudos, que geram internação.

Os resultados da clínica obstétrica demonstram a dificuldade desses hospitais em manter o serviço de obstetrícia funcionando 24 horas/dia com a presença do plantonista médico em clínica obstétrica, fundamental para que ocorra a cobertura assistencial em partos, principalmente de risco habitual, conforme confirmado em entrevista com a Coordenadora do Núcleo de Regulação. A tendência é encaminhar essa demanda aos hospitais maior porte assistencial.

Por outro lado, a baixa produção de internações na clínica de pediatria é um bom indicador para a Região de Saúde Alfenas/Machado, pois demonstra a melhoria do planejamento e das ações na Atenção Primária voltada ao público infantil. O Coordenador da Central de Regulação SUSFácil afirma também que a pediatria se dedicou ao longo dos anos a atender melhor seu paciente. Houve melhorias no atendimento básico, na prevenção e puericultura bem como no atendimento ambulatorial.

Segundo Volpe (2009 citado por Duarte, et al 2012, p. 200), foram iniciativas importantes de intersectorialidade que impactam nesta transição: reidratação oral, campanhas intensas de vacinação, aleitamento materno. Assim como o desenvolvimento de programas como o Programa Saúde na Escola com fornecimento de alimentação balanceada, o devido acompanhamento do desenvolvimento das crianças nas unidades básicas de saúde e incentivos financeiros às famílias com metas atreladas à saúde da criança. Duarte, et al (2012) descreve uma evidente tendência do aumento de internações pediátricas de doenças crônicas, com um importante deslocamento da população à grandes hospitais e observa que há um intenso processo de transição das morbimortalidade na infância e na adolescência. Dessa forma, ao se analisar os resultados de baixa produção hospitalar em pediatria deste estudo, com leitos ociosos nas organizações na maior parte do ano de 2016, urge a revisão das prioridades em internações pediátricas. Os leitos disponíveis devem ser reutilizados em outras demandas como, por exemplo, serem destinados a pacientes pediátricos com sequelas ou em estado terminal para que possam receber maiores cuidados nessas instituições, sem ter que sofrer por deslocamento para grandes centros hospitalares, permanecendo próximos aos seus familiares. Outra proposta seria o fortalecimento do programa de internação domiciliar dessas crianças.

De acordo com a Coordenadora do Núcleo de Regulação:

A PPI é democrática porque o recurso é do gestor municipal, já que por mais que haja orientação por parte da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, é o gestor quem detém a autonomia para alocar suas cotas de AIH onde ele quiser. Porém, fato é que a PPI é ainda insuficiente.

Segundo a Coordenadora, existe sim uma boa comunicação entre a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e os municípios nos remanejamentos das cotas de PPI (semestral). O que falta é atitude do gestor municipal.

O Coordenador da Central de Regulação SUSFácil ressaltou que “a PPI precisa ser aperfeiçoada”. Segundo ele, com a municipalização, há maior autonomia para os gestores que querem alocar as cotas de PPI de forma desorganizada, sem a devida observação do fluxo dos pacientes.

Não há cumprimento dos contratos assistenciais, não há gestão adequada dos recursos. Os recursos são poucos, a tabela de pagamento por procedimentos do SUS é baixa, mas se não houver uma boa administração nem todo o dinheiro do mundo será suficiente para resolver os problemas assistenciais. Há um despreparo dos próprios hospitais em não assumir suas responsabilidades. São muitos entraves, em vários pontos da Rede: na administração hospitalar, na gestão municipal, no repasse do recurso financeiro, na PPI. Virou um ninho de gato e para desfazer esse ninho, não tá fácil não!

Neste estudo, o predomínio da clínica médica sobre as demais clínicas demonstra a fragilidade da RAS. O Ministério da Saúde classifica como demanda real aquela proveniente dos usuários do SUS e demanda artificial as que o prestador prefere atender (BRASIL, 2006). Criou-se demanda artificial, quando quem prioriza o que precisa ser atendido são os prestadores, que preferem internar em clínica médica pela disponibilidade de profissionais e estrutura física, e não o usuário do SUS que é o detentor da necessidade de saúde.

Albuquerque et al. (2013) também discute a demanda artificial, quando são constantes e desnecessárias as cotas assistenciais de PPI em serviços mais complexos, sendo que a necessidade de saúde poderia ser resolvida na Atenção Primária, com melhor uso de recursos financeiros. Discute a desarticulação do diálogo entre os principais atores do SUS. Escassos são os mecanismos existentes para vincular oferta dos serviços à demanda da população. Observa-se, com os resultados deste estudo, que apenas o aumento de investimentos nas ESFs destes pequenos municípios, em estrutura e capacitação de profissionais, já reduziria as enormes despesas dos cofres públicos com os excessos de internações hospitalares em clínica médica.

De acordo com Amorim e Menicucci (2008), saber o grau de cumprimento da PPI pode motivar os gestores refinar este tipo de pactuação. A reavaliação dos leitos ociosos, deslocando-os entre as clínicas, conforme necessidade já é procedimento permitido e adotado no Estado de Minas Gerais. Para Albuquerque et al. (2013), o setor de Regulação nas Secretarias Municipais de Saúde, que realiza controle e remanejamento das cotas da PPI Assistencial, fica restrito à seguir protocolos, cotas de vagas de internações da PPI, legislação e operar com os softwares. Observa-se que este setor não desenvolve o papel de articulador (político e técnico) em um processo limpo de comunicação entre os atores interessados, priorizando cuidado e acesso na Rede SUS. Procura-se “apagar incêndios” com prioridade quase que permanente nas internações de urgências e emergências, sem planejamento estratégico e organização dos serviços. Insistindo ainda em erros primários de manejo de PPI sem estudo profundo da demanda local de saúde.

No presente estudo, é possível confirmar as fragilidades dos setores de Regulação da Região de Saúde de Alfenas/Machado que dificilmente se basearam em profundos estudos de dados históricos, pois o que se observou foi uma considerável quantidade de vagas ociosas para internação na clínica pediátrica, obstétrica e cirúrgica e um excesso de internações na clínica médica, sem a devida autorização criteriosa dessas internações. O paradoxo se estabelece quando se compara este quadro de vagas ociosas às frequentes reclamações de usuários pela falta de vagas de leitos hospitalares no SUS.

## Conclusões

Este trabalho foi desenvolvido com a finalidade de refletir sobre o comportamento da produtividade dos pequenos hospitais na Rede de Atenção à Saúde do SUS da Região de Saúde Alfenas/Machado, além de compreender a importância destas entidades como ponto de apoio à Rede.

Constatou-se um elevado número de internações realizadas na especialidade de clínica médica o que demonstrou a deficiência na regulação das cotas de AIH, a dificuldade de fixação de profissionais médicos especialistas em pequenos municípios, a fragilidade do serviço prestado pela Atenção Primária e por ambulatorios da região estudada e a vulnerabilidade dos setores de Regulação do Acesso das Secretarias Municipais de Saúde. Por outro lado, o número baixo de internações realizadas pela clínica pediátrica demonstrou as consequências positivas das políticas desenvolvidas, de forma preventiva, à saúde da criança ao longo dos anos pelos entes federativos, que resultaram na redução de hospitalizações deste grupo. As clínicas obstétricas e cirúrgicas apresentaram produções abaixo do teto físico da PPI, demonstrando a dificuldade de manter estes serviços em pequenos hospitais.

Os resultados expressam uma atuação pouco eficaz dos gestores municipais de saúde frente à resolução do permanente problema de demanda reprimida de seus usuários do SUS e a precária comunicação presente na Rede de Atenção à Saúde, entre atores políticos e técnicos, tanto dos municípios quanto dos hospitais, que não estão reunindo esforços para melhor distribuição dos leitos disponíveis e realocação dos mesmos.

Para contribuir concretamente com a melhoria da oferta de serviços públicos de saúde aos cidadãos e a integralidade da Rede de Atenção à Saúde, propõe-se mudança no foco de atendimento dos pequenos hospitais, como a especialização em resolver os problemas específicos de saúde em locais ou o atendimento de demandas oriundas de tratamento dos quadros agudos em pacientes portadores de doenças crônicas. Interessante também seria que houvesse maior respeito à autonomia dos gestores, porém seguida de responsabilização destes quanto às consequências de más decisões tomadas: se a alocação das vagas para internações hospitalares na PPI não foi de acordo com a demanda da população, se foi guiada por vontade e pressão política mais do que por um profundo estudo da necessidade dos cidadãos, e isso gerou como consequência uma demanda reprimida e agravos de problemas de saúde do usuário do SUS, esse gestor não pode ficar impune no processo, deve ser responsabilizado.

Providências no sentido de promover melhorias no processo de comunicação entre os atores envolvidos devem ser tomadas pelos gestores da Rede. A Rede de Atenção à Saúde é do tipo cooperação da esfera pública, que como tal, deve atuar de forma integrada e colaborativa entre seus componentes. Mesmo com diferença de interesses entre os atores envolvidos, devem estes contribuir para que o objetivo de promover a integralidade na assistência ao usuário seja alcançado, seja qual for o nível de complexidade necessário. Os pequenos hospitais atuam com interesse no faturamento e internam mais em clínica médica, que é de mais fácil manuseio no sistema e os gestores das Secretarias Municipais de Saúde aceitam esse fluxo imposto pelos prestadores para que não haja maiores atritos no sistema. Há uma incipiente comunicação sobre as reais demandas dos usuários do SUS, sobre remanejamento de cotas de internação, sobre melhorias que possam ser promovidas na própria rede.

É necessário um esforço maior dos entes estaduais e federal, propondo pactuações diferenciadas a essas pequenas entidades para que as internações não

tenham como objetivo somente a subsistência destas instituições ao longo dos anos, mas o atendimento resolutivo dos problemas específicos de saúde em pequenos municípios. No mais, é urgente que os pequenos hospitais honrem o compromisso assumido com o SUS e assumam seu papel de forma integral atendendo a demanda local e referenciada.

Este estudo contribui promovendo essa reflexão sobre a diferença entre a Rede de Atenção à Saúde ideal, organizada, com distribuição devida dos papéis de seus atores na teoria e o modo que ela têm se operado na prática, sob o ponto de vista dos tipos e quantitativos de internações de usuários do SUS, em média complexidade, nos pequenos hospitais da região de Alfenas/Machado comparando-as à PPI. Contribui com um alerta para a necessidade de reavaliação dos leitos de internação em pediatria promovendo melhor uso dos recursos financeiros destinados a estes. Chama-se a atenção, enfim, para a grande demanda criada nas internações de clínica médica, possivelmente demandas artificiais, que deveriam ser criteriosamente reavaliadas pelos gestores municipais de saúde, através de um setor de Regulação de Acesso que seja devidamente constituído e operante.

Possíveis estudos deveriam ser promovidos, focando na qualidade da capacitação técnica dos gestores de órgãos e entidades. A capacitação técnica de quem ocupa cargo público é fator inerente a maior governabilidade no sistema.

### Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores**. Brasília, DF, 2006. 48 p. (Série Pactos pela Saúde 2006, 6): Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, DF, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº1979 de 18 de novembro de 2014**. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR-SUS/MG 2014.

ALBUQUERQUE, M.S.V. et al. Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 1, p. 223-236, mar. 2013.

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, p. 1337-1349, jun. 2009.

AMORIM, A. L. G.; MENICUCCI, T. M. G. Descentralização e regionalização na assistência à saúde: um estudo da Programação Pactuada Integrada de Minas Gerais. 2008. In: ENCONTRO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA E GOVERNANÇA, 2008, Salvador (Apresentação de Trabalho/Congresso).

CUNHA, C.L.F.; BAHIA, L. Construção de hospitais de pequeno porte como política de saúde: um caso emblemático no estado do Maranhão, Brasil. **Journal of Management & Primary Health Care**, Pernambuco, v. 5, n.2, p. 249-254, 2014.

- DUARTE, J. G. et al. Perfil dos pacientes internados em serviços de pediatria no município do Rio de Janeiro: mudamos?. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 199-214, 2012.
- MEDEIROS, C. R. G.; GERHARDT, T. E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 160-170, dez. 2015.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.
- MENDES, J.D.V.; CECÍLIO, M.A.M.; OSIANO, V.L.R. Hospitais de pequeno porte no SUS do estado de São Paulo, **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 11, n.128, ago. 2014.
- PESSOA, M. G.A. et al. Rede Hospitalar Pública no Rio Grande do Norte: um estudo sobre a utilização dos leitos hospitalares por Região de Saúde. **Com. ciências saúde**, Goiânia, v. 22 n. 4, p. 315-326, abr. 2012.
- RAMOS, M. C. A. et al. Avaliação de desempenho de hospitais que prestam atendimento pelo sistema público de saúde, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 1-9, jan. 2015.
- REIS, S.R. et al. Acesso e utilização dos serviços na Estratégia Saúde da Família na perspectiva dos gestores, profissionais e usuários. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 11, p. 3321-3331, nov. 2013.
- RIBEIRO, J.M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 771-782, jun. 2009.
- RUFINO, G. P. et al. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Rev Bras Clin Med.**, São Paulo, v.10, p. 291-297, abr. 2012.
- SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016.
- SILVA, S.F. da; SOUZA, N. M.; BARRETO, J. O. M. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4427-4438, nov. 2014.
- TURRINI, R. N. T.; LEBRAO, M. L.; CESAR, C. L.G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.