

GESTÃO REGIONALIZADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Regionalized management of Health Services in the state of Minas Gerais

Endi Lanza Galvão¹,
Emerson Cotta Bodevan², Delba Fonseca Santos³

RESUMO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o tema regionalização da saúde tem sido discutido no intuito de implementá-la como estratégia de gestão. Mesmo com os progressos relevantes observados neste contexto, existem aspectos prioritários que constituem desafios para a sua institucionalização. Em razão da relevância e impacto do tema sobre o planejamento das ações e serviços de saúde, é imprescindível compreender quais são os projetos territoriais em vigência e quais são as condições estruturais desse processo no âmbito estadual. Nesse sentido, este estudo visa discutir sobre como o planejamento da regionalização na saúde está ocorrendo no Estado de Minas Gerais (MG).

PALAVRAS-CHAVE: Regionalização; Sistema Único de Saúde; Política de Saúde

ABSTRACT

Since the Brazilian Unified National Health System's (SUS) creation, the theme of health regionalization has been discussed in order to implement it as a management strategy. Even with the progress observed in the regionalization process, there are priority aspects that are challenges to its institutionalization. Because of the relevance and impact of this theme on health actions and services planning, it is essential to understand which territorial projects are currently in effect and what are the structural conditions of this process at the state level. Thus, the aim of this study is to discuss how the regionalization process is taking place in the State of Minas Gerais.

KEYWORDS: Regional Health Planning; Unified Health System; Health Policy.

INTRODUÇÃO

As estratégias descentralizadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva territorial iniciaram na Constituição Federal de 1988¹ e na Lei Orgânica de Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90).^{2,3} Em seguida, os aspectos práticos sobre a operacionalidade e maior autonomia dos sistemas locais de saúde foram determinados, por meio das Normas Operacionais Básicas (NOB 01/93 e 01/96),^{4,5} defi-

nindo as responsabilidades de cada ente federado, com avanço no processo da municipalização.

Contudo, este avanço evidenciou a fragilidade dos municípios na implementação da integração e organização dos serviços em uma articulação interfederativa. Assim, a partir da criação da Norma Operacional de Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/02,⁶ a descentralização com foco na regionalização da saúde se efetivou como instrumento de gestão. No entanto, diante das distintas dimensões

¹ Discente do Programa de Mestrado em Saúde, Sociedade e Ambiente - Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina, Minas Gerais, Brasil. Professora substituta do Departamento de Fisioterapia da UFVJM. E-mail: endilanza@yahoo.com.br.

² Professor do Departamento de Matemática e Estatística da Faculdade de Ciências Exatas e Tecnológicas - Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM). Diamantina, Minas Gerais.

³ Professora do Departamento de Farmácia da Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde (FCBS) - Universidade Federal dos Vales Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM).

geográficas e estrutura econômico-social dos municípios brasileiros, em 2001, as redes de assistências foram introduzidas nos Planos Diretores de Regionalização (PDR) e de Investimentos.⁷

Diante deste cenário, o Ministério da Saúde (MS) formulou o Pacto pela Saúde de caráter interfederativo, em três dimensões: pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão para Consolidação do SUS.⁸ A criação do bloco de Gestão do SUS concretizou o financiamento destinado ao custeio de ações relacionadas à organização do sistema de saúde e reafirmou a regionalização como o eixo estruturante da gestão do SUS, com foco na redução das desigualdades sociais e territoriais.

Diante do processo de descentralização da gestão e dos novos paradigmas sobre sua organização e funcionamento para atender a atual realidade social e política do país, foi necessária a proposição de novos elementos institucionalizantes. Nessa perspectiva, a publicação do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011,⁹ ao regulamentar aspectos da Lei nº 8.080/90,² no tocante ao planejamento da saúde, à assistência à saúde, à articulação interfederativa e à regionalização, entre outros aspectos, cumpre o seu papel no aprimoramento dos processos e práticas inerentes a um novo ciclo de gestão no SUS. Além disso, adota o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), como instrumento jurídico para garantir a integralidade da assistência à saúde com foco no cidadão. Porém, este Contrato ainda não foi assinado na maioria dos Estados.

Perante a complexidade operacional desse processo frente ao progresso normativo da regionalização e da gestão da saúde, em uma rede interfederativa, é de grande relevância e interesse, portanto, pontuar essa condução no âmbito estadual. Dessa maneira, o objetivo deste artigo é discutir sobre como o processo de planejamento da regionalização na saúde está ocorrendo no Estado de Minas Gerais (MG).

DESENVOLVIMENTO

Planejamento em saúde na perspectiva da regionalização

O planejamento pode ser entendido como a tarefa de traçar as linhas gerais do que deve ser feito e dos métodos de fazê-lo, a fim de atingir os objetivos organizacionais, orientando a ação, de modo a evitar uma improvisação na escolha de condutas a serem adotadas. Uma das premissas do planejamento é que seja feito a partir das necessidades reais da população. Para isso, deve-se trabalhar com diagnósticos claros, construídos por meio de indicadores de saúde. O uso de evidências científicas pode qualificar esse

processo, na medida em que se busca construir ações ou respostas que realmente possam solucionar os problemas identificados.

No entanto, a falta de planejamento regional revela a fragilidade do sistema de saúde advindo da descentralização e da municipalização. O pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros, com baixa capacidade resolutiva dos problemas de saúde, evidencia as dificuldades inerentes ao sistema instalado.¹⁰ Atualmente, um dos maiores desafios para o desenvolvimento e fortalecimento do SUS é promover a regionalização sob a ótica da realidade do Brasil, considerando novos critérios e conteúdos, a partir de particularidades regionais e não através de políticas engessadas.¹¹

As metas de saúde municipais, estaduais e do Distrito Federal são definidas no processo de elaboração do planejamento regional integrado, no âmbito da Comissão Intergestores Regionais (CIR), da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e do Colegiado de Gestão da Saúde do Distrito Federal, respectivamente, considerando a análise da situação de saúde do território. O que se percebe, no entanto, é uma grande limitação dos municípios em conseguirem adotar as decisões da CIB-SUS, que por sua vez ainda enfrenta o desafio de romper com as características do modelo verticalizado.

O que chama atenção no processo de regionalização é que de fato os Estados assumiram as rédeas, apontando os caminhos que direcionam os municípios a consolidarem as políticas e ações de saúde. O entrave existe uma vez que as diversidades regionais não são passíveis de serem consideradas em meio a tantas normatizações elencadas pelo Estado.

Regionalização do SUS no Estado de Minas Gerais

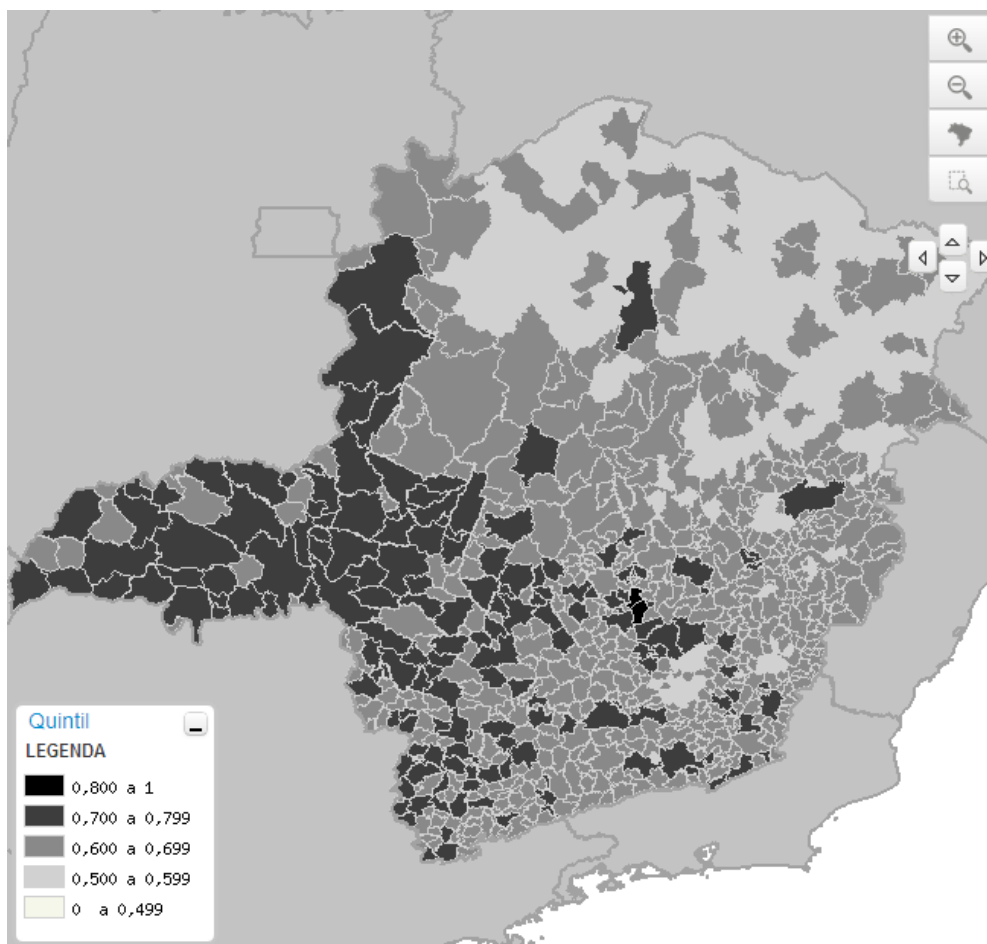
Uma breve análise situacional dos aspectos econômicos, demográficos e sociais no Estado de Minas Gerais, bem como da relação institucional com o desenvolvimento do sistema público de saúde, oferece indícios para a compreensão da regionalização no Estado. O objetivo dessa seção é ressaltar a heterogeneidade de condições do Estado, as quais têm influência sobre a regionalização e o planejamento das ações e serviços de saúde. Minas Gerais é uma das unidades da federação de maior poder econômico, sendo a terceira economia nacional, em termos de rendimentos recebidos, com cerca de 8% do Produto Interno Bruto.¹² Também se caracteriza por possuir indicadores sociais médios em termos de saúde, educação, pobreza, dentre outros. Entretanto, esses fatores não são homogêneos no interior do estado.

O estado mineiro é dividido pelo eixo imaginário

sudeste-noroeste que separa, acima e abaixo desta linha, uma região marcadamente atrasada em termos econômicos, menos habitada e com grandes carências sociais e de saúde, e outra região onde se concentra a riqueza produtiva, a população e as melhores condições de vida, respectivamente. Assim, observar a distribuição do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (Figura 1), no in-

terior do estado possibilita uma caracterização ampla do mesmo.¹³ Vale destacar a posição nitidamente inferior das Mesorregiões Norte de Minas, Jequitinhonha e Vale do Mucuri no conjunto das condições sócio-econômicas e demográficas. Contrariamente, as Mesorregiões situadas abaixo do eixo sudeste-noroeste possuem os melhores índices de desenvolvimento.

Figura 1 - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - Dimensão Renda. Minas Gerais - 2010.



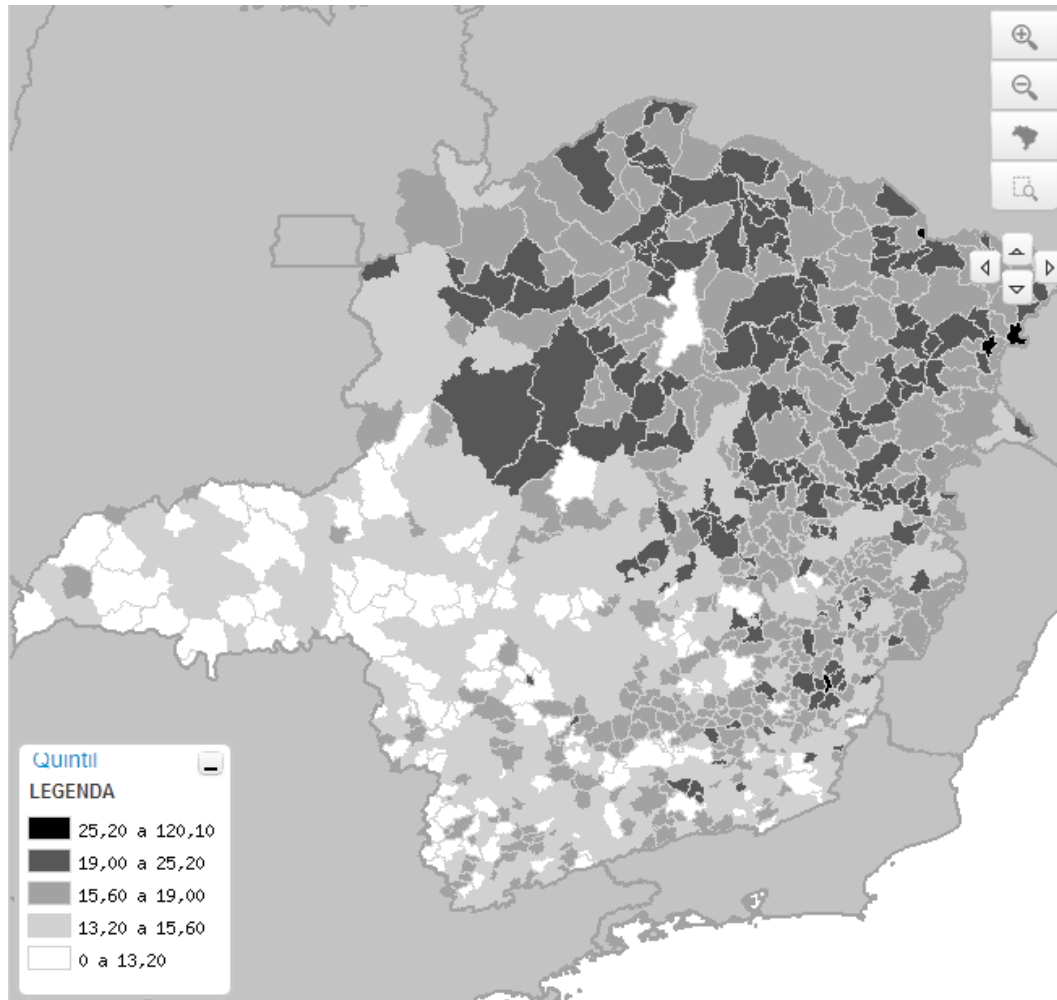
Fonte: *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - Índice de Desenvolvimento Humano, Estado de Minas Gerais, 2010*. Malha: Municípios. <http://atlasbrasil.org.br/2013/consulta>.

O estado de saúde da população pode ser contemplado, a partir da taxa de mortalidade infantil. Nesse aspecto, as Mesorregiões Norte de Minas, Jequitinhonha e Vale do Mucuri, além do Vale do Rio Doce, possuem os indicadores mais desfavoráveis. Em algumas dessas regiões, esse nível (para menores de um ano) pode chegar a 120 mortes por mil nascidos vivos, enquanto nas Mesorregiões Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Oeste de Minas e Sul/

Sudoeste os níveis são bem inferiores¹³ (Figura 2).

Minas Gerais é um estado que possui participação histórica no cenário da regionalização, com atuação anterior às prerrogativas nacionais, em função da sua extensão territorial e da capacidade institucional da SES/MG. Sofreu intensa municipalização configurando 853 municípios, em sua maioria de pequeno porte.¹⁴

Em prol da consolidação do processo de governança

Figura 2 - Mortalidade Infantil Municipal. Minas Gerais - 2010.

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil - Mortalidade Infantil Municipal, Estado de Minas Gerais, 2010. Malha: Municípios. <http://atlasbrasil.org.br/2013/consulta>.

a SES-MG estabeleceu importantes diretrizes. Uma delas foi a divisão administrativa em 28 Superintendências Regionais de Saúde (SRS), que auxiliam e monitoram os municípios de sua jurisdição, quanto à implementação das Políticas de Saúde do Estado.¹⁵ No entanto, é importante situar que as SRS constituem uma divisão político-administrativa e não coincidem com a divisão assistencial resultante da elaboração do PDR/MG, ponto dificultador em alguns momentos.

O Estado de Minas Gerais apresenta grandes disparidades socioeconômicas entre as regiões do Norte de Minas e Jequitinhonha/Mucuri (com IDH historicamente baixos) e as demais regiões do estado.¹⁶ Nesse contexto, é importante que a regionalização seja pensada com bases no planejamento estratégico, com foco na realidade

regional, eliminando o planejamento exclusivamente cartográfico e populacional. Exemplo há no PDR/MG que aponta as Regiões Ampliadas de Saúde Noroeste, Jequitinhonha e Leste do Sul, como atípicas, por apresentarem base populacional abaixo da estimada para o nível macrorregional, mas assim se mantêm, a fim de atender às políticas de descentralização e fomento. Além disso, essas regiões apresentam baixa densidade populacional e más condições de acessibilidade.¹⁷

A existência de gargalos ao acesso aos serviços de saúde levou MG a formar 28 consórcios intermunicipais de saúde em apenas nove meses, no ano de 1995. Hoje, essas associações municipais complementam a rede de saúde pública estadual, com grande relevância na resolubilidade dos problemas de oferta e demanda por serviços públicos

de saúde. Ao todo são 65 consórcios intermunicipais no estado, sendo seus limites nem sempre coincidentes com os limites dos territórios das Regiões de Saúde preconizados no PDR/MG. Dessa forma, uma adequação dos Consórcios Intermunicipais de Saúde ao PDR/MG proporcionaria melhor gestão de recursos financeiros, materiais e humanos, promovendo adequação da organização dos fluxos assistenciais.

Minas Gerais possui atualmente 32.837 estabelecimentos de saúde, perdendo apenas para o estado de São Paulo, com 61.714.¹⁸ Possui uma cobertura populacional de cerca de 80% pela Estratégia Saúde da Família.¹⁹ Ainda assim, os serviços de saúde em diferentes níveis de densidade tecnológica não são acessíveis a toda a população. A distribuição dos recursos de maior complexidade pelo território mineiro é historicamente desigual, concentrando-se, majoritariamente na Região Ampliada de Saúde Centro.¹⁸ Esse polo apresentou resolubilidade acima de 95%, em 2009 e 2010, enquanto a Região Ampliada de Saúde Jequitinhonha reduziu ainda mais sua resolubilidade, de 34%, em 2003 para 28%, em 2010.¹⁷

Considerando as perspectivas da utilização do planejamento na gestão da saúde, a Atenção Primária à Saúde ganha destaque como eixo de ordenação entre os demais níveis de assistência à saúde. Na tentativa de melhorar a resolubilidade nas diversas regiões do estado, a SES/MG tem se pautado em programas estruturadores das Redes de Atenção à Saúde, como importantes estratégias de enfrentamento aos vazios assistenciais. A partir de metas definidas pelos diagnósticos situacionais e pelos compromissos firmados no Pacto pela Saúde, foi assumida maior responsabilização pela atenção à criança e à gestante (Centros Viva Vida); aos portadores de diabetes e hipertensão (Centros Hiperdia); à população idosa (Centros Mais Vida); além da ampliação da cobertura populacional das Estratégias Saúde da Família e fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do SUS (Pro-Hosp). Esta rede conta também com um Complexo Regulador, fruto da articulação entre SUS-Fácil e Central Operativa do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/SAMU.²⁰

Recentemente, o Estado tem caminhado no sentido de pactuar com os municípios, os indicadores e metas do Pacto de Transição 2013/2015, para que a oferta dos serviços seja dimensionada e adequada à população.²¹ É necessário um planejamento ascendente de mapeamento das demandas por serviços de saúde no território avaliado e só assim o COAP poderá ser implementado em Minas Gerais.

Nesse contexto, a SES/MG tem enfrentado o desafio de firmar seu papel frente à regionalização e descentralização da saúde no Estado, com importante atuação na

coordenação do processo de planejamento regional e regulação dos serviços de saúde ofertados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fato que MG tem apresentado avanços na regionalização, principalmente após normativas do Pacto pela Saúde. Porém, a extensa área territorial do estado e as diferenças socioeconômicas encontradas são fatores que impõem barreiras à articulação do sistema de saúde conforme preconizado. A dinâmica territorial do estado mineiro levou à formação de várias instâncias loco-regionais de saúde, que nem sempre compatibilizam sua atuação numa configuração unificada.

Para alcançar maiores progressos, é necessário romper com a administração fragmentada do território, a partir de uma política que seja capaz de articular de forma eficaz, a diversidade de instâncias que regulam e organizam a regionalização da saúde.

O fortalecimento do papel do estado na regulação das redes de serviços de saúde é fundamental no processo de implementação das diretrizes do SUS. Este objeto de estudo merece maior destaque entre os pesquisadores no ramo da saúde coletiva e, em especial, nos âmbitos das regiões de saúde do estado de MG, como campo de experiências inovadoras para a organização dos Sistemas Regionais de Saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Brasília: Senado Federal; 1988.
2. Brasil. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial União, Brasília (DF), 1990 setembro 19.
3. Brasil. Lei Nº 8142, 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 União, Brasília (DF), 1990 dezembro 28.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde- SUS. NOB-SUS 1993. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1993 maio 20.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica

- do Sistema Único de Saúde- SUS. NOB-SUS 01/96. Diário Oficial da União (DF), 1996 novembro 06.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS - SUS 01/02 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à utilização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2002 fevereiro 27.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Instrução Normativa nº 2 de 06 de abril de 2001. Regulamenta a elaboração, tramitação, requisitos e meios de verificação do Plano Diretor de Regionalização –PDR– e o processo de qualificação de regiões/microrregiões, constante da Norma Operacional da Assistência – NOAS/SUS 01/2001. Diário Oficial União, Brasília (DF), 2001 abril 06.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006 fevereiro 22.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto Nº. 7.508, de 28 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. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2011 junho 28.
10. Souza RR. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Cien Saúde Colet* 2001; 6(2):451-455.
11. Viana ALD, Ibañez N, Elias PEM, Lima LD, Albuquerque M, Iozzi FL. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. *São Paulo Perspec* 2008; 22(1): 92-106.
12. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA 2010. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. [Citado 2013 julho 27]. Disponível em: <<http://www.ipeadata.gov.br/>>.
13. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fundação João Pinheiro. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Humano no Brasil/Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada/Fundação João Pinheiro; 2013. [Citado 2013 agosto 05]. Disponível em: <<http://atlasbrasil.org.br/2013/consulta>>.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE 2013. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2013. [Citado 2013 agosto 14]. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>.
15. Minas Gerais (Brasil). Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.219, de 21 de agosto de 2012. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. ago. 21.
16. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (Minas Gerais). O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2011. [Citado 2013 julho 13]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>>.
17. Malachias I, Marra A, Castro GB, Pinto MAS, Siqueira M, Azevedo J. A resolubilidade e os vazios da assistência hospitalar micro e macrorregional do SUS/MG em 2010 e a evolução - 2003/2010. Secretaria de estado de saúde de Minas Gerais. Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde. Belo Horizonte; 2011.
18. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES 2013. Brasília: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde; 2013. [Citado 2013 julho 11]. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>.
19. Ferreira DC, Gomes EA, Souza ID, Campos SEM. Atenção Primária, Planejamento e Modelos de Atenção à Saúde: Um Enfoque sobre o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde de Minas Gerais. *Rev APS*. 2013 abr./jun.; 16(2):180-186.
20. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (Minas Gerais). Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Belo Horizonte, 2008. [Citado 2013 agosto 03]. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/>>.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores – 2013/2015: Orientações para o Processo de Pactuação. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Submissão: dezembro/2013

Aprovação: janeiro/2015
