

**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

ALCIONE GONÇALVES RIBEIRO VIEIRA

**O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO
NORTE DE MINAS E A CONFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE**



Niterói, novembro de 2016

ALCIONE GONÇALVES RIBEIRO VIEIRA

**O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO
NORTE DE MINAS E A CONFORMAÇÃO DA ATENÇÃO
HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Política Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro
Maia Senna

**Niterói
2016**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

V658 Vieira, Alcione Gonçalves Ribeiro.

O processo de regionalização da saúde na região norte de Minas e a conformação da atenção hospitalar de média complexidade/

Alcione Gonçalves Ribeiro Vieira. – 2016.

122 f. : il.

Orientadora: Mônica de Castro Maia Senna.

Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2016.

Bibliografia: f. 181-189.

1. Regionalismo. 2. Desigualdade regional. 3. Assistência hospitalar. 4. Minas Gerais. I. Senna, Mônica de Castro Maia. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Serviço Social. III. Título.

ALCIONE GONÇALVES RIBEIRO VIEIRA

**O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA REGIÃO NORTE DE
MINAS E A CONFORMAÇÃO DA ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA
COMPLEXIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Universidade Federal Fluminense como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Política Social.

Aprovada em 29 de novembro de 2016.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Mônica de Castro Maia Senna (Orientadora)
Universidade Federal Fluminense – UFF

Profa. Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ

Profa. Dra. Patrícia Neves Guimarães
Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES

Profa. Dra. Tatiana Maria de Araújo Fonseca
Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM

Profa. Dra. Lenaura Lobato
Universidade Federal Fluminense – UFF

**Niterói
2016**

*“De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos sempre
recomeçando.
A certeza de que precisamos continuar.
A certeza de que seremos interrompidos
antes de terminar.
Portanto, devemos
fazer da interrupção
um caminho novo...
Do medo, uma escada...
Do sonho, uma ponte...
Da procura,
um encontro.”*

(Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

Não posso deixar de dizer, inicialmente, que esta tese encerra mais um ciclo em minha vida de aprendizado na área da saúde. Ele se iniciou na década de 1970 quando comecei minha carreira profissional na Secretaria de Saúde de Minas Gerais e continuou quando me tornei professora, ministrando disciplina da saúde pública no Curso de Serviço Social da UNIMONTES. Nestes, aproximadamente, 40 anos lidei cotidianamente com inúmeros profissionais, estudiosos, professores e alunos, alguns se tornaram meus amigos e com todos aprendi sobre o setor saúde e a política pública de saúde. Na travessia houve aqueles que, ao participarem da minha formação teórica e prática me levaram a ser, ontem e hoje, uma ferrenha defensora do SUS. Meu primeiro agradecimento são para estes, pela oportunidade que a mim disponibilizaram de adquirir consciência crítica sobre a sociedade e sobre este sistema.

Muitos contribuíram, direta ou indiretamente, na produção desta tese.

Agradeço de forma muito especial a minha orientadora, que me encorajou a continuar nos momentos de dificuldades e de vacilação, com a invejável paciência dos que sempre adotam o respeito pelo outro. Professora Mônica, pelo incentivo e perseverança no acompanhamento da realização do estudo, muito obrigada.

Aos Professores do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, que me proporcionaram um aprendizado muito rico, principalmente aos professores Mônica, Lenaura, Luciene, Nívia e João Bosco.

Aos professores Doutores Lenaura Lobato, Adelyne, Patrícia Guimarães, obrigada pelas ricas contribuições na qualificação da tese.

Aos meus colegas de Curso pelas trocas de conhecimento realizadas e por me fazerem sentir com 30 anos a menos, obrigada pela saudável companhia.

Aos colegas e amigos Adriana Medalha, Cláudia Toffano e Vagner Caminhas que contribuíram enormemente com minha estada em Niterói fazendo-a exitosa e alegre.

Ao André e à Soledade, porque nestas horas de grande labuta é sempre maravilhoso lembrar-se dos amigos. Obrigado pela preciosa ajuda.

Aos meus ex-alunos e ex-orientandos, pela ajuda durante o levantamento de dados no DATA/SUS, especialmente à Mayra, competente bolsista.

A Vânia, ex-colega da Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros, amiga querida e prestativa, pelas suas contribuições com dados e informações.

Aos meus filhos, Junior, Alexandre, Ludmila e aos netos queridos que aguentaram firmes meus olhos só voltados para os livros e a escrita. Às muito queridas irmãs, Vera e Jane e ao meu cunhado Evandro. Sem o apoio vocês eu certamente não chegaria onde estou. Amo vocês.

Ao meu muito amado amigo e esposo Robson, porque tudo continua mesmo com você alçado ao infinito.

E finalmente e de forma especial a Rutinea, que com sua costumeira sabedoria e capacidade intelectual, reviu tudo e apontou os deslizos e corrigiu a redação final. Minha querida amiga, o tempo ressalta os bons. Muita obrigada.

RESUMO

Esta tese analisa o processo de regionalização da saúde na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais e como este modelo afeta a Atenção Hospitalar Secundária. Examina em relação ao período de 2003 a 2013, os avanços em relação à oferta/capacidade instalada de leitos e médicos nas Regiões de Saúde e como esta influencia o processamento das internações hospitalares por procedimentos de média complexidade na própria região de residência dos pacientes. O período pesquisado compreende o espaço temporal após a edição da NOAS, abrangendo o período do Pacto pela Saúde até 2013, contexto em que foi priorizada a regionalização da saúde como política pública. Utiliza-se do levantamento de dados secundários na base de dados DATASUS dos sistemas Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES e do Sistema de Informações Hospitalares, relacionado às Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) e o SIOPS. Em relação aos resultados, observa-se que a oferta/ capacidade instalada de leitos e médicos no Norte de Minas apresenta-se muito aquém da média brasileira, com diminuição quantitativa de leitos no período de 2003 a 2013. Esta se apresentou de forma diversificada e desigual entre os municípios e regiões de saúde neste período e influenciou as taxas de internações hospitalares, que ficaram aquém da taxa encontrada no Brasil e em Minas Gerais. Os municípios mais pobres e nos quais não há hospitais tiveram os mais baixos percentuais. Considerando as internações hospitalares por procedimento de média complexidade, em seis Regiões de Saúde, a população adscrita internou-se em grande parte (83%) na própria Região de Saúde, embora, em três Regiões de Saúde este percentual tenha ficado em torno de 60%. Pode-se concluir que há iniquidades no acesso frente à necessidade de deslocamentos da população demandante, principalmente daquela caracterizada por piores condições econômicas. O fluxo de pacientes, não internados na região de saúde de residência, foi direcionado ao município de Montes Claros, pólo macrorregional. Conclui-se que a regionalização, em relação à oferta/capacidade instalada e às internações na própria região de saúde, não tem afetado as regiões de saúde e o sistema de saúde local de forma equânime e que não houve mudanças significativas neste período estudado.

Palavras-chave: regionalização, atenção hospitalar, média complexidade.

ABSTRACT

This thesis analyses the health regionalization process on Health Amplified Region (*Região Ampliada de Saúde*) from North of Minas Gerais State and how this model affects the Secondary Hospital Care. The advances on the offer/installed capacity relationship of hospital beds and physicians on the Health Regions are examined. Also, the influence of these advances on hospital confinement on the patient's residence region for medium complexity procedures was evaluated, considering the period from 2003 to 2013. The analyzed period comprehends the temporal space after the NOAS edition, and comprises the period of Health Pact (*Pacto pela Saúde*) until 2013. At this context, the health regionalization was prioritized as a public policy. A secondary data survey was conducted on DATASUS database from National Catalog of Health Establishments (*Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde* – CNES), from Hospital Information System – Hospital Confinement Authorizations (*Sistema de Informações Hospitalares - Autorizações de Internações Hospitalares* (AIHs)) and from SIOPS. Concerning the results, it is observed that the offer/installed capacity relationship of hospital beds and physicians on the North of Minas Gerais State is below the Brazilian average, with quantitative reduction on bed numbers on 2003 to 2013 period. During this referred period, the reduction occurred in a diversified and unequal way between municipalities and health regions and influenced the hospital confinement rate, that became below the rate found in Brazil and Minas Gerais. The poorest municipalities and the ones that have no hospitals showed the lowest percentage. Considering the hospital confinement for medium complexity procedures in six analyzed Health Regions, the enrolled population was hospitalized, in the majority of cases (83%), in its own Health Region. However, in another three Health Regions, this rate was around 60%. It can be concluded that there are inequities in the access to hospital confinement in some municipalities, in face of the displacement necessities of the demanding population, specially the one characterized by worse economic conditions. The flow of patients that are not confined in the health region of its own residence was, in its majority, directed to Montes Claros municipality, a macro regional center. It can be concluded that regionalization, related to the offer/installed capacity and the hospital confinement in the own health region have not affected the health regions and the local health system in an equal way. Also, there were no expressive changes in the studied period.

Keywords: regionalization, hospital care, average complexity

LISTA DE SIGLAS

AIH: Autorização de Internação Hospitalar
AC Alta Complexidade
AM: Amazonas
AL: Alagoas
AP: Amapá
APAC: Autorização de Procedimentos de Alto Custo
AP: Áreas programáticas
BA: Bahia
CES Conselho Estadual de Saúde
CGR: Colegiado de Gestão Regional
CIB: Comissão Intergestores Bipartite
CIR: Comissão Intergestores Regional
CIT: Comissão Intergestores Tripartite
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CCAA: Comunidades Autônomas
COAP: Contrato Organizativo da Ação Pública
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS: Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS: Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
DATASUS: Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.
DRS Diretoria Regional de Saúde
ENSP Escola Nacional de Saúde Pública
FMS: Fundo Municipal de Saúde
GRS Gerência Regional de Saúde
IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPEDASAR: Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento Sanitário Rural
IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada
MA: Maranhão
MC Média Complexidade
MCH1 Média Complexidade Hospitalar 1
MCH2 Média Complexidade Hospitalar 2
MCHB Média Complexidade Hospitalar Básica

MCHE Média Complexidade Hospitalar Especial
MG: Minas Gerais
MS Ministério da Saúde
NV: Nascidos Vivos
NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB: Norma Operacional Básica
OPAS: Organização Pan-americana da Saúde
PAB-A: Piso da Atenção Básica Ampliado
PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PB: Pernambuco
PDI: Plano Diretor de Investimentos
PDR: Plano Diretor de Regionalização
PDR/MG Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PNAD Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PIASS: Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB: Produto Interno Bruto
PPI: Programação Pactuada e Integrada
PROHOSP Programa de Fortalecimento e Melhoria da
Qualidade dos Hosp. do SUS/MG
PSF: Programa Saúde da Família
RR: Roraima
SES: Secretaria Estadual de Saúde
SES/MG: Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública
SIH: Sistema de Informações Hospitalares
SIOPS: Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS Secretaria Municipal de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde
TMI Taxa de Mortalidade Infantil
UAS: Unidades Auxiliares de Saúde
UAG: Unidades Ambulatoriais Gerais

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	População, leitos e leitos/mil habitantes no SUS por região de saúde - Norte de Minas - 2016.....	99
Tabela 2 -	População, Leitos e Leitos/mil Habitantes no SUS por Região de Saúde /Municípios- Norte de Minas -2005-2008-2013.....	100
Tabela 3 -	Leitos hospitalares por Especialidades nos municípios. Região ampliada do Norte de Minas – 2013.....	105
Tabela 4 -	Natureza jurídica dos Hospitais por região de Saúde no SUS – 2005 e 2013. Região Ampliada do Norte de Minas- 2016.....	107
Tabela 5 -	Médico/mil habitantes por Região de Saúde na Região Ampliada do Norte de Minas Gerais -2005 A 2013.....	108
Tabela 6 -	Médico/mil habitantes por Região de Saúde na Região Ampliada do Norte de Minas Gerais – SUS e Não SUS no período de 2005 A 2013	109
Tabela 7 -	Distribuição dos Médicos segundo Município e Região de Saúde. Região Ampliada do Norte de Minas. 2013.....	110
Tabela 8 -	Médicos em Hospitais Gerais e Especializados entre 2005 a 2013. Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas – 2016.....	113
Tabela 9 -	Proporção de Médicos por especialidades na Região Ampliada do Norte de Minas – 2013.....	113
Tabela 10	Internações Hospitalares dos Pacientes Residentes e Internações Hospitalares realizadas na Região de Saúde - 2003 a 2013 ¹	119
Tabela 11 -	Municípios e quantitativo físico, relação percentual das Internações totais, segundo procedimento de média e alta complexidade – 2013....	126
Tabela 12 -	Pacientes residentes e procedimentos hospitalares ocorridos - Região Ampliada do Norte de Minas Gerais- 2003 e 2013.....	129
Tabela 13	Pacientes internados e Procedimentos hospitalares ocorridos de média e alta complexidade - Região Ampliada do Norte de Minas, excluindo a Região de Saúde Montes Claros/ Bocaiúva - 2013.....	131
Tabela 14 -	Percentual de pacientes residentes internados nas Regiões de Saúde - 2003 a 2013 ¹	134
Tabela 15 -	Pacientes residentes por Regiões de Saúde e local da internação hospitalar por procedimentos hospitalares de media complexidade– Região Ampliada do Norte de Minas - 2008 a 2013.....	150
Tabela 16 -	Pacientes residentes por Municípios e Regiões de Saúde e local da internação hospitalar por procedimentos hospitalares de media complexidade– Região Ampliada do Norte de Minas - 2008 a 2013...	151
Tabela 17	Municípios com menores percentuais de Pacientes internados na região residência - Procedimentos hospitalares de média complexidade - 2008 a 2013.....	160

Tabela 18 -	Internações por Região de Saúde dos procedimentos de Média complexidade Partos e nascimento. Macrorregião de Saúde Norte - 2008 e 2013.....	164
Tabela 19 -	Recursos próprios em Saúde. 2003 – 2013.....	168
Tabela 20 -	Indicador de financiamento do SUS nos municípios.....	170

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Razão de Mortalidade Materna, Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou Mais Consultas de Pré-Natal, Cobertura Populacional de Estratégia de Saúde da Família, Percentual de Internações Sensíveis à Atenção Básica- Região Ampliada: Norte- 2016.....	83
Quadro 2 -	Comparação das maiores e menores Taxas de Mortalidade Infantil por mil Nascidos Vivos- Regiões de Planejamento de Minas Gerais - Grande Norte e RMBH -2012.....	84
Quadro 3 -	Taxa de Mortalidade Infantil na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas – 2016.....	84
Quadro 4 -	Principais Grupos de Causas de Mortalidade em Minas Gerais e Norte de Minas no ano 2004.....	85
Quadro 5 -	Proporção de Óbitos em Minas Gerais por Causas Mal Definidas, Por Macrorregiões de Minas Gerais, Ano 2004.....	85
Quadro 6 -	Regiões de Saúde, extensão territorial, população residente e percentual na Região Ampliada de Saúde. Norte de Minas- 2016.....	94
Quadro 7 -	A divisão da Região Ampliada de Saúde em Regiões de Saúde em 2003 e 2013.....	95
Quadro 8 -	Distribuição dos leitos por Hospitais, Regiões de Saúde e municípios – Região Norte de Minas – 2013.....	103
Quadro 9 -	Internações Hospitalares por itens de comparação -2003 e 2013.....	120
Quadro 10 -	Municípios Produto Interno Bruto Per capita, IDH, Internações mil/habitantes e Leitos mil/habitantes -2013.....	124
Quadro 11 -	Comparação dos dados de Internações no ano de 2013 das duas formas de processamento.....	133
Quadro 12 -	População, Leitos/mil Habitantes, médicos mil habitantes, internações no SUS por Região de Saúde - Norte de Minas -2016	147

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Porte dos Municípios segundo população – Região Norte de Minas -2014.....	81
Figura 2 -	Divisão Assistencial por Macrorregião de Minas Gerais – 2012.....	89
Figura 3 -	Divisão em Regiões de Saúde - Região Ampliada do Norte de Minas –2013.....	92
Figura 4 -	Região de Saúde Brasília de Minas/São Francisco.....	135
Figura 5 -	Região de Saúde Coração de Jesus.....	137
Figura 6 -	Região de Saúde Francisco Sá	138
Figura 7 -	Região de Saúde Janaúba/Monte Azul.....	139
Figura 8 -	Região de Saúde Januária	140
Figura 9 -	Região de Saúde Manga.....	142
Figura 10 -	Região de Saúde Montes Claros/Bocaiúva.....	143
Figura 11-	Região de Saúde Pirapora	144
Figura 12 -	Região de Saúde Salinas/Taiobeiras.....	146
Gráfico 1 -	Regiões de Saúde com menores percentuais de Internações de pacientes na região de residência. 2003 a 2013.....	134
Gráfico 2-	Evolução de internações dos residentes na Região de Saúde de residência - municípios com menores percentuais - Região Ampliada Norte de Minas: 2008 e 2013.....	158
Gráfico 3 -	Pacientes internados na própria região de residência por procedimento de média complexidade na Região Ampliada do Norte de Minas 2008- 2013.....	159

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
CAPÍTULO I: PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: A ATENÇÃO HOSPITALAR NO TERRITÓRIO DA SAÚDE COMO DESAFIO PARA A REGIONALIZAÇÃO	25
1.1- O território e as desigualdades	41
1.2- A oferta/capacidade instalada e os fluxos às internações hospitalares.....	48
1.3 - Aspectos Metodológicos do Estudo.....	58
CAPÍTULO II: A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE	66
2.1- Aportes sobre a Regionalização da Saúde no nível internacional	66
2.2- A Regionalização da Saúde no Brasil	70
2.2.1-A Regionalização e as Normas Operacionais de Saúde.....	73
2.3- A Atenção Hospitalar de Média Complexidade	80
CAPÍTULO III: A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO NORTE DE MINAS: REGIÕES DE SAÚDE E A OFERTA/CAPACIDADE INSTALADA HOSPITALAR.....	83
3.1- Contexto regional	83
3.2-As regiões de saúde na região ampliada de saúde de Minas Gerais	89
3.3- A disponibilidade de leitos hospitalares	100
3.4- A disponibilidade de médicos	111
CAPÍTULO IV: INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE: PERMANÊNCIAS E MUDANÇAS DE 2003 A 2013	119
4.1- A cobertura da população por internações hospitalares	122
4.2 A internação hospitalar nas Regiões de Saúde: evolução de 2003 a 2013.....	136
4.2.1- Região de Saúde Brasília de Minas/ São Francisco	138
4.2.2-Região de Coração de Jesus	139
4.2.3- Região de Saúde de Francisco Sá.....	141
4.2.4- Região de Saúde de Janaúba/ Monte Azul.....	142
4.2.5- Região de Saúde de Januária.....	144
4.2.6- Região de Saúde de Manga.....	145
4.2.7- Região de Montes Claros/ Bocaiuva	146
4.2.8- Região de Saúde de Pirapora.....	147
4.2.9- Região de Saúde de Salinas/ Taiobeiras.....	149
4.3- O fluxo de pacientes às internações por procedimentos de média complexidade Hospitalar	153

4.4- Aspectos sobre o financiamento do SUS nos Municípios.....	170
CONSIDERAÇÕES FINAIS	177
REFERENCIAS	182
ANEXO I	191

INTRODUÇÃO

Esta tese aborda o processo de regionalização da saúde no Norte de Minas Gerais, buscando examinar de que forma esse processo afeta a Atenção Hospitalar de Média Complexidade.

A escolha do tema foi pautada por um conjunto de reflexões e debates acumulados ao longo de nossa trajetória profissional como assistente social, professora universitária e pesquisadora no campo da saúde. Destaca-se aqui a participação em uma pesquisa interdisciplinar sobre o fluxo de pacientes para internações hospitalares no SUS na Região Norte de Minas nos anos 1990 (VIEIRA, CORREIA; FRANCO; GONÇALVES, 1997). Naquele contexto em que se implantava a política de descentralização, muitos desafios existiam para que a população fosse assistida nos seus municípios e regiões de residência. Os municípios atuavam isoladamente e na assistência à saúde carecia-se de planejamento regional, com integração de serviços e ações. Muitos municípios da Região encaminhavam pacientes para internação em Montes Claros, para realizarem procedimentos de Média Complexidade hospitalar, como *Parto e nascimento*, que poderiam ter resolutividade no próprio município, trazendo dificuldades para os pacientes que percorriam grandes distâncias viárias. As questões acumuladas e sem resposta se tornaram fonte de interesse e mobilização para a realização deste trabalho, principalmente, a curiosidade científica de pesquisar que mudanças haviam sido processadas na regionalização desde o final da década de 1990.

Há mais de dez anos a regionalização vem sendo implantada no âmbito da política de saúde no Brasil e diferentes estudiosos, como Ana Luiza D'Ávila Viana, Luciana Dias Lima, Rosana Kuschnir, Adelyne Maria Mendes Pereira, Ligia Schiavon Duarte, Flavio Goulart, Eugênio Vilaça Mendes (que trata, particularmente, de redes de atenção à saúde), Iveta Malachias e outros têm se debruçado para analisar o alcance desse processo sobre a ampliação do acesso e diminuição das desigualdades de saúde existentes entre os municípios.

Impulsionada a partir dos anos 2000, por meio da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-01), de 2001 e do Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006), o objetivo maior da regionalização é estender a assistência à saúde à população dentro da sua própria região de saúde com vistas ao atendimento às necessidades de saúde, propiciando acesso aos procedimentos de saúde demandados pelo menos no da Atenção Básica e da Atenção Hospitalar de Média Complexidade.

No caso da Atenção Básica, estudos como os de Alves et al (2014) e IPEA (2008), dentre outros, apontam para uma significativa ampliação da cobertura desse nível de atenção, sobretudo por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) a cargo dos municípios e com forte indução federal. Já em relação à Atenção Hospitalar de Média Complexidade, ainda são poucos os estudos que examinam a relação entre regionalização e esse nível de atenção. No entanto, entende-se que uma das possibilidades trazidas pela regionalização é garantir a autossuficiência na oferta da atenção hospitalar de média complexidade em cada região de saúde.

O Pacto da Gestão e o Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011 colocam a regionalização como eixo estruturante do sistema de saúde, devendo orientar o processo de identificação e construção de regiões de saúde, que, por sua vez, devem organizar seus serviços a fim de garantir a integralidade das ações e serviços de saúde. Nos Artigos 12 e 13 do Decreto é enfatizada a continuidade do cuidado em saúde em todas as suas modalidades, nos serviços, hospitais e em outras unidades integrantes da rede de atenção da respectiva região, ofertando regionalmente as ações e os serviços de saúde orientando e ordenando os fluxos das ações e dos serviços de saúde, “[...] assegurando-se um padrão de integralidade”.

Em Minas Gerais, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.219, de 21 de Agosto de 2012, foram instituídas as Regiões de Saúde, em correspondência às anteriores microrregiões de saúde e que constituem o nível secundário de atenção intermunicipal e as Regiões Ampliadas de Saúde, equivalentes às macrorregiões de saúde instituídas no Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG). O PDR cria a base territorial para uma distribuição dos equipamentos de saúde, em que os serviços de atenção primária à saúde estejam presentes em todos os municípios e próximos às residências das famílias, enquanto as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como os sistemas de apoio devem ser relativamente concentrados, sendo as unidades secundárias (média complexidade) nas microrregiões – atuais regiões de saúde – e as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões, ou seja, nas regiões ampliadas (MINAS GERAIS, 2010, p. 28). Ao município, território sanitário responsável pela atenção primária, cabe ofertar/organizar o elenco de serviços e procedimentos de Média Complexidade Básica (MCHB). À microrregião (região de saúde), em seu polo, de forma solidária e conforme o porte populacional da região cabe à organização/oferta dos elencos de Média Complexidade Hospitalar 1 e 2 (MCH1 e MCH2) e à macrorregião (região ampliada), no polo macrorregional, cabe à organização/oferta dos elencos Alta Complexidade/Média Complexidade Especial (AC/MCHE) (MINAS GERAIS, 2010, p.63).

O nível regional corresponde, assim, ao nível de atenção terciária e foi definido o elenco da Média Complexidade Básica (MCHB); da microrregião (Região de Saúde), em seu polo, de forma solidária, cabendo à organização/oferta dos elencos de Média Complexidade Hospitalar 1 (MCH1) ou 2 (MCH2) cabe à organização/oferta dos elencos Alta Complexidade/Média Complexidade Especial (AC/MCHE) (MG, 2010).

O elenco de procedimentos que integram a Política Nacional de Procedimentos Eletivos de Média Complexidade, que estão estabelecidos na Portaria MS/GM n. 252/2006 envolve as seguintes especialidades: traumatologia-ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, urologia, ginecologia, angiologia, proctologia, mastologia, gastroenterologia e cirurgia geral. A maioria dos 84 procedimentos envolvidos é da área hospitalar, sendo que apenas oito deles são de procedimentos ambulatoriais (Ver Anexo I, em que estes estão listados).

Silva (2011) coloca que a integralidade em saúde ganha relevância frente ao “crescimento das doenças crônicas em decorrência do envelhecimento da população mundial e de mudanças no estilo de vida contemporâneo”, e frente à perspectiva de seu aumento em países em desenvolvimento. Estas vêm acompanhadas da “incidência de doenças como hipertensão, diabetes, cânceres e depressão, com coexistência de enfermidades infectocontagiosas em índices elevados, outras denominadas emergentes e reemergentes como HIV/AIDS, hanseníase, tuberculose, novas viroses respiratórias” Compõem uma tripla carga de doenças - crônicas infecciosas e da violência que requerem de linhas de cuidado com longitudinalidade.

Considerando esse quadro, a Região de Saúde possibilita garantir a integralidade das ações e serviços de saúde e o acesso facilitado das pessoas aos procedimentos assistenciais de média complexidade.

No Brasil, a universalidade e a integralidade da assistência à saúde são princípios constantes da Constituição Federal de 1988 e da Lei 8080/90, a serem concretizados através do Sistema Único de Saúde (SUS), materializando-se em serviço dentro de um sistema público descentralizado e regionalizado e alcançando cada sujeito como um todo e todos os cidadãos. Em países como o Brasil, de dimensões continentais, com muitas desigualdades econômicas e sociais e variadas características geográficas, estes princípios se tornam fundamentais para contemplar as necessidades de saúde da população, dentro do perfil epidemiológico de cada local.

A institucionalização de regiões de saúde¹ e a integração dos sistemas municipais de saúde buscam responder às necessidades de saúde, visando a reduzir a fragmentação assistencial e promover a continuidade do cuidado, ultrapassando as desigualdades geográficas no acesso a ações e serviços de saúde. A estruturação da Atenção de Média Complexidade está contida na organização do sistema de saúde por níveis de atenção e depende, entre outros fatores, da oferta de serviços e sua distribuição geográfica, que influenciam na sua utilização (TRAVASSOS et al, 2006).

Contudo, é necessário questionar os limites e as possibilidades da estruturação dos serviços de saúde no SUS na Atenção de Média Complexidade ambulatorial e hospitalar em Regiões de Saúde nas quais os municípios tenham grande parte da população situada nos estratos mais pobres. Isto requer, muitas vezes, que se otimizem recursos escassos. Vários autores, dentre eles Viana, Fausto, Lima (2003) concordam que esta tem sido a motivação das reformas empreendidas no setor saúde na regionalização, objetivando organizar um sistema de saúde eficaz.

São dentro desse quadro que se originam as questões norteadoras desta tese, a saber: de que forma a regionalização da saúde afetou a Atenção Hospitalar de Média Complexidade na Região Ampliada do Norte de Minas²? A regionalização contribuiu para ampliar a oferta de serviços e promover as internações por procedimentos de Média Complexidade na própria região de saúde? Houve mudanças no perfil da oferta de leitos hospitalares com a regionalização? E como tem se dado o fluxo dos pacientes à atenção hospitalar de média complexidade? Qual é o nível de dependência dos municípios com transferências governamentais?

Considerando a Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais – composta por nove regiões de saúde e oitenta e seis municípios – nossa hipótese é de que a regionalização, embora tenha afetado quantitativamente as internações, não alcançou a todas as regiões da mesma forma. Estima-se que as diferenças de alcance devam-se à heterogeneidade existente entre as regiões de saúde, seja em termos populacionais, seja em relação a aspectos como condições socioeconômicas, distâncias viárias, oferta de serviços e

¹ A instituição de Regiões de Saúde no SUS ocorreu a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS, na qual está contida sua definição. Posteriormente esta foi redefinida no Pacto pela Saúde (Pacto de Gestão) e no Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011.

² Como anteriormente referido, a Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.219, de 21 de Agosto de 2012 modificou a terminologia de Microrregião para Região de Saúde, Macrorregião para Região Ampliada de Saúde. Município Polo segundo a NOAS é um município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresenta papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

ações e questões peculiares à inter-relação entre os municípios para formar uma rede de saúde.

A relevância científica do presente estudo e a intenção da análise aqui conduzida foi a de problematizar a regionalização da saúde, articulando conhecimentos científicos parcelares sobre os municípios e Regiões de Saúde no Norte de Minas, consolidando alguns, agregando outros e como provável consequência, buscando propiciar contribuições para o avanço do SUS.

A apreensão da realidade regional permite uma maior aproximação das necessidades de saúde e a ele agrega um conhecimento mais amplo nos aspectos que envolvem a epidemiologia, a disponibilidade dos serviços públicos, privados ou mistos. Também permite entender a complexidade da assistência à saúde neste âmbito e, particularmente, a conformação da Atenção Hospitalar de Média Complexidade. Essa, ao se realizar no espaço geográfico mais próximo da localização residencial da população, revela aspectos importantes da organização da assistência no atendimento à demanda, tal como preconizado pelo SUS para este nível de Atenção à Saúde.

Assim, com o objetivo de analisar o processo de regionalização da saúde na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas Gerais e as mudanças introduzidas na conformação da Atenção Hospitalar de Média Complexidade, essa tese encontra-se estruturada em quatro capítulos, além dessa introdução e das considerações finais.

No primeiro capítulo é exposto o marco analítico da tese, cuja reflexão conceitual e metodológica tem por base as questões relacionadas à estratégia de regionalização, na lógica do modelo de atenção à saúde do SUS, que preconiza que a assistência à saúde deve ser ofertada de forma equânime e o acesso a esta deve ser facilitado, ocorrendo, prioritariamente, na Região de Saúde de residência da população.

Com a contribuição de vários autores, tentamos abordar os principais fatores que interferem na delimitação das regiões de saúde, na oferta de serviços e na própria Atenção Hospitalar, considerando as questões da distribuição de hospitais, leitos, médicos nos espaços regionais e como sofrem influência do setor privado de serviços de saúde, do corporativismo, das tendências dos mercados de saúde, das políticas clientelistas, dentre outras. Se considerarmos que estas forças exercem poder no setor saúde, podemos imaginar que a assistência à saúde em municípios e regiões pobres é dificultada, já que as mesmas são menos atrativas para alocar recursos de saúde.

As internações hospitalares ocorrem em estabelecimentos públicos e privados e são disponíveis em maior número, principalmente em municípios com maior atração pelo

número de habitantes e potencial de consumo. Esta questão é discutida como um panorama que permeia a regionalização e aponta dilemas que são colocados em relevo através da revisão da produção acadêmica sobre a temática no Capítulo I.

O Capítulo II compõe-se de uma abordagem sobre a regionalização da saúde em aspectos que vão dos conceitos ao seu surgimento e trajetória desde a Constituição de 1988. Trata da regionalização como prescrito legal e como foi tratada nas Normas Operacionais de saúde e no Pacto pela Saúde. Analisa, a partir da visão de autores tomados como referência, a influência do federalismo predatório. Ademais, inclui a questão da governança e da gestão. Finalmente, expõe como se organiza a região de saúde e os níveis do sistema de saúde.

O Capítulo III inclui parte dos resultados do estudo, tratando das regiões de saúde e da oferta de serviços na Região Ampliada do Norte de Minas. Aborda o contexto econômico e social e de saúde. Analisa a distribuição das Regiões de Saúde segundo os municípios adscritos, a população e a distribuição dos recursos de saúde. Descreve as unidades hospitalares, por porte, e a distribuição geográfica e de leitos.

O Capítulo IV expõe os resultados sobre as internações hospitalares, indicando e analisando onde estas ocorrem e relacionando-as com os indicadores escolhidos. Busca-se identificar continuidades e mudanças na organização/conformação da Atenção Hospitalar de Média Complexidade.

Nas Considerações finais reflete-se sobre o estudo realizado no sentido de questionar sobre o que afeta a regionalização da saúde na Região Ampliada do Norte de Minas.

Partiu-se da hipótese de que houve avanços em direção à regionalização da saúde Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas e em relação à expansão do número de internações hospitalares de Média Complexidade ocorridas nas regiões de saúde de residência dos pacientes, no período de 2003 a 2013, após a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde e do Pacto pela Saúde, mas permanecem as disparidades entre as regiões de saúde.

A garantia de acesso às ações e serviços pressupõe a disponibilidade de certas características dos recursos de saúde, com oferta contínua e sistemática de serviços garantidos do ponto de vista geográfico, cultural, econômico e funcional. Prover a oferta é uma das inúmeras dificuldades de implementação, que se apresentam para o acesso às internações hospitalares. A regionalização se apresenta como estratégica no setor saúde, para o enfrentamento da complexidade das desigualdades na formação socioespacial brasileira, com possibilidade de organizar o sistema de saúde de forma a propiciar a assistência à saúde a todos. Contudo, a regionalização insere-se em um cenário desafiador, já que é dependente de

uma multiplicidade de fatores, muitos dos quais ultrapassam o setor saúde. Na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas, os resultados mostram que pouco se modificou e que permanecem as disparidades entre as regiões de saúde.

CAPITULO I

PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: A ATENÇÃO HOSPITALAR NO TERRITÓRIO DA SAÚDE COMO DESAFIO PARA A REGIONALIZAÇÃO

No Brasil, a descentralização e a regionalização da saúde foram estabelecidas na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). No Artigo 198 da Constituição Federal, que trata do SUS, diz que:

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.

A partir destas premissas foram institucionalizadas, por meio de publicações de Normas Operacionais, Portarias e Decreto Presidencial, a forma regionalizada, hierarquizada e descentralizada de organização dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), implementada dentro do conceito ampliado de saúde. Todavia, durante os anos 1990, o processo de descentralização da saúde caminhou fortemente em direção aos municípios, o que gerou distorções relacionadas à elevada fragmentação e baixa qualidade dos sistemas de serviços de saúde. A regionalização ganhou impulso nos anos 2000, com a publicação da Norma Operacional de Assistência em Saúde 1 (NOAS 2001), revista em 2002 e posteriormente com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006).

De acordo com Pacto pela Saúde, a regionalização da saúde tem como objetivo ampliar o acesso³ da população às ações e serviços assistenciais, em serviços de qualidade, com o menor custo social, econômico e sanitário possível. É direcionada pelo pressuposto de organização, planejamento, programação financeira e execução de ações e serviços de saúde em um dado território, considerado como região de saúde, e que tem definidos os seus limites, responsabilidades e critérios de acessibilidade para a população (BRASIL, 2006).

Contudo, a regionalização, da forma como está concebida, nem sempre se efetiva na gestão dos serviços de saúde. Isto porque, além de regulamentações, tecnologias gerenciais, recursos metodológicos e vontade política, outros fatores também interferem na sua implementação. Na gestão, diferentes interesses, diversos atores sociais, gestores

³ Segundo Travassos e Castro (2008), há controvérsias acerca do significado do termo acesso. Neste texto, adota-se o sentido empregado por essas autoras no sentido de acessibilidade, ou seja, o grau de facilidade ou dificuldade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde. Acesso é, assim, o fator que intermedeia a procura e a entrada em um serviço.

municipais, representantes do poder estatal, assim como de entidades e de conselhos regionais e municipais estão envolvidos na regionalização, dando rumos muitas vezes contraditórios aos propósitos oficiais da política de saúde.

Ademais, há os fatores externos a política de saúde, entre estes a diversidade socioeconômica das regiões e municípios brasileiros.

Souza (2002, p.10) faz afirmações neste sentido, mostrando que características e as circunstâncias locais e regionais influenciam “os incentivos e os constrangimentos dentro dos quais as políticas públicas se materializam” e geram resultados ainda pouco conhecidos e que extrapolam as estruturas e os processos constitucionais, legais e institucionais. Referindo-se aos serviços sociais, a autora coloca a questão da necessidade de conhecimento sobre como esses serviços estão sendo prestados e o acesso dos indivíduos a eles.

Neste sentido, as abordagens realizadas nesta tese buscam amparar-se no corpo teórico conceitual existente e direciona-se para processar um estudo da realidade com vistas a responder à principal pergunta colocada: como a regionalização da saúde afeta a Atenção Hospitalar de Média Complexidade no Norte de Minas Gerais? Busca-se analisar em que medida as internações hospitalares de Média Complexidade têm ocorrido na própria região de saúde de residência dos pacientes, conforme preconizado pela regionalização da saúde e que fatores presentes na região podem estar interferindo nesses processos.

O foco na atenção hospitalar de média complexidade se justifica em função do entendimento de que a regionalização seria capaz de promover a autossuficiência de cada região na oferta desse nível de atenção, da mesma forma que os municípios são responsáveis pela garantia da Atenção Básica. No entanto, a percepção a partir de contatos da experiência profissional com as regiões de saúde aponta para dificuldades nesse processo.

De fato, inúmeros fatores afetam a Atenção Hospitalar de Média Complexidade tais como a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, a gestão da saúde nos níveis federal, estadual e municipal, entre muitos outros. Tais aspectos incidem diretamente sobre o padrão de consumo de serviços de saúde (TRAVASSOS; VIACAVA, 2000). Em meio a essa complexidade, optou-se, para responder à questão central da tese, por focar a análise em três dimensões, a saber: (a) a oferta/ capacidade instalada dos hospitais de média complexidade; (b) o fluxo para as internações hospitalares na Atenção Hospitalar de Média Complexidade; e (c) o financiamento dentro da Região Ampliada de Saúde e nas Regiões de Saúde.

Para compreender os fenômenos que condicionam e particularizam a experiência no Norte de Minas em relação à regionalização da saúde e à conformação da Atenção

Hospitalar de Média Complexidade, é preciso analisar a influência das características dos sistemas de saúde, considerando os aspectos técnico-políticos, os quais incluem a capacidade de oferta dos serviços e o financiamento da atenção à saúde. Contudo, o próprio entendimento sobre a estrutura e a forma com que se apresenta a oferta requer um olhar mais amplo sobre o sistema de saúde em relação ao contexto histórico e atual.

A Região Ampliada do Norte de Minas apresenta processos recorrentes ao conjunto do país, mas também especificidades em relação a outras regiões e municípios de Minas Gerais e do Brasil. É possível afirmar a existência de desigualdades importantes entre os municípios da região, que se expressam na provisão e organização de serviços de saúde, interferindo no fluxo da atenção à saúde, especialmente na Atenção Hospitalar quanto à existência e distribuição de hospitais entre os municípios, leitos e médicos e de financiamento. Estas desigualdades interferem no acesso às internações para procedimentos de Média Complexidade pelo desequilíbrio entre demanda e oferta na rede assistencial, que leva dificuldades para obter a assistência à saúde em suas próprias regiões de saúde, ou seja, mais próximas geograficamente⁴.

Na avaliação sobre a Atenção Hospitalar em Minas Gerais que utilizou o “Índice de Resolubilidade da SES/MG”⁵ em 2010 para analisar as internações dos pacientes nas próprias regiões de saúde de residência para procedimentos próprios da Atenção Hospitalar de Média Complexidade foi constatado que a Região Ampliada do Norte de Minas mantém-se abaixo dos parâmetros desejados ou na situação limiar considerados “regulares” (MALACHIAS et al., 2010).

Deve-se observar que a atual proposta de regionalização da assistência à saúde, que é resultado de mais de duas décadas de implantação do SUS, propõe-se a responder aos desafios ainda existentes na região de saúde “*locus*” para o planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde.

A Região de Saúde é considerada nesta tese como atributo fundamental da regionalização do SUS, sendo o recorte territorial particularizado em sua relação com um conjunto mais amplo, que é a Região Ampliada de Saúde.

⁴ O acesso geográfico é caracterizado pelo tempo de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, seguindo o conceito de acessibilidade geográfica e de territorialização.

⁵ A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) desenvolveu o indicador de resolubilidade, referindo-se à capacidade de atendimento hospitalar da população em sua própria região de saúde ou macrorregião de saúde de residência. “A resolubilidade é a medida percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população residente em sua própria região - micro ou macro, considerada a tipologia definida como referência ideal para o nível regionalização/atenção à saúde, conforme PDR/MG, na assistência em geral e/ou na assistência a um grupo, programa, ou clínica de especialidade médica. Neste caso, refere-se aos vazios assistenciais”. (Ver MALACHIAS; ANDRADE; CASTRO, 2010, p.4).

A lógica presente na construção desses dois espaços é a de possibilitar que se alcance maior acesso à assistência à saúde, reduzindo as desigualdades geográficas através da alocação ou abarcamento pelo SUS dos recursos de saúde mais próximo de quem dela necessita.

A Oferta/capacidade instalada que constituem, no caso deste estudo, são os recursos e infra estrutura de estabelecimentos hospitalares, especialmente os serviços de Atenção de Média Complexidade Hospitalar, os leitos, os profissionais médicos especialistas, os procedimentos hospitalares, os recursos financeiros previstos e destinados para a assistência à saúde.

A Atenção Secundária, historicamente interpretada como de Média Complexidade, é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar que executam procedimentos com densidade tecnológica intermediária entre a Atenção Básica e a Atenção Terciária. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimentos de urgência e emergência (MG, 2016).

No setor saúde, os fluxos assistenciais hospitalares são expressão do trajeto de um sujeito que, frente a uma necessidade de saúde, se dirige para obter assistência e encontra um serviço ao qual é possível o acesso, geralmente naqueles municípios que propiciam acesso geográfico e recursos que respondem ao requerimento do agravo. Ou seja, os fluxos às internações hospitalares não são próprios da regionalização da saúde e existem anteriores a esta, mas a forma como se processam na atualidade, no SUS, é resultado do planejamento e da organização desse sistema regionalizado.

O Fluxo assistencial é nomeado como aquele revelado pelo montante de internações hospitalares processadas nas unidades hospitalares localizadas em um determinado município pelos pacientes ali residentes ou oriundos de outros municípios. Este também é observado tomando-se os municípios de residência dos pacientes e o movimento para onde eles se direcionaram para a internação. Os municípios de internação são aqueles em que se localizam os hospitais de internação, que podem estar alocados dentro da própria região de saúde, em outras regiões de saúde dentro da mesma Região Ampliada de Saúde ou em outra Região Ampliada de Minas Gerais. Este também está presente nos quantitativos das programações de referenciamentos assistenciais, na regulação de acesso a serviços, nos parâmetros do PDR, no Pacto de Saúde.

A diversidade dos municípios brasileiros e das regiões de Saúde – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional – implica diferentes possibilidades de implementação de políticas

públicas de saúde e dificulta concretizar o preconizado pelo SUS para a Atenção à Saúde da população (VIANA; LIMA, 2011).

O tema regionalização é muito atual na gestão pública no Brasil, em seu potencial teórico e prático, em diferentes setores e áreas. No Sistema Único de Saúde é estudado, principalmente, como mecanismo de planejamento e de gestão regional dos fenômenos ligados à saúde no espaço geográfico territorial em relação às formas peculiares e diferenciadas em que ocorrem.

A região de saúde é o núcleo central da Atenção à Saúde da população, sendo que é nesta que se deve promover a resolução da maior parte dos problemas de saúde. Contudo, as internações por procedimentos de Média Complexidade na própria região de saúde tem se configurado como um desafio no processo da regionalização, principalmente em regiões como a do Norte de Minas em que os municípios são de pequeno e médio porte e os recursos de Atenção Hospitalar são aquém do considerado como necessário para assistir à população.

As desigualdades sociais e a pobreza nos municípios do Norte de Minas, bem como as diferenças entre eles quanto à limitação e a distribuição de recursos assistenciais e recursos financeiros para a gestão no SUS, afetam a regionalização da saúde.

Estas e outras dificuldades são assinaladas por autores, como as apontadas por Souto Júnior (2010, p.109), ao tratar sobre a regionalização em Minas Gerais. Para o autor, a regionalização configura-se em Minas Gerais como incompleta e parcial, resultando no “desfinanciamento, [já que] os interesses econômicos e políticos [são] desvinculados da regionalização”, sobrepujando as verdadeiras necessidades locais.

O autor (2010, p.109) avalia, principalmente, que a regionalização tem sido utilizada como

ferramenta resultante da ação hegemônica, quando recortes espaciais assumem a forma-conteúdo historicamente determinada pelo planejamento, ainda que instituída no espaço de pacto interfederativo, a CIB/SUS/MG, mas voltadas para o privilégio de alguns atores e lhes facilitando as pretensões econômicas, não configurando um processo de regionalização de fato que configure uma reconstrução histórica vinculada à ação de construção e uso do território.

Parte-se da hipótese de que houve avanços em direção à regionalização da saúde Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas e em relação à expansão do número de internações hospitalares de Média Complexidade ocorridas nas regiões de saúde de residência dos pacientes, no período de 2003 a 2013, após a edição da Norma Operacional de Assistência

à Saúde e do Pacto pela Saúde, mas permanecem as disparidades entre as regiões de saúde e entre os municípios.

O principal direcionamento da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01-2001, em Minas Gerais, foi enfatizar as funções estratégicas para a otimização dos serviços. Buscava-se a formação de sistemas de atenção funcionais e resolutivos nos diversos níveis dentro do espaço subdividido do estado em macro e microrregiões sanitárias para que se distribuíssem melhor, nesses territórios, os equipamentos de atenção secundária e terciária. A partir do PDR/MG em 2003, coordenado pelo gestor estadual, com a participação do conjunto de municípios, objetivava-se superar os problemas de fragmentação, ineficiência e baixa qualidade dos serviços (Mendes, 2003; da Silva e Ramires, 2010).

A NOAS 01 e 02 reproduzem as anteriores no sentido de manterem o foco na oferta (MENDES, 2003).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi alterado em sua estrutura em 2003, quando conquistou sua efetividade e legitimidade, definindo os espaços regionais dentro de limites territoriais, a fim de facilitar o fluxo de pacientes e garantir o acesso aos usuários do SUS.

A regionalização, através do Pacto pela Saúde⁶, iniciou uma nova fase por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), com a conformação de sistemas regionais e organização da saúde com base no princípio da integralidade das ações e serviços. Atentou-se para a necessidade da definição dos recursos financeiros destinados a apoiar os processos e iniciativas que a envolvem e houve a valorização das esferas estaduais e municipais e a criação de novas instâncias de coordenação federativa nos estados [Colegiados de Gestão Regional – CGR atualmente denominados Comissões Intergestores Regionais – CIR] (CONASS, 2011).

A Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.219, de 21 de agosto 2012 instituiu as Regiões de Saúde no âmbito do SUS e dividiu o estado de Minas Gerais em setenta e sete Regiões de Saúde alocadas em treze Regiões Ampliadas de Saúde.

As possibilidades de realização da assistência à saúde frente às necessidades de saúde existentes em uma Região Ampliada de Saúde, como a do Norte de Minas, são indissociáveis da existência de serviços de saúde, equipamentos e ações assistenciais, que combina, em cada lugar, diferentes tecnologias, conhecimentos científicos, normas, fluxos

⁶ Conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (BRASIL, 2006).

materiais e imateriais (informação), recursos financeiros, como a capacidade de arrecadação tributária e em seu porte e estrutura de financiamento, políticas, programas, profissionais, usuários e instituições públicas e privadas.

A Região Norte de Minas reproduz as condições existentes nos municípios brasileiros, por suas diversidades econômicas e populacionais e suas especificidades em relação às desigualdades sociais, econômicas e regionais, que criam limitações para a assistência à saúde e dependem da capacidade de induzir mudanças e garantir a universalização no Sistema de Saúde.

A análise sobre a forma como se apresentaram, historicamente, o sistema de saúde e as políticas de saúde nos aspectos técnicos e políticos podem dar indicações de como operar ações transformadoras, ou, que sucesso esperar das ações empreendidas na direção pretendida pela regionalização da saúde.

A trajetória da descentralização e da regionalização da política de saúde e da conformação da assistência da Atenção Hospitalar na Região do Norte de Minas mostra elementos de mudanças que devem ser referidos aos seus principais marcos institucionais, em sua implementação e na forma de institucionalidade que adquiriu, qual seja, os sentidos formais que apresentou ao longo do tempo.

O debate, com as tentativas de definições teóricas e metodológicas, bem como com a iniciativa dos primeiros experimentos sobre a regionalização e a dimensão espacial no setor saúde, tendo por base a questão regional, foi introduzido na década de 1970. Emergiram naquela época contribuições específicas para a noção de região, abrindo-se para a ideia de regionalização da saúde dentro de um sistema regional de saúde; essa vista como uma ação específica a partir do espaço regional e da assunção de metodologias que a fariam se materializar como um sistema operacional.

É temerário pensarmos que esta experiência abriu a possibilidade de implantar a regionalização como atualmente é concebida, correndo o risco de "provar" realidades históricas ilusórias, já que não há muitos estudos posteriores sobre os resultados desta experiência para a "regionalização" da saúde. Ademais, a operacionalização dos pressupostos do modelo, referidos nas propostas técnicas e nos discursos, concretizou-se minimamente na realidade, como demonstra Felipe (1987).

As informações sobre a região Norte de Minas e os conceitos sobre o processo de regionalização à época e hoje são diferentes e torna difícil comparar os critérios de segmentação do espaço e processo de regionalização nestas épocas distintas.

Pela forma como foi desenhado e implantado o projeto e a concepção do espaço, pode-se aferir que se tinha o foco da homogeneidade dentro da região, não incluindo uma perspectiva dinâmica na sua elaboração, buscando-se um modelo para servir a toda região. Embora houvesse um empenho para realizar diagnósticos socioeconômicos e de saúde, para buscar identificar as características específicas dentro dos processos espaciais, não se poderia tomá-las como se fossem retiradas diretamente de pesquisa com rigor científico semelhante ao do PNAD e do IBGE ou considerar que iriam modificar o desenho do projeto que estava sendo implantado. Não é nem de longe adequado a esse período falar sobre heterogeneidade do espaço para se flexibilizar o processo de regionalização, tal como se o concebe hoje, e não estaria em consonância com o contexto do período a perspectiva da influência de gestores neste processo e na divisão do espaço regional.

A ideia da heterogeneidade como o critério de partição da região em sub-regiões, assim como a partir de cadeias de dependência, de complementaridade entre os diversos pontos no espaço, da regionalização focada na dinâmica dos fluxos e na identificação/hierarquização da rede de saúde com vistas à assistência à saúde somente foi concebida a partir do ano 2000.

A questão da atenção hospitalar e da Atenção Hospitalar de Média Complexidade objeto desta tese era apresentada no projeto de forma abrangente, sem explicitação de ações e outros detalhamentos. Constava como um nível de hierarquização de serviços de saúde dentro da região de saúde, em que se previa a existência de Hospitais Distritais, de porte médio, localizados nas cidades-polos das Áreas Programáticas, desenvolvendo ações de medicina interna, cirurgia geral, pediatria e obstetrícia, designados como de nível intermediário.

O importante a ser retido nesse resgate histórico são os conceitos e ideias sobre a regionalização e a concepção dos recortes regionais em relação ao seu surgimento na década de 1970 e a sua continuidade ou mudanças nas décadas posteriores – 1980 e 1990. Esse percurso terminou por explicitar os matizes do conceito de regionalização que se formou ao longo do tempo até os dias atuais.

Legados importantes foram deixados para o setor saúde no Norte de Minas, com destaque para a discussão entre os setores técnicos e políticos regionais acerca do imperativo de maior conhecimento consoante às necessidades de saúde e assistência a saúde e as funções a serem assumidas pelas instituições de saúde no nível regional. Isso possibilitou que os conceitos de região de saúde e regionalização, hierarquização, democratização, descentralização e integralidade na área da saúde fossem veiculados e discutidos, bem como

testados na prática do projeto, indo formar, posteriormente, as bases estruturantes do SUS, tais como seus princípios doutrinários e organizativos.

Este projeto reforçou a concepção de planejamento como instrumento organizador e integrador das ações e proporcionou uma visão crítica, naquela conjuntura, a respeito de quais seriam os condicionantes da conformação do sistema e das políticas de saúde nos estados e municípios do Norte de Minas. Reforçou as possibilidades de romper com a excessiva centralização das decisões no nível estadual, de aumentar a cobertura assistencial, de incorporar a população excluída na assistência à saúde em regiões mais carentes, para o atendimento de suas necessidades de saúde.

Especificamente em relação à capacidade instalada para a assistência à saúde no Norte de Minas, propiciou que quase dobrassem o quantitativo de unidades de saúde existentes no início do projeto, passando para 179 unidades auxiliares de saúde, 55 unidades ambulatoriais, compondo 47 módulos básicos, em que havia o apoio de 40 laboratórios locais, anexos às unidades ambulatoriais, subsidiados pelos recursos do PIASS, (VAN STRALEN, 1980, p.212).

Deve-se atentar que a construção de unidades de saúde não significa sempre a expansão da capacidade instalada, e, nesse sentido, deve-se questionar se estas unidades realmente passaram a prestar a assistência à saúde. A necessidade de mantê-las operando exige recursos que são escassos em municípios pobres, como nos existentes na Região Norte de Minas.

Mas, o caminho percorrido pelo “Projeto Montes Claros” e pelo PIASS (a este integrado na Região Norte de Minas), viabilizaram as ações simplificadas de saúde e de saneamento básico, para a grande maioria dos pequenos municípios povoados e áreas rurais da Região, que não tinham nenhum acesso à saúde. Desse modo, propiciaram à suas populações informações sobre a atuação do Estado na saúde e alguma possibilidade de vocalizar suas demandas.

Sintetizadas as linhas gerais do “Projeto Montes Claros” é possível afirmar que este suscitou entre os técnicos e estudiosos do setor saúde na Região a discussão sobre a questão regional no setor saúde, a organização em regiões de saúde, a necessidade de planejamento para alocação dos recursos de saúde. Além disso, lançou as sementes para se formar redes de saúde e estimular a cooperação entre os municípios e entre esses e o Estado, no sentido de romper com o assistencialismo, o clientelismo e buscar a promoção da assistência à saúde na Região Norte de Minas.

A despeito desse horizonte aberto pelo movimento em pauta, permaneceram as desigualdades na distribuição de serviços de saúde, com a total ausência de unidades de saúde em alguns municípios e a concentração de unidades hospitalares em poucos municípios e em Montes Claros. Com isso, as precárias condições de saúde mantiveram-se na década seguinte e continuaram no debate público até a Constituição de 1988.

Posteriormente, com o advento da Constituição federal de 1988, da Lei 8080/90 e do Sistema Único de Saúde – SUS foi adotado um novo modelo em que a saúde passou a ser vista como uma questão social e política a ser abordada no espaço público, tendo como princípios, entre outros, a descentralização e a regionalização.

Muitos avanços foram operados no SUS em relação ao processo de implantação da descentralização na década de 1990 com menor ou maior ênfase na regionalização. Essa ocorreu a partir da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) e das Normas Operacionais Básicas de Saúde.

As múltiplas realidades territoriais existentes e a importância adquirida pelas instâncias estaduais e municipais na condução da política de saúde influenciam os processos de descentralização e regionalização do SUS nos estados brasileiros (LIMA et al., 2012).

Geraram-se inúmeras tensões entre os processos de descentralização e regionalização que, segundo Viana, Lima e Oliveira (2002), operavam em sentidos opostos ao longo da sua implementação, sendo o poder decisório dos governos subnacionais usado como instrumento político, legal, administrativo e financeiro para defender interesses particularistas. Assim, o processo de descentralização suscitou certo isolamento dos municípios, situação que se busca modificar a partir de 2000 com a regionalização solidária e os Colegiados Gestores Regionais.

Minas Gerais seguiu a tendência brasileira de aceleração do processo de descentralização da saúde, em detrimento do processo de regionalização, não se denotando uma preocupação com o ordenamento do território e com a integração da atenção e da gestão. Também não houve uma atuação das CIB/MG e as CIB regionais (criadas nesta década), conectadas a um planejamento regional ou Estadual (SOUTO JUNIOR, 2010).

O mesmo ocorreu no Norte de Minas, em que o processo de descentralização e de regionalização caminhou lentamente, enfrentando várias dificuldades em operacionalizar o ordenado nas Normas Operacionais Básicas (NOB SUS) publicadas em 1991, 1992, 1993 e 1996. Tais dificuldades decorriam, em partes, da situação dos municípios quanto à estrutura econômica, ao porte dos municípios, aos recursos de saúde existentes, inclusive técnicos.

Muitos municípios aceitaram cumprir os requisitos das Normas, sem que tivessem condições necessárias para concretizar o previsto nestas (VIEIRA et al., 1997).

Nesta década, a região Norte de Minas continuou como uma das regiões mais pobres do estado, tendo as piores condições de vida, que era predominantemente rural, e registrando problemas de ordem socioeconômica, questões agrárias, a expropriação e êxodo da população rural, a exploração dos recursos naturais. Os fatores de natureza estrutural – econômicos, fiscais, de tamanho populacional e capacidade administrativa –, embora não fossem variáveis que, isoladamente, determinassem os rumos da descentralização, pesavam como desfavoráveis, influenciando na adesão da Gestão Plena do Sistema. Os requisitos para se alcançar essa Gestão impunham razoáveis custos financeiros e administrativos aos municípios e eram incompatíveis com a situação da maioria dos municípios da Região.

Até o ano de 1996, a maioria absoluta dos municípios era quase totalmente dependente dos recursos financeiros oriundos da produção de serviços pelo SUS, que lhes eram repassados em forma de pagamento por produção de serviços ambulatoriais. Logo, eles permaneciam como prestadores de serviços no que se refere ao repasse de recursos financeiros porque não geriam todo o Sistema de Saúde, enquadrando-se na denominada Gestão Incipiente (apenas Francisco Sá e Coração de Jesus estavam em outras gestões). O pagamento pelos serviços hospitalares era feito diretamente aos hospitais, prestadores de serviços. As dificuldades socioeconômicas dos municípios da região que contavam com baixa arrecadação –, associadas a não obrigatoriedade de aplicação de índices percentuais orçamentários no setor saúde levaram à carência neste setor e à ausência de financiamento necessário às suas ações. Apenas Montes Claros e Salinas declaravam investir recursos expressivos no setor saúde (VIEIRA et al, 1997).

Embora motivados a abraçar a municipalização e a cumprir procedimentos, regras e normas instituídas pelos governos estaduais e pelo nível federal na implantação do processo, a maioria dos municípios ficava impedida pelas situações adversas de pobreza econômica e de escassez de recursos na área da saúde, existentes na Região Norte de Minas. Os municípios não podiam ou temiam arcar com programas ou projetos que requeressem alguma independência dos outros níveis de governo e isso os desfavorecia ainda mais a assumir a gestão da saúde local. Tais condições os situavam dentro da contradição entre a autonomia política e a dependência financeira dos recursos federais (VIEIRA et al., 1997). Apenas os municípios de Montes Claros e Salinas, conforme já sinalizado acima, investiram recursos mais expressivos no setor saúde.

Muitos municípios brasileiros, como os norte - mineiros, dependiam das transferências fiscais de outras esferas de governo, com pequena ou nenhuma arrecadação própria e com pouca capacidade para aumentar seu grau de independência política e financeira. Um fato complicador nesse período é pela falta de uma fonte de financiamento para o SUS que garantisse recursos para honrar os compromissos resultantes das definições da Constituição Federal e da Lei Orgânica da Saúde (SOUZA, 2002).

Minas Gerais, em 2004, apresentava um índice de 18,45% dos municípios com piores desempenhos em relação ao índice de arrecadação. Os municípios nesta situação, em sua grande maioria, eram os das mesorregiões Norte de Minas, Jequitinhonha, Vale do Mucuri e Vale do Rio Doce. Os municípios de pequeno porte tinham um índice de arrecadação que não chegava a 1% da arrecadação própria (GALVARRO, BRAGA e FONTES, 2008). Pode-se entender que os municípios do Norte de Minas, que em grande parte são de pequeno porte, caracterizavam expressivamente essa situação.

Por um lado, pode-se analisar, concordando com Levcovitz, Lima e Machado (2001), que foi positivo o processo de descentralização em saúde nessa década, ao transpor o poder para o nível local e ao propiciar a transferência de serviços, responsabilidades e recursos da esfera federal para as esferas estadual e municipal. Anterior a esse processo, o sistema de saúde no Brasil era extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro. Porém, por outro lado, a assunção de maior grau de autonomia pelos entes federados com a descentralização pôs a descoberto os desafios existentes para assistir à população frente às grandes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes entre Estados e Municípios e a dependência entre os entes para implementar o estabelecido legalmente. Como saldo, o processo de descentralização permitiu garantir avanços na construção e desenvolvimento do SUS, principalmente no tocante à expansão da atenção à saúde.

Também Bodstein (2000, 405), analisando o contexto do SUS na década de 1990, cita vários autores para falar sobre as características político-institucionais dos municípios. Ela destaca a “ausência ou fragilidade do corpo técnico burocrático; dependência financeira frente ao governo federal; presença e persistência de arranjos políticos clientelistas; descontinuidade administrativa e dificuldades na contratação e fixação de profissionais mais qualificados nos pequenos municípios ou naqueles mais pobres”. Tudo isso impunha restrições e limites, além de variações na descentralização e no desempenho técnico político dos gestores locais na prestação de serviços.

No Norte de Minas ocorria uma descentralização municipalista e uma regionalização que não tinha, ainda, instrumentos que permitissem o acesso aos serviços de saúde a todos os níveis do sistema com vistas à integralidade, prevista como princípio do SUS. Embora definidas as microrregiões de saúde e nestas inseridos os recursos de saúde no SUS, carecia-se de uma pactuação entre os municípios, bem como de instrumentos para mediar a relação entre os entes federativos – Municípios, Estados e União a fim de garantir a oferta da assistência à saúde no âmbito regional. A pactuação da oferta de serviços entre municípios e seus estados, iniciada por meio da PPI, com a NOB/96, embora tenha representado um importante avanço para a organização do sistema, não foi capaz de, por si só, garantir que o mesmo se compusesse como uma rede inter-federativa (VIEIRA et al., 1997).

Nos municípios, a instituição das Secretarias Municipais de Saúde propiciou maior organização e a ampliação da capacidade de gerência em razão das novas responsabilidades. Também possibilitou a ampliação e qualificação da força de trabalho na saúde e, conseqüentemente, o aumento da oferta de serviços em ambulatorios e ações de saúde coletivas (VIEIRA et al., 1996).

Embora se priorizassem capacitar os municípios para assumirem a gestão do sistema em nível local na perspectiva da descentralização, foram desenvolvidas, ao mesmo tempo, algumas ações voltadas à regionalização em Minas Gerais, como a organização das regiões de saúde.

O Estado de Minas Gerais, em 1995, estava dividido em 24 regiões de saúde e essas se subdividiam em microrregiões. Na Região Norte de Minas, os 52 municípios⁷ jurisdicionados à Diretoria Regional de Saúde de Montes Claros estavam agrupados em dez Microrregiões de Saúde, cujas sedes eram Montes Claros, Taiobeiras, Janaúba, Francisco Sá, Pirapora, Salinas, Monte Azul, São Francisco, Bocaiúva e Januária. Montes Claros, que detinha os maiores recursos na área de saúde, era sede regional.

Comparativamente ao final da década de 1970, quando existiam, aproximadamente, 980 leitos (destes 506 leitos em Montes Claros), houve um grande incremento no número de unidades de saúde ambulatoriais e hospitalares instaladas, principalmente, em municípios onde antes essas eram inexistentes. Contudo, os recursos de saúde estavam distribuídos desigualmente entre os municípios.

⁷ Em 1995 existiam 52 municípios na Região Norte de Minas cadastrados no IBGE. Outros dois municípios já haviam se emancipado - Jaíba e Icaraí de Minas, mas não constavam deste cadastro e do Sistema de Dados do SIH/SUS/M.

A Rede Hospitalar integrada ao Sistema Único de Saúde na Região Norte de Minas Gerais passou a 42 unidades distribuídas em 28 Municípios e havia predominância de estabelecimentos hospitalares de pequeno⁸ e médio porte⁹. Os hospitais de grande porte eram em número de seis e estavam alocados nos municípios de Montes Claros (5) e Pirapora (1)¹⁰ (VIEIRA et al., 1996).

A Região Norte de Minas tinha índice médio de cobertura de 7,3%, com variações de 1% á 11,1% de internações hospitalares (VIEIRA et al., 1996). Reproduzia o analisado por Souza (2001) em relação à Atenção à Saúde de Média e Alta Complexidade no Brasil, com enorme concentração desses serviços em poucos municípios e até mesmo a completa inexistência de determinados serviços de Alta Complexidade em outros.

No período até 1995, a descentralização na Região Norte de Minas propiciou a expansão de serviços e de recursos públicos, sem criar, no entanto, um sistema integrado. Caracterizava-se pela fragmentação da assistência à saúde, sem articulação entre os respectivos serviços. Embora alguns municípios utilizassem de mecanismos para encaminhamento de pacientes para internações em outros municípios, principalmente para Montes Claros, não havia um planejamento regional nem um sistema de controle sobre as internações processadas. O pagamento das AIHs era feito diretamente pelo Ministério da Saúde ao prestador de serviço, ou seja, aos hospitais. Alguns municípios mantinham convênios com os hospitais alocados em outros municípios para remunerar os procedimentos hospitalares nas internações de seus pacientes residentes, o que representava remunerar duplamente, já que esses eram pagos também pelo SUS (VIEIRA et al, 1997).

Em relação à Atenção Básica, foram implantadas, nessa década, várias políticas e programas de saúde como os de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS-PSF), tendo sido definidos os recursos captados para o seu financiamento (MEDICI, 2014).

O processo da descentralização e integração das ações na década de 1990 ocorreu de forma lenta e gradual e as mudanças operadas no SUS foram essencialmente normativas. Buscou-se muito mais imprimir à política de saúde um caráter modernizador do que alterar a

⁸ Assim classificados por possuírem até 50 leitos, de 2 a 4 profissionais médicos, laboratórios de análises clínicas e serviço de radiologia para exames de menor complexidade (MS/SAS/SIA/SUS).

⁹ Assim classificados por possuírem de 50 a 100 leitos, com média de sete profissionais médicos e assistência hospitalar nas quatro clínicas básicas (pediatria, ginecologia/obstetrícia, clínica geral e clínica cirúrgica) e duas especializadas: cardiologia, ortopedia e algum tipo de SADT mais especializado com RX de porte II, ECG, ultrassom, endoscopia digestiva (SAI/SUS/MS/SAS).

¹⁰ São considerados de grande porte por possuírem mais de 100 leitos, várias especialidades médicas, laboratório de análise clínicas e serviço de radiologia de porte II ou III, bem como outros serviços especiais.* (SIA/SUS/MS/SAS).

lógica de produção de serviços. Criaram-se instrumentos de gestão democrática e controle social, mas sem o avanço da consciência sanitária. Tal consciência despontou em alguns momentos em torno de questões relativas ao setor, mas pouco se conseguiu avançar em relação à participação e ao controle popular de forma permanente (FLEURY, 1988b).

Para Draibe (1990, p 42), a forma como as políticas sociais se desenvolveu nos anos 1990 reproduz o quadro vigente dos 80, mantendo a convivência com situações de miséria e pobreza, inaceitáveis para o grau de desenvolvimento econômico da época. Manteve-se a extrema centralização política e financeira no nível Federal, com acentuada fragmentação institucional, exclusão da participação social e política dos processos decisórios, direcionamento à privatização e/ou o autofinanciamento do investimento social e uso clientelístico da máquina social.

Para Silva e Mendes (2004, p.31), a municipalização autárquica “marcada pelo deslocamento do pêndulo para transforma cada município num sistema fechado” foi decorrente da forma de descentralização a centralização no município. Essa incentivou a expansão de serviços municipais de saúde, mas, como no Brasil 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, houve uma extrema fragmentação dos serviços de saúde e perda de qualidade dos mesmos. Ademais, aprofundou as desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS. Em síntese, o que se teve foi:

[um] processo de devolução municipalizado, com autarquização dos municípios e sem estruturação orgânica do espaço microrregional em que [...] o município expande a assistência à saúde sem nenhuma articulação regional, pulverizando recursos públicos e gerando brutais ineficiências.

O isolamento dos municípios também foi provocado, de forma paradoxal à municipalização autárquica, devido ao forte protagonismo do Ministério da Saúde através de suas normatizações. O mesmo persistiu monopolizando decisões que poderiam e deveriam estar descentralizadas, interferindo no diálogo democrático entre os entes federados (GOULART, 2008).

Souto (2010) refere-se a essa autarquização, mas para dizer que, ao contrário, em Minas Gerais, onde o processo de municipalização elevou em muito a força política dos municípios, esta foi utilizada na busca de suplantação do isolamento e abandono dos municípios pelos níveis supranacionais.

Tratando dos entraves ou avanços provocados pela descentralização, como na exposição acima dos autores, pode-se dizer que não há consenso sobre esta interferência.

Citamos a análise de Duarte (2016) que consideramos apropriada para uma abordagem ampla da visão dos autores, visto que a mesma conclui que há os que a explicam vendo-a assentada no tipo de descentralização adotada como uma *municipalização autárquica*. Nesse tipo ocorre uma atomização, uma centralização nos municípios, levando ao isolamento e ainda interferindo nas inter-relações que os entes mantêm entre si. Em face disso, “a regionalização da política se apresentaria como caminho para a mitigação da fragmentação do sistema de saúde por meio da contenção do processo de descentralização”.

Duarte (2016, p.97) analisa que outros autores se contrapõem a perspectiva anterior e consideram que o processo de fragmentação da política de saúde tem hoje suas bases assentadas em múltiplos fatores, entre os quais aqueles relacionados a não assunção pelo ente estadual do seu papel de coordenador e regulador dos sistemas municipais. Além disso, a centralização da política no nível federal “não permitindo a adequada integração dos municípios em um sistema regional de saúde; a transferência de recursos federais ‘carimbados’ que, além de engessar a autonomia no municipal, prioriza a média e alta complexidade”. A regionalização nessa análise objetiva “superar esses entraves e fortalecer os entes municipais, aprofundando o processo de descentralização”.

No Norte de Minas, embora tenham ocorrido avanços significativos desde a década de 1970 e após com proposta de Reforma Sanitária e a implantação do SUS, pouco se alterou em relação ao processo de regionalização. Investiu-se na construção de territórios como divisões para operacionalizar as ações da saúde, expandiram-se os números de unidades hospitalares e leitos. No entanto, permaneceram os desafios que não foram ultrapassados na década de 1990, aqui já retratados, principalmente a distribuição inadequada e desigual de recursos e serviços de saúde, a falta de articulação regional, resultantes, dentre outros motivos, das iniquidades sociais e econômicas existentes e das questões próprias da implementação do SUS.

Conforme já observamos, Minas Gerais seguiu o processo brasileiro e o mesmo aconteceu na macrorregião do Norte de Minas com a aceleração do processo de descentralização da saúde, em detrimento do processo de regionalização. Não houve uma preocupação com o ordenamento do território e com a integração da atenção e da gestão, contando ainda com a ausência da atuação das CIB/MG e as CIB regionais (criadas nesta década), conectadas a um planejamento regional ou Estadual (SOUTO JUNIOR, 2010).

Valemo-nos de Gondim et al. (2008) para sintetizar as problemáticas, do ponto de vista organizacional, existentes no Brasil até 2000, em relação ao sistema de saúde. Tais questões refletem a situação encontrada na região Norte de Minas - algumas já expostas nesta

tese –, incluindo a fragmentação das ações e serviços em unidades de saúde desintegradas, com sobre-oferta de serviços em alguns lugares e ausência em outros; excessiva centralização, resultando em decisões que não contemplavam as necessidades de saúde locais; dificuldades de acesso da população pela distância onde havia oferta de serviços; baixa cobertura assistencial, com exclusão de parte da população às ações, especialmente os mais pobres e residentes em regiões mais carentes.

Resumidamente, pode-se dizer que a descentralização no sistema de saúde brasileiro, durante os últimos vinte e cinco anos, desde o período da década de 1980, avançou como uma alternativa à centralização, conquistando a sua inserção na Constituição Federal e movimentando os Estados e Municípios na sua implantação na década de 1990. Na atual conjuntura, é processada ao lado da regionalização, em sentido articulado, para propiciar maior acesso da população às ações e aos serviços de saúde baseadas, sobretudo, na distribuição e organização do território e de redes de saúde.

1.1 O Território e as desigualdades

A análise sobre o território permite entender alguns resultados quando decorrentes das características das regiões de saúde em seu contexto socioeconômico, demográfico e de saúde e/ou os efeitos do modo de sua delimitação no espaço total da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas.

O modelo de Regionalização do SUS estrutura-se através da organização e da distribuição espacial – Regiões de Saúde e do paradigma de saúde – mediante as quais se ordenam e distribuem-se procedimentos ambulatoriais e hospitalares e outras ações por níveis de Atenção à Saúde.

Os recortes geográficos, que constituem as regiões de saúde, são definidos por lógicas, critérios e níveis de agregação, objetivando promover o acesso à saúde e assistir de forma mais efetiva a população. No fracionamento, as variáveis escolhidas devem se situar dentro da totalidade do espaço segmentado, ocorrendo, por exemplo, sua descrição como espaço particularizado na relação com um conjunto mais amplo.

Historicamente, no SUS, os critérios de delimitação de territórios para a saúde nortearam-se sob a ótica gerencial e político-administrativa, tendo se traduzido nos princípios organizativo-assistenciais mais importantes do sistema de saúde. Ao longo de sua implantação tornou-se um fator imprescindível, na delimitação dessa base territorial, a caracterização da

população e de seus problemas de saúde, no sentido de propiciar um melhor dimensionamento de seus níveis e as necessidades e o impacto do Sistema de Saúde sobre a população adstrita. Ademais, tal caracterização é importante na definição da responsabilidade dos entes federados e gestores em responder local e regionalmente às demandas de saúde (UNGLERT, 1999).

A definição de região consiste em uma tarefa complexa, em razão das variadas acepções adotadas e da necessidade de um conceitual preciso e consensual no âmbito do SUS. As regiões de saúde devem abarcar mais que o espaço geográfico e suas diferenciadas características, mas também se submeter a determinados critérios funcionais, usando de informações relevantes, e criar acepções que comportem variadas situações existentes. Ademais, os recortes regionais devem se constituir de forma a facilitar o acesso à assistência à saúde, especialmente em um país de grandes dimensões territoriais como o Brasil, que conta ainda com uma numerosa população, com intensas desigualdades e diversidades regionais e com uma multiplicidade de agentes públicos e privados (DOURADO; ELIAS, 2011).

Há que se levar em conta que o espaço construído se insere em um espaço em permanente construção, que se faz a partir de seu perfil político, social, cultural, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico que o caracteriza, mas ao mesmo tempo, o transforma e recria. Assim, no caso do sistema de saúde, embora os recortes territoriais se processem dentro das lógicas determinadas e da concepção e ordenamento nacional, esses se realizam em terreno onde não somente o Estado exerce seu poder, mas também onde sempre novos poderes se constroem no enfrentamento de problemas e necessidades da população.

Vários autores, como Carvalho (2005), defendem a perspectiva de que as regiões de saúde devem se organizar de maneira que a estruturação das redes de saúde obedeça aos fluxos já existentes e mais próximos a assistir a população.

Para Souto (2010, p.53), a forma ascendente desses fluxos, marcada pelo crescimento da participação dos municípios, a partir da CIB/MG, concede um formato próprio e diferente do proposto nas normas operacionais. Ele exemplifica essa situação descrevendo como foi apresentada a proposta de regionalização em 2002 em Minas Gerais, cujo plano diretor de regionalização e a definição das macrorregiões de saúde foram empreendidos da seguinte forma:

Este primeiro PDR trazia algumas idiosincrasias, próprias de uma primeira experiência, de um processo em que o receio de perder comando e poder, [...] do governo de MG, não muito afeito e acostumado ao trabalho livre da CIB, impunham à sua construção. Foram criados então outros níveis territoriais intermediários, encaixados dentro dos níveis propostos pela NOAS: Gestão Plena da Atenção Básica; Módulo Assistencial e Sede de Módulo Assistencial; Microrregião de saúde

e Polo Microrregional de Saúde; Região de Saúde e Polo Regional; Macrorregião de Saúde e Polo Macrorregional de Saúde e Polo Estadual de Saúde. Estas modificações levaram um impasse à implantação do processo de regionalização devido principalmente à falta de capacidade de planejamento em escala, um dos principais objetivos de um processo de regionalização. Como era fim de governo, não se buscou a continuidade e o processo de implantação foi então adiado.

Essa construção das desagregações e de novas agregações de territórios é sempre realizada por um determinado grupo de atores sociais que, inseridos no contexto institucional, buscam imprimir certa homogeneidade que responda aos próprios interesses do grupo e/ou das políticas públicas, neste caso, da saúde pública.

Condizente com o que dizem Cunha, Simões, Paula (2008), o mais relevante é o questionamento acerca do intuito de segmentar um espaço. Na resposta deve-se preocupar em não adotar nenhuma das duas posturas de forma absoluta, ou seja, centrar exclusivamente na totalidade ou assumir o específico como única possibilidade. A primeira leva a assumir uma perspectiva, provavelmente, impossível de ser abarcada e a outra é reducionista. Portanto, é preciso abraçar uma postura equilibrada, em que há delimitação do espaço dentro da visão do conjunto.

Esses autores trazem uma perspectiva de interpretação que rompe com a visão dos territórios como mera paisagem natural, interpretando-a como fruto da história, como produção cultural, em sua diversidade, dinâmica e mutabilidade de suas experiências concretas no espaço e no tempo, em que se expressa a sua singularidade ante a totalidade.

Para Heimann et al. (2007), a própria divisão regional no Brasil tem sido tratada pelos autores a partir da noção híbrida, em que a região se expressa como evidência empírica, passível de mapeamento e identificação na paisagem e nas realidades físicas e culturais e como uma construção intelectual, segundo objetivos traçados por aqueles que a definem.

A segmentação dos territórios, embora seja buscado com vistas a tomá-los como espaços particularizados em sua relação com o conjunto mais amplo, no caso, o sistema de saúde, o planejamento e propostas centralizados no órgão central- MS pode, muitas vezes, ao prescindir do diálogo entre o recorte de uma região e a totalidade do espaço, produzir uma forma homogeneizada das regiões de saúde, excluindo-se as suas especificidades locais. Com isso, perde-se o motivo importante pelo qual se segmentou o espaço.

A divisão em região na saúde também deve levar em conta as divisões juridicamente estabelecidas, embora se ressalte que as mesmas podem não coincidir com as fronteiras regionais. Não obstante, é preciso considerar que a proximidade e a contiguidade definidas em razão de maior semelhança em um território ou região parecem levar a uma

maior identificação e maior relacionamento, além de uma vontade comum, facilitando o planejamento e a inter-relação em rede (DOURADO; ELIAS, 2011).

Entretanto, os limites espaciais que se estabelecem para as regiões de saúde são fronteiras artificiais submetidas às influências de atores territoriais em uma conjuntura que se modifica constantemente e que podem atender, ou não, aos motivos pelos quais foram recortadas. Um exemplo dessa situação é apontado, em Minas Gerais, pelo estudo de Silva e Ramires (2010) a respeito da divisão das Regiões Ampliadas de Saúde. Nessa divisão, as regiões de Belo Horizonte, Montes Claros e Teófilo Otoni atendem a áreas muito extensas, assumindo parcial ou totalmente o papel funcional de outros polos e levando ao acúmulo de demandas.

Várias têm sido as propostas de como recortar melhor uma região de saúde.

É necessário citar os apontamentos de Carvalho (2005), que vão ao encontro da defesa da divisão em regiões de saúde a partir dos fluxos já existentes, em que os pacientes escolhem a direção que tomam para a assistência à saúde e questionam em que medida a forma como se apresentam na atualidade cerceiam ou promovem a finalidade de propiciar a assistência à saúde.

Contudo, deve-se objetar sobre a proposta dos fluxos à assistência seguir a direção dos pacientes, analisando que esses ficam expostos as influências várias, incluindo a dos mercados do setor saúde, leiam-se ofertas de hospitais privados. Assim, é fundamental a compreensão de que cada recorte de território na Região de Saúde deve buscar o acesso equânime, conforme proposta do SUS, e ocorrer de acordo com as perspectivas teóricas e práticas desenvolvidas em função de todo do sistema de saúde e das particularidades regionais.

É relevante a análise de De Toni e Klarmann (2002, p. 523) sobre o recorte de região na ação governamental, em que sempre há racionalidades distintas e apresentam duas restrições, sendo uma “derivada da composição técnica dos serviços públicos prestados no território que organizam o espaço conforme as especificações e requisitos técnicos da sua própria produção”, e outra “que deriva da racionalidade das relações políticas, vista como processo legitimatório e de disputa por hegemonia”. Assim, na saúde, as divisões em regiões de saúde resultam das “tensões políticas, grupos de pressão sobre o Governo, interesses setoriais, focados em regiões e áreas precisas”.

O espaço geográfico deve ser visto muito mais como ente dinamizador da sociedade do que receptáculo ou palco das relações sociais ou apenas “materialidade inerte às relações que nele ocorrem”, como diz Milton Santos. Nesse sentido, a assistência à saúde na

Região de Saúde e o acesso equânime se realizam a partir do contexto onde vivem indivíduos, famílias, populações, em que se configuram as ações humanas, se expressam modos de vida resultantes do processo histórico, da base material, do meio construído pelo movimento da sociedade (VIANA et al., 2008).

A Região Ampliada de Saúde, com suas respectivas Regiões de Saúde, pode ser abordada como territorialidade, como instância em relação à regionalização e a Atenção de Média Complexidade Hospitalar.

A configuração territorial é dada pelo conjunto formado pelos sistemas naturais existentes em um dado país ou numa dada área e pelos acréscimos que os homens super impuseram a esses sistemas naturais. A configuração territorial não é o espaço, já que sua realidade vem de sua materialidade, enquanto o espaço reúne a materialidade e a vida que a anima (SANTOS, 1996, p.51).

O território – que no pensamento do autor Milton Santos define-se pelos principais usos daquele espaço é determinado, no caso da região de saúde, pela ação do Estado mediante suas normas e políticas públicas, em que a ação do mercado acontece e também o caracteriza, refletindo tanto as forças econômicas quanto às forças contra hegemônicas da cooperação em círculos produtivos e nos seus outros variados usos.

Neste presente estudo, torna-se a região de saúde como território, no sentido em que se transforma como palco da organização, da gestão do sistema, da alocação de recursos, onde se processam e ocorre a articulação das bases de provisão de Atenção à Saúde por meio dos fluxos de referência intermunicipais.

Os recortes das regiões de saúde são constituídos por agrupamento de municípios limítrofes que compartilham redes e fluxos assistenciais. Os mesmos devem expressar determinada capacidade resolutiva assistencial e características semelhantes em termos de perfil socioeconômico, perfil epidemiológico, rede de comunicação e transporte, entre outros fatores.

Para Kuschnir, Lima, Baptista e Machado (2011), a região de saúde, por sua natureza, deve refletir uma dada auto-suficiência em ações e serviços concebida no processo de planejamento, sendo capaz de suprir as necessidades de saúde, com resolução possível para os problemas identificados e para isto devem existir relações de complementaridade entre os municípios. A par destes pressupostos, o primordial é a proteção à saúde das pessoas, não se podendo conceber que os limites político-territoriais sejam obstáculos aos fluxos de pacientes e à resolutividade da assistência a saúde.

No SUS, a região de saúde é definida como base territorial de planejamento, levando em conta suas características demográficas, socioeconômicas, geográficas, epidemiológicas. A concepção adotada é mais flexível do que as tradicionalmente assumidas, embora esteja presente o foco como unidades de intervenção e ação do Estado, com espaço restrito para a participação da sociedade (GOULART, 2015).

Ao longo dos últimos 40 anos, na Região Norte de Minas foi processado três principais recortes, dividindo-a em regiões de saúde. A primeira divisão ocorreu em 1976 por meio do “Projeto Montes Claros”, recortando a região em oito Áreas Programáticas. Na década de 1990 os municípios da Região Norte do Estado foram agrupados em dez Microrregiões de Saúde. A comparação entre as sedes microrregionais, nesses dois recortes, mostra que havia alguma similitude em relação aos municípios sede. Contudo, em relação à composição das microrregiões de saúde por municípios, houve muitas mudanças nos municípios agregados. No contexto atual, permaneceram as mesmas microrregiões como regiões de saúde, mas algumas destas passaram a ser região bipolar, agregando dois municípios polos com suas áreas de influencia.

Os municípios dessa região apresentam características heterogêneas em relação ao porte populacional e ao desenvolvimento político. Heterogeneidade essa, muitas vezes, resultante das situações de desigualdade frente a outros municípios e regiões, em relação às condições econômicas, sociais, como condições de pobreza, necessidades de saúde, nas quais também persistem iniquidades em relação à assistência à saúde para a população.

Tratando-se das diferenças de renda no Brasil, há muito foi cunhada a expressão “beríndia” pelo economista Edmar Bacha para se referir à convivência da Bélgica e da Índia, duas faces díspares em relação à situação de pobreza e riqueza desses brasis existentes. Neste país tão grande e com alto grau de desigualdade é improvável obter resultados idênticos na política de saúde e no processo de regionalização nas várias regiões e locais onde ela é implementada.

A Região do Norte de Minas se assemelha à parte “índia” no que diz respeito às condições socioeconômicas brasileiras, e mesmo mineira. As suas características assemelham-se à Região Nordeste, Centro-Oeste e Norte do Brasil, de acordo com tipologia nacional das regiões de saúde elaborada por Viana, Lima e Ferreira (2010) - que diferencia as regiões segundo graus de desenvolvimento econômico, social e as características da rede de saúde dos municípios.

Suas condições de vida estão entre as piores do estado de Minas Gerais, diferenciando-se do sul e do noroeste do Estado.

Whitehead (1992) é uma das autoras que tem tratado do tema desigualdade sob o ponto de vista da equidade em saúde, adotando uma perspectiva de justiça social e propondo que se deve buscar eliminar aspectos evitáveis e prover justa oportunidade para desenvolver o pleno potencial de saúde de todos. A autora considera que aqueles que mais precisam muitas vezes são os que têm menos probabilidade de receber cuidados médicos. Diz a autora que a desigualdade na saúde é um termo comumente usado em alguns países para indicar diferenças sistemáticas, evitáveis e importantes no sentido de alcançar seu potencial de saúde completo e, de forma mais pragmática. Por isso, as desigualdades devem ser minimizadas por ações que visem à redução de iniquidades, já que é justa a criação de oportunidades iguais para todos.

Para Whitehead (1992), citada por vários autores brasileiros, algumas desigualdades são obstáculos para propiciar saúde a todos, e entre esses se inclui o acesso equitativo aos serviços de saúde. Entre os inúmeros fatores intervenientes, inclui-se a distribuição de recursos e instalações de forma desigual ao redor do país, agrupados em áreas urbanas e mais prósperas, em detrimento das áreas rurais ou pobres. Também cita a equidade no gasto que, muitas vezes, é empregado quase exclusivamente em serviços médicos de altas tecnologias, servindo apenas a um pequeno segmento da população, enquanto há pouca provisão de serviços de saúde que beneficiem a maioria das pessoas.

Mas, não é possível eliminar todas as diferenças, sendo, pois necessário eliminar os fatores evitáveis e injustos a fim de garantir o acesso aos cuidados disponíveis. É necessária uma distribuição equitativa de serviços de saúde em todo o país com base nas necessidades de cuidados de saúde e a facilitação do acesso em cada zona geográfica, buscando alcançar os indivíduos de diferentes rendas, raças, sexos, idades e outras.

O conceito de equidade refere-se a uma distribuição desigual para pessoas e grupos desiguais, visando atingir a igualdade de condições (hipotética no campo da saúde, em que as necessidades de saúde são sempre diferentes, em cada caso) (ESCOREL, 2009).

Pellegrini e Buss (2007) utilizam-se das argumentações teóricas de Dahlgren e Whitehead para analisar a relação da determinação social da doença, em que o volume de riqueza gerado por uma sociedade é elemento fundamental para viabilizar melhores condições de vida e de saúde, não representando, porém, uma relação linear de causa-efeito.

Esta contribuição também é apresentada pelos autores na classificação dos determinantes por níveis, em que alguns estão mais próximos na escala distal, sendo esses compostos por fatores individuais como idade, sexo e fatores genéticos. As variáveis macro-determinantes relacionadas às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade

encontram-se no último nível, mas exercem grande influência sobre as demais camadas (PELLEGRINI; BUSS, 2007).

Essas desigualdades sociais em saúde podem ser reduzidas a partir da equidade no acesso, buscando igualdade de oportunidades no uso dos serviços de saúde, inclusive nos aspectos que influenciam a oferta, tais como disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços e qualidade dos recursos humanos e tecnológicos a serem disponibilizados para favorecer a sua utilização e fazer frente às necessidades de saúde (TRAVASSOS et al., 2000).

A região de saúde é o *locus* para propiciar a equidade no acesso e garantir a integralidade. A ênfase na integralidade no atendimento aos cidadãos requer que ela seja capaz de “resolver, se não a totalidade, a quase totalidade das necessidades de saúde da população regional; ser parte de um sistema nacional, estadual e intermunicipal que encontra na região de saúde o espaço de sua atuação para o usuário” (SANTOS; CAMPOS, 2015).

1.2A Oferta/Capacidade instalada e os fluxos às internações hospitalares

A regionalização da saúde direciona-se no sentido de integrar as ações e serviços de saúde em redes assistenciais regionalizadas e hierarquizadas e para responder às demandas de saúde da população residente.

A Constituição Federal de 1988 estabelece que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”. Conforme dispõem, ainda, os Artigos 8º e 7º, II, da Lei 8.080/90 (BRASIL, 1988), as ações e serviços de saúde no SUS se estruturam por níveis de maior ou menor complexidade, tendo a Atenção Básica (ou Atenção Primária) como a principal porta de entrada do sistema. Essa ordena a continuidade da atenção ou do cuidado para os serviços de maior complexidade, denominados Atenção Secundária e Atenção Terciária, definidas também como de Média e Alta Complexidade (ou densidade tecnológica).

Os níveis de atenção são estabelecidos tendo por base a tecnologia material incorporada (máquinas e equipamentos de diagnóstico e terapêutico), capacitação de pessoal (custo social necessário para formação) e perfil de morbidade da população alvo.

O nível primário, a Atenção Básica, é aquele com menor grau de incorporação tecnológica, contando, por exemplo, com eletrocardiógrafo, aparelhos básicos de Raios-X,

Sonar e eventualmente Ultrassom, estando aparelhada para atender os eventos mais prevalentes na população alvo. A capacitação de pessoal exige uma formação geral ou residência nas áreas de medicina de família.

O nível secundário caracteriza-se por ter equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica (tais como Raios-X com alguma sofisticação, como ecocardiográfico, ultrassom, aparelhos para endoscopia) alocados nas áreas especializadas originárias da clínica, cirurgia, gineco-obstetrícia, pediatria e outras tais como oftalmologia, psiquiatria. Este nível secundário tem por objetivo assistir à população tendo em vista os problemas de saúde que exigem as citadas especializações médicas. O mesmo referencia para o nível terciário as situações às quais não está capacitado a assistir (Ver em Anexo I - Elencos dos Procedimentos Hospitalares por Nível de Atenção/Regionalização - Fonte: MINAS GERAIS - Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). PAGINA 106. -2010).

O nível terciário concentra os equipamentos com alta incorporação tecnológica e, portanto mais caros (tais como, Ressonância Magnética, PET Scan), e o pessoal incorporado necessita de formação especializada mais intensiva (ELIAS, 2007).

Os hospitais se inserem no sistema de saúde em diferentes pontos da Atenção Secundária e Terciária de Saúde, detendo densidade tecnológica compatível com o exercício, principalmente, a função de responder às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, conforme estabelecido em diretrizes clínicas baseadas em evidências (MENDES, 2011).

Pressupõe-se, assim, que os serviços de média e alta complexidade sejam centralizados e regionalizados e os serviços de Atenção Básica (ou Atenção Primária) se situem próximos da população, o que faz com sejam mais pulverizados. Essa forma de distribuição permite que a população tenha acesso a todas as ações básicas e que, através de um sistema organizado de referência e contrarreferência de paciente, possa ser assistida nos outros níveis de atenção à saúde. A distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa determinada área municipal e regional e a inter-relação e cooperação entre esses serviços e entre os municípios da região acompanham a lógica no SUS.

Para atender às necessidades de saúde é imprescindível que exista uma clara definição do perfil de cada unidade e da organização dos serviços nos municípios. Ademais, exige-se o estabelecimento das responsabilidades de cada município e Estado, gestores, instituições e unidades executoras na oferta para atender à demanda e a identificação do modo como se formam os fluxos de referência.

Em relação à oferta, esta não consiste somente nas instalações, equipamentos e profissionais de saúde, mas na possibilidade de serem acessadas pelos indivíduos através dos meios (renda, meio de locomoção e tempo) e das informações necessárias para chegarem aos serviços e deles fazer uso (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005).

Assim, as características do sistema podem facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde. As desigualdades sociais no acesso podem ser alteradas quando se modificam, diretamente, entre outras, a disponibilidade de serviços e de equipamentos diagnósticos e terapêuticos, a sua distribuição geográfica, os mecanismos de financiamento dos serviços e a sua organização (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Por outro lado, o modelo de atenção hegemônico na sociedade muitas vezes cria um contexto instaurador de necessidades em uma conexão circular entre a organização da produção, a oferta de serviços e o seu consumo. O aprimoramento de tecnologias e os benefícios que daí advém instauram necessidades por novos consumos, reiterando um cardápio de necessidades na sociedade e de seu consumo sistemático por meios tecnológicos e de organização dos serviços. Embora determinadas necessidades não sejam de todos, elas podem ser mostradas como se assim o fossem em função de uma manipulação ideológica e política. Mas, de fato, as demandas instauradas serão respondidas apenas para um segmento da população, o que resulta na interdição política de diferentes sujeitos nesses processos. (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Resumidamente, podemos dizer que os processos de trabalho na área da saúde estão condicionados ou, no mínimo, são influenciados pelos modelos de assistência a saúde propostos ou vigentes. Esses, por sua vez, guiam-se pelos modelos hegemônicos na sociedade, em consonância à dinâmica de acumulação de capital, que tem como um dos seus pilares o desenvolvimento tecnológico, influenciando a oferta de serviços, o mercado da força de trabalho e, conseqüentemente, na modelagem dos serviços de saúde e dos trabalhadores.

É, pois, um desafio romper com as concepções e percepções sobre saúde, doença e cura, tendo por referência o modelo tradicional de assistência à saúde, que reafirma a ideia do processo saúde e doença numa visão biologizante, de acordo com a qual o atendimento à demanda de pode levar às intervenções altamente especializadas e tecnificadas. Esse modelo, que a população parece conhecer melhor (curativo) e que, por isso, demanda-o mais frequentemente e com ele se identifica, ainda que sua eficiência e eficácia social sejam limitadas, é um dificultador na mudança para um modelo que prime pelo atendimento integral, holístico e universal.

O corporativismo, na área da saúde, aparece como um tipo específico de articulação e representação de interesses privados junto ao Estado. Reis (2009) analisa o corporativismo na vertente do controle autoritário pelo Estado e no aspecto da “apropriação privada e “fisiológica” do Estado no varejo de interesses particulares múltiplos”. Nesse espectro, a média e alta complexidade hospitalares assume interface direta com o financiamento e a manutenção do setor privado de serviços.

Teixeira e Solla (2006, p. 49) citam a dificuldade de ultrapassar desafios que estão em escala ampliada, como o modelo médico, assistencial, hospitalocêntrico.

O principal problema deriva exatamente do fato das práticas de saúde em nosso meio ter sido estruturada segundo determinações econômicas e político-ideológicas que continuam, ainda hoje a vigorar. Isto é, a reprodução do modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista, que ocorre por simples inércia ou somente pela vontade política dos sujeitos que ocupam os vértices do triângulo constituído pelo Estado, multinacionais de medicamentos e equipamentos médicos e empresariado nacional e multinacional da área da saúde.

A fragmentação dos serviços de saúde também influencia o fluxo às internações hospitalares, o qual tem se voltado para a atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, com pontos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis uns com os outros, e que, por consequência, não possibilitam a prestação da atenção contínua à população (MENDES, 2010).

Pestana da Silva e Mendes (2004) citam que houve entre os anos de 1984 e 1997 a criação de 1405 novos municípios, havendo um incremento de 34,3% nesse período, sendo que grande parte desse percentual refere-se a pequenos municípios, com menos de cinco mil habitantes.

O aumento de municípios de pequeno porte propiciou uma autonomia política maior para os municípios, mas, também levou a maior dependência financeira de transferências federais, pois, sem a capacidade fiscal, esses entes federados não conseguem gerir as políticas de base local (GALVARRO BRAGA; FONTES, 2008).

Um sistema único impõe uma unidade federal, que deve ter certa centralização federal em torno das políticas de saúde e que permita assistir a população de forma compatível com as necessidades de saúde de todas e de determinadas regiões de saúde. Um universo no Brasil “que se fraciona em 5.570 sistemas municipais e 27 sistemas estaduais” e em inúmeros programas federais, os mais diversos possíveis, é um desafio à concepção de um sistema único, realizar a agregação, respeitando as particularidades – no caso das regiões de saúde (SANTOS; CAMPOS, 2015).

As regras para a emancipação de antigos distritos foram facilitadas pela possibilidade de repartição do Fundo de Participação dos Municípios com o município original através da Constituição de 1988. Contudo, tais distritos multiplicaram-se de forma intensa e desordenada em municípios, na maioria, sem base econômica ou fiscal própria. Esse fenômeno trouxe novos entraves às possibilidades de coordenação federativa e de estabelecimento de uma correspondência satisfatória entre responsabilidades e capacidade financeira nesse nível de governo.

Na atualidade, em sua maioria, os municípios brasileiros têm menos de 20.000 habitantes, dispondo somente de “serviços restritos à Atenção Básica e a alguns procedimentos de Atenção Especializada, notadamente no nível assistencial de Média Complexidade (MC), assistindo sua população nas condições agudas ou agudizadas” (ROESE; GERHARDT; MIRANDA, 2015, p. 936).

A possibilidade de superação desses pontos analisados é a implantação de uma rede de saúde regionalizada, com suporte no modelo de atenção, gestão e governança federativa, que ofereça serviços nos três níveis do sistema e seja acessível à população.

Contudo, o modelo de municipalização autárquica, conforme a análise de Pestana da Silva e Mendes (2004) – que tornou cada município um sistema fechado –, levou a deseconomias de escala, fragmentação dos serviços e perda de qualidade, aprofundando as desigualdades na oferta e no acesso aos serviços e comprometendo a legitimidade do SUS. Esta municipalização autárquica, conseqüente da descentralização da saúde, reagindo à anterior centralização no nível federal, provocou um deslocamento do pêndulo para a centralização no município.

Para Mendes (2011, p.72)

As economias de escala ocorrem quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. As economias de escala são mais prováveis de ocorrer quando os custos fixos são altos relativamente aos custos variáveis de produção, o que é comum nos serviços de saúde. A teoria econômica assume que as relações entre custos médios e tamanho de certos equipamentos de saúde tendem a assumir uma forma de U. Assim, aumentos de escala implicam fontes adicionais de custos, de tal forma que além de um determinado volume crítico, os custos médios de longo prazo começam a elevar-se, configurando uma situação de deseconomia de escala.

No SUS, o avanço do processo de regionalização direcionou-se para interferir positivamente no acesso à saúde, com ação estratégica no sentido de atingir os determinantes sociais de saúde, na forma como eles se manifestam no território; estabelecendo portas de

entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis; buscando disponibilizar recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos e a participação da sociedade nesse processo, entre muitos outros benefícios (LIMA et al., 2012).

Estudos brasileiros de natureza empírica têm apontado fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde. Parece existir relação entre maior disponibilidade e maior chance do indivíduo em obter acesso às internações hospitalares. Em sentido análogo, a insuficiente oferta funcionaria como uma restrição ao atendimento às necessidades de saúde. As características e a disponibilidade dos serviços de saúde, entre outras, como leitos e profissionais médicos, que são fatores indispensáveis para permitir o acesso, podem levar às diferenças na sua utilização, inclusive na perspectiva de induzir a demanda pela oferta (CASTRO; TRAVASSOS; CARVALHO, 2005).

Travassos et al (2000) analisam que a existência das desigualdades geográficas e sociais interfere no fluxo das internações hospitalares de Média Complexidade. Tais disparidades podem ser vistas quando se observa a disponibilidade e a distribuição dos serviços de saúde, relacionadas à abrangência populacional, à localização em determinado território, incluindo as distâncias a serem percorridas pelos residentes. Os autores, através de evidências empíricas nos estudos empreendidos, concluíram que as condições de utilização de recursos de saúde no Brasil são inversamente proporcionais às maiores necessidades deles, sendo que a população mais pobre, com maiores necessidades, tem menor chance de sua utilização. Ou seja, as condições de utilização são mais favoráveis nas regiões brasileiras mais privilegiadas economicamente e em recursos de saúde do que em outras, cuja população é mais carente e menos escolarizada.

É amplamente reconhecida no Brasil a existência desta grande concentração e rarefação espacial, chamada vazios assistenciais, que se soma à fragmentação do sistema de atenção à saúde.

As políticas de saúde influenciam a organização do sistema de saúde, as formas de financiamento, a conformação da participação dos setores públicos e privados, a composição tecnológica e a localização geográfica nos diferentes níveis de complexidade (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Entretanto, a forma como se distribuem os serviços de saúde também é influenciada pela existência da lógica de mercado no setor saúde, que extrapola a lógica da organização do SUS para atender às necessidades de saúde. Influencia na distribuição geográfica dos serviços, levando às grandes concentrações em determinados centros urbanos e

sua inexistência em outros. Os mais rentáveis, que atraem maiores investimentos privados, deixam de ser providos nos centros menores, menos atraentes para o capital. Também provoca a fragmentação da atenção à saúde, que tem sido citada pelo Ministério da Saúde como dificultadora da integralidade, acrescentando maiores custos na assistência à saúde (BRASIL, 2010).

A imposição exercida pela “divisão internacional do trabalho na globalização e a força da lógica privada de organização do sistema de saúde no Brasil” formam as bases das novas demandas e ofertas e atualizam as desigualdades regionais. O desenvolvimento científico e a difusão tecnológica são condicionados pela nova divisão internacional do trabalho que “muda o valor e o papel dos lugares nessa divisão, e a conformação do sistema de saúde acompanha esses movimentos, seus recursos, serviços e profissionais concentram-se nos lugares mais valorizados pelas sucessivas modernizações” (ALBUQUERQUE, 2013, p 3). Neste sentido, face desta realidade se apresenta nos territórios que limitam ou expandem resultando em situações de grande concentração e rarefação espacial das tecnologias, dos recursos e equipamentos assistenciais do SUS. Atualizam demandas e as desigualdades regionais em saúde.

Mas, ressaltamos que diferentes lógicas de organização das ações e serviços de saúde estão presentes no SUS e se expressam no território da região de saúde, influenciando a oferta e a demanda em todos os níveis de complexidade da atenção à saúde (Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade).

Em Minas Gerais, autores como Simões et al. (2005) mostram em seus estudos que no estado há diferenças na disponibilidade relativa de serviços, com uma distribuição fortemente desigual entre a região centro-sul, em melhor situação e a Região Norte, que apresenta quadro mais desfavorável.

Na Região Norte de Minas a maioria dos municípios administram apenas estabelecimentos de Atenção Básica, em decorrência das características econômicas e sociais presentes, que a colocam entre as mais pobres do Estado. Além disso, esses municípios não possuem demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção à saúde dentro de seus limites geográficos, já que a maioria deles é de pequeno porte populacional. Nesta região, a oferta de serviços especializados e de Alta Complexidade, que compõem a Atenção Secundária e a Terciária, fica concentrada em poucos municípios e no município de Montes Claros, polo da Região Ampliada de Saúde.

Essa característica, bem como a de possuir grande extensão territorial, tendo 86 municípios e nove Regiões de Saúde, com grandes distâncias em quilômetros entre os

municípios da sede microrregional, traz desafios para a assistência à população em suas necessidades de saúde.

Santos e Campos (2015, p. 439) analisam que o SUS organiza-se pelo pressuposto de que é o sistema nacional que promova a aglutinação dos entes federativos (municípios) em torno da formação de regiões de saúde resolutivas, que atendam a, pelo menos, a 95% das necessidades de saúde do território regional, integrando em rede regional os serviços de saúde municipais. Mas, para esses autores “soa quase como uma farsa falar-se em sistema com autonomia local e regional”. A assunção de maior grau de autonomia pelos entes federados com a descentralização pôs a descoberto as dificuldades de assistir à população dentro de um quadro de grandes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes.

O grande peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas, a diversidade dos municípios brasileiros – em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado –, por sua vez, implicam em diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas, face à complexidade de enfrentamento dos desafios mencionados.

Na região do Norte de Minas Gerais houve uma expressiva fragmentação administrativa na década de 1970, quando surgiram 09 municípios em 1993 e, logo após, em 1997 outros 39 municípios. Há que se observar que existem, atualmente, nessa região, 89 municípios, a maioria (57%) de pequeno porte, com até 10.000 habitantes, e alguns poucos municípios com mais de 30.000 habitantes, quase todos tendo as características rurais e baixos indicadores socioeconômicos e infraestrutura deficitária. A região está classificada como a segunda mais pobre de Minas Gerais, posicionando-se atrás apenas da Região Vale do Jequitinhonha/ Mucuri. Apenas o município de Montes Claros situa-se no nível de alto desenvolvimento humano, principalmente pelo peso da dimensão renda.

Principalmente a partir do Pacto de Saúde, a regionalização busca direcionar a pactuação entre os municípios no sentido da organização do sistema de saúde através de rede de serviços de saúde intermunicipais, de forma a facilitar o acesso a todos os níveis do sistema de saúde dentro da Região Ampliada de Saúde. Mas, ao invés de entendimento e ações de cooperação entre as autoridades municipais, estaduais e federais, tem ocorrido competição e até mesmo certo predatismo entre essas esferas. Sobretudo quando se esbarram em problemas que envolvem troca de ações e gastos financeiros no acesso de pacientes entre municípios.

As relações mais cooperativas e solidárias entre os gestores do SUS qualificam melhor a gestão dos sistemas municipais de Saúde. Através dessas, coletivamente é possível

planejar, prover e controlar os serviços e ações, otimizando-os de acordo com as necessidades e demandas da população, e processar o seu melhor ordenamento espacial (WEIGELT, 2006, p. 32).

Muitas são as dificuldades de barganha entre os gestores municipais, referentes à pactuação de procedimentos entre municípios para o atendimento de média e Alta Complexidade, em que há troca de recursos correspondentes.

Machado (2013) mostra com clareza alguns dos dilemas vividos pelos gestores de municípios que recebem pacientes residentes em outras localidades, devendo atender suas demandas, já pactuadas, mesmo que o pêndulo os tendenciem a deixar de atender compromissos pactuados. Frente à insuficiência do repasse de recursos financeiros e a pressão do compromisso firmado no Pacto de Saúde com a região de saúde, o gestor prioriza atender as necessidades e o acesso à assistência à saúde da população de seu município. Isso ocorre apesar do risco de perder os recursos financeiros a ele destinados, oriundos dos compromissos regionais assumidos, já que a “arena eleitoral se mostra mais atraente na medida em que o aparato dos pactos regionais se mostre precário e não o coloque em risco de perder suas prerrogativas conquistadas no sistema de saúde”.

Para Machado (2007), torna-se imperativo promover as relações cooperativas entre gestores locais frente às restrições e desigualdades de acesso. O prosseguimento da implementação do SUS, que agora já se apoia sobre bases geográficas, requer a mediação de mecanismos para a organização da rede assistencial, entre outros.

Teixeira e Solla (2006) dizem que a Atenção à Saúde no Brasil é marcada pela concentração de leitos na esfera privada e nos grandes centros urbanos e carentes nos municípios menores em que os hospitais possuem menos de 30 leitos. Estes últimos somavam 38% das unidades hospitalares cadastradas em 2006 no Brasil. Por não serem sustentáveis, as mesmas enfrentavam constante crise financeira.

Essa situação também foi analisada por Paim et al. (2011), que consideram que nos últimos 10 anos a prestação de serviços especializados no SUS tem sido problemática, pois a oferta é limitada e o setor privado assiste preferencialmente os Planos de Saúde. A Atenção Secundária tem baixa regulamentação e tem sido preterida em relação à alta complexidade, que é mais rentável para o setor privado. O setor público no Brasil detém apenas 24,1% dos tomógrafos e 13,4% dos aparelhos de ressonância magnética.

Dados importantes são divulgados por Paim et al (2011) na análise dos fatores ligados a oferta no SUS no Brasil, os quais revelam uma diminuição de hospitais entre 1990 e 2010, bem como dos leitos que passaram de 3,3 em 1993 para 1,9 por 1.000 habitantes em

2009. Ademais, os autores mostram que apenas 35,4% dos leitos hospitalares se encontram no setor público; 38,7% dos leitos do setor privado são disponibilizados para o SUS por meio de contratos. Os governos municipais controlam 1/4 dos hospitais públicos. A oferta de leitos hospitalares financiados pelo setor público não é suficiente.

Vários autores, dentre eles Viana, Fausto, Lima (2003), tratando sobre esta questão, analisam a necessidade de otimizar recursos escassos para propiciar a assistência à saúde a todos que dela necessitam e concordam que esta tem sido a motivação das reformas empreendidas no setor saúde, objetivando organizar um sistema de saúde eficaz no planejamento, organização e funcionamento.

Os municípios são os mais marcados pelo grau de dependência financeira em relação ao nível central. Historicamente, a situação de desigualdades territoriais e sociais, principalmente, a baixa capacidade fiscal, interfere na autonomia municipal que leva, entre outras situações, à precariedade da estrutura administrativa e técnica. Também a natureza clientelista das relações entre as cidades e o governo estadual tem sido uma barreira no empenho para a cooperação intermunicipal, ao que se somam as formas das relações de poder local, o grau de democratização da gestão pública e a capacidade político - administrativa de gestão, já citadas (ABRUCIO, 2010).

Contudo, houve avanços no SUS, embora esteja distante de concretizar o proposto pela Reforma Sanitária, em relação à assistência à saúde no Brasil na atenção básica e em relação ao acesso à Atenção Secundária e Terciária.

Para atender as necessidades de saúde no âmbito das dinâmicas territoriais específicas frente às desigualdades territoriais existentes no Brasil, a articulação entre os entes federados é indispensável, mas não suficiente, sendo preciso invitar esforços financeiros adicionais tanto da União como dos estados em prol dos municípios em desigualdade financeira e de acesso à assistência a saúde.

Goulart (2015, p.3) cita que foram incorporados conceito se práticas em relação à integração de serviços de complexidades diferentes, a definição das responsabilidades sanitárias pelos gestores, redes integradas de atenção à saúde, coordenação e continuidade do cuidado, “com presença inédita de novos componentes gerenciais e subjetivos, tais como “colaboração” e “interdependência”, opondo-se, assim, a uma formulação de índole mais burocrática”.

Os fluxos de paciente às internações hospitalares são decorrentes destes vários fatores que interferem no sistema de saúde, na regionalização, na formação de redes de saúde, nas condições de acesso às unidades de saúde. Entre estes, podem ser citados: o perfil

demográfico e epidemiológico, a área geográfica da região e de seus municípios, as distâncias geográficas e as redes viárias a serem percorridas para a internação hospitalar, infraestrutura de bens e serviços existentes. São condicionados pelo contexto onde ocorrem, seja o dos municípios, das regiões de saúde, das Regiões Ampliadas, dos Estados e assim sucessivamente. Eles resultam, principalmente, da oferta dos serviços de saúde e da forma como se organizam e operam na Atenção à Saúde.

Ao longo do desenvolvimento da política de saúde foram sendo introduzidas, embora de forma apenas marginal, as noções de centralidade, polarização, região e na assistência à saúde, a ideia de fluxo, acompanhando o movimento da descentralização e da regionalização da política. Esse movimento está expresso nas NOBs e no Pacto pela Saúde, em que se inicia pelo normativo e pela ordenação do território em nível central. O Pacto de Gestão, componente do Pacto pela Saúde, busca organizar os diversos níveis de complexidade da atenção à saúde para garantir as referências planejadas intermunicipais, tornando-as responsabilidade do gestor estadual (DUARTE, 2016).

O fluxo assistencial no SUS, embora seja parte do planejamento e da organização do sistema, conforme explicitado acima, e não obstante esteja ordenado por leis, regras, portarias e outros dispositivos que compõem o processo de regionalização, operacionaliza-se em contextos municipais e regionais diversos e, nestes, adquire formas peculiares que podem favorecer ou não o previsto e ordenado pela lógica prescrita.

Viana et al (2008) traduz bem esta questão ao dizerem que não é a simples assunção de competências e responsabilidades nas esferas nacionais ou subnacionais pela assistência a saúde que irá concretizá-la. A descentralização, por si só não promove mudanças, já que ele se desenvolve em campo das mais diversas realidades e é nesta dinâmica que o SUS está envolvido e a partir da qual esta (ou regionalização) passa a ser processada.

1.3 Aspectos Metodológicos do Estudo

A regionalização da saúde busca promover o acesso à assistência de forma a responder as necessidades de saúde. Nesse sentido, organiza o sistema de forma a contemplar o acesso aos procedimentos demandados pela população no município de residência ou local mais próximo em que esta reside na própria região de saúde ou em outros municípios da Região Ampliada de Saúde. Nesse sentido, direciona-se a agregar os municípios de uma região em torno do objetivo comum de melhor assistir a população e propiciar a oferta de

serviços e ações de forma complementar umas às outras. A região de saúde é um recorte territorial essencial para a Atenção à Saúde, na medida em que permite planejar a alocação por complexidade tecnológica dos serviços, assim como as referências entre serviços, conseqüente ao primeiro atendimento na Atenção Básica. Nesta, a Atenção Hospitalar de Média Complexidade é planejada para ser ofertada nas especialidades básicas (pediátrica, clínica médica) e nos serviços de urgência e emergência localizados no âmbito das regiões de saúde, organizados espacialmente para a oferta de serviços do SUS.

No estudo que produziu esta tese, busca-se responder a questão: como a regionalização da saúde afeta a Atenção Hospitalar de Média Complexidade no Norte de Minas Gerais?

Pretende-se verificar se a regionalização efetivamente propiciou a assistência hospitalar dos pacientes em seus locais de residência ou próximo ao local em que residem. Ou seja, se os municípios e as regiões de saúde processaram mudanças no sentido de diminuir o percentual de pacientes residentes referenciados para outras regiões de saúde ou para Montes Claros, polo da Região Ampliada de Saúde, no período estudado.

Apesar das iniciativas governamentais, no século XXI persiste a iniquidade em saúde e as dificuldades em relação à assistência aos municípios e regiões brasileiras, a qual deveria favorecer o acesso aos serviços de Média Complexidade, apontado como sendo um dos maiores entraves para a efetivação da integralidade do SUS.

Vale lembrar que o processo de regionalização da saúde tem em vista propiciar a continuidade da atenção às populações assistidas pela Atenção Básica da forma mais resolutiva e mais próxima do cidadão, vencendo as dificuldades que se interponham ao acesso à Atenção Secundária e Terciária (PIRES et al., 2010).

Pode-se inferir pela trajetória da saúde, que houve avanços em relação à assistência a saúde, principalmente, porque os municípios assumiram e puderam operar mais propriamente ações voltadas para as necessidades dos residentes. Paralelamente, porém, permanecem inúmeros desafios e dificuldades para implementar o modelo de regionalização proposto pelo SUS.

Uma avaliação ou análise da política de saúde direciona-se pela escolha de uma ou mais abordagens, no rol de inúmeras vertentes que se apresentam nessa teia de caminhos que dão possibilidades de acesso a uma parte desse todo complexo - políticas de saúde e sistema de saúde, “tanto para a delimitação do objeto quanto para o enfoque a partir do qual analisam esse objeto” (LOBATO, 2012, p.26). Escolhe-se aquela que mais responde a questão colocada ou ao pensamento teórico que embasa o conhecimento sobre o objeto.

A referência ao objeto ou o foco escolhido pode ser a estrutura da rede de serviços, a organização, o financiamento, recursos humanos (LOBATO, 2012). Ou seja, sempre há que se fazer uma escolha e todas permitem o conhecimento sobre parte do todo e de certa forma se conhece o todo, em cada parte tomada para análise.

No intuito de atingir o objetivo principal deste estudo, que é analisar o processo de regionalização da saúde na Região Ampliada do Norte de Minas Gerais e identificar continuidades e mudanças na organização/conformação da Atenção Hospitalar de Média Complexidade, desenvolveu-se o estudo descritivo, exploratório e documental, processando uma análise comparativa da oferta/capacidade instalada existente e das internações hospitalares ocorridas no período de 2003 a 2013. Foram levantados e analisados dados coletados em fontes secundárias - sistema DATASUS/SIH, DATASUS/CNES, SIOPS, IBGE. Ademais, utilizou-se de informações constantes em documentos do Ministério da Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, CONASS e outros, bem como, os existentes na literatura.

Os indicadores são medidas usadas para auxiliarem na descrição da situação de um determinado fenômeno ou problema, bem como para fazer comparações no tempo e no espaço.

Nesta tese, para analisar quais foram os sentidos das mudanças produzidas pela regionalização na oferta de serviços, no fluxo dos pacientes e no financiamento, tomamos as dimensões e os indicadores abaixo, considerando-os no período de 2003-2013.

Matriz – Dimensões e Indicadores – 2003 - 2013

Oferta / capacidade instalada
<ul style="list-style-type: none">• Total e percentual de unidades hospitalares por município/ região;• Total de leitos e índice/mil hab. por especialidades por município/ região;• Total de médicos e por mil/hab.por região;
Fluxo
<ul style="list-style-type: none">• internações gerais e por procedimentos hospitalares de média complexidade por município/ região;• internações por parto (exceto Alta Complexidade - partos de risco) por município/ região;
Financiamento
<ul style="list-style-type: none">• Participação da receita de impostos na receita total do Município;• Participação das transferências intergovernamentais na receita total do Município;• Participação % das Transferências para a Saúde (SUS) no total de recursos transferidos para o Município;• Participação % das Transferências da União para a Saúde no total de recursos transferidos para a saúde no Município;• Participação % das Transferências da União para a Saúde (SUS) no total de Transferências da União para o Município;• Participação % da Receita de Impostos e Transferências Constitucionais e Legais na Receita

Total do Município;

- Despesa total com Saúde, em R\$/hab., sob a responsabilidade do Município, por habitante;
 - Participação das transferências para a Saúde em relação à despesa total do Município com saúde;
 - Participação da receita própria aplicada em Saúde conforme a EC 29/2000.
-

Área de Estudo

O campo de investigação foi a Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas, situada no Estado de Minas Gerais, que é composta por 86 municípios e tem população de 1.577.300 habitantes, sendo um *locus* privilegiado para a implantação das propostas de Regionalização no SUS, dadas as suas características de menor desenvolvimento econômico e humano e de saúde. Em sua atual configuração como Região Ampliada apresenta nove Regiões de Saúde: Região de Saúde de Brasília de Minas/São Francisco, Região de Saúde de Janaúba/Monte Azul, Região de Saúde de Francisco Sá, Região de Saúde de Pirapora, Salinas/Taiobeiras, Região de Saúde de Januária, Região de Saúde de Coração de Jesus, Região de Saúde de Manga, Região de Saúde de Montes Claros/ Bocaiúva.

A maioria dos municípios dessa Região é de pequeno porte populacional e não possui demanda suficiente para albergar todos os níveis de atenção à saúde dentro de seus limites geográficos, sendo que administram, apenas, o nível de Atenção Básica. A oferta de serviços de Atenção Hospitalar de Média Complexidade está concentrada em treze municípios polos regional e a Atenção Hospitalar Terciária em Montes Claros. Muitos municípios dependem de outros para referenciar sua população à Atenção Secundária e Terciária, que traz desafios para a assistência à população em suas necessidades de saúde, inclusive pelas assimetrias entre os municípios ofertantes quanto à relação à capacidade instalada de serviços.

Esta situação problemática na Região Ampliada do Norte de Minas também foi mostrada pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais em 2012, quando a mesma apontou a existência de grande variabilidade dos índices no *Grau de Resolubilidade da Atenção Hospitalar de Média Complexidade* entre as Regiões de Saúde da Região Norte. Foram utilizados indicadores que, em relação aos elencos de serviços definidos, apresentaram índices de 52,50 a 95,91 nas oito regiões e Montes Claros/Bocaiúva em 99,26. Isso motiva a tomar a região como campo de estudo.

Essa característica se associa a outras, como a de possuir grande extensão territorial, grande quantitativo de municípios (86 municípios), com grandes distâncias em

quilômetros entre eles – alguns com distância de até 500 km da sede microrregional –, trazendo desafios para a assistência à população em suas necessidades de saúde.

A região destaca-se no setor saúde no cenário mineiro e nacional desde a década de 1970, por desenvolver políticas nacionais e estaduais e ter gestado local e regionalmente modelos de saúde inovadores – como o “*Projeto Montes Claros*” –, que buscaram responder ao contexto regional.

Levantamento dos dados

O estudo em questão tem como recorte temporal o período de 2003 a 2013 e foi definido devido ao ser o marco do processo da regionalização da saúde, ganhando destaque com a implantação da Norma Operacional de Assistência à Saúde do SUS – NOAS/ SUS, ocorrida a partir de 2002. O período abrange, ainda, a implementação do Pacto pela Saúde, que se orienta para superar a fragmentação da assistência à saúde através, dentre outras estratégias, da implantação da rede de assistência à saúde e a integração dos sistemas municipais.

A principal fonte de dados foi o DATASUS, do Departamento de Informática do SUS, da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Nesse sistema foram pesquisados dados sobre o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no DATASUS/SIH, os indicadores Municipais no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e no SIOPS, além dos dados sobre financiamento.

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) processado pelo DATASUS disponibiliza informações das atuais condições de infraestrutura de funcionamento dos estabelecimentos de saúde em todas as esferas, ou seja – federal estadual e municipal.

No ano de 2003 foi implantado o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) com uma proposta de unificação dos cadastros próprios de estabelecimentos utilizados pelos principais sistemas de informações em saúde, dentre eles o SIH-SUS.

O Sistema de Informações Hospitalares (SIH) é a principal fonte de informação sobre os procedimentos hospitalares remunerados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é gerado a partir dos dados da autorização de Internação Hospitalar (AIH), documento emitido em cada internação hospitalar pelo SUS, no Brasil, contendo as descrições dos procedimentos realizados. A AIH é um documento emitido pelo gestor municipal que autoriza a internação e

assegura o pagamento das despesas médico-hospitalares em conformidade aos valores estabelecidos, com ressarcimento pelo Ministério da Saúde pelas internações processadas. A disponibilidade da AIH vincula-se teoricamente às necessidades da população em cada município, sendo variável em decorrência das singularidades de cada um deles quanto à disponibilidade de serviços de saúde e outros aspectos como os demográficos, socioeconômicos e culturais.

O levantamento de dados secundários foi realizado, inicialmente, para caracterizar a área de estudo, a Região Ampliada do Norte de Minas. Dadas as suas características de pobreza e de desigualdades socioeconômicas, comparativamente a outras regiões de Minas, buscou-se compor seu perfil com dados referentes à renda municipal e IDH, que pudessem servir de indicadores do contexto em que se conforma a Atenção Hospitalar de Média Complexidade. Em seguida foram colhidas as informações sobre a divisão espacial das Regiões de Saúde e da oferta/capacidade regional instalada. Foram utilizados dados da SES/MG, IBGE, Fundação João Pinheiro e outras fontes de dados secundários. As distâncias em Km dos municípios polos regionais até Montes Claros – principal município que realizou internações de residentes em outras localidades – são as constantes no Guia Rodoviário de 2010. Ademais, foram utilizados outros dados constantes no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Em uma segunda etapa foram levantados dados sobre oferta/capacidade instalada hospitalar no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como dados sobre financiamento no SIOPS, todos processado pelo sistema DATASUS.

Em uma terceira etapa levantou-se o quantitativo das internações hospitalares, constantes no sistema DATASUS/ SIH, como “Procedimentos hospitalares do SUS - por local de residência” em Minas Gerais e “Procedimentos hospitalares do SUS - por local de internação”. Foram selecionados dados referentes tanto às nove regiões de saúde, quanto aos 86 municípios da Região Ampliada do Norte de Minas, referentes às séries temporais de 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2012, 2013. Para a pesquisa sobre os procedimentos de Média Complexidade no endereço eletrônico do DATASUS, houve algumas limitações pela ausência de disponibilidade de informações nos anos de 2003 a 2007 acerca da complexidade dos procedimentos: Média e Alta Complexidade, o que condicionou a ser levantados dados, apenas, do período de 2008 a 2013.

Formas de processamento dos dados

Todos os dados foram compilados no banco de dados no programa Microsoft Office Excel e organizados em Tabelas, quadros e gráficos, seguindo os indicadores de internação, taxas e coberturas e a variação por série histórica. A análise foi processada seguindo as etapas descritas abaixo.

1- Análise da Atenção Hospitalar em sua totalidade na Região de Saúde do Norte de Minas, nos aspectos referentes à: a) área geográfica e população adscrita e suas necessidades de saúde; b) oferta/capacidade instalada quanto à disponibilidade e distribuição na conformação geográfica e dinâmica dos complexos regionais, perfil público ou privado e distribuição geográfica hospitalar do SUS; a oferta de serviços por especialidade de internação hospitalar: Cirurgia, Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria e outras; Número de Leitos hospitalares no SUS (Coeficiente por mil habitantes) e a Cobertura populacional prevista por município nas Regiões e Região Ampliada de saúde; c) internações processadas no local de residência dos pacientes e no município polo da Região Ampliada de Saúde–Município de Montes Claros no período de 2003 a 2013. Os dados foram levantados, agrupados e expostos em tabelas e em seguida analisados no tocante à frequência e percentual nos procedimentos de média e alta complexidade e ao total de internações por mil/hab.

2- As internações hospitalares/procedimentos foram analisadas em sua frequência e percentual segundo o local de residência e de internação no período relativo a 2003 a 2013. Foram levantados dados dos procedimentos hospitalares realizados nas internações processadas por residentes nos municípios de cada Região de Saúde e por internações hospitalares processadas em todos os municípios e nas Regiões de Saúde.

Utilizou-se a fórmula:

$$\frac{\text{Total de procedimentos hospitalares. realizados pelos residentes} \times 100}{\text{Total de internações processadas na Região de Saúde}}$$

A partir desse agrupamento foi possível verificar se as internações estão dentro dos parâmetros médios de Minas Gerais, em relação ao total de internações e à alta e média complexidade, e sua correspondência com IDH baixo ou médio, que poderia representar menor ou maior acesso à assistência à saúde.

3- As internações hospitalares/procedimentos de Média Complexidade foram analisadas em sua frequência e percentual, considerando o local de residência dos pacientes

e o local de internação nos estabelecimentos hospitalares da rede do SUS. No local de internação foi considerada a alocação do estabelecimento segundo o município, a região de saúde, a Região Ampliada do Norte de Minas e outras Regiões do estado no período de 2008 a 2013. A escolha desse período decorreu da não existência de dados do período de 2003 e 2007 no DATASUS/SIH de internações discriminadas por complexidade do procedimento.

A análise dos dados de 2008 a 2013, sobre local de residência e local de internação por procedimentos de Média Complexidade, permitiu compor o fluxo dos pacientes às internações hospitalares. O município de Montes Claros foi destacado no estudo como local de internação de referência, como polo da Região Ampliada do Norte de Minas para procedimentos de média e alta complexidade e referência de assistência hospitalar. Ademais, para compor o estudo do fluxo analisaram-se as internações por subgrupo procedimento, *0310-Parto e nascimento*, através dos índices de cobertura por internações e os municípios e unidades de ocorrência, por ser o mais frequente na Atenção Hospitalar de Média Complexidade.

4-Recursos financeiros per capita aplicados na assistência à saúde nos municípios em relação às diferentes fontes (transferência e recursos próprios).

Ademais se comparou as regiões de saúde tomando os mesmos indicadores. Busca-se entender a especificidade das regiões de saúde analisando-as no contexto central da regionalização e em suas características no contexto dos municípios que as compõem.

A regionalização tem sido estratégica de planejamento do governo federal, estadual e municipal no setor saúde, o que impõe a este estudo a necessidade de situar e analisar este objeto, tratado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A Regionalização no setor saúde, junto com a descentralização, marcou as Reformas dos Estados Nacionais na Europa Ocidental, América Latina e América do Norte, nas últimas décadas do século XX, entendendo-se até os dias atuais. Em muitos países a regionalização foi uma forma de organizar redes de serviços e fortalecer autoridades sanitárias regionais na gestão dos sistemas de saúde.

No Brasil, a regionalização estabelecida legalmente desde 1988, somente foi priorizada como política na entrada do Século XXI.

Neste capítulo tentamos contribuir para o entendimento do cenário da regionalização no setor saúde em outros países e no Estado brasileiro.

2.1 Aportes sobre a Regionalização da Saúde no nível internacional

O tema regionalização pode ser considerado clássico e recorrente no campo da gestão pública, relacionado aos seus múltiplos significados e dimensões e ao seu potencial teórico e prático em diferentes setores e áreas. Tem sido abordado como estratégia para facilitar a gestão dos fenômenos que se distribuem em determinado espaço territorial e que ocorrem de forma peculiar e diferenciada, bem como para tratar sobre o planejamento territorial e a articulação de políticas no território.

A ideia de sistema regionalizado para a saúde foi introduzida na Inglaterra pelo médico inglês Bertrand Dawson que produziu o Relatório Dawson, publicado em 1920, o qual continha uma descrição completa da estrutura e do funcionamento do modelo proposto.

O autor, opondo-se ao modelo flexneriano¹¹, defendia a implantação de um sistema de saúde com serviços de saúde regionalizados, responsáveis por articular as ações preventivas e terapêuticas, em bases territoriais. Esse sistema deveria se organizar de forma integrada, tendo serviços "domiciliares" no nível local, apoiados por centros de saúde

¹¹Refere-se ao paradigma baseado nas propostas do Relatório Flexner, publicado em 1910 pela *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, que conduziu a super especialização médica. Nesse, foram definidos os padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, nos cursos médicos; introdução do ensino laboratorial; o estímulo à docência em tempo integral; a expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; a vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; controle do exercício profissional pela profissão organizada (FRANCO & MERHY, 2003, p. 72).

primários, considerados "porta de entrada" e onde se alocariam os laboratórios, a radiologia e acomodação para internação, com médicos generalistas que prestariam assistência de forma autônoma ou através de contratos pelo sistema de seguro social. A esses estariam vinculados, em cidades maiores dentro da região, os centros de saúde secundários com oferta de serviços especializados e, ainda, os hospital de referência. Todos os serviços seriam integrados ao sistema e coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. Assim, o autor expressou no relatório muitos dos conceitos atuais que deram origem aos conceitos de territorialização, atenção à saúde pública e articulada pelo Estado, gestão única, organização por níveis de atenção coordenados pela atenção primária – porta de entrada do sistema, promoção com vínculo da população a um território, a referência a outros níveis e coordenação.

A ideia de regionalização para a garantia de acesso aos serviços de saúde e a proposta sobre um sistema assim modelado difundiu-se entre os formuladores de políticas de saúde em outros países, principalmente através da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos. Por consequência, teve origem ao modelo de *Medicina Comunitária* adotado como alternativa para aumentar o acesso da população mais pobre, diminuindo os custos dos serviços médicos (VIEIRA, 2004).

Uma série de planos e programas de medicina comunitária que se espelhavam no Relatório Dawson foi adotada na perspectiva de contenção das demandas por serviços de saúde que avultavam e tornavam-se difíceis de serem respondidas nos países pobres. Pode-se citar o Plano Decenal de Saúde das Américas no Brasil, o modelo adotado no “Projeto Montes Claros”, o Programa de Extensão de Cobertura (PECs) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que, em parte, a reproduziram (OLIVEIRA, TEIXEIRA, 1989; FLEURY, 1995; NUNES, 1998), porém limitando-se aos cuidados primários e a nível local.

Após a Segunda Guerra Mundial, na Inglaterra, em 1942, a proposta do Relatório Dawson foi recuperada com adaptações pelo Relatório Beveridge em 1948 subsidiou a implantação do National Health Service (NHS).

Nesse sistema, os serviços foram estruturados com médicos generalistas e contratados por capitação, que prestavam assistência aos pacientes a eles vinculados e que os referenciavam, quando necessário, a outros níveis do sistema. Os hospitais, nacionalizados e encampados pelo sistema, atuavam dentro das regiões e com delegação do poder central a partir das bases de referência de um hospital universitário. O âmbito populacional de atuação do sistema regionalizado era na ordem de dois milhões de pessoas e foram adotados os

princípios de universalidade, equidade, integralidade e hierarquização. Esse modelo, predominante nos dias atuais, é universal e igualitário, embora tenha sofrido mudanças e ainda haja críticas sobre o acesso para os níveis especializados (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

Segundo esses autores, o modelo regionalizado contido no Relatório Berevidge foi seguido pelos países nórdicos e pelo Canadá, que o inseriram de acordo com seu arcabouço jurídico e aos arranjos institucionais, tanto nos Estados unitários quanto em países federativos. Eles mantiveram o comando único e a priorização do primeiro nível de assistência com resolutividade, a “qualificação dos recursos humanos, o acesso a meios diagnósticos e terapêuticos e as articulações funcionais com os demais componentes da rede”. O financiamento foi adotado de modo diversificado.

No caso dos Estados unitários, as regiões são estabelecidas por delegação do poder central, ainda que com um grau considerável de autonomia (desconcentração) e, no caso das federações ou de arranjos federativos - Canadá, Espanha, Itália, entre outros, a descentralização é feita para as províncias (ou seus equivalentes). As bases para o planejamento são as regiões e os distritos e as atribuições assumidas pelos governos locais, em geral, restringem-se ao cuidado social (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Deve-se ressaltar que este modelo é semelhante ao SUS quanto aos princípios que o regem e à organização do sistema, mas também contém algumas diferenças, dentre elas a forma de pagamento aos prestadores.

Nos anos 1990, a Inglaterra elaborou uma primeira reforma em seu sistema, a partir da qual separou o financiamento da provisão, com os hospitais passando à condição de entes públicos autônomos que disputam contratos realizados pelas entidades sanitárias. As dificuldades surgiram pelos inúmeros contratos com prestadores, que levaram à fragmentação da assistência e restringiram o acesso da população mais vulnerável, como idosos, dentre outros problemas.

Já na década de 2000, nova reforma manteve a contratualização, mas com a definição central das diretrizes, parâmetros e indicadores para a elaboração dos contratos. Fortaleceu-se a coordenação entre os níveis da rede e reforçaram-se o planejamento e o papel “das autoridades sanitárias nacionais, regionais e distritais”. Ademais, reforçaram-se arranjos cooperativos na atenção primária, *PrimaryCareTrusts* (PCT), que agregam os generalistas e que, “em conjunto com as autoridades regionais, compram serviços para seus usuários”. No âmbito da assistência aos doentes crônicos passaram a funcionar redes clínicas—

clinical networks – com articulação entre profissionais dos diversos níveis de atenção, que elaboram protocolos e mecanismos de integração de práticas. Na atual conjuntura, busca-se a integração do cuidado (KUSCHNIR; CHORNY, 2010, p.2311).

Nos Estados Unidos funciona outro tipo de sistema público, que atua através de seguro voluntário de empresas de responsabilidade federal – *Medicare* – e que é dirigido à população maior de 65 anos e o *Medicaid* para cobertura de populações de baixa renda e dirigido pelos estados. Centra-se “no pagamento por captação a distintos tipos de organizações que se responsabilizam pela provisão de todo o cuidado a um paciente” em rede própria de serviços ou contratos com provedores. Os administradores de planos – *managed care* – têm mecanismos de controle de acesso a especialistas e da proporção de crônicos (KUSCHNIR, CHORNY, 2010, p.2313).

A alta fragmentação da assistência tem levado a buscar modelos de sistemas integrados de provisão – IDS para uma população definida, que se responsabilize por resultados clínicos e econômicos, bem como a adoção de formas de pagamento com cada vez maior transferência de risco aos provedores, inclusive com a substituição dos hospitais filantrópicos, que haviam sido responsáveis pela maior parte da provisão por corporações lucrativas (KUSCHNIR, CHORNY, 2010).

Na Espanha, o modelo contempla a descentralização política, com transferência do poder de decisão quanto à formulação, planejamento e regulação da política de saúde, dos serviços do nível central para os níveis regionais (CCAA). A gestão do Ministério da Saúde é limitada e concentrada em maior grau na Comunidade Autônoma - CCAA, que exerce de fato o comando da política de saúde. Adota a regionalização em seu modelo, sendo as zonas de saúde o marco territorial da atenção primária onde se desenvolvem atividades sanitárias vinculadas aos centros de saúde. Há uma organização territorial dos serviços de saúde a partir do desenho de áreas e zonas. O primeiro nível é a atenção básica, realizada através do médico geral de família, sendo a porta de entrada para a saúde, e, o segundo nível, o especializado concentrado em hospitais. Há cobertura de 99,5% da população. Utiliza-se de uma Carteira de Serviços Básicos, comuns a todas as CCAA, definidos pelo governo central, que é distribuída territorialmente de maneira a favorecer a integração entre a atenção primária, especializada e hospitalar. O financiamento é público e distribuído pelo governo central (PEREIRA, 2014).

Resumidamente, pode-se dizer a partir da análise de Viana e Lima (2010, p.1), que a experiência internacional

sugere que, em grande número de países (tais como Inglaterra, Itália, Alemanha e Canadá), a descentralização da política de saúde articulou-se à regionalização por meio da organização de redes de serviços, associadas à criação e fortalecimento de autoridades sanitárias regionais. Essa agenda foi construída visando alcançar maior grau de eficiência e efetividade dos sistemas de saúde, e maior democratização e transparência dos processos decisórios na saúde.

Não há um modelo único, embora os modelos tenham formas hegemônicas de organização e financiamento que os caracterizam, centradas na integração de serviços.

No Brasil tem-se um sistema pluralista no sentido de conviverem, em relação ao acesso e às fontes de financiamento, vários sistemas públicos e privados. Além do Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente constituído e integrado à seguridade social, que preconiza o acesso universal, gratuito e financiado com recursos públicos; há os sistemas previdenciários dos servidores públicos, civis e militares, restritos a seus beneficiários e financiados com recursos públicos e dos próprios servidores e o sistema privado, conhecido como Sistema de Saúde Suplementar (SSS) que é administrado por operadoras de planos de saúde; medicina de grupo, companhias de seguro, cooperativas médicas, sendo financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores e, ainda, os provedores privados autônomos de saúde.

Ao Sistema Único de Saúde (SUS) foram incorporados conceitos, princípios e lógica organizativa, como a descentralização, regionalização, comando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação da comunidade. Contudo, o acesso universal ainda tem tido uma aplicação limitada, principalmente em função da baixa disponibilidade de serviços em relação às necessidades da população e do direcionamento para a focalização nas populações mais pobres e vulneráveis.

2.2 A Regionalização da Saúde no Brasil

A regionalização da saúde no SUS, instituída legalmente como diretriz na Constituição Federal e na Lei 8080/90, e regulada através das Normas Operacionais Básicas e Normas Operacionais de Assistência à Saúde-NOAS, somente foi efetivada nos anos 2000, após uma maior celeridade no processo de descentralização.

No desenho do sistema atual, a região de saúde e a regionalização têm sido reforçadas no sentido de se consolidarem como estratégias de planejamento do governo federal, estadual e municipal. Conforme já esclarecido, tais estratégias visam ao

enfrentamento da complexidade das desigualdades na formação sócio espacial brasileira, com a perspectiva de promover o acesso à assistência à saúde onde esta é mais necessária, buscando garantir menores custos para o sistema e para a população.

A regionalização é considerada como capaz de promover o fortalecimento dos municípios por meio da articulação e a cooperação entre esses entes federados, levando ao fortalecimento da participação decisória e organização para melhor responder aos desafios existentes.

A região de saúde é assumida como a principal base territorial de planejamento de atenção à saúde, por ser lócus em que são possíveis identidades compartilhadas nos aspectos socioeconômicos e culturais, redes de comunicação, infra-estruturas de transportes, redes de ações e serviços direcionadas para a integralidade da atenção à saúde. Para Dourado e Elias (2011), são a proximidade e contiguidade definidas por uma maior semelhança em um território ou região que parecem levar a uma maior identificação e a um maior relacionamento e vontade comum, facilitando o planejamento e a inter-relação em rede.

O conceito de região, tomado no SUS é entendido não apenas como espaço geográfico ou territorial, mas lugar onde vivem indivíduos, famílias, populações, em que se configuram as ações humanas, se expressam modos de vida resultantes do processo histórico, da base material, do meio construído pelo movimento da sociedade.

Esses aspectos citados pelos autores estão contidos na definição de região do Decreto do Executivo Federal nº 7.508 de 28/06/2011, que define Região de Saúde como o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

Contudo, há muitas variáveis a serem consideradas quando se trata de organizar um sistema de saúde regionalizado, como os aspectos das necessidades regionais, o direcionamento de recursos – o que, às vezes, gera conflitos de interesses –, o fluxo espontâneo de usuários para diferentes municípios em busca de assistência à saúde; fluxo esse influenciado pela oferta, constituída por prestadores e serviços instalados, muitas vezes, numa lógica mercantilista.

Estas questões impõem buscar a clara definição do perfil de cada unidade e das responsabilidades de cada município na organização dos serviços de saúde para atender à demanda e para compor os fluxos de referência aos serviços de saúde.

A concepção de oferta na produção de ações de saúde prevê uma distribuição técnico-espacial dos serviços de saúde numa determinada área municipal e regional, com inter-relação e cooperação entre esses serviços, com articulação em rede, que possa levar ao uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias. As diretrizes organizativas da hierarquização e regionalização vão nessa direção de organizar os serviços na lógica de complexidade e custo por níveis de atenção à saúde, situando os serviços de atenção básica, dispersos e próximos da população e os de média e alta complexidade regionalizados, visando à concentração do volume para redução de custos.

As necessidades de saúde e a atenção à saúde – e nesta a assistência ambulatorial e hospitalar – apresentam-se com frequência e características não uniformes no espaço geográfico, com diversidades desde o território, ao nível local e até a região de saúde.

A fragmentação dos serviços de saúde é uma questão que envolve a maioria dos sistemas de saúde, estando presente no SUS, retratando a que falta de coordenação entre os diferentes níveis locais de atendimento, a duplicação de serviços e infraestrutura, a capacidade instalada ociosa e serviços de saúde prestados no lugar que não alcança a população em suas necessidades de saúde, especialmente nos hospitais.

A regionalização está estabelecida para favorecer a formação de redes de atenção, tendo como centro a Atenção Básica, no sentido de propiciar maior acessibilidade do ponto de vista sócio organizacional e também a otimização da oferta (STARFIELD, 2002) e para romper com a fragmentação da Atenção à Saúde.

Pestana e Mendes (2004) defendem a formação de rede de atenção à saúde a partir da regionalização cooperativa, considerando que esta reforça o poder compartilhado, a partir da associação dos municípios com base na cooperação gerenciada e na ação solidária. Essa pode promover a oferta dos serviços de saúde de forma econômica e de qualidade e com a utilização e a produção de conhecimentos e tecnologias, e propiciar a constituição de sistemas microrregionais ou regionais estruturados na lógica das necessidades e demandas da população.

Os gestores municipais são atores políticos com responsabilidade sanitária e a cabe a eles a efetivação, o aprofundamento e a extensão do processo de organização dos sistemas municipais de saúde. Além disso, fica a cargo dos mesmos a provisão e a resolutividade de serviços nos territórios municipais em todos os níveis de complexidade do sistema, bem como atuar nas possibilidades de implementação da regionalização.

A trajetória da regionalização da saúde no Brasil pode ser apreendida ao se analisar as Normas Operacionais de Saúde e o Pacto de Saúde.

2.2.1 A Regionalização e as Normas Operacionais de Saúde

Com a Constituição Federal de 1988, o Brasil adotou uma estrutura federativa trina – União, Estados e Municípios como entes federativos e houve a expansão das competências dos Estados e Municípios, resultante da democratização e da descentralização política e fiscal. Também foi incluída a descentralização na área da saúde.

Através da Lei 8080/90 ficou estabelecida a divisão de poder entre os três níveis (federal, estadual e municipal), o que implicou no redesenho das funções de governo e processos diversos de realocação, consolidação e devolução de funções anteriormente situadas na órbita do poder central.

Na década de 1990 houve, na saúde, um foco acentuado na descentralização e na municipalização dos serviços e gestões. A leitura das Normas Operacionais de 1993 e 1996 revela a relevância dada à organização dos serviços e da gestão municipal.

A Norma Operacional Básica do SUS- NOB01/93, editada após a publicação do documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, do Ministério da Saúde definiu, pela primeira vez, uma graduação em relação à municipalização, com vistas a aumentar o grau de descentralização almejada pelo SUS.

Foram apontadas estratégias, instrumentos e estruturas para que, em conformidade ao modelo preconizado para o Sistema Único de Saúde, estados e municípios aumentassem o grau da capacidade gerencial e passassem a promover a criação dos conselhos e fundos de saúde, planos estaduais e municipais, além da elaboração de relatórios de gestão. Através desta norma foram estabelecidos centros deliberativos como as Comissões Intergestores Bipartite, no campo estadual, e a Comissão Intergestores Tripartite no campo federal, incluindo as estratégias de inter-relação entre estes e os Conselhos de Saúde.

A regionalização esteve ausente da Norma Operacional Básica de 1993 (BRASIL, 1993), embora tenha sido citada nos itens sobre a articulação intermunicipal. A Norma Operacional Básica de 1996 (BRASIL, 1996), por sua vez, tratou-a de forma restrita e apenas no enfoque da estruturação do sistema municipal.

A Norma Operacional Básica do SUS- NOB01/96 centrou-se na aceleração do processo de descentralização da saúde, com o repasse de recursos aos municípios-marco da descentralização financeira – e com a instituição do PAB: Piso da Atenção Básica (PAB) e da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Essa norma também ampliou o foco do modelo de atenção com a inclusão de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde e introduziu o conceito de vínculo entre população e agentes dos sistemas de saúde. Instruiu

sobre questões relacionadas ao controle, avaliação e programação da assistência e sobre o financiamento dos serviços de saúde. Reformulou o processo de gestão e definiu as responsabilidades de cada gestor nas diferentes esferas de governo, criando duas condições de gestão: a Gestão Plena das Ações Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde (BRASIL, 2009, p 33).

Na primeira, o município orienta o repasse de recursos, “Fundo a Fundo”, para o financiamento das ações da Atenção Primária de Saúde, sendo esses recursos definidos através de um valor *per capita* a ser decidido pelo Conselho Nacional de Saúde. Nesse sentido, o repasse restringe-se a um pacote básico de ações financiadas por um valor fixo *per capita* a ser transferido pelo nível federal. Na segunda, o município recebe o financiamento de toda a assistência em saúde e passa de “prestador” a gerente do sistema. Isso propicia ao gestor a responsabilidade pela elaboração de toda a programação da política local de saúde e são aumentados os recursos repassados automaticamente, “Fundo a Fundo”, ao município.

A NOB/1996 criou condições para a emergência dos gestores municipais como atores políticos e com responsabilidade Sanitária, mas, por outro lado, reduziu a fronteira de autonomia decisória local com o aumento da vinculação do repasse à adesão às diretrizes formuladas centralmente (SILVA, SOUZA e BARRETO, 2014).

Embora durante toda a década 1990 tenham existido dificuldades para a descentralização no setor saúde e implementação do SUS tanto na organização de sistemas municipais de saúde, quanto na provisão e resolutividade de serviços nos territórios municipais em todos os níveis de complexidade do sistema, também foram aferidos vários avanços no período. Houve a fixação do orçamento da saúde e seu crescimento e, em relação à gerência do sistema público, “uma maior regulação e intervenção no mercado, o melhor controle dos gastos e os programas de qualidade”. No início de 1998 foi introduzido o Piso da Atenção Primária (PAB) e as transferências dos recursos via faturamento (produção), assumiram a forma de repasses automáticos pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde (BRASIL, 2002, p.5).

Para Draibe (1990, p.42), a forma como se desenvolve as políticas sociais nos anos 90 reproduz o quadro vigente dos 80, mantendo a convivência com situações de miséria e pobreza, inaceitáveis para o grau de desenvolvimento econômico, com a extrema centralização política e financeira no nível Federal; acentuada fragmentação institucional; a exclusão da participação social e política dos processos decisórios; o princípio da privatização e/ou o autofinanciamento do investimento social e o uso clientelístico da máquina social.

Ao propiciar a assunção de um maior grau autonomia aos municípios e torná-los co-responsáveis pela saúde, colocaram-se a descoberto as dificuldades de assistir à população dentro de um quadro de grandes desigualdades financeiras, técnicas e de gestão existentes entre Estados e Municípios. Mostrou-se a questão da dependência entre os entes federados para implementar o preconizado legalmente pelo Sistema Único de Saúde. Também ficou evidente a necessidade do estabelecimento de ações direcionadas à cooperação entre as três esferas de governo e a busca da superação das relações assimétricas que vinham desenvolvendo entre si, no âmbito de um sistema político e financeiro altamente competitivo.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS no1/2001 de janeiro de 2001) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/2002 - NOAS/SUS 01/02 (Portaria nº 373 em fevereiro de 2002) vieram para tentar suplantar alguns desses entraves e para estabelecer o comando único sobre os prestadores de serviços do SUS.

A estratégia de regionalização foi priorizada e buscou-se normatizar itens que vinham interferindo na gestão do SUS, como a divisão de responsabilidade entre estados e municípios: o processo de habilitação, o financiamento do sistema, planejamento e organização funcional do sistema e a resolutividade e acesso aos serviços. Além disso, a NOAS/ SUS 01/01 ampliou o conceito de Atenção Básica à saúde (Atenção Primária) e incrementou o espectro dos recursos federais transferidos por capitação aos estados e municípios.

A NOAS/SUS 01/02 assegurou a manutenção das diretrizes organizativas definidas pela NOAS/SUS 01/01. Ela resultou da pactuação entre instituições representativas dos entes federados através do CONASS e das Secretarias Municipais de Saúde, através do CONASEMS (MINISTERIO DA SAÚDE- MS, 2002).

A Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 (Brasil, 2002) visou à maior equidade e fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde. A partir dela, foram estruturadas algumas estratégias que transferiram o foco descentralizatório da municipalização para a regionalização: a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), com a instituição de módulos assistenciais, micro e macrorregiões, e do Plano Diretor de Investimentos (PDI); o fortalecimento da gestão pública estadual e municipal e do comando único em cada nível de governo; e a instituição de novos critérios e de novas formas de habilitação de estados e municípios.

Através da implantação de um planejamento integrado, buscava-se melhor assistir à população por meio do direcionamento do fluxo para um nível microrregional,

possibilitando o acesso dos cidadãos aos serviços assistenciais que não estivessem disponibilizados nos municípios em virtude de seu porte populacional.

Foi implantado o Plano Diretor de Regionalização – PDR, com uma possível configuração dos territórios estaduais em regiões/microrregiões, instituídas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acesso a partir do diagnóstico dos principais problemas de saúde e das prioridades de intervenção.

Foram definidos critérios para a criação dos módulos assistenciais, bem como as redes hierarquizadas de serviços e mecanismos e fluxos de referência e de contrarreferência intermunicipais. Foram estabelecidos quais procedimentos seriam considerados de Média Complexidade, a serem ofertados no primeiro nível de referência intermunicipal no âmbito microrregional nas atividades ambulatoriais de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. Normatizaram-se algumas das responsabilidades municipais sobre a assistência primária à população, definindo-se determinadas ações estratégicas de atenção Básica que passou a ofertar um conjunto de ações necessárias à resolução dos problemas mais comuns da população. O Plano Diretor de Regionalização (PDR) passou a ser coordenado pelas Secretarias Estaduais de Saúde (BRASIL, 2004).

A partir das NOBS e NOAS, dentro do processo de descentralização e regionalização, a gestão da saúde em municípios de médio e grande porte passou a incluir a gestão da rede de serviços de média e alta complexidade que, na maioria das vezes, configuram-se como centros de referências intermunicipais. Na área da assistência hospitalar, o repasse de recursos tomou como base de cálculo o montante financeiro a ser gasto com ações que envolvessem assistência à população de referência de outros municípios.

Mendes (2003) cita problemas operacionais na implantação da NOAS, como dificuldade de estabelecer o comando único, de assegurar a totalidade da gestão municipal nas sedes dos módulos assistenciais e os desafios para a efetivação da gestão estadual para as referências intermunicipais. Ademais, manteve o foco na gestão da oferta, reproduzindo as fragilidades das normas operacionais anteriores, principal problema das NOAS SUS 01/02.

Também foi priorizada a Atenção de Média e Alta Complexidade em detrimento da Atenção Básica. A definição normatizada dos módulos assistenciais contribuiu igualmente para dificultar a criação de regiões de saúde que respondessem às necessidades locais.

Vários autores relacionam a edição das normas operacionais da saúde com os resquícios de uma prática centralizadora e vertical, os quais permaneceram por um longo tempo induzindo os níveis subnacionais de governo a aceitarem as concentradoras decisões

sobre políticas e ações, fixando regras e promovendo a dependência de recursos de financiamento marcados pela transitoriedade.

Autores como Levcovitz, Lima e Machado (2001) são contestados em relação à afirmativa de que houve expansão da autonomia dos municípios, contrapondo argumentos de que os municípios aceitaram cumprir os requisitos das Normas sem que tivessem condições necessárias para concretizar o previsto nelas. Contudo, ao mesmo tempo em que não propiciaram condições desejáveis para que o grau de autonomia dos outros entes federados no setor saúde fosse aumentado, permitiram garantir avanços na construção e desenvolvimento do SUS, principalmente na expansão da atenção à saúde.

Entre 1994 e 2002 foram criados os programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família (PACS-PSF), sendo definidos os recursos capitados para o financiamento da Atenção Básica (Atenção Primária) e realizada a transferência de hospitais federais para os Estados. Essas medidas acompanharam-se da definição e implantação das políticas para a regulação de bens, produtos, serviços e tecnologias de saúde (com a criação da Agência Nacional de Vigilância de Saúde – ANVISA). Além disso, foi criado o cartão SUS, que levou à melhoria dos sistemas de informação e a adoção de políticas para atenuar o efeito de fatores de risco na saúde (MEDICI, 2014).

Implantaram-se mecanismos de acompanhamento dos gastos públicos setoriais (SIOPS) e houve a vinculação, nas três esferas de governo, dos recursos orçamentários destinados à saúde através da Emenda Constitucional (EC) 29 pelas (MEDICI, 2014).

A regionalização institucionalizou instâncias e processos de participação e negociação entre os vários municípios e propiciou uma ação organizada no sentido de ampliar a assistência à população. A inclusão da regionalização como prioridade na NOAS, muito embora tenha sido uma regionalização normativa, possibilitou que o conceito de regional e região de saúde fosse discutido e estabelecido como local da assistência à saúde.

Em 2006 foi instituído o Pacto pela Saúde, composto por um conjunto de reformas institucionais consensuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Esse pacto foi implementado por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que estabeleceu metas e compromissos para cada ente da federação no SUS substituindo os processos de habilitação, no sentido de propiciar maior autonomia a Estados e Municípios, com a definição mais clara das responsabilidades destas esferas, e o desenho do conjunto de reformas institucionais, pactuadas entre as três esferas de gestão (BRASIL, 2006).

Uma das vertentes do Pacto pela Saúde foi o Pacto de Gestão, em que estão contempladas as diretrizes da descentralização, da regionalização, do financiamento, da programação pactuada e integrada, da regulação, da participação e do controle social, do planejamento, da gestão do trabalho e da educação na saúde.

A partir do Pacto de Gestão houve o direcionamento para a conformação de sistemas regionais de saúde e a organização da saúde com base no princípio da integralidade das ações e serviços. Também resultou dele a definição dos recursos financeiros destinados a apoiar os processos e iniciativas que envolvem a conformação ao sistema e houve a valorização das esferas estaduais e municipais e a criação de novas instâncias de coordenação federativa. Foram constituídas as regiões de saúde e os planos diretores de regionalização, orientadas pelo nível estadual. Ficaram mantidos o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) como principais instrumentos da regionalização (BRASIL, MS. 2006).

Em relação ao financiamento, os recursos foram conformados em cinco grandes blocos para a transferência de recursos federais, sendo eles: atenção básica; atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar; vigilância em saúde; assistência farmacêutica; e gestão do SUS.

Em relação à gestão, foram definidas estruturas – Comissões Intergestores Regionais (CIR) com a participação dos gestores nas regiões de saúde, visando ao exercício da ação cooperativa. Para tanto, instituiu-se um espaço de governança em âmbito regional no sentido de qualificar o processo de regionalização no SUS, garantindo maior representatividade da esfera municipal com a participação dos gestores de todos os municípios que compõem a região de saúde. As CIR constituem espaços de decisão através da identificação, definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integrada e resolutiva (CONASS, 2011).

Esta ideia de território regional construída não apenas como agregação de municípios, mas como base territorial de planejamento, redes de ações e serviços, fluxos assistenciais foi flexibilizada no Pacto de Saúde considerando que os critérios devem ser estabelecidos pelos gestores locais, inclusive no sentido de indicarem metas a serem alcançadas por meio da pactuação regional.

Em junho de 2011 o governo federal estabeleceu o Decreto 7.508, regulamentando a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, no sentido de dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação inter-federativa, dentre outras. Outros aspectos como o financiamento e

a transferência dos recursos financeiros, sobre os quais havia uma grande expectativa, não foram regulamentados pelo Decreto.

A análise do processo de descentralização e de regionalização em curso mostra avanços e desafios. Em relação aos avanços, pode ser citada como os mais relevantes, a ampliação da extensão e da cobertura dos serviços, a maior integração entre os serviços públicos de saúde através do comando único e a descentralização associada à noção de sistema, as novas relações entre entes de governo, serviços e instituições em geral e a ampliação dos mecanismos de participação social com valor agregado de democratização (GOULART, 2008).

Deve-se ressaltar que as Normas Operacionais na década 2000, NOAS-SUS 01/2001 e 01/2002 e o Pacto pela Saúde propiciaram a definição de um novo desenho de regiões de saúde, um maior grau de autonomia e a ampliação do protagonismo dos governos locais e a estruturação de um modelo regionalizado de atenção, com consequente reordenamento da rede assistencial de média e alta complexidade.

Estes últimos foram fundamentais para ajustar os modelos de gestão e atenção à saúde aos contextos e às necessidades locais. Contudo, ainda não se concretizaram de forma desejável relações cooperativas, solidárias e não predatórias que permitiriam criar e melhor conduzir as redes de saúde.

Entre os dilemas que ainda persistem está o modelo médico privatista, tecnológico e baseado na oferta, sem foco na promoção da saúde, que persiste apesar dos mecanismos de indução colocados nas normas operacionais e no Pacto pela Saúde (GOULART, 2008). Outros é o dilema do financiamento, tendo o Brasil um baixo gasto público na Saúde e dificuldades para implantar um sistema público universal. Persistem as heterogeneidades entre os entes federados, que tornam muito complexas e desiguais as capacidades de aporte e gastos, levando a constrangimentos na descentralização da saúde. Observa-se que os gastos totais do Governo Federal com ações e serviços de saúde representam 42,93%, enquanto os dos estados, municípios e Distrito Federal somam 57,07% dos recursos aplicados em saúde (CONASS, 2015).

Ademais, há os desafios de estabelecer a gestão solidária e cooperativa e consolidar os espaços de governança regional, ultrapassando o exacerbamento da autonomia dos municípios (municipalização autárquica), a agenda do SUS, o aprimoramento da capacidade de planejamento regional, o monitoramento e a avaliação das redes regionalizadas de atenção à saúde.

O processo tardio de regionalização, que foi implementado somente após os vários ciclos de descentralização e sob forte indução e regulação federal, dificultou a integração em rede das ações e serviços de diferentes níveis de complexidade situados em distintos espaços geográficos e territórios político-administrativos. Atualmente, enfrenta-se a inadequação do sistema de gestão da regionalização; as dificuldades no atendimento mais especializado nos segmentos de ambulatório, de internação e de exames da clientela encaminhada; a insuficiência da oferta de média e alta complexidade.

Embora as regulamentações, pelo Estado, na área da saúde tenham promovido grandes avanços, com o processo de regionalização, de 2000 até o contexto atual, a atenção à saúde e nessa a assistência ambulatorial e hospitalar tem encontrado entraves para melhorar a capacidade técnica e a oferta dos serviços demandada pela população.

Uma das questões a ser problematizada, portanto, diz respeito ao papel que cabe à regionalização na atual conjuntura, a partir da sua definição como política de saúde. Um equívoco seria situá-la como a solução dos problemas de saúde de modo geral e, principalmente, para combater a insuficiência de recursos. Entretanto, como já analisado nesta tese, deve-se analisar que muitas questões ocorreram a partir da descentralização e que o alcance do proposto para a regionalização da saúde relaciona-se às questões relacionadas ao federalismo brasileiro e a diversidades socioeconômicas das regiões e municípios brasileiros.

A regionalização deve ser pensada dentro do desenvolvimento e fortalecimento do SUS e um dos principais desafios, hoje, então, é pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que dêem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e os compromissos intergovernamentais em um único formato.

2.3 A Atenção Hospitalar de Média Complexidade

A atenção hospitalar no SUS aparece é citada em documento do Ministério da Saúde como relatório produzido em 2000, no documento “Assistência hospitalar no SUS período 1995-1999” e posteriormente em 2004 com a “Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro”. Ambos objetivavam fazer um diagnóstico do setor. Nesse último são apontados vários problemas, a saber: má distribuição de leitos e sua insuficiência relativa, com concentração do maior número nas regiões Sul e Sudeste e nas cidades com população acima 100 mil habitantes; baixa capacidade de gestão da rede hospitalar, tanto pública quanto privada; inadequação dos mecanismos de alocação de recursos e mecanismos de auditoria,

controle e avaliação frágeis; baixo grau de implementação da política de regionalização; hierarquização e implantação de mecanismos de referência e contrarreferência; grau insuficiente de controle sobre a produção de serviços hospitalares em quantidade e em qualidade (CAMARGO, 2009).

A análise contida no documento aborda o papel das unidades hospitalares dentro do sistema de saúde e, nesse sentido, trata sobre função, tamanho, número de leitos, causas mais frequentes de internações, perfil nosológico dos doentes, dentre outras questões (CAMARGO, 2009).

O acesso aos serviços de Média Complexidade tem sido apontado como um dos entraves para a efetivação da integralidade da assistência à saúde. A priorização da Atenção Básica tem levado a maiores investimentos de recursos na sua expansão e na melhoria da assistência prestada. Contudo, os incentivos à Atenção de Média Complexidade não têm ocorrido na mesma medida.

O Ministério da Saúde define a Atenção de Média Complexidade como o conjunto de ações e serviços ambulatoriais ou hospitalares, que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, realizados em ambiente ambulatorial ou hospitalar, cuja prática e clínica demandem a disponibilidade de profissionais com certo grau de especialização e a utilização de algum recurso tecnológico de apoio. Está integrada à Atenção Básica através de um sistema de regulação que é compatível com a região sede ou a região ampliada de saúde (BRASIL, 2011).

O acesso à Atenção Hospitalar de Média Complexidade, dentro da Rede de Saúde, está condicionado às ações previstas no planejamento, programação e regulação no SUS.

Em relação à regulação, que compõe os Complexos Reguladores, objetiva permitir aos gestores, articular e integrar dispositivos de Regulação do Acesso como Centrais de Internação, Centrais de Consultas e Exames, Protocolos Assistenciais com outras ações de controle, avaliação e auditoria assistencial, assim como com outras funções da gestão como programação e regionalização. Operam através de uma central de regulação que tem por abrangência a região geográfica de cobertura, que deve respeitar a composição da região de saúde, expressa no Plano Diretor de Regionalização – PDR, e atua tendo uma esfera administrativa que gera os recursos assistenciais vinculados. Tais dispositivos são formalizados nos contratos por meio de itens como abrangência, respectiva gestão e a referência aos prestadores. Também são referidos os cadastros de estabelecimentos, de profissionais para consultas e exames, que foram pactuadas em processo democrático e solidário, dentre as esferas de gestão do SUS.

Com a implantação das Centrais, as necessidades assistenciais do usuário são analisadas sob a lógica da equidade, visando responder da melhor forma a quem mais precisa, com decisões baseadas na utilização de protocolos clínicos e operacionais para a tomada de decisões assistenciais. As centrais de internação gerenciam os leitos disponíveis para solicitação de internações e a agenda de consultas especializadas e SADT's.

O processo de autorização de procedimentos, realizado por meio da ação regulatória, é prévio, baseado nos protocolos clínicos e protocolos de regulação pré-estabelecidos. Nos casos de urgência, a autorização dar-se-á no menor espaço de tempo após a realização do procedimento, respeitando os prazos definidos. A autorização prévia de procedimentos está vinculada aos instrumentos denominados Autorização de Internação Hospitalar – AIH e Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC. A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de cotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central (BRASI, 2006 e CONASS, 2007).

Na organização do sistema de saúde as instituições de saúde devem definir o perfil de procedimentos que espera realizar e a instância própria do sistema em relação à cobertura e ao acesso dos usuários a esses procedimentos e as regras para acessar os serviços disponíveis pelo usuário. Os profissionais de saúde também seguem procedimentos e rotinas pré-determinadas pelo sistema, embora, evidentemente adotem os procedimentos que estejam respaldados pelas instâncias do conhecimento científico em relação abordagem e tratamento de patologias e outras (ELIAS, 2007).

A análise sobre o contexto é essencial para compreender o *lôcus* da regionalização, considerado como território vivo, com suas características socioeconômicas, particularidades e diversidades, em que devem se situar os recursos de saúde, portando as condições necessárias para ampliar e assegurar o acesso da população.

CAPITULO III

A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO NORTE DE MINAS: REGIÕES DE SAÚDE E A OFERTA/CAPACIDADE INSTALADA HOSPITALAR

A forma como a regionalização da saúde se desenvolve – com seus ritmos, avanços e desafios –, relaciona-se com as condições específicas de seu processo. Vale lembrar que nesse processo interferem, dentre outros fatores, os aspectos contextuais relacionadas às necessidades regionais e à oferta constituída por prestadores e serviços instalados em uma dada localidade.

Em face da importância de tais fatores, neste capítulo descreve-se o contexto da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas em que ocorre a regionalização e a Atenção Hospitalar de Média Complexidade. Sob o aporte da referida descrição, analisam-se os aspectos relativos às características econômicas e sociais, o desenho das regiões de saúde e a oferta/capacidade instalada da rede de saúde hospitalar.

3. 1 Contexto Regional

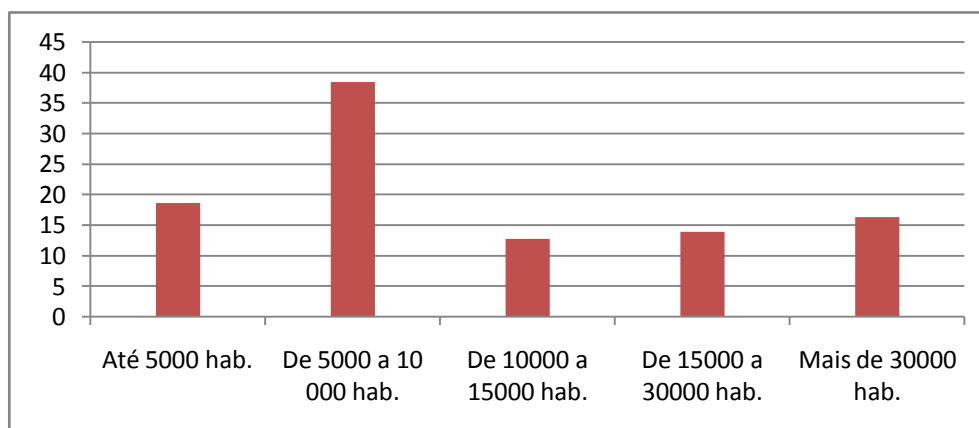
A Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas é formada por 86 municípios e difere da Região de Planejamento de Minas Gerais constituída por 89 municípios, excluindo os municípios de Águas Vermelhas, Brasilândia de Minas e Riachinho. A Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas está dividida em nove Regiões de Saúde.

Trata-se de uma região de grande extensão territorial, ocupando uma área de 128.816 Km², que equivale a aproximadamente 21% do território de Minas Gerais, sendo a mais extensa do estado. Abriga uma população estimada em 1.661.130 habitantes, concentrando cerca de 8 % da população total do estado, com uma densidade demográfica de 11,9 hab./Km².

A taxa de urbanização é da ordem de 69,45% e a população rural equivale a 30,55%, o que pode ser considerado relativamente alto, se comparada com as demais regiões do estado de Minas Gerais. Nos últimos 40 anos houve redução nas taxas anuais médias de crescimento da população total e da população rural, com diminuição de cerca de 7% na década de 1990 e de 3,42% até 2010 (MINAS GERAIS, 2014).

Como informado anteriormente, na Região Norte de Minas é alto o percentual de municípios de pequeno porte (57%), que não ultrapassam 10.000 habitantes e que possuem características rurais e baixos indicadores socioeconômicos e infraestrutura deficitária. Entre esses, quase 1/4 possui menos de 5.000 habitantes (Figura 1).

Figura 1- Porte dos Municípios segundo população – Região Norte de Minas -2014



Fonte: IBGE - Pop. Estimada de 2014. Elaboração própria

Apenas quatorze municípios – Rio Pardo de Minas, Espinosa, Brasília de Minas, Taiobeiras, Jaíba, Várzea da Palma, Porteirinha, Salinas, Bocaiúva, Pirapora, São Francisco, Januária, Janaúba e Montes Claros – têm população maior que 30.000 habitantes.

Em 2000, a renda média per capita regional situou-se em torno de R\$ 260,30, aumentando até 2010 para R\$ 455,33. Nesse último ano, abrigava os seis municípios com menores rendas per capita em Minas Gerais: São João das Missões (R\$238,60), Pai Pedro (R\$250,74), Santo Antônio do Retiro (R\$258,69), Ninheira (R\$ 259,00), Bonito de Minas (R\$270,83) e São João da Ponte (R\$281,68) (IBGE, 2010).

O índice de Gini¹² era de 0, 583 em 2009, estando acima da média do estado e expressando uma distribuição heterogênea nos municípios (MDS, 2009) A desigualdade é marcante mesmo entre os municípios, com maior diversificação de atividades econômicas como Pirapora, Bocaiúva, Januária, Várzea da Palma e Salinas (PEREIRA, 2007).

Outro indicador importante a ser destacado é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), utilizado para identificar regiões mais e menos desenvolvidas. Prevalece na Região Norte de Minas áreas com IDH *Baixo* e, em menor proporção, o IDH *Muito Baixo*.

¹²O Índice de Gini mede o grau de concentração da distribuição de renda de uma determinada população em um determinado espaço geográfico.

O PIB regional foi de R\$15.023.968,00, representando menos de um terço do encontrado na Região Sul de Minas R\$ 49.166.807,00. Apenas cinco municípios – Montes Claros (33,65%), Pirapora (8,3%), Várzea da Palma (5,3%), Janaúba (4,5%) e Bocaiúva (3,1%) – concentram 54,7% do PIB da região. Há marcante heterogeneidade interna, com disparidades no interior da própria Região, com alguns municípios apresentando melhor desempenho e outros com infraestrutura deficiente e baixíssimos indicadores de qualidade de vida (GALVARRO, BRAGA, FONTES, 2008).

Em 2010, entre os dez menores PIB's per capita municipais de Minas Gerais, três se encontram na Região Norte de Minas, sendo eles os municípios de São João das Missões (R\$4.115,94), Bonito de Minas (R\$4.255,30), Mamonas (R\$ 4.508,31) e Japonvar (R\$ 4.615,91) (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2010).

Conforme já sinalizado, os indicadores econômicos e sociais dos municípios, em sua totalidade, revelam que a Região Norte de Minas aproxima-se da situação encontrada na Região Nordeste do Brasil. Este cenário é desafiador tanto porque a situação socioeconômica interfere no padrão epidemiológico e demográfico da população, quanto porque essas condições interferem negativamente nas capacidades administrativas, econômicas e na capacidade de oferta de serviços de saúde, bem como na implementação de políticas da saúde.

Para Mendes (2011, p. 31), estão estabelecidas as relações entre condições crônicas e pobreza, as quais “[...] compõem um círculo vicioso. De um lado, a pobreza favorece o aparecimento das doenças crônicas; de outro, as condições crônicas aprofundam a pobreza”. A situação de saúde retratada abaixo confirma a afirmação do autor.

De acordo com os indicadores e resultados apontados no *Caderno Regional Norte de Minas- 2014* –que acompanham os indicadores do Ministério da Saúde/ DATASUS, a Região está entre as três piores posições comparativamente às demais regiões de Minas Gerais.

A Região Norte de Minas apresentou, em 2011, o quarto menor índice de Minas Gerais para internação para Diabetes *Mellitus*, segundo o indicador de internações por doenças crônicas e suas complicações - 6,07 indivíduos para cada 10 mil na população. Essa doença configura-se como um grande desafio para todos os sistemas de saúde. No Brasil, juntamente com a hipertensão arterial, ela constitui a primeira causa de hospitalizações no SUS (BRASIL, 2011).

Segundo o *Caderno Regional Norte de Minas – 2014*, nos municípios de Miravânia e Ponto Chique não foram realizados exames de mamografia nas residentes em 2012, o que demonstra extrema dificuldade de acesso das mulheres a esse serviço.

Em Manga e Francisco Sá, há alto percentual de Internações Sensíveis à Atenção Primária¹³ de, respectivamente, 35% e 33%, sendo que Manga tem baixo percentual de cobertura da Estratégia Saúde da Família (Quadro 1).

Quadro 1 - Razão de Mortalidade Materna, Proporção de Nascidos Vivos de Mães com 7 ou Mais Consultas de Pré-Natal, Cobertura Populacional de Estratégia de Saúde da Família, Percentual de Internações Sensíveis à Atenção Básica- Região Ampliada Norte- 2016

Região de Saúde	RMM*	7 ou + consultas**	Cobertura ESF**	% ICS**
Brasília MG/S Francisco	0	68%	82%	22%
Coração de Jesus	0	55%	81%	21%
Francisco Sá	0	71%	98%	33%
Janaúba/Monte Azul	25,36	77%	96%	24%
Januária	0	51%	56%	27%
Manga	105,26	72%	62%	35%
Montes Claros/Bocaiúva	43,4	66%	59%	18%
Pirapora	0	79%	94%	20%
Salinas/Taiobeiras	73,66	83%	70%	28%

Fontes: DATASUS/ SIM/SINASC; Superintendência de Atenção Primária à Saúde / SES/MG; DATASUS/ Tabwin (transcrito com modificações de Caderno Regional Norte de Minas - 2014).

Legendas: * Dados de 2011; ** Dados de 2012.

Essa situação reproduz o que ocorre nos países e regiões pobres, onde a mortalidade infantil apresenta-se com maiores taxas, em decorrência da ausência de saneamento básico (o que desencadeia a contaminação de alimentos e de água, resultando em outras doenças), desnutrição, precárias condições de acesso à assistência à saúde no pré-natal e na assistência ao parto e aos recém-nascidos, inclusive hospitalar.

A despeito disso, no Brasil houve queda do número de óbitos infantis em todas as regiões entre 1990 e 2011, passando a média nacional de 47,1 para 16,4/1.000 nascidos vivos. Em contrapartida, na Região Norte de Minas, em 2013, a taxa de Mortalidade Infantil (14,0/mil NVs) estava acima da taxa de Minas Gerais (12,4/mil NVs). No entanto, ficou abaixo das Regiões Vale do Jequitinhonha, Centro Oeste de Minas e Zona da Mata, o que a coloca numa posição intermediária em relação às demais mesorregiões, muito embora tenha havido variação de 10,41 para 18,95 entre os municípios da Região.

¹³Vale lembrar que a Política Nacional de Atenção Básica, ora proposta, considera equivalentes os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2011).

Quadro 2 – Comparação das maiores e menores Taxas de Mortalidade Infantil por mil Nascidos Vivos- Regiões de Planejamento de Minas Gerais - Grande Norte e RMBH -2012

Regiões	Taxa
RMBH	10,4
Jequitinhonha/Mucuri	20,1
Norte De Minas	14,0
Triângulo	11,1

Fonte: DATASUS/ SIM/SINASC; Superintendência de Atenção Primária à Saúde / SES/MG-Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais - 2012.

As maiores taxas de mortalidade infantil ocorrem nas Regiões de Manga, Salinas/Taiobeiras e Francisco Sá, sendo essas comparáveis às taxas apresentadas pela Região de Saúde Jequitinhonha/Mucuri. Os índices de Janaúba se aproximam dos da Região Metropolitana de Belo Horizonte (Quadro 3).

Quadro 3 - Taxa de Mortalidade Infantil na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas - 2016

Região de Saúde	TMI*
Brasília MG/S Francisco	17,81
Coração de Jesus	15,90
Francisco Sá	18,09
Janaúba/Monte Azul	10,14
Januária	10,89
Manga	18,95
Montes Claros/Bocaiúva	12,15
Pirapora	13,53
Salinas/Taiobeiras	18,78

Fonte: Minas Gerais, 2014

A Região Norte de Minas acompanha Minas Gerais no quadro das principais causas de óbito, em que as doenças do aparelho circulatório (22,1%) aparecem como principal causa de mortalidade. Nessa região, as causas mal definidas (17,5%) são a segunda causa de óbito, diferente do que acontece no estado de Minas Gerais, onde a segunda causa são as neoplasias (13,3%) (MINAS GERAIS, 2014). O Quadro 4 mostra um panorama da situação de saúde na estrutura de principais grupos de causas de mortalidade.

Não se observa alteração na ordem de importância nas causas de mortalidade na população da Região Norte de Minas, que se assemelha a da população brasileira.

Quadro 4 - Principais Grupos de Causas de Mortalidade em Minas Gerais e Norte de Minas no ano 2004

Causas	Norte de Minas	Minas Gerais
Doenças do Aparelho Circulatório	22,1	26,6
Causas mal definidas	17,5	8,7
Neoplasias	13,3	16
Causas Externas	12,3	11,3
Doenças do Aparelho Respiratório	9,5	11,4
Doenças do Aparelho Digestivo	5,0	5,0
Algumas Afecções Originadas no Período Peri natal	2,0	1,5
Demais causas	8,6	9,4

Fonte: Minas Gerais, 2014.

Embora tenha diminuído 31,79% em 1997 para 17,5% em 2004, ainda é alto o percentual de óbitos por causas mal definidas no Norte de Minas, comparando-se a poucas Unidades Federativas brasileiras que apresentaram proporção desses casos acima de 10% do total de óbitos (AM, RR, AP, MA, PB, AL, BA e MG). Esse indicador revela desigualdades sociais e econômicas, incluídos os fatores relacionados com a assistência médico-hospitalar e de registro de óbito. Tal situação decorre seja da inexistência de serviços de saúde em todos os municípios ou das dificuldades de acesso aos serviços de saúde para o processamento do adequado diagnóstico, bem como do atendimento clínico e da definição da causa do óbito (MINAS GERAIS, 2014). O Quadro 5 apresenta a proporção de óbitos por causas mal definidas de cada uma das macrorregiões de saúde do estado de Minas Gerais, em que se observa que o Norte de Minas ocupa a primeira posição em percentual de causas mal definidas do estado.

Quadro 5 - Proporção de Óbitos em Minas Gerais por Causas Mal Definidas, Por Macrorregiões de Minas Gerais, Ano 2004.

Macrorregião de Saúde	Total	Óbitos causas mal def.	Percentual
Total	107.340	13.290	12,4
Norte de Minas	7.116	2.241	31,5
Jequitinhonha	1.485	438	29,5
Nordeste	4.948	1.332	26,9
Triângulo do Norte	6.140	477	7,8
Oeste	6.591	491	7,4
Sudeste	10.607	735	6,9

Fonte: Minas Gerais, 2014. Adaptado.

Esta situação de saúde, que apresenta os mais baixos índices de saúde e a carência de recursos de saúde comparativamente a Minas Gerais, é histórica na Região, sendo que na década de 1970 ensejou a implantação de projetos inovadores no setor saúde.

3.2 As Regiões de Saúde na Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais

Várias experiências de regionalização na saúde ocorreram no Norte de Minas e nelas se inclui o “Projeto Montes Claros”, de 1970, até que a regionalização tomasse a forma que a caracteriza atualmente. A mesma, tal como ora se apresenta, resulta mais especificamente da implantação do SUS, seguindo princípios e diretrizes contidos na Constituição de 1988, nas Leis 8080/90 e 8142/90, e orientando-se pelas Normas Operacionais Básicas, as Normas de Assistência à Saúde e as do Pacto pela Saúde, que norteiam a descentralização e a regionalização da saúde.

A primeira divisão da Região Norte de Minas em regiões de saúde ocorreu com o Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas elaborado pelo Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento Sanitário Rural – IPPEDASAR em 1973. Esse sistema consistiu na primeira proposta de regionalização do setor saúde no Norte de Minas Gerais.

O modelo de atenção à saúde proposto pelo IPPEDASAR enfatizava a assistência à saúde materno-infantil, a assistência simplificada, regionalizada e hierarquizada por níveis de complexidade dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares. Nesse modelo existia uma divisão das responsabilidades dos serviços estatais, cabendo ao Ministério da Saúde às ações consideradas de saúde pública e aquelas de atenção às populações marginalizadas no processo produtivo. Ao Instituto de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, através de convênios com a rede privada de saúde, cabia à assistência à população trabalhadora assegurada pelo Ministério de Previdência Social.

Posteriormente, em 1975, essa proposta do Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas foi incorporada, em parte, pelo Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas (nome oficial do projeto), também denominado “Projeto Montes Claros”.

No modelo aventado, muito semelhante ao proposto pelo Relatório Dawson apresentado em capítulo anterior, adotava-se a regionalização e a hierarquização da saúde. A primeira era concebida como a divisão geográfica da região em sub-regiões denominadas Áreas programáticas (APs), tendo um município sede, denominado *município polo*, escolhido por alocar serviços de saúde, principalmente hospitalar e que propiciassem maior facilidade de acesso geográfico. O modelo dividia a região em nível local – subdividido em rural e urbano –, área programática, como agregado de municípios, e o nível regional, correspondendo à área da Região Norte de Minas (SESMG, 1976).

No modelo de hierarquização adotado definiam-se as unidades de atendimento por critérios de complexidade e custos. O primeiro nível, denominado Módulo Básico, continha as Unidades Auxiliares de Saúde (UAS) e as Unidades Ambulatoriais Gerais (UAG). Essas últimas situavam-se em áreas rurais dos municípios e eram operadas exclusivamente por pessoal auxiliar que prestava cuidados simples e atividades de saneamento, constituindo-se nas "portas de entrada" do sistema. Os hospitais eram instalados em localidades urbanas de tamanho reduzido, contando com médicos generalistas e auxiliares de saúde e com equipamentos indispensáveis à elaboração de diagnósticos. Eles funcionavam com atendimento ambulatorial e hospitalar denominado "módulo básico" do sistema. No nível intermediário havia os Hospitais Distritais, de porte médio, localizados nas cidades-polos das Áreas Programáticas, desenvolvendo ações de medicina interna, cirurgia geral, pediatria e obstetrícia. O vértice da pirâmide era o Hospital Regional localizado na cidade polo regional, tendo maior número de especialidades e a unidade ambulatorial especializada.

A organização dos serviços tinha por critério o fluxo de doentes para os hospitais existentes na Região de Saúde do Norte de Minas e a disponibilidade de comunicação por acesso viário. Essa divisão não chegou a ser institucionalizada pelo Estado de Minas Gerais e permaneceu como um modelo de regionalização da saúde.

Com a criação do SUS na década de 1990, a Região Norte de Minas – que já possuía 52 municípios jurisdicionados à Diretoria Regional de Saúde de Montes Claros, compondo o Sistema Estadual da Saúde de Minas Gerais – foi dividida em dez Microrregiões de Saúde. Esta divisão seguiu o contido nas Normas Operacionais Básicas (NOB SUS) publicadas em 1993 e 1996.

Na Região de Saúde do Norte de Minas Gerais, na comparação dos períodos entre as décadas de 1970 e 1990, ocorreu uma progressiva transferência de ações e serviços estatais da esfera central para as mais periféricas e a expansão da capacidade instalada.

Estas experiências de formação de região de saúde e do processo de regionalização, possivelmente, criaram e fortaleceram tais conceitos entre técnicos e gestores do setor saúde na Região Norte de Minas e propiciaram a adesão às propostas do sistema de saúde do Estado de Minas Gerais, a partir da primeira década de 2000, quando foi implantada a NOAS.

Neste período foram criados instrumentos de planejamento (PDR), gestão e controle pelo MS, que passaram a ser operacionalizados pelo Estado e pelos Municípios. O PDR, criado em 2002, foi revisado em 2003, com modificação dos critérios para demarcação das regiões, incluindo a contiguidade geográfica, acessibilidade geográfica e viária, escala e

escopo, baseada em estudos de fluxos de referências intermunicipais, capacidade instalada, acesso viário, dentre outros. A experiência acumulada pelo Estado contribuiu com o processo de descentralização e de planejamento.

Botega (2005) expõe os critérios para a elaboração do PDR-MG – 2000/2002 que se constituíram da produção de serviços; da capacidade ambulatorial e hospitalar instalada; dos fluxos de Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs); das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APACs); das condições socioeconômicas e geográficas e dos fluxos viários. A abrangência populacional foi definida com base na capacidade instalada ou no plano de investimentos, de forma a garantir referência para atendimentos de média e alta complexidade. Em 2003, o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais - PDR-MG 2000/2002 foi revisto em decorrência da observação de reversões dos fluxos de Alta Complexidade que requeriam o reforço de investimentos nas Regiões do Baixo e Alto Jequitinhonha, do Mucuri e Norte de Minas. Houve a participação dos municípios na sua revisão (MINAS GERAIS, 2003).

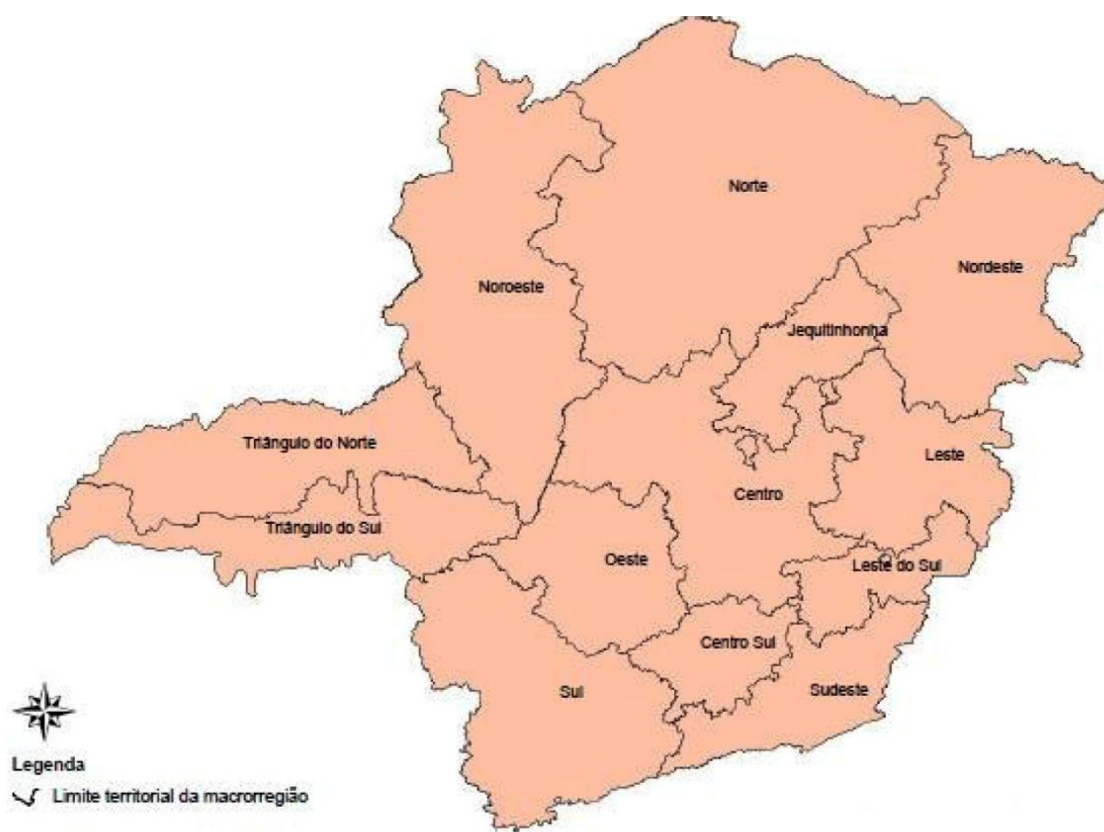
Nessa mesma década de 2000 foi criado o Pacto pela Saúde, que acelerou o referido processo mediante a organização das regiões de saúde. O Estado de Minas Gerais situou-se entre aqueles com alto percentual de adesão ao Pacto pela Saúde, segundo estudo e classificação das autoras Viana, Lima e Oliveira (2002).

Conforme o proposto no PDR/MG, as denominadas macrorregiões de saúde foram desenhadas e nelas os subconjuntos ou agrupamentos menores de municípios compuseram as microrregiões, com a organização dos serviços por níveis de complexidade tecnológica crescente. Foram pressupostos, nos municípios-polos das microrregiões de Saúde e na Macrorregião, os níveis de atenção necessários para atender a demanda dos demais municípios.

A identificação dos polos baseou-se no porte e na capacidade instalada e de prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, e na polarização de internações por clínica, segundo níveis de complexidade dos atendimentos definidos pela tipologia assistencial (MINAS GERAIS, 2011). Neste contexto se configura a atenção hospitalar de média complexidade.

A atual divisão do estado de Minas Gerais, na constituição do PDR/MG, compreende 13 Regiões Ampliadas de Saúde (nova denominação das macrorregiões de saúde após Decreto nº 7.508/11). Cada qual compreende um número variado de Regiões de Saúde (anteriormente denominada de microrregiões), totalizando 77 Regiões de Saúde no Estado. A Figura 2 ilustra a atual conformação das macrorregiões de saúde do Estado.

Figura 2 - Divisão Assistencial por Macrorregião (Região Ampliada) de Minas Gerais – 2012



Fonte: SES/MG 2012

Essa distribuição levou em consideração cinco princípios normativos: regionalização, descentralização, hierarquização de serviços, acessibilidade e economias de escala e escopo. Nesse sentido, defende-se que a distribuição dos equipamentos de Atenção Secundária e Terciária, previstas no PDR, acompanhe as necessidades de saúde e esteja dispostas com vistas a superar os problemas de fragmentação, ineficiência e baixa qualidade, a partir da distribuição das ações e serviços por grau de agregação da demanda, densidade tecnológica e acessibilidade.

Atualmente, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR/MG) de Minas Gerais é o Projeto Estruturador. De acordo com o mesmo, os municípios são responsáveis pela Atenção Básica nas Regiões de Saúde em seus polos, pela Atenção Secundária (ASS) e pela Atenção Terciária nas Regiões Ampliadas de Saúde. Os elencos estão subdivididos em clínicas de especialidades médicas.

Denomina-se *vazio assistencial* o espaço em uma região de saúde em que existem déficits de atenção à saúde, com deficiência de capacidade instalada para o atendimento à

demanda programada. Essa situação provoca a necessidade de investimentos para ampliar a oferta de serviço e é o elemento central para a elaboração do Plano Diretor de Investimentos (PDI) (LELIS, 2012).

A geração de economias de escala e escopo na organização da oferta de serviços ocorre com a concentração de procedimentos de custos fixos mais elevados e menos demandados, os quais se concentram em determinados municípios-polos de atendimentos que são referência em sua região Sanitária (LELIS, 2012).

Em 2003, foi implantado, pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG), o Sistema Estadual de Regulação Assistencial, visando ao acompanhamento e ao controle das referências de pacientes de seus municípios para outros, conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI Assistencial) A SES/MG ficou responsável pela administração da rede de unidades operacionais do complexo regulador, pela definição e manutenção dos parâmetros operacionais do sistema, bem como pelo repositório de dados corporativos, por coordenar as centrais macro e microrregionais. Ela definiu como módulos funcionais: o Módulo Funcional de Regulação de Internações de Urgência e Emergência e Internações Eletivas; Módulo Funcional de Agendamento de Consultas e Exames Especializados de Média e Alta Complexidade; Módulo de distribuição de numeração/autorização de internação (AIH eletrônica); Módulo eletrônico de remanejamento da Programação Pactuada Integrada Assistencial (PPI); Módulo de agendamentos e acompanhamento dos Centros Viva Vida - CVV (MARQUES, 2011).

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial foi implantado em 13 municípios-polos das Regiões Ampliadas de Saúde (macrorregiões de saúde) e funcionam de forma ininterrupta, contando com a presença de médicos reguladores plantonistas e com um médico coordenador regulador macrorregional.

As ações de regulação e os protocolos assistenciais têm sido referenciados como alternativas a serem implantadas para o avanço da assistência de Média Complexidade nas regiões de saúde e para impedir que ela se torne “a porta de entrada real do usuário no sistema [...], evitando a solicitação desnecessária e abusiva de determinados procedimentos” (SOLLA; CHIORO, 2008, p. 32).

Também têm sido reportados por alguns autores vários avanços na regionalização da saúde em Minas Gerais em relação às avaliações de resolubilidade, o que leva em conta a capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população em sua região de residência, em relação à tipologia ou elenco de serviços esperados para o nível de regionalização: município; microrregião; macrorregião. O indicador é utilizado para formular

políticas de investimento e expansão da capacidade instalada. Na análise da resolubilidade do nível secundário de atenção hospitalar, sob a responsabilidade das regiões de saúde em Minas Gerais, alude-se aos avanços em relação à assistência à Saúde nas microrregiões mais distantes e socioeconomicamente menos favorecidas, como é o caso das microrregiões pertencentes às macrorregiões Norte e Nordeste do estado (MOREIRA, CAMPOS E MALACHIAS, 2012).

Na Região Norte de Minas foi implantado a Rede de Urgência para atenção às Urgências e Emergências. Tendo por base a regionalização, essa rede de saúde atende às premissas da economia de escala, com base territorial e populacional definidas. Encaminha corretamente o paciente ao ponto de atenção que esteja adequado para ofertar uma assistência mais eficaz e no menor tempo possível (SILVA, 2011).

Em relação ao consorciamento, na Região Norte de Minas, os municípios estabeleceram parcerias entre si e, com isso, foram implantados dez Consórcios Intermunicipais de Saúde – CIS, os quais contam com estímulo e ajuda do governo estadual e funcionam desde a década de 1990. Esses pactuam financiamento de serviços e acesso da população com base em recursos dos municípios associados para a realização de ações conjuntas, incrementando a qualidade dos serviços públicos prestados à população e trazendo significativas economias de escala (SOUTO JÚNIOR, 2010).

Os consórcios executam atividades ambulatoriais de Média Complexidade e atuam, na maior parte, em municípios com população de até 20.000 habitantes. Não há um campo de atuação exclusivo; ao contrário, o campo de atuação se estende de acordo com a demanda de cada região, complementando a rede de assistência do Sistema Único de Saúde (MINAS GERAIS, SES COSECS, 2007).

No balanço sobre a implantação da regionalização da saúde, Lima et al (2012 p. 2890) analisam que estados e municípios apresentam processos diferenciados, com avanços e atrasos na mesma, visto que são dependentes das condições prévias locais. As autoras referem-se às diferentes capacidades financeiras e organizacionais para a prestação da atenção à saúde e às distintas disposições políticas de governadores e prefeitos frente às desigualdades inter e intra-regionais. Tais desigualdades “se expressam [na] alta concentração de recursos e tecnologias em algumas regiões (principalmente, áreas metropolitanas ou sede de capitais, em sua maioria situada no litoral), em oposição à escassez de profissionais, tecnologias e capacidade de investimento somada à diversidade socioespacial de alguns territórios” (LIMA et al., 2012, p.2).

Conforme já indicado, busca-se, no presente estudo, identificar como se estrutura a oferta da Atenção Hospitalar na Região Ampliada do Norte de Minas e responder como foi afetada pela regionalização da saúde. Embora a tese tome para estudo a série temporal e 2003 a 2013, as informações sobre capacidade instalada de serviços de saúde, principalmente leitos e médicos, não se encontram disponíveis na base do CNES anteriores a 2005, motivo que levou a apresentar e analisar os dados sobre a oferta/capacidade instaladas, referentes ao período de 2005 a 2013.

Na divisão da Região Ampliada do Norte de Minas, em 09 (nove) regiões de saúde, foram criadas quatro Regiões de Saúde bipolar – Montes Claros/Bocaiúva, Janaúba/Monte Azul, Salinas/Taiobeiras e Brasília de Minas/São Francisco. No ajuste do PDR/MG – 2009 foi aprovada a Região de Saúde de Manga (Deliberação CIB-SUS/MG Nº 618, de 09 de Dezembro de 2009), conforme demonstra a figura 3.

Figura 3 - Divisão em Regiões de Saúde - Região Ampliada do Norte de Minas –2013



Fonte: SES/MG – 2013

A alternativa de criar regiões bi ou multipolares foi assumida no Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), em 2004, como estratégia de

agregação das microrregiões de pequeno porte com os seus polos. O intuito era o de ofertar serviços complementares, a fim de atingir ou aproximar-se da previsão em torno de 150.000 habitantes para a assistência no nível microrregional e criar oferta de serviços de saúde de Média Complexidade hospitalar e ambulatorial. A base populacional comum poderia garantir escala para serviços diferentes, mediante acordo regional, observando-se a tipologia requerida para o nível micro ou macrorregional. O nível macrorregional deveria ofertar o elenco de alta complexidade/média complexidade especial, relativo aos procedimentos de maior custo, com equipamentos e recursos humanos mais especializados (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Essa foi a forma encontrada para enfrentar o dilema de pulverização da assistência e dos recursos, assim como da falta de capacidade para o planejamento em escala – um dos objetivos do processo de regionalização – e propiciar assistência hospitalar à população residente em municípios com distância viária até 150 km do polo mais próximo.

A criação da bipolaridade ocorreu de maneira conflituosa no Norte de Minas, notadamente na microrregião Salinas/Taiobeiras. Isso porque os gestores de tais polos e outros atores resistiam à agregação efetuada em 2004 e apresentavam solicitação de reversão. Em 2009, “a ideia da complementaridade de serviços entre os polos das micros agregadas foi absorvida e avaliada positivamente pela então CIB-Micro”. Eram maiores as capacidades instaladas nos dois polos que são complementares e que, em conjunto, atendem à quase totalidade do elenco de ofertas definido para o nível microrregional (MINAS GERAIS, PDR/SES/MG, 2011, p.89).

A Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas é a maior em extensão territorial do estado de Minas Gerais. As Regiões de Saúde que compõem a Região Ampliada têm extensão territorial bastante diferenciada, sendo que as que possuem menor extensão são Manga e Coração de Jesus, que têm aproximadamente um terço das outras em extensão, e Francisco Sá que tem em torno da metade. Também no tocante ao contingente populacional são essas regiões – Manga e Coração de Jesus – que têm as menores proporções de população residente em relação ao total da região.

A Região de Saúde de Montes Claros/Bocaiúva destaca-se por ser a mais populosa, abrangendo aproximadamente 30% da população na Região Ampliada do Norte de Minas. Esse alto percentual é decorrente do montante populacional do município de Montes Claros (394.350 habitantes).

O município de Montes Claros é polo da Região Ampliada do Norte de Minas e possui uma população estimada pelo IBGE, em 2014, de 394.350 habitantes, concentrando o

processo de desenvolvimento da Região Norte de Minas desde o início do século; posição consolidada nas últimas décadas. A cidade passou por um crescimento acelerado a partir de 1970 e o estabelecimento de recursos na área da saúde, educação e comércio torna-a, na atualidade, fator de dependência para os outros municípios da região. Tradicionalmente, é núcleo de convergência dos imigrantes da própria Região e também do sul da Bahia.

O Quadro 7 abaixo apresenta alguns dados que contribuem para a análise da diversidade do espaço territorial das Regiões de Saúde.

Quadro 6 - Regiões de Saúde, extensão territorial, população residente e percentual na Região Ampliada de Saúde. Norte de Minas- 2016

Regiões de saúde	Ext. Territorial (km ²)	População	% Sobre pop. Total	Número de municípios adscritos
BRASÍLIA DE MINAS/SÃO FRANCISCO	17.620,8	246.040	14,81	16
CORAÇÃO DE JESUS	5.514,3	48.427	2,92	5
FRANCISCO SÁ	10.557,4	74.215	4,47	6
JANAÚBA/MONTE AZUL	18.545,6	277.722	16,72	15
JANUÁRIA	14.981,9	115.549	6,96	5
MANGA	5.807,5	58.836	3,54	5
MONTE CLAROS / BOCAIUVA	15.341,3	487.819	29,37	11
PIRAPORA	17.600,0	145.391	8,75	7
SALINAS / TAIÓBEIRAS	16.911,2	207.131	12,47	16
TOTAL	122.880,0	1.661.130	100	86

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados da SES-MG/SMACSS/DEAA - PDR/2014 – Adscrição.

A segunda maior Região de Saúde em termos populacionais é a de Janaúba/Monte Azul, seguida por Brasília Minas/São Francisco. A Região de Coração de Jesus é formada por quatro municípios; as Regiões de Saúde de Januária e Manga que têm o total de cinco municípios, cada uma; Francisco Sá tem seis municípios; Pirapora tem oito municípios e as restantes Regiões, que são bi polares têm entre 14 a 16 municípios.

A abrangência das regiões de Saúde em relação à extensão territorial e ao número de municípios é muito diversificada. Pode-se supor que vários fatores influenciaram na divisão e composição do espaço geográfico dessas regiões. Algumas Regiões de Saúde foram compostas em torno de municípios polos que, historicamente, são centros de referência para outros municípios e ocupavam esse lugar desde as décadas de 1970 e 1990, a exemplo de Montes Claros, Januária, Janaúba, Pirapora, Salinas e Taiobeiras. Outras Regiões foram definidas na última década através de negociações políticas entre os gestores e a equipe técnica, após o Pacto pela Saúde, como a Região de Saúde de Manga (Quadro 7).

Quadro 7 - A divisão da Região Ampliada de Saúde em Regiões de Saúde em 2003 e 2013

2003 - MICRORREGIÃO DE SAÚDE (12 REGIÕES DE SAÚDE E 87 MUNICÍPIOS)	2013- REGIÃO DE SAÚDE (09 REGIÕES DE SAÚDE E 86 MUNICÍPIOS)
MICRORREGIÃO BOCAIUVA	MONTES CLAROS / BOCAIUVA
1. BOCAIUVA	1. CLARO DOS POÇÕES
2. ENGENHEIRO NAVARRO	2. ENGENHEIRO NAVARRO
3. FRANCISCO DUMONT	3. FRANCISCO DUMONT
4. GUARACIAMA	4. GLAUCILÂNDIA
5. JOAQUIM FELICIO	5. GUARACIAMA
6. OLHOS D'AGUA	6. JURAMENTO
MICRORREGIÃO DE BRASÍLIA DEMINAS	7. LONTRA
1. BRASILIA DE MINAS	8. ITACAMBIRA
2. CAMPO AZUL	9. MIRABELA
3. IBIRACATU	10. SÃO JOÃO DA PONTE
4. ICARAI DE MINAS	11. VARZELÂNDIA
5. JAPONVAR	12. JOAQUIM FELÍCIO
6. LONTRA	13. OLHOS-D'ÁGUA
7. LUISLANDIA	14. MONTES CLAROS
8. MIRABELA	15. BOCAIUVA
9. PATIS	CORAÇÃO DE JESUS
10. SAO JOAO DA PONTE	1. JEQUITAI
11. UBAI	2. LAGOA DOS PATOS
12. VARZELANDIA	3. SÃO JOÃO DA LAGOA
MICRORREGIÃO DE CORAÇÃO DEJESUS	4. CORAÇÃO DE JESUS
1. CORACAO DE JESUS	JANAÚBA/MONTE AZUL
2. IBIAI	1. PORTEIRINHA
3. LAGOA DOS PATOS	2. RIACHO DOS MACHADOS
4. PONTO CHIQUE	3. ESPINOSA
5. SAO JOAO DA LAGOA	4. MATO VERDE
6. SAO JOAO DO PACUI	5. JAIBA
MICRORREGIÃO DE FRANCISCO SÁ	6. CATUTI
1. BOTUMIRIM	7. GAMELEIRAS
2. CAPITAO ENEAS	8. MAMONAS
3. CRISTALIA	9. MATIAS CARDOSO
4. FRANCISCO SA	10. NOVA PORTEIRINHA
5. GRAO MOGOL	11. PAI PEDRO
6. JOSENOPOLIS	12. SERRANÓPOLIS DE MINAS
MICRORREGIÃO DE JANAÚBA	13. VERDELÂNDIA
1. JAIBA	14. JANAUBA
2. JANAUBA	15. MONTE AZUL
3. NOVA PORTEIRINHA	SALINAS / TAIOBEIRAS
2003 - MICRORREGIÃO DE SAÚDE (12 REGIÕES DE SAÚDE E 87 MUNICÍPIOS)	2013- REGIÃO DE SAÚDE (09 REGIÕES DE SAÚDE E 86 MUNICÍPIOS)
4. PAI PEDRO	1. RUBELITA, MONTEZUNA
5. PORTEIRINHA	2. RIO PARDO DE MINAS
	3. JOÃO DO PARAÍSO
	4. BERIZAL

6. RIACHO DOS MACHADOS	5. CURRAL DE DENTRO
7. SERRANOPOLIS DE MINAS	6. FRUTA DE LEITE
8. VERDELANDIA	7. INDAIABIRA
MICRORREGIÃO DE JANUÁRIA	8. NINHEIRA
1. BONITO DE MINAS	9. NOVORIZONTE
2. CONEGO MARINHO	10. PADRE CARVALHO
3. ITACARAMBI	11. SANTA CRUZ DE SALINAS
4. JANUARIA	12. SANTO ANTÔNIO DO RETIRO
5. JUVENILIA	13. VARGEM GRANDE DO RIO PARDO
6. MANGA	14. SALINAS
7. MATIAS CARDOSO	15. TAIOBEIRAS
8. MIRAVANIA	
9. MONTALVANIA	FRANCISCO SÁ
10. PEDRAS DE MARIA DA CRUZ	1. GRÃO MOGOL
11. SAO JOAO DAS MISSOES	2. BOTUMIRIM
MICRORREGIÃO DE MONTE AZUL	3. CRISTÀLIA
1. CATUTI	4. CAPITÃO ENÉAS
2. ESPINOSA	5. JOSENÓPOLIS
3. GAMELEIRAS	6. FRANCISCO SÁ
4. MAMONAS	
5. MATO VERDE	BRASÍLIA DE MINAS/SÃO FRANCISCO
6. MONTE AZUL	1. CAMPO AZUL
MICRORREGIÃO DE MONTES CLAROS	2. IBIRACATU
1. CLARO DOS POCOES	3. ICARAÍ DE MINAS
2. GLAUCILANDIA	4. JAPONVAR
3. ITACAMBIRA	5. LONTRA
4. JURAMENTO	6. LUISLÂNDIA
5. MONTES CLAROS	7. MIRABELA
MICRORREGIÃO DE PIRAPORA	8. PATIS
1. BURITIZEIRO	9. PINTÓPOLIS
2. JEQUITAI	10. SÃO JOÃO DA PONTE
3. LASSANCE	11. SÃO ROMÃO
4. PIRAPORA	12. UBAÍ
5. SANTA FE DE MINAS	13. URUCUIA
6. VARZEA DA PALMA	14. VARZELÂNDIA
MICRORREGIÃO DE SALINAS	15. BRASÍLIA DE MINAS
1. FRUTA DE LEITE	16. SÃO FRANCISCO
2. NOVORIZONTE	JANUÁRIA
3. PADRE CARVALHO	1. PEDRAS DE MARIA DA CRUZ

2003 - MICRORREGIÃO DE SAÚDE (12 REGIÕES DE SAÚDE E 87 MUNICÍPIOS)	2013- REGIÃO DE SAÚDE (09 REGIÕES DE SAÚDE E 86 MUNICÍPIOS)
4. RUBELITA	2. BONITO DE MINAS
5. SALINAS	3. CONEGO MARINHO
6. SANTA CRUZ DE SALINAS	4. ITACARAMBÍ
MICRORREGIÃO DE SÃO FRANCISCO	5. JANUÁRIA
1. CHAPADA GAUCHA	
2. PINTOPOLIS	MANGA
3. RIACHINHO	1. JUVENÍLIA
4. SAO FRANCISCO	2. MIRAVÂNIA
5. SAO ROMAO	3. MONTALVÂNIA
6. URUCUIA	4. SÃO JOÃO DAS MISSÕES
MICRORREGIÃO DE TAIÓBEIRAS	5. MANGA
1. BERIZAL	PIRAPORA
2. INDAIABIRA	1. BURITIZEIRO
3. MONTEZUMA	2. SANTA FÉ DE MINAS
4. NINHEIRA	3. VÁRZEA DA PALMA
5. RIO PARDO DE MINAS	4. LASSANCE
6. SANTO ANTONIO DO RETIRO	5. JEQUITAIÍ
7. SAO JOAO DO PARAISO	6. IBIAI
8. TAIÓBEIRAS	7. PONTO CHIQUE
9. VARGEM GRANDE DO RIO PARDO	8. PIRAPORA

Fonte: Plano Diretor de Regionalização 2001 / 2004 e CNES – DATA SUS. 2015. Elaboração própria

O Sistema Estadual de Saúde é gerido no nível regional pela Superintendência Regional de Saúde de Montes Claros e por três Gerências Regionais de Saúde. (SES/MG, 2011). Essas foram criadas em 2006 e têm entre suas principais competências implementar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional; assessorar a organização dos serviços de saúde nas regiões; coordenar, monitorar e avaliar as atividades e ações de saúde em âmbito regional; promover articulações interinstitucionais; executar outras atividades e ações de competência estadual no âmbito regional.

3.3A disponibilidade de leitos hospitalares

Os dados referentes aos leitos hospitalares foram levantados no DATASUS, considerando as instituições cadastradas no CNES com oferta de leitos hospitalares. Para definir o índice população/mil habitantes foram levantados todos os leitos existentes (SUS e não SUS).

Os dados sobre leitos por hospitais, por clínicas e por natureza jurídica consideram apenas os que atendem ao SUS e são referenciados no DATASUS/SIH aos Hospitais Gerais e Hospitais Especializados. Não foram computados leitos de hospital-dia,

leitos de Pronto Socorro, leitos de Atenção Domiciliar Isolado ou outros. A unidade geográfica de análise foi a Região Ampliada de Saúde, as regiões de saúde e os municípios.

Os dados sobre a capacidade instalada de serviços de saúde comprovam a significativa iniquidade no provimento e na distribuição de leitos hospitalares disponíveis ao SUS, entre as nove regiões de saúde do Norte de Minas.

Em 2013, existiam na Região Ampliada do Norte de Minas, 2.162 leitos, com a proporção de 1,3 leitos/mil habitantes. Entre 2005 e 2013 observa-se uma variação negativa (e progressiva), havendo uma diminuição de 139 leitos. Esse decréscimo no número de leitos e o aumento da população repercutiram no índice que, em 2005 era de 1,5 leitos/mil habitantes.

A redução de leitos no SUS tem sido um fenômeno recorrente no Brasil. Em Minas Gerais, entre janeiro de 2006 e janeiro de 2015, houve redução de quase 5 mil leitos nos hospitais que atendem à rede SUS. De 37.595 leitos existentes em 2006, passou-se a 32.612 leitos, segundo levantamento feito pelo Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES).

O Ministério da Saúde considera que a diminuição de leitos no Brasil ocorre, dentre outros fatores, em decorrência principalmente da substituição pela atenção ambulatorial ou domiciliar e da introdução de novas tecnologias na assistência à saúde, sendo esse um fenômeno que acompanha a tendência mundial.

Na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas, comparando-se com o parâmetro ideal de 2,5 leitos por mil habitantes contido nas recomendações técnicas da Portaria n.º 1101/GM de 12 de junho de 2002 do MS, verifica-se que, no período de 2005 até 2013, exacerbou-se mais a baixa cobertura existente e, possivelmente, com consequência no acesso à atenção hospitalar.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, em 2011 o Brasil contava com um total de 504.338 leitos, sendo 356.608 (70%) deles leitos SUS e 147.730 (30%) não SUS, num total de 2,62 leitos/1.000 habitantes, sendo 1,85 leitos/1.000 habitantes para os usuários do SUS, incluindo-se aqui todos os tipos de leitos: gerais, especializados, de UTI, longa permanência, psiquiátricos, etc. Minas Gerais perfazia o total de 2,47 leitos mil/habitantes, reduzindo-se para 1,77 leitos mil/habitantes quando se considerava apenas os do SUS (BRASIL, 2012).

A Tabela 1 mostra que durante o período de 2005, 2008 e 2013 aprofundou-se a má distribuição de leitos entre as regiões de saúde.

Tabela 1 - População, leitos e leitos/mil habitantes no SUS por região de saúde - Norte de Minas - 2016

REGIÃO DE SAÚDE	2005			2008			2013		
	População	Leitos*	Leitos/ Mil Hab.	População	Leitos*	Leitos/ Mil Hab.	População	Leitos*	Leito s/Mil Hab.
Brasília de Minas/ São Francisco	231.695	270	1,2	238.649	290	1,2	246.040	312	1,2
Coração de Jesus	47.520	101	2,1	48.866	30	0,6	48.427	30	0,6
Francisco Sá	69.257	146	2,1	72.686	146	2,01	74.215	148	2,0
Janaúba/ Monte Azul	264.184	299	1,1	270.566	217	0,8	277.722	260	0,9
Januária	105.501	148	1,4	112.648	117	1,0	115.549	92	0,8
Manga	64.332	76	1,2	60.060	76	1,3	58.836	66	1,1
Montes Claros/Bocaiúva	430.427	898	2,1	451.595	879	1,9	487.819	844	1,7
Pirapora	134.350	161	1,2	139.185	233	1,7	145.391	204	1,4
Salinas /Taiobeiras	197.002	202	1,0	203.294	163	1,3	207.131	206	1,0
TOTAL	1.544.268	2.301	1,5	1.597.549	2.151	1,4	1.661.130	2162	1,3

Fonte: DATA SUS/SIH e DATASUS/CNES. 2016. IBGE. 2005, 2008 e 2013. Elaboração própria.

Como mostram os índices de leitos/mil habitantes há variações entre as regiões de saúde no Norte de Minas. Em 2005, esse índice variou de 1,0 leito/mil hab. em Salinas/Taiobeiras para 2,1 em Coração de Jesus e Montes Claros/Bocaiúva. Em 2013, de 0,6 leitos/mil habitantes em Coração de Jesus para 2,0 leitos/mil habitantes em Francisco Sá. Coração de Jesus foi a região na qual mais diminuíram os leitos, seguida de Montes Claros/Bocaiúva.

Embora todos os municípios tenham déficit de leitos se considerado o parâmetro de 2,5 leitos/mil habitantes, em Brasília de Minas/São Francisco e Salinas/Taiobeiras o índice permaneceu inalterado no período de 2003 a 2013, considerando-se o aumento da população. A região de Pirapora foi a única com acréscimo, passando de 1,2 para 1,4 leitos / mil habitantes.

Nas Regiões de Saúde de Coração de Jesus, Januária e Janaúba/Monte Azul, os leitos/mil habitantes sofreram variação negativa e os índices, atualmente, são de respectivamente, 0,6/mil habitantes, 0,8/mil habitantes e 0,9/mil habitantes, em torno de um terço do índice preconizado como ideal pelo Ministério da Saúde.

Na Região de Montes Claros/Bocaiúva houve variação negativa de 2005 a 2013, sendo que a relação leito/mil habitante era de 2,1 leitos e houve decréscimo para 1,7 leitos/mil habitantes. Tomado, isoladamente, o município de Montes Claros, em 2013, tinha 744 leitos hospitalares disponíveis ao SUS e o índice era de 1,9 leitos/mil habitantes. A dimensão dessa

iniquidade pode ser analisada quando se considera que esse é o centro polarizador de toda a região para a Alta Complexidade e onde se situa a maior parte dos recursos hospitalares especializados.

A análise de índices de leitos/mil habitantes dos municípios, separadamente – conforme a Tabela 2– mostra que há déficit, mesmo quando se calcula apenas a população residente, sem considerar a demanda como polos de assistência à saúde regional.

É possível observar que apenas os municípios de Francisco Sá, Grão Mogol e Juramento atingem mais de 2,5 leitos/mil habitantes. Esses são municípios com menos de 30.000 mil habitantes e Francisco Sá é polo da região de saúde.

Tabela 2 – População, Leitos e Leitos/mil Habitantes no SUS por Região de Saúde /Municípios- Norte de Minas -2005-2008-2013.

Regiões de Saúde/Municípios	2005			2008			2013		
	Pop.	Leitos	Leitos/ mil/ hab.	Pop.	Leitos	Leitos/ mil/ hab.	Pop.	Leitos	Leitos/ mil hab.
BRASÍLIA DE MINAS/SÃO FRANCISCO	231695	270	1,2	238649	290	1,2	246.040	312	1,3
Brasília de Minas	30640	74	2,4	32262	79	2,4	32473	108	3,3
Campo Azul	3732	0,0	0,0	3982	0,0	0,0	3832	0,0	0,0
Ibiracatu	6960	0,0	0,0	5996	0,0	0,0	6228	0,0	0,0
Icaraí de Minas	9280	0,0	0,0	10792	0,0	0,0	11524	0,0	0,0
Japonvar	8976	0,0	0,0	8504	0,0	0,0	8622	0,0	0,0
Lontra	8507	0,0	0,0	8274	0,0	0,0	8881	0,0	0,0
Luislândia	6677	0,0	0,0	6676	0,0	0,0	6685	0,0	0,0
Mirabela	12875	27	2,1	13198	27	2,0	13598	30	2,2
Patis	5360	0,0	0,0	5538	0,0	0,0	5881	0,0	0,0
Pintópolis	7801	0,0	0,0	8075	0,0	0,0	7516	0,0	0,0
São Francisco	54896	53	1	54846	66	1,2	56217	66	1,2
São João da Ponte	25907	37	1,4	26915	37	1,4	25933	37	1,4
São Romão	8086	16	2	9541	18	1,9	11370	18	1,6
Ubaí	10700	0,0	0,0	12348	0,0	0,0	12324	0,0	0,0
Urucuaia	11201	36	3,2	11971	36	3,0	15266	26	1,7
Varzelândia	20097	27	1,3	19731	27	1,4	19690	27	1,4
CORAÇÃO DE JESUS	47520	101	2,1	48866	30	0,61	48.427	30	0,6
Coração de Jesus	26118	101	3,9	27003	30	1,11	26933	30	1,1
Jequitaiá	8374	0,0	0,0	8182	0,0	0,00	8021	0,0	0,0
Lagoa dos Patos	4663	0,0	0,0	4586	0,0	0,00	4285	0,0	0,0
São João da Lagoa	4626	0,0	0,0	4921	0,0	0,00	4880	0,0	0,0
São João do Pacuí	3739	0,0	0,0	4174	0,0	0,00	4308	0,0	0,0
FRANCISCO SÁ	69257	146	2,1	72686	146	2,01	74.215	148	2,0

Regiões de Saúde/Municípios	2005			2008			2013		
	Pop.	Leitos	Leitos/ mil/ hab.	Pop.	Leitos	Leitos/ mil/ hab.	Leitos	Leitos/ mil hab.	
Botumirim	6590	0,0	0,0	6582	0,0	0,00	6593	0,0	0,0
Capitão Enéas	13980	20	1,4	14682	20	1,36	14986	20	1,3
Cristália	5947	0,0	0,0	5930	0,0	0,00	5993	0,0	0,0
Francisco Sá	22665	78	3,4	25788	78	3,02	26102	78	3,0
Grão Mogol	15409	48	3,1	15100	48	3,18	15737	50	3,2
Josenópolis	4666	0,0	0,0	4604	0,0	0,00	4804	0,0	0,0
JANAÚBA/MONTE AZUL	264184	299	1,1	270566	217	0,80	277.722	260	0,9
Catuti	5068	0,0	0,0	5465	0,0	0,00	5187	0,0	0,0
Espinosa	31210	66	2,1	32349	32	0,99	32117	30	0,9
Gameleiras	5306	0,0	0,0	5384	0,0	0,00	5259	0,0	0,0
Jaíba	33173	25	0,8	31758	25	0,79	36586	25	0,7
Janaúba	68808	112	1,6	67941	69	1,02	70472	107	1,5
Mamonas	5606	0,0	0,0	6458	0,0	0,00	6573	0,0	0,0
Matias Cardoso	7065	0,0	0,0	10819	0,0	0,00	10717	0,0	0,0
Mato Verde	12564	11	0,9	12989	11	0,85	12921	11	0,9
Monte Azul	22974	37	1,6	22949	37	1,61	22102	37	1,7
Nova Porteirinha	7589	0,0	0,0	7583	0,0	0,00	7630	0,0	0,0
Pai Pedro	6016	0,0	0,0	6186	0,0	0,00	6150	0,0	0,0
Porteirinha	38457	48	1,2	37877	43	1,14	38709	50	1,3
Riacho dos Machados	8829	0,0	0,0	9691	0,0	0,00	9650	0,0	0,0
Serranópolis de Minas	3863	0,0	0,0	4721	0,0	0,00	4682	0,0	0,0
Verdelândia	7656	0,0	0,0	8396	0,0	0,00	8967	0,0	0,0
JANUÁRIA	105501	148	1,4	112648	117	1,04	115.549	92	0,8
Bonito de Minas	8102	0,0	0,0	9187	0,0	0,00	10535	0,0	0,0
Cônego Marinho	6389	0,0	0,0	6449	0,0	0,00	7515	0,0	0,0
Itacarambi	18898	50	2,6	18200	54	2,97	18350	29	1,6
Januária	62684	98	6,5	67206	63	0,94	68065	63	0,9
Pedras de Maria da Cruz	9428	0,0	0,0	11606	0,0	0,00	11084	0,0	0,0
MANGA	64332	76	1,2	60060	76	1,27	58.836	66	1,1
Juvenília	6251	0,0	0,0	6276	0,0	0,00	5862	0,0	0,0
Manga	23692	33	1,4	21413	33	1,54	19757	36	1,8
Miravânia	4718	0,0	0,0	4927	0,0	0,00	4803	0,0	0,0
Montalvânia	17185	43	2,5	16265	43	2,64	15875	30	1,9
São João das Missões	12486	0,0	0,0	11179	0,0	0,00	12539	0,0	0,0
MONTE CLAROS / BOCAIÚVA	430427	898	2,3	451595	879	1,95	487.819	844	1,7
Bocaiúva	44964	62	1,4	46306	62	1,34	49293	64	1,3
Claro dos Poções	8161	0,0	0,0	8377	0,0	0,00	7885	0,0	0,0
Engenheiro Navarro	6781	0,0	0,0	7299	0,0	0,00	7353	0,0	0,0
Francisco Dumont	5003	0,0	0,0	4945	0,0	0,00	5130	0,0	0,0
Glaucilândia	2885	0,0	0,0	3046	0,0	0,00	3114	0,0	0,0

Regiões de Saúde/Municípios	2005			2008			2013		
	Pop.	Leitos	Leitos/ mil/ hab.	Pop.	Leitos	Leitos/ mil/ hab.	Leitos	Leitos/ mil hab.	
Guaraciama	4792	0,0	0,0	4708	0,0	0,00	4941	0,0	0,0
Itacambira	3150	0,0	0,0	5238	0,0	0,00	5276	0,0	0,0
Joaquim Felício	3517	0,0	0,0	4069	0,0	5,65	4573	0,0	0,0
Juramento	3953	36	9,1	4092	36	8,80	4307	36	8,4
Montes Claros	342585	777		358271	758	2,12	390212	744	1,9
Olhos-d'Água	4636	0,0	0,0	5244	0,0	0,00	5735	0,0	0,0
PIRAPORA	134350	161	1,2	139185	233	1,67	145.391	204	1,4
Buritizeiro	26801	40	1,5	26981	40	1,48	28071	60	2,1
Ibiaí	7347	0,0	0,0	7852	0,0	0,00	8264	0,0	0,0
Lassance	6504	0,0	0,0	6647	0,0	0,00	6663	0,0	0,0
Pirapora	52775	81	1,5	53433	83	1,55	55972	92	1,6
Ponto Chique	4002	0,0	0,0	4227	0,0	0,00	4187	0,0	0,0
Santa Fé de Minas	3952	0,0	0,0	4138	0,0	0,00	4021	0,0	0,0
Várzea da Palma	32969	40	1,2	35907	110	3,06	38213	52	1,4
SALINAS / TAIUBEIRAS	197002	202	1,0	203294	163	0,80	207.131	206	1,0
Berizal	4321	0,0	0,0	4595	0,0	0,00	4630	0,0	0,0
Curral de Dentro	6665	0,0	0,0	7251	0,0	0,00	7420	0,0	0,0
Fruta de Leite	6462	0,0	0,0	6464	0,0	0,00	5863	0,0	0,0
Indaiabira	7831	0,0	0,0	7724	0,0	0,00	7527	0,0	0,0
Montezuma	6620	0,0	0,0	7580	0,0	0,00	7973	0,0	0,0
Ninheira	9718	0,0	0,0	10884	0,0	0,00	10261	0,0	0,0
Novorizonte	4949	0,0	0,0	5092	0,0	0,00	5226	0,0	0,0
Padre Carvalho	5771	0,0	0,0	6092	0,0	0,00	6203	0,0	0,0
Rio Pardo de Minas	28124	40	1,4	29719	40	1,35	30578	40	1,3
Rubelita	10318	0,0	0,0	8300	0,0	0,00	7257	0,0	0,0
Salinas	37765	53	1,4	38628	53	1,37	41098	52	1,3
Santa Cruz de Salinas	5025	0,0	0,0	5408	0,0	0,00	4408	0,0	0,0
Santo Antônio do Retiro	7097	0,0	0,0	7052	0,0	0,00	7264	0,0	0,0
São João do Paraíso	21550	49	2,3	22635		0,00	23417	50	2,1
Taiobeiras	29904	60	2	30986	70	2,26	33040	64	1,9
Vargem Grande do Rio Pardo	4882	0,0	0,0	4884	0,0	0,00	4966	0,0	0,0
TOTAL	2301	1,5	0,7	1597549	2151	1,38	1661130	2162	1,3

Fonte: DATA SUS/SIH e DATASUS/CNES. 2016. IBGE. 2005, 2008 e 2013. Elaboração própria.

Em todos os outros municípios, os leitos são insuficientes para a cobertura da população do município, isoladamente, denotando a grave defasagem em relação aos parâmetros preconizados.

Também na Tabela 2 é possível observar os cinquenta e cinco municípios em que não há disponibilidade de leitos hospitalares, sendo a população encaminhada à assistência

hospitalar dos polos regionais. A maioria tem entre 4.000 a 10.000 habitantes, sendo que apenas Ubaí (10.700 habitantes), São João das Missões (12.486 habitantes) e Rubelita (10.318 habitantes) ultrapassam um pouco este total.

A evolução da oferta/capacidade instalada de leitos de 2005, 2008 e 2013 permite analisar que a regionalização da saúde não obteve êxito em propiciar maior provisão de leitos no sentido da oferta quantitativa. Também não conseguiu organizar a oferta/capacidade instalada de leitos entre as regiões de saúde, não afetando positivamente a Região Ampliada de Saúde como um todo.

Os dados sobre a distribuição dos hospitais alocados no SUS na Região Ampliada de Saúde em 2013 e por Regiões de Saúde e municípios podem ser vistos abaixo.

Quadro 8 - Distribuição dos leitos por Hospitais, Regiões de Saúde e municípios – Região Norte de Minas – 2013

Região de Saúde	Município	Hospital	Leito
Brasília de Minas	Brasília de Minas	Hospital Municipal Senhora Santana	108
	São Francisco	Unid. Mista Munic. Dr. Bricio de C Dourado	66
	São João da Ponte	Hospital São Geraldo	37
	Mirabela	Hospital Municipal São Sebastiao	30
	Varzelândia	Hospital Nossa Senhora Aparecida	27
	Urucuia	Hospital Municipal Glicia Lisboa	26
	São Romão	Fund. Assist. Manoel Simões Caxito	18
Coração de Jesus	Coração de Jesus	Hospital Municipal São Vicente de Paulo	37
Francisco Sá	Francisco Sá	Hosp. Municipal de Francisco	78
	Grão Mongol	Hosp. Afrânio Augusto Figueiredo	50
	Capitão Éneas	Sta. Casa e Hosp. N. S. da Guia	20
Janaúba/Monte Azul	Janaúba	Fundação de Assistência Social de Janaúba	48
		Hospital Regional de Janaúba	59
	Porteirinha	Santa Casa e Hospital São Vicente	50
	Espinosa,	Fund. Hospitalar do Município de Espinosa	30
	Mato Verde	Hospital Municipal de Mato Verde	11
	Monte Azul	Hospital e Mater Nossa Senhora das Graças	37
	Jaíba	Hospital Municipal de Jaíba	25
Januária	Januária	Hospital Municipal de Januária	63
	Itacarambi	Hospital Municipal Gerson Dias	29
Manga	Manga	Hospital Funrural	36
	Montalvânia	Hospital Cristo Rei	30
Montes Claros/ Bocaiuva	Montes Claros	Santa Casa de Montes Claros	302
		Hospital Universitário Clemente de Faria	159
		Hospital Aroldo Tourinho	158
		Hospital Dílson Godinho	83
		Prontocor	42
	Bocaiuva	Hospital Municipal de Bocaiuva	64
	Joaquim Felício	Hospital Nossa Senhora de Fatima	(28) *
Pirapora	Pirapora	Hospital Mun. Joao de Deus Dias Maia	36
		Hosp. Dr. Moises Magalhaes Freire	97
	Buritizeiro	Hospital e Pronto Socorro São Sebastião	50
		Hospital Municipal Rodolfo Malard	60
Várzea da Palma	Várzea da Palma	Hospital Adolf Ensch	52
		Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana de	52
Salinas/Taiobeiras	Salinas	Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana de	52

Região de Saúde	Município	Hospital	Leito
		Salinas-MG	
	Rio Pardo	Hospital Coronel João de Almeida/Tácito de Almeida Costa	40
	São João do Paraíso	Fundação Hospital São João do Paraíso	50
	Taiobeiras	Hospital Santo Antônio- Taiobeiras	64

Fonte: DATA SUS. 2016. Elaboração própria

*Embora conste que há hospital neste município, não são somados seus leitos pelo DATASUS/SIH.

De acordo com informações obtidas junto ao DATASUS, em 2013 existiam 40 hospitais na região Norte de Minas, número que diminuiu em relação a 2005, quando somava 42 hospitais. Os hospitais considerados de pequeno porte com até 50 leitos somam 21 hospitais e totalizam 702 leitos. Entre essas unidades com até 50 leitos, predominam aqueles na faixa de 11 a 30 leitos, contabilizando 11 hospitais.

Os hospitais de pequeno porte ocupam lugar de destaque para a assistência à saúde nos municípios até 20.000 habitantes, os quais consistem em polos de referência das Regiões onde se situam como é o caso dos municípios de Manga e Coração de Jesus. Na Região de Saúde de Manga pode-se verificar que há dois hospitais com 30 leitos distribuídos em Manga e em Montalvânia. A proporção de hospitais de pequeno porte na Região Norte de Minas é de 52,6 % – inferior, portanto, à realidade nacional –, com seus estabelecimentos representando 62% das unidades hospitalares (UGA, LOPES, 2007).

Os hospitais de médio porte e que contam com números de 50 e até 100 leitos somam na Região Ampliada do Norte de Minas 11 hospitais. Todos eles são referência de municípios-polos para a Atenção Hospitalar de Média Complexidade. Os hospitais com mais de 100 leitos situam-se nas regiões de saúde de Montes Claros/Bocaiúva e Brasília de Minas/São Francisco, sendo três desses no município de Montes Claros e um no município de Brasília de Minas. A Santa Casa de Montes Claros possui o maior número de leitos, seguida pelo Hospital Universitário Clemente de Faria, o Hospital Aroldo Tourinho e o Hospital Municipal Senhora Santana, esse último localizado em Brasília de Minas. O número de leitos se concentra na condição intermediária entre os "pequenos hospitais" – de até 30 leitos – e a escala mínima de 200 leitos referida pela literatura internacional.

Mendes (2011, p.107) argumenta que os hospitais de menos de 25 leitos apresentam baixa eficiência, sendo altamente ineficientes.

Também Vecina Neto e Malik (2007), tratando os hospitais menores, argumentam que este tem baixa resolutividade e, provavelmente, baixo faturamento e necessidade de financiamento do Estado para seu funcionamento.

Embora autores como Silva e Mendes (2004, p.31), analisem que a descentralização, ocorrida no início da década de 1990, ao focar no município e na gestão municipal e da oferta levou à expansão dos serviços de saúde, que vige ainda no SUS em detrimento do enfoque de demanda ou de necessidades, há que se pensar que a Região Norte de Minas está longe de alcançar a oferta de leitos existente em regiões mais prósperas economicamente.

A distribuição dos leitos por clínicas pode ser observada na Tabela 3. Essa se concentra em quatro clínicas básicas – leitos cirúrgicos (2,6%), clínicos (42,7%), obstétricos (16,3) e pediátricos (13,5%). Os leitos clínicos aparecem em maior frequência, seguidos pelos cirúrgicos.

Tabela 3 - Leitos hospitalares por Especialidades nos municípios. Região ampliada do Norte de Minas – 2013

MUNICÍPIO	Leitos por Especialidades						
	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétricos	Pediátricos	Outras Especialidades	Hospital/DIA	Total
BOCAIUVA	18	20	10	12	4	-	64
BRASILIA DE MINAS	18	66	13	11	-	-	108
BURITIZEIRO	7	35	9	9	-	-	60
CAPITAO ENEAS	5	8	4	3	-	-	20
CORAÇÃO DE JESUS	5	17	5	3	-	-	30
ESPINOSA	4	12	8	6	-	-	30
FRANCISCO AS	25	22	15	16	-	-	78
GRAO MOGOL	5	23	13	9	-	-	50
ITACARAMBI	2	9	12	3	-	3	29
JAIBA	4	8	5	8	-	-	25
JANAUBA	37	47	11	12	-	-	107
JANUARIA	6	21	24	12	-	-	63
JURAMENTO	2	26	8	-	-	-	36
MANGA	7	10	13	6	-	-	36
MATO VERDE	2	5	4	-	-	-	11
MIRABELA	7	15	6	2	-	-	30
MONTALVANIA	4	13	9	4	-	-	30
MONTE AZUL	11	13	7	4	2	-	37
MONTE CLAROS*	278 (50,27)	295 (31,96)	71 (20,11)	76 (26,03)	18 (56,25)	6	744
PIRAPORA	24	37	16	13	2	-	92
PORTEIRINHA	7	27	8	7	1	-	50
RIO PARDO DE MINAS	4	13	10	13	-	-	40
SALINAS	7	24	10	8	3	-	52
SAO FRANCISCO	16	30	11	9	-	-	66
SAO JOAO DA PONTE	8	15	6	8	-	-	37

MUNICÍPIO	Leitos por Especialidades						
	Cirúrgicos	Clínicos	Obstétricos	Pediátricos	Outras Especialidades	Hospital/DIA	Total
SAO JOAO DO PARAISO	6	30	8	6	-	-	50
SAO ROMAO	3	5	5	5	-	-	18
TAIOBEIRAS	21	28	7	8	-	-	64
URUCUIA	2	13	6	5	-	-	26
VARZEA DA PALMA	8	25	10	7	2	-	52
VARZELANDIA	-	11	9	7	-	-	27
TOTAL**	553 (25,58)	923 (42,69)	353 (16,33)	292 (13,51)	32 (1,48%)	9	2162

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil - CNES-2016

* O percentual refere-se ao total de Montes Claros por clinica sobre o TOTAL de cada clinica na Região.

O município de Montes Claros detém mais da metade dos leitos cirúrgicos (50,27%) e dos leitos de especialidades (56,25), o que condiz com sua situação de município polo da Região Ampliada de Saúde. Os leitos clínicos de ginecologia distribuem-se em sua maioria absoluta (aproximadamente 80%) nos hospitais das Regiões de Saúde, excluindo a Região de Saúde Montes Claros/ Bocaiúva.

Em todos os municípios há leitos cirúrgicos, embora com variações importantes, sendo que em 15 municípios a quantidade é inferior a 06 leitos alocados em hospitais de pequeno porte, como nos municípios de Coração de Jesus, Itacarambí, Jaíba, Juramento, Mato Verde, Montalvânia, Rio Pardo, São Romão e outros.

Ressaltando, regiões de Saúde como a do Norte de Minas não podem acompanhar o critério de porte para alocar e credenciar os hospitais no SUS, e tampouco o porte populacional dos municípios onde se situam. No caso desta Região Ampliada do Norte de Minas, de grande extensão territorial leva a que alguns municípios se situem muito distantes de municípios onde estão atualmente alocados os hospitais a rede SUS hospitalar. Provavelmente, esta ausência de hospitais locais em muitos municípios e leitos insuficientes nas regiões de saúde dificulta o acesso em razão das distâncias a serem percorridas até os hospitais de médio e de grande porte. Nesses casos, embora não seguindo o critério de planejamento em escala e levando à *deseconomias de escala*, o acesso à assistência deve ser priorizado.

No estudo da rede hospitalar e suas características, a natureza jurídica dos hospitais da rede pública ou privada é um ponto importante para analisar as internações hospitalares. A situação de 2013, comparada à de 2005 e observada na Tabela 4, mostra uma mudança significativa no perfil das unidades, especialmente no que concerne a esse item.

Tabela 4 – Natureza jurídica dos Hospitais por região de Saúde no SUS – 2005 e 2013. Região Ampliada do Norte de Minas- 2016

REGIÃO DE SAÚDE	2005				2013			
	Público	Filantrópico	Privado	Total	Público- direta ou Fundação	Filantrópico	Privado	Total
Brasília de Minas/ São Francisco	5	2	1	8	6	1	1	8
Coração de Jesus	1	1		2	1	-	-	1
Francisco Sá	1	2	1	4	1	2	1	4
Janaúba Monte Azul	2	3	-	5	2	3	-	5
Januária	2	-	1	3	2	-	-	2
Manga	-	1	1	2	-	1	1	2
Montes Claros/Bocaiúva	3	1	5	9	3	3	2	8
Pirapora	1	-	3	4	2	1	3	6
Salinas /Taiobeiras	1	3	1	5	-	3	1	4
TOTAL	16	13	13	42	17	14	7	40

Fonte: DATASUS/CNES, 2016.

Na Região Norte de Minas 18 hospitais, entre os 40 existentes em 2013, estavam sob a administração direta do serviço público nos diferentes níveis estadual ou municipal.

Os hospitais privados e filantrópicos (setor privado, lucrativo e não lucrativo) somavam 23 hospitais e concentravam-se na região de Saúde de Montes Claros/Bocaiúva, Salinas/Taiobeiras e Pirapora. Os maiores hospitais em número de leitos da região e que se situam em Montes Claros são filantrópicos (Hospital Santa Casa de Montes Claros e o Hospital Aroldo Tourinho) e público estadual (Hospital Universitário Clemente de Faria). São também do setor privado os Hospitais Dílson Godinho e o Prontosocor. O setor privado e o filantrópico (setor privado, lucrativo e não lucrativo) perfazem 585 leitos, o que torna a rede privada de saúde hegemônica em Montes Claros.

A hegemonia do setor privado, lucrativo e não lucrativo no Brasil – que representa 70% da oferta hospitalar do SUS – encontra-se, principalmente, em centros urbanos maiores e em metrópoles. Santos e Amarante (2010, p.310) analisam que os “serviços assistenciais mais complexos permanecem no centro do sistema de saúde e são hegemônicos por entidades privadas diretamente lucrativas, ou por meio de terceirizações privadas lucrativas”.

A centralidade de Montes Claros em relação ao setor saúde, conjugada com a concentração de leitos nesse município em hospitais de grande porte, além das melhores condições socioeconômicas e populacionais, dá sustentabilidade à oferta dos serviços e mantém o círculo vicioso de ampliação desses hospitais.

3.4 A disponibilidade de médicos

Embora reconhecendo a importância da análise da oferta de Recursos Humanos referentes ao quadro geral de profissionais de saúde, optou-se por centrar apenas nos profissionais médicos no nível hospitalar. Os dados do estudo referem-se aos levantados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES. Para maior aproximação ao índice médico por mil habitantes foram considerados aqueles do SUS e não SUS. Dos dados sobre médicos na Atenção Hospitalar Geral e Especializada foram computados somente os que atendem no SUS e na categoria Hospital Geral e Hospital Especializado.

Na Região Norte de Minas a assistência médica era prestada, em 2013, por 1.600 médicos, estando à maioria (55,9%) alocada no município de Montes Claros Tabela 5 (em Anexo) e Tabela 6, abaixo.

Tabela 5 - Médico/mil habitantes por Região de Saúde na Região Ampliada do Norte de Minas Gerais – SUS e Não SUS no período de 2005 A 2013

Região de Saúde/Ano	Numero Médico	Pop.	Méd./mil
2005	952	1544268	0,62
2006	1051	1558599	0,67
2007	1168	1572854	0,74
2008	1227	1597549	0,77
2009	1319	1609862	0,82
2010	1372	1577300	0,87
2011	1396	1585987	0,88
2012	1449	1594353	0,91
2013	1600	1661130	0,96

Fonte: DATASUS/CNES 2016.

Como se observa na Tabela acima houve um aumento quantitativo de aproximadamente 70% dos profissionais de 2005 a 2013. A relação médico/mil habitantes

evoluiu positivamente, porém, não atingiu, no último ano do referido período, a relação de 1,9 médicos por mil habitantes existentes na média do país.

Em estudo realizado por Silveira e Pinheiro (2014) é apontada que em 2013 havia uma relação de 1,9 médicos por mil habitantes no Brasil, o que, comparativamente, está abaixo dos índices de médicos/mil habitantes existente no mesmo ano em alguns países como Inglaterra (2,74), Austrália (2,99), Argentina (3,16) e Uruguai (3,74) e acima de outros, como Chile (1,09), Bolívia (1,2) e Peru (0,9). No entanto, não há consenso de qual deve ser a relação adequada de médicos/mil habitantes e se essa, no Brasil, está aquém ou não das necessidades do país. Há disparidades entre as regiões brasileiras em relação ao índice médicos/mil habitantes e a Região Norte do Brasil é a que possui os piores indicadores, com todos os estados abaixo de 1,4 médicos por mil habitantes.

No Norte de Minas, na análise da alocação por regiões de saúde, verifica-se que a maior relação medico/mil habitante encontrava-se nas Regiões de Saúde de Montes Claros/Bocaiúva (1,96), Pirapora (0,64), Janaúba/Monte Azul (0,61), Coração de Jesus (0,66) (Tabela 6). Em todas as regiões de saúde da Região Ampliada do Norte de Minas, a média está aquém de 1,4 registrada na Região Norte do Brasil. Com exceção da Região de Montes Claros/Bocaiúva, cuja relação encontra-se em 1,96 por mil habitantes em 2013, todas as regiões de Saúde têm uma média abaixo de 1,0 médico/mil habitantes.

Tabela 6 - Médico/mil habitantes por Região de Saúde na Região Ampliada do Norte de Minas Gerais – SUS e Não SUS- 2005 a 2013

REGIÃO DE SAÚDE/ ANO	Médico/mil habitantes									
	Brasília MG/São Francisco	Coração de Jesus	Francisco Sá	Jamba / Monte Azul	Januária	Mangara	Montes Claros Bocaiúva	Pirapora	Salinas/Taiobeiras	Total
2005	0,42	0,74	0,48	0,44	0,25	0,36	1,11	0,52	0,38	0,62
2006	0,43	0,76	0,46	0,50	0,34	0,38	1,26	0,50	0,36	0,67
2007	0,42	0,59	0,62	0,50	0,40	0,38	1,43	0,62	0,40	0,74
2008	0,44	0,47	0,59	0,47	0,40	0,50	1,54	0,62	0,35	0,77
2009	0,45	0,45	0,60	0,52	0,41	0,48	1,66	0,60	0,42	0,82
2010	0,52	0,45	0,61	0,54	0,40	0,52	1,74	0,62	0,46	0,87
2011	0,51	0,53	0,59	0,56	0,44	0,35	1,77	0,68	0,42	0,88
2012	0,46	0,55	0,57	0,56	0,46	0,38	1,88	0,69	0,42	0,91
2013	0,53	0,66	0,54	0,61	0,58	0,44	1,96	0,64	0,42	0,96

Fonte: Ministério da Saúde - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - IBGE – 2013.

Há grande disparidade entre a Região de Montes Claros/Bocaiúva e as outras regiões de saúde, em relação à concentração de médicos, sendo que a primeira apresenta uma relação até quatro vezes maior de médicos/mil habitantes que as demais. Esta realidade pode ser explicada, em parte, pelo fato de Montes Claros constituir-se no município polo de sua região de saúde e da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas. Assim, a oferta deve responder ao contingente de pacientes que convergem para esse município.

Em 2013, a maior disparidade na relação médico/ mil habitantes foi encontrada na Região de Montes Claros/Bocaiúva (1,96 medico mil/habitante) e de Salinas/Taiobeiras (0,42 médicos /mil habitantes). A Região de Salinas/Taiobeiras é a terceira maior em população e extensão. Em relação às condições de saúde, ela apresenta o segundo maior índice de mortalidade infantil (18,78). Ademais, tem uma relação de leitos (1,0/mil habitantes) inferior ao parâmetro, o que possivelmente explica a menor relação de médicos/mil habitantes. Trata-se de uma região marcadamente pobre, que abarca os municípios de Santo Antônio do Retiro e Ninheira, que detém uma das piores rendas per capita de Minas Gerais (respectivamente, R\$258,69 e R\$ 259,00).

De uma forma geral, todas as regiões de saúde do Norte de Minas apresentaram baixa relação médicos/mil habitantes. Alguns fatores podem explicar essa situação existente, como a não existência de hospitais em 50 municípios de pequeno porte populacional; o pequeno número de médicos em 39 municípios, com no máximo três médicos por município e, entre esses, 08 municípios com apenas um profissional médico (Tabela 7).

Tabela 7- Distribuição dos Médicos segundo Município e Região de Saúde. Região Ampliada do Norte de Minas. 2013

Região de Saúde/Município	Médicos
31011 Brasília MG/S.Francisco	130
. Brasília de Minas	43
. Campo Azul	3
. Ibiracatu	4
. Icaraí de Minas	3
.Japonvar	5
. Lontra	1
.Luislândia	4
. Mirabela	6
.Patis	1
. Pintópolis	5
. São Francisco	25

Região de Saúde/Município	Médicos
. São João da Ponte	11
. São Romão	3
.Ubaí	5
.Urucuia	4
. Varzelândia	7
31016 Coração de Jesus	32
. Coração de Jesus	22
.Jequitaí	3
. Lagoa dos Patos	3
. São João da Lagoa	2
. São João do Pacuí	2
31022 Francisco Sá	40
.Botumirim	2
. Capitão Enéas	4
.Cristália	2
. Francisco Sá	20
. Grão Mogol	9
. Josenópolis	3
31033 Janaúba Monte Azul	170
.Catuti	2
. Espinosa	19
. Gameleiras	3
. Jaíba	14
. Janaúba	78
. Mamonas	3
. Matias Cardoso	5
. Mato Verde	6
. Monte Azul	9
. Nova Porteirinha	2
. Pai Pedro	4
. Porteirinha	17
. Riacho dos Machados	4
. Serranópolis de Minas	1
.Verdelândia	3
31034 Januária	67
. Bonito de Minas	5
. Cônego Marinho	3
. Itacarambi	16
. Januária	41
. Pedras de Maria da Cruz	2
31040 Manga	26
. Manga	9
. Miravânia	2

Região de Saúde/Município	Médicos
. Montalvânia	9
. São João das Missões	6
31044 Montes Claros Bocaiúva	954
. Bocaiúva	34
. Claro dos Poções	4
. Engenheiro Navarro	5
. Francisco Dumont	3
. Glaucilândia	2
. Guaraciama	2
. Itacambira	4
. Joaquim Felício	3
. Juramento	1
. Montes Claros	895
. Olhos-d'Água	1
31054 Pirapora	93
. Buritizeiro	21
. Ibiaí	3
. Lassance	3
. Pirapora	42
. Ponto Chique	1
. Santa Fé de Minas	3
. Várzea da Palma	20
31059 Salinas Taiobeiras	88
. Berizal	1
. Curral de Dentro	1
. Fruta de Leite	2
. Indaiabira	4
. Montezuma	2
. Ninheira	4
. Novorizonte	3
. Padre Carvalho	1
. Rio Pardo de Minas	9
. Rubelita	5
. Salinas	21
. Santa Cruz de Salinas	2
. Santo Antônio do Retiro	4
. São João do Paraíso	9
. Taiobeiras	18
. Vargem Grande do Rio Pardo	2
Total	1.600

Fonte: DATASUS. /CNES 2016.

A Tabela 8 mostra o quantitativo de médicos em hospitais gerais e especializados entre 2005 a 2013, podendo-se observar que em 2013, existiam o total de 858 médicos. Em Montes Claros estavam alocados 608 médicos (63,2%) e nos outros 27 municípios com hospitais os restantes 472 profissionais (37,8%).

Tabela 8- Médicos em Hospitais Gerais e Especializados entre 2005 a 2013. Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas - 2016

Regiões de Saúde	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Brasília MG/ São Francisco	49	49	57	61	61	72	63	53	53
Coração de Jesus	19	17	17	12	10	8	11	11	17
Francisco Sá	12	9	18	18	17	14	17	20	16
Janaúba /Monte Azul	49	57	60	57	54	57	53	61	61
Januária	6	9	18	23	25	17	13	17	23
Manga	9	10	11	17	18	19	6	7	12
Montes Claros/ Bocaiúva	289	343	387	445	512	534	536	566	608
Pirapora	24	22	33	40	51	44	45	45	42
Salinas /Taiobeiras	29	25	23	29	37	36	30	27	26
TOTAL	486	541	624	702	785	801	774	807	858

Fonte: DATASUS. SIH. 2016.

Comparativamente a 2005, houve pouca variação no número de profissionais médicos em hospital geral e hospitais especializados nas Regiões de Saúde. Apenas na Região de Montes Claros/Bocaiúva houve aumento quantitativo de 289 para 608 médicos em 2013, dobrando o número destes profissionais.

Comparando o número de médicos em cada região de saúde na evolução de 2005 a 2013, reafirma-se que houve pouca variação. As disparidades na quantidade de médicos alocados nos hospitais por regiões de saúde podem ser explicadas pela quantidade de leitos e de hospitais existentes em cada região, ao qual acompanham.

A Tabela 9 mostra a distribuição dos médicos na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas por especialidades, distinguindo o município de Montes Claros dos demais. Observa-se que a maioria estava alocada na Clínica Básica (386 médicos) e, nessa, a maioria na Clínica Geral e Ginecologia/Obstetrícia. Em 19 municípios estavam alocados 66 médicos especialistas distribuídos em 11 Clínicas Especializadas.

Tabela 9- Proporção de Médicos por especialidades na Região Ampliada do Norte de Minas - 2013

Especialidades médicas	Região Ampliada	Região sem Montes Claros	Montes Claros
Médico anestesista	2,8	1,6	3,8
Médico Cirurgião Geral	1,6	1,3	1,9
Médico Clínico	43,4	39,3	46,2
Médico Ginecologista Obstetra	2,8	3,8	1,9
Médico da estratégia de Saúde da Família	16,5	30,9	5,1
Médico Pediatra	9,1	7,9	10,1
Médico em radiologia e diagnóstico por imagem	1,8	0,9	2,6
Médico angiologista	1,1		1,6
Médico cardiologista	5,1	3,7	6,3
Médico dermatologista	1,6		2,1
Médico neurologista	1,8		2,3
Médico oncologista clínico			1,7
Médico ortopedista e traumatologista	1,2	1,7	0,8
Médico otorrinolaringologista	1,1		1,6
Médico oftalmologista	1,3	1,4	1,1
Outras	8,8	7,5	10,9
TOTAL	100	100	100

Fonte: DATASUS/CNES

A análise da distribuição de médicos por clínicas no município Montes Claros mostra que o percentual desses profissionais nas Clínicas Básicas era de 65,1% e nas Especializadas de 34,9%. Nesse município, quando se consideram, isoladamente, as Clínicas Básicas, a maioria dos profissionais encontrava-se na Clínica Geral (216 profissionais). Nas Clínicas Especializadas, eles se encontravam principalmente nas áreas de Cardiologia, Anestesiologia e Ortopedia.

Pode-se verificar a grande diversidade de especialidades médicas existentes na área hospitalar em Montes Claros, com profissionais de 31 especialidades, em contraposição a maioria dos outros municípios com nenhuma ou no máximo duas especialidades médicas.

Além de Montes Claros, apenas dois outros municípios apresentaram maior número de especialidades médicas no nível hospitalar da rede SUS: o município de Pirapora, com sete especialidades médicas, seguido de Januária com cinco. Após a Clínica Geral e a Estratégia Saúde da Família, as especialidades mais frequentes nesses municípios eram a Anestesiologia, presente em 18 municípios com 35 profissionais, seguindo-se a Ortopedia, em seis municípios e contando com nove profissionais e a Cardiologia em seis municípios, com

oito profissionais.

Vale destacar que embora imprescindível, a existência de recursos, por si só, não garante a assistência à saúde à população. A regionalização deve ser entendida como processo de organização de redes de saúde, resultante de planejamento territorial e nacional que, através de pactuação política entre entes federados, propicia a possibilidade de acesso à assistência à saúde e referência da população aos níveis do sistema de saúde, que se fizerem necessários.

A Atenção Hospitalar, que é parte da regionalização e objeto de estudo desta tese, é importante fator que tem restringido a integralidade da assistência à saúde. Embora, na Região Norte de Minas possa ser apontado vários avanços na assistência à população, há muitos desafios, no qual a Atenção Hospitalar de Media Complexidade parece se constituir um deles.

CAPITULO IV

INTERNAÇÕES HOSPITALARES NA ATENÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIA COMPLEXIDADE: PERMANÊNCIAS E MUDANÇAS DE 2003 A 2013

Neste capítulo busca-se analisar quais os sentidos das mudanças produzidas pela regionalização em relação à Atenção Hospitalar de Média Complexidade no SUS. Ressalta-se, novamente, que a regionalização tem em vista a organização dos serviços de saúde a partir de um sistema integrado e hierarquizado, que tem a região de saúde como locus de assistência às necessidades de saúde da população. Aos municípios cabe a oferta de serviços, atribuindo-se a cada um a sua parcela de responsabilidade na assistência à saúde.

Os serviços de saúde organizam-se no espaço geográfico dos municípios e regiões por níveis de atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, que refletem a complexidade dos procedimentos a serem ofertados. Esta distribuição deve estar de acordo com os princípios de economia de escala e escopo, sendo que os menos complexos e mais frequentes estariam mais dispersos no espaço e os mais complexos concentrados em determinados municípios. Estes últimos são associados a agravos de saúde menos frequentes de ocorrer na população e, por sua densidade tecnológica, que leva ao alto custo, inviabilizaria sua oferta em todos os municípios.

No estado de Minas Gerais, o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR/MG, 2012) prevê os níveis de atenção necessários para atender à demanda dos demais municípios nos municípios-polo das regiões de Saúde e nos polos macrorregionais, atuais Regiões Ampliadas de Saúde. O PDR se baseia em critérios de cobertura populacional e acesso por proximidade geográfica, no porte e prestação de serviços ambulatoriais e hospitalares, na capacidade instalada e na polarização de internações por clínica, segundo níveis de complexidade dos atendimentos definidos pela tipologia assistencial (MINAS GERAIS, 2011).

O município polo é o de maior resolutividade no nível ambulatorial e hospitalar. Silva (2011, p. 2.756), tratando das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde, aponta quatro componentes das mesmas:

- (1) os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde;
- (2) os serviços de saúde “ou pontos da rede” devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos;
- (3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e
- (4) o sistema de governança.

Nas palavras de Machado (2009), a montagem de redes regionalizadas e hierarquizadas de atenção no Sistema Único de Saúde – SUS não tem sido uma questão trivial, já que supõe a articulação entre municípios “exportadores” e “importadores” de serviços. Isso ocorre sob a coordenação dos governos estaduais e abrange aspectos que extrapolam a questão exclusivamente normativa, tangenciando questões culturais do sistema federativo brasileiro, o qual não possui tradição de relacionamentos intergovernamentais cooperativos.

Viacava (2010), ao avaliar o desempenho dos serviços de saúde um período correspondente a dez anos, de 1998 a 2008 - em relação à efetividade, acesso, eficiência e adequação, concluiu que este não é uniforme e as melhorias mais acentuadas são observadas naquelas influenciadas pela atuação dos serviços no campo da atenção primária, sendo as mais significativas em Efetividade e Acesso. Os avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços na rede básica de saúde propiciaram o maior acesso, principalmente para a população residente nas regiões mais carentes e, em todas as regiões, entre a população dos mais pobres. Entretanto, ainda permanecem desigualdades geográficas e sociais muito grandes e significativas diferenças entre regiões e municípios brasileiros.

A regionalização deve se constituir em instrumento para a junção das diversidades existentes entre os municípios em relação ao setor saúde, tendo natureza complementar no fortalecimento dos municípios vizinhos para responder às necessidades de saúde da população de uma região. Essa forma de inter-relação entre os municípios, de gestão cooperada para assistir de forma integral à população, através da formação de redes assistenciais que extrapolam o nível municipal, foi enfatizada pelo Pacto pela Saúde¹⁴. Tal pacto é considerado um marco importante na saúde, já que por meio dele promoveu-se a adesão de municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), com a conformação de sistemas regionais e organização da saúde com base no princípio da integralidade das ações e serviços.

Nesse contexto, a Atenção Hospitalar de Média Complexidade¹⁵ tornou-se fator importante para a assistência na Região de Saúde, mas, ao mesmo tempo, tem sido considerado um ponto de estrangulamento da rede de serviços de saúde. Situação essa que

¹⁴ Conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de municípios, estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação (BRASIL, 2006).

¹⁵ A Atenção Secundária (AS) é denominada frequentemente em documentos oficiais e portarias do Ministério da Saúde como atenção de média complexidade.

envolve vários aspectos, desde a organização da mesma até cobertura da população, dentre outros.

A expansão da cobertura por serviços de saúde, por suas ações e procedimentos, apesar de não ser suficiente por si só para atender às necessidades assistenciais dos usuários do SUS, é positiva no sentido de propiciar o acesso. O acesso está relacionado com duas dimensões, que são a sócio-organizacional e a geográfica (TRAVASSOS, MARTINS, 2004 s/p). A primeira refere - se à oferta de serviços e suas características e a acessibilidade geográfica “à fricção do espaço que pode ser medida pela distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros”.

A análise da cobertura por internações hospitalares deve levar em conta vários fatores a ela relacionados, os quais explicam as condições em que ocorre, a relação oferta/capacidade instalada, a organização espacial dos serviços e outras condições que propiciam ou dificultam o acesso. Podem-se citar as condições econômicas e sociais da população, visto que, como afirmam Travassos e Martins (2004), os mais pobres têm maiores necessidades de saúde e maiores dificuldades para acessá-la.

A análise das internações hospitalares, considerando o volume que apresentaram e o local onde ocorreram possibilita entender em que medida o propósito da regionalização de assistir à população nas regiões de saúde tem sido alcançado, principalmente no que se refere às internações por procedimentos de média complexidade.

Nessa direção, este capítulo expõe os resultados encontrados no estudo em relação à amplitude das internações hospitalares dos pacientes residentes, segundo seu processamento nas regiões de residência, em sua totalidade, e daquelas por procedimentos de média complexidade hospitalar e por *Parto e Nascimento* em sua evolução no período de 2003 a 2013 na Região Ampliada do Norte de Minas.

Utilizou-se de levantamento de dados secundários no DATASUS/SIH sobre Internações no SUS em hospitais gerais e especializados. É necessário observar que são citadas como limitações do banco de dados DATASUS pelo IDB - Indicadores e Dados Básicos - no DATASUS/SIH no item Fichas de Qualificação (Ministério da Saúde, 2016), as seguintes:

- Pode não incluir todas as internações efetivamente realizadas pela SUS, em função de limites definidos pela programação física e financeira do SUS.
- Há possibilidade de subnotificação do número de internações realizadas em hospitais públicos financiados por transferência direta de recursos e não por produção de serviços.
- Desconsidera as internações realizadas em unidades hospitalares sem vínculo com o SUS, embora o denominador seja a população total. Não estão contabilizadas,

portanto, as internações que correspondem à saúde suplementar (cooperativa médica, medicina de grupo, auto-gestão e seguradora), à assistência aos servidores públicos civis e militares, a recursos próprios da unidade de internação e a serviços prestados mediante desembolso direto (exclusivamente privados).

A análise da série histórica de ocorrência das internações por local residência com base na oferta de leitos e médicos é insuficiente para explicar a conformação da Atenção Hospitalar de Média Complexidade. Contudo, seu estudo é importante pelas indicações que fornece sobre a mesma. Esse é o limite do estudo em pauta, já que são considerados apenas os dados de internações e oferta/capacidade instalada contidos no DATASUS que, por sua vez, também tem limitações.

4.1 A cobertura da população por internações hospitalares

No recorte temporal do presente estudo, observa-se que no ano de 2003 totalizaram-se 100.464 internações hospitalares de pacientes residentes na Região Ampliada do Norte de Minas na rede hospitalar do SUS. Em 2003, o montante foi de 105.666 internações hospitalares. Reduziram-se, pois, 5.202 internações hospitalares no período de onze anos (Tabela 10).

Tabela 10- Internações Hospitalares dos Pacientes Residentes e Internações Hospitalares realizadas na Região de Saúde - 2003 a 2013¹

Ano processamento AIH	Residentes internados	Internações processadas na Região de saúde
2003	105.666	104.834
2004	98.691	98.106
2005	101.525	100.454
2006	101.610	101.056
2007	99.391	98.942
2008	94.298	93.670
2009	93.736	93.113
2010	93.895	93.173
2011	98.953	98.519
2012	96.207	95.932
2013	100.464	99.918

Fonte: DATASUS - MS/SAS-SIH/SUS. 2016

1- Estão incluídas internações por procedimentos de média e alta complexidade.

As taxas de internações pelo Sistema Único de Saúde (SUS) da população residente na Região Ampliada do Norte de Minas oscilaram entre 7,0 e 6,0 internações por

100 habitantes no decênio estudado. E as variações entre os municípios oscilaram de 2,4 % a 7% em 2003 e de 2% a 11,7% em 2013, diferenças que foram bastante significativas.

No Quadro 9 estão apresentados os dados da população, da frequência das internações, a taxa de internações/população, a proporção entre o parâmetro de 8% proposto em 2002 pelo Ministério da Saúde e as internações ocorridas.

Quadro9 –Internações Hospitalares por itens de comparação -2003 e 2013.

Municípios	2003					2013					
	População	Internações	Intern./Pop	Previstas 8%	% sobre parâmetro	Municípios	População	Internações	Intern./Pop	Previstas 8%	% sobre parâmetro
Montezuma	6.599	156	2,4	528	29,5	Urucuaia	15.266	309	2,0	1221	25,3
Santa Fé de Minas	4.075	112	2,7	326	34,4	Bonito de Minas	10.535	255	2,4	843	30,3
Pintópolis	7.370	242	3,3	590	41,0	Cônego Marinho	7.515	182	2,4	601	30,3
Mato Verde	12.880	426	3,3	1030	41,3	Santa Fé de Minas	4.021	98	2,4	322	30,5
Bonito de Minas	7.980	274	3,4	638	42,9	Pedras de Maria da Cruz	11084	335	3,0	887	37,8
Miravânia	4.449	155	3,5	356	43,5	Joaquim Felício	4573	153	3,3	366	41,8
Indaiabira	7.626	313	4,1	610	51,3	Januária	68.065	2.331	3,4	5.445	42,8
Francisco Dumont	4.741	195	4,1	379	51,4	São Romão	11.370	410	3,6	910	45,1
Santo Antônio do Retiro	6.874	288	4,2	550	52,4	Pai Pedro	6150	224	3,6	492	45,5
Botumirim	6.712	286	4,3	537	53,3	Matias Cardoso	10.717	391	3,6	857	45,6
Campo Azul	3.653	156	4,3	292	53,4	Montezuma	7.973	331	4,2	638	51,9
Cônego Marinho	6.434	281	4,4	515	54,6	Riacho dos Machados	9.650	408	4,2	772	52,8
Japonvar	8.542	376	4,4	683	55,0	Miravânia	4.803	208	4,3	384	54,1
Matias Cardoso	7.844	350	4,5	628	55,8	Patis	5.881	257	4,4	470	54,6
Catuti	5.205	233	4,5	416	56,0	Mato Verde	12.921	569	4,4	1.034	55,0
Icaraí de Minas	9.300	420	4,5	744	56,5	Lassance	6.663	296	4,4	533	55,5
Pedras de Maria da Cruz	9.144	414	4,5	732	56,6	Lontra	8.881	395	4,4	710	55,6
Gameleiras	5.284	240	4,5	423	56,8	Glaucilândia	3.114	139	4,5	249	55,8
Ninheira	9.534	435	4,6	763	57,0	Ubaí	12.324	552	4,5	986	56,0
Novorizonte	4.776	218	4,6	382	57,1	Pintópolis	7.516	340	4,5	601	56,5

Municípios	2003					2013					
	População	Internações	Intern./Pop	Previstas 8%	% sobre parâmetro	Municípios	População	Internações	Intern./Pop	Previstas 8%	% sobre parâmetro
Urucuaia	10.395	477	4,6	832	57,4	Icaraí de Minas	11.524	524	4,5	922	56,8
São João das Missões	11.341	526	4,6	907	58,0	Lagoa dos Patos	4.285	196	4,6	343	57,2
Rubelita	10.258	483	4,7	821	58,9	Ninheira	10.261	490	4,8	821	59,7
Vargem Grande do Rio Pardo	4.666	225	4,8	373	60,3	Buritizeiro	28.071	1.379	4,9	2.246	61,4
Itacarambi	18.165	882	4,9	1.453	60,7	Indaiabira	7.527	371	4,9	602	61,6
Juvenília	6.011	294	4,9	481	61,1	São João da Lagoa	4.880	242	5,0	390	62,0
Luislândia	6.394	316	4,9	512	61,8	Ibiaí	8.264	414	5,0	661	62,6
Santa Cruz de Salinas	4.909	243	5,0	393	61,9	Capitão Enéas	14.986	758	5,1	1199	63,2
Ubaí	10.739	548	5,1	859	63,8	Ponto Chique	4.187	213	5,1	335	63,6
Berizal	4.144	212	5,1	332	63,9	Japonvar	8.622	441	5,1	690	63,9
Padre Carvalho	5.495	288	5,2	440	65,5	Santo Antônio do Retiro	7.264	373	5,1	581	64,2
Patis	5.259	278	5,3	421	66,1	Francisco Dumont	5.130	265	5,2	410	64,6
Lontra	8.066	430	5,3	645	66,6	Vargem Grande do Rio Pardo	4.966	257	5,2	397	64,7
Curral de Dentro	6.315	338	5,4	505	66,9	Botumirim	6.593	343	5,2	527	65,0
Claro dos Poções	8.179	439	5,4	654	67,1	Jequitaiá	8.021	419	5,2	642	65,3
Glaucilândia	2.825	153	5,4	226	67,7	Luislândia	6.685	350	5,2	535	65,4
Ibiracatu	6.744	371	5,5	540	68,8	Itacarambi	18.350	963	5,2	1.468	65,6
Manga	22.809	1.268	5,6	1.825	69,5	Jaíba	36.586	1.941	5,3	2.927	66,3
Montalvânia	17.292	1.005	5,8	1.383	72,6	Itacambira	5.276	280	5,3	422	66,3
Mamonas	5.876	343	5,8	470	73,0	Serranópolis de Minas	4.682	251	5,4	375	67,0
Januária	63.151	3.730	5,9	5052	73,8	Catuti	5.187	280	5,4	415	67,5
Verdelândia	7.414	442	6,0	593	74,5	Juramento	4.307	233	5,4	345	67,6
Fruta de Leite	6.623	405	6,1	530	76,4	Ibiracatu	6.228	338	5,4	498	67,8
Ponto Chique	3.824	234	6,1	306	76,5	Verdelândia	8.967	487	5,4	717	67,9
Riacho dos Machados	9.098	564	6,2	728	77,5	Campo Azul	3.832	210	5,5	307	68,5

Municípios	2003					2013					
	População	Internações	Intern./Pop	Previstas 8%	% sobre parâmetro	Municípios	População	Internações	Intern./Pop	Previstas 8%	% sobre parâmetro
Olhos d'Água	4.457	277	6,2	357	77,7	São João do Pacuí	4.308	240	5,6	345	69,6
Josenópolis	4.455	280	6,3	356	78,6	Várzea da Palma	38.213	2.189	5,7	3.057	71,6
Pai Pedro	5.923	376	6,3	474	79,4	Rubelita	7.257	428	5,9	581	73,7
Itacambira	3.865	251	6,5	309	81,2	Francisco Sá	26.102	1.575	6,0	2.088	75,4
Ibiaí	7.298	475	6,5	584	81,4	São João das Missões	12.539	761	6,1	1.003	75,9
São Francisco	53.169	3.466	6,5	4.254	81,5	Berizal	4.630	282	6,1	370	76,1
Jaíba	30.182	1.968	6,5	2.415	81,5	Nova Porteirinha	7.630	468	6,1	610	76,7
São Romão	7.931	521	6,6	634	82,1	Novorizonte	5.226	321	6,1	418	76,8
São João do Pacuí	3.700	245	6,6	296	82,8	Engenheiro Navarro	7.353	453	6,2	588	77,0
Guaraciama	4626	308	6,7	370	83,2	Juvenília	5.862	364	6,2	469	77,6
Salinas	37.234	2.551	6,9	2.979	85,6	Josenópolis	4.804	300	6,2	384	78,1
Nova Porteirinha	7.487	513	6,9	599	85,6	Curral de Dentro	7.420	465	6,3	594	78,3
São João da Lagoa	4.513	313	6,9	361	86,7	Montes Claros	39.0212	24.633	6,3	31.217	78,9
Jequitaiá	8.566	604	7,1	685	88,1	Grão Mogol	15.737	1.000	6,4	1.259	79,4
Buritizeiro	26.344	1.867	7,1	2.108	88,6	Coração de Jesus	26.933	1.716	6,4	2.155	79,6
Taiobeiras	28.604	2.064	7,2	2.288	90,2	Varzelândia	19.690	1.275	6,5	1.575	80,9
Engenheiro Navarro	6.937	501	7,2	555	90,3	Bocaiúva	49.293	3.194	6,5	3.943	81,0
Lassance	6.528	472	7,2	522	90,4	Mamonas	6573	428	6,5	526	81,4
Lagoa dos Patos	4.557	334	7,3	365	91,6	Janaúba	70.472	4.597	6,5	5.638	81,5
Janaúba	65.170	4.836	7,4	5.214	92,8	Porteirinha	38.709	2.528	6,5	3.097	81,6
Pirapora	5.1517	3.830	7,4	4.121	92,9	Santa Cruz de Salinas	4.408	297	6,7	353	84,2
São João da Ponte	25.969	1.938	7,5	2.078	93,3	Rio Pardo de Minas	30.578	2061	6,7	2.446	84,3
Montes Claros	32.4471	24.715	7,6	25.958	95,2	São João do Paraíso	23.417	1614	6,9	1.873	86,2
Varzelândia	19.625	1.504	7,7	1.570	95,8	São Francisco	56.217	3892	6,9	4.497	86,5
Monte Azul	23.410	1.803	7,7	1.873	96,3	Claro dos Poções	7.885	546	6,9	631	86,6
Cristália	5.762	445	7,7	461	96,5	Guaraciama	4.941	344	7,0	395	87,0
Bocaiúva	43.866	3.406	7,8	3.509	97,1	Olhos-d'Água	5.735	401	7,0	459	87,4
Mirabela	12.710	996	7,8	1.017	98,0	Pirapora	55.972	3963	7,1	4.478	88,5

Municípios	2003					2013					
	População	Internações	Intern./Pop	Previstas 8%	% sobre parâmetro	Municípios	População	Internações	Intern./Pop	Previstas 8%	% sobre parâmetro
São João do Paraíso	21.278	1.683	7,9	1702	98,9	Brasília de Minas	32.473	2308	7,1	2.598	88,8
Serranópolis de Minas	3.952	318	8,0	316	100,6	Espinosa	32.117	2302	7,2	2.569	89,6
Juramento	3.929	319	8,1	314	101,5	Taiobeiras	33.040	2392	7,2	2.643	90,5
Porteirinha	38.170	3.138	8,2	3.054	1028	São João da Ponte	25.933	1895	7,3	2.075	91,3
Grão Mogol	14.807	1.261	8,5	1.185	106,5	Monte Azul	22.102	1617	7,3	1.768	91,5
Joaquim Felício	3.697	315	8,5	296	106,5	Padre Carvalho	6.203	462	7,4	496	93,1
Rio Pardo de Minas	27.674	2.364	8,5	2.214	106,8	Gameleiras	5.259	394	7,5	421	93,6
Capitão Enéas	13.539	1.167	8,6	1.083	107,7	Fruta de Leite	5.863	441	7,5	469	94,0
Francisco Sá	23.121	2.054	8,9	1.850	111,0	Manga	19.757	1493	7,6	1.581	94,5
Coração de Jesus	25.920	2.377	9,2	2.074	114,6	Cristália	5.993	473	7,9	479	98,7
Várzea da Palma	32.293	3.015	9,3	2.583	116,7	Salinas	41.098	3268	8,0	3.288	99,4
Espinosa	31.093	3.067	9,9	2.487	123,3	Montalvânia	15.875	1293	8,1	1.270	101,8
Brasília de Minas	30.449	3.665	12,0	2436	150,5	Mirabela	13.598	1590	11,7	1.088	146,2
TOTAL	2E+06	1E+05	7,0	12.0305	87,8	TOTAL	2E+06	1E+05	6,0	13.2890	75,6

Fonte: DATASUS - MS/SAS-SIH/SUS. 2016

*Grifos em Amarelo sobre os municípios que tem hospitais.

Estas taxas refletem a situação encontrada no Brasil onde, desde 1999, se observa uma tendência de queda no número de internações por 100 habitantes (MS, DATASUS/SIH, 2013). Essa tendência foi confirmada em estudo do IPEA em 2009, em que as internações hospitalares por 100 habitantes situaram-se em 5,8 em Minas Gerais, 5,6 em São Paulo, 5,5 no Rio de Janeiro e 4,0 no Piauí.

No Quadro 10 podem ser visualizados como se distribuem por municípios da Região Ampliada do Norte de Minas, o Produto Interno Bruto per capita, o IDH, as Internações por mil habitantes e os leitos por mil habitantes.

Os municípios de Urucuaia, Bonito de Minas, Cônego Marinho, Santa Fé de Minas, Pedras de Maria da Cruz, Joaquim Felício, Januária, São Romão, Pai Pedro e Matias Cardoso apresentaram o menor número de internações em 2013, sendo que as internações oscilaram entre 2,0 a 3,5 por 100 habitantes.

Quadro 10- Municípios Produto Interno Bruto Per capita, IDH, Internações mil/habitantes e Leitos mil/habitantes -2013.

Municípios	Produto Interno Bruto Per capita R\$	IDH	Internações mil/hab.	Leitos mil hab. Munic. com EH
... São João das Missões	4.222,2	0,529	6,1	
... Mamonas	5.114,15	0,618	6,5	
. Icaraí de Minas	5.156,91	0,624	4,5	
. Lontra	5.206,37	0,65	4,4	
. Ibiracatu	5.233,6	0,591	5,4	
. Ninheira	5.346,35	0,556	4,8	
. Urucuia	5.424,62	0,62	2	1,7
. Bonito de Minas	5.425,71	0,537	2,4	
. Pai Pedro	5.445,16	0,59	3,6	
. Cônego Marinho	5.448,81	0,621	2,4	
. Santo Antônio do Retiro	5.496,9	0,57	5,1	
. Montezuma	5.558,00	0,587	4,2	
. Fruta de Leite	5.577,66	0,544	7,5	
. Rubelita	5.598,76	0,582	5,9	
. Miravânia	5.687,38	0,593	4,3	
Serranópolis de Minas	5.726,67	0,633	5,4	
São João da Ponte	5.768,38	0,57	7,3	1,4
Pintópolis	5.769,22	0,59	4,5	
Patis	5.783,67	0,61	4,4	
. Ubaí	5.791,12	0,61	4,5	
Pedras de Maria da Cruz	5.795,79	0,614	3	
Luislândia	5.818,12	0,61	5,2	
São João do Pacuí	5.910,87	0,625	5,6	
Japonvar	6.055,08	0,61	5,1	
Catuti	6.158,83	0,621	5,4	
Varzelândia	6.189,42	0,59	6,5	1,4
Montalvânia	6.209,43	0,613	8,1	1,9
. São João do Paraíso	6.218,96	0,615	6,9	2,1
. Francisco Dumont	6.238,46	0,625	5,2	
. Gameleiras	6.467,33	0,65	7,5	
. Porteirinha	6.508,34	0,651	6,5	1,3
. São Francisco	6.525,77	0,64	6,9	1,2
. Vargem Grande do Rio Pardo	6.548,81	0,634	5,2	
. Novorizonte	6.617,95	0,616	6,1	
. Monte Azul	6.629,56	0,659	7,3	1,7
. Indaiabira	6.650,00	0,61	4,9	
. Juvenília	6.675,40	0,592	6,2	
. Mirabela	6.744,24	0,67	11,7	2,2
. Berizal	6.873,32	0,604	6,1	
. Botumirim	6.895,90	0,602	5,2	
. Glaucilândia	6.901,20	0,679	4,5	
. Claro dos Poções	6.913,22	0,67	6,9	
. Espinosa	6.993,71	0,627	7,2	0,9
. Campo Azul	7.059,48	0,621	5,5	
. Mato Verde	7.064,69	0,662	4,4	
. Santa Cruz de Salinas	7.076,61	0,577	6,7	
. Rio Pardo de Minas	7.117,23	0,624	6,7	1,3
. Ibiaí	7.122,54	0,614	5	

Municípios	Produto Interno Bruto Per capita R\$	IDH	Internações mil/hab.	Leitos mil hab. Munic. com EH
. Curral de Dentro	7.140,81	0,585	6,3	
. Josenópolis	7.155,65	0,564	6,2	
. Coração de Jesus	7.192,94	0,642	6,4	1,1
. Januária	7.227,93	0,658	3,4	0,9
. Brasília de Minas	7.254,50	0,656	7,1	3,3
. Ponto Chique	7.305,77	0,606	5,1	
. Manga	7.420,07	0,642	7,6	1,8
. Santa Fé de Minas	7.470,67	0,615	2,4	
. Riacho dos Machados	7.866,82	0,627	4,2	
. Engenheiro Navarro	7.995,86	0,655	6,2	
. Verdelândia	8.167,30	0,584	5,4	
. Padre Carvalho	8.297,83	0,599	7,4	
. Lagoa dos Patos	8.299,97	0,634	4,6	
. Itacarambi	8.547,25	0,641	5,2	1,6
. Janaúba	8.606,13	0,696	6,5	1,5
. Jequitaiá	8.856,22	0,643	5,2	
. São João da Lagoa	8.976,98	0,634	5	
. Taiobeiras	9.758,56	0,67	7,2	1,9
. Cristália	9.793,66	0,583	7,9	
. São Romão	9.852,34	0,64	3,6	1,6
. Guaraciama	9.925,42	0,623	7	
. Joaquim Felício	10.265,04	0,637	3,3	
. Buritizeiro	10.895,89	0,624	4,9	2,1
. Salinas	10.925,98	0,679	8	1,3
. Jaíba	11.434,47	0,638	5,3	
. Matias Cardoso	11.469,09	0,616	3,6	
. Olhos-d'Água	11.613,14	0,626	7	
. Nova Porteirinha	11.755,73	0,641	6,1	
. Francisco Sá	11.844,54	0,625	6	3,0
. Bocaiúva	12.832,41	0,7	6,5	1,3
. Capitão Enéas	13.105,25	0,66	5,1	1,3
. Itacambira	13.631,54	0,628	5,3	
. Lassance	15.571,03	0,629	4,4	
. Juramento	16.264,58	0,669	5,4	
. Várzea da Palma	16.929,96	0,666	5,7	1,4
. Montes Claros	18.278,78	0,77	6,3	1,9
. Grão Mogol	18.690,74	0,604	6,4	3,2
. Pirapora	23.632,59	0,731	7,1	1,6

Fonte: DATASUS- FJP- Elaboração Própria. 2016.

Observação: EH significa Estabelecimento Hospitalar.

Detectou-se que as taxas de internação não foram iguais nos diferentes estratos socioeconômicos e houve maior correspondência entre taxas mais baixas e rendas per capita menores (Ver Quadro 10). Neste caso parece predominar a dificuldade de acesso, já que as evidências demonstram que a maior carga das doenças e grande parte das desigualdades em saúde têm correspondência com os determinantes sociais, o que levaria ao maior adoecimento

dos mais pobres e a maiores taxas de internações hospitalares. Neri e Soares (2002), considerando as necessidades e o uso dos serviços de saúde, verificaram que os indivíduos mais pobres têm pior acesso a ativos de saúde, adoecem mais e consomem menos serviços de saúde, fatores que aprofundam o quadro de desigualdade dos rendimentos.

Voltando à Região Ampliada do Norte de Minas, observa-se que as internações por 100 habitantes diminuíram em 2013 em relação a 2003, passando de 4,3 a 2,4 internações por 100 habitantes. É interessante observar que nos dois períodos (2003 e 2013), há certa tendência de as taxas de internações gerais serem menores (inferiores a 5,0 internações por 100 habitantes) nas regiões e municípios em que não há estabelecimento hospitalar, na medida em que os pacientes devem se deslocar para ter acesso às internações e são também prejudicados pelas dificuldades econômicas, já que estão entre os mais pobres. São Romão e Januária são os dois únicos que possuem hospitais, sendo, inclusive, esse último polo de Região de Saúde (Quadro 9, em que estão grifados em amarelo aqueles municípios com hospitais com leitos SUS).

No outro extremo, os municípios de Salinas, Montalvânia e Mirabela apresentaram razão igual ou superior a 8,00 internações por 100 habitantes em 2013. Em 16 municípios, essa relação foi superior a 7,0 por 100 habitantes. A maioria desses municípios tem disponibilidade de leitos no nível local (Tabela 2)

A Tabela 11 apresenta a frequência e o percentual das internações totais nos municípios, segundo a distribuição dos procedimentos de média e alta complexidade hospitalar.

Tabela 11 – Municípios e quantitativo físico, relação percentual das Internações totais, segundo procedimento de média e alta complexidade – 2013.

Município	Complexidade dos Procedimentos				
	Média		Alta		Total
	F	%	f	%	F
Berizal	265	93,97	17	6,03	282
Bocaiúva	3009	94,21	185	5,79	3194
Bonito de Minas	224	87,84	31	12,16	255
Botumirim	320	93,29	23	6,71	343
Brasília de Minas	2035	88,17	273	11,83	2308
Buritizinho	1316	95,43	63	4,57	1379
Campo Azul	195	92,86	15	7,14	210
Capitão Enéas	718	94,72	40	5,28	758
Catuti	265	94,64	15	5,36	280
Claro dos Poções	503	92,12	43	7,88	546
Cônego Marinho	155	85,16	27	14,84	182

Município	Complexidade dos Procedimentos				
	Media		Alta		Total
	F	%	f	%	F
Coração de Jesus	1626	94,76	90	5,24	1716
Cristália	456	96,41	17	3,59	473
Curral de Dentro	452	97,2	13	2,8	465
Engenheiro Navarro	414	91,39	39	8,61	453
Espinosa	2176	94,53	126	5,47	2302
Francisco Dumont	237	89,43	28	10,57	265
Francisco Sá	1493	94,79	82	5,21	1575
Fruta de Leite	422	95,69	19	4,31	441
Gameleiras	380	96,45	14	3,55	394
Glaucilândia	129	92,81	10	7,19	139
Grão Mogol	946	94,6	54	5,4	1000
Guaraciama	311	90,41	33	9,59	344
Ibiaí	388	93,72	26	6,28	414
Ibiracatu	306	90,53	32	9,47	338
Icaraí de Minas	476	90,84	48	9,16	524
Indaiabira	364	98,11	7	1,89	371
Itacambira	259	92,5	21	7,5	280
Itacarambi	861	89,41	102	10,59	963
Jaíba	1851	95,36	90	4,64	1941
Janaúba	4326	94,1	271	5,9	4597
Januária	2067	88,67	264	11,33	2331
Japonvar	386	87,53	55	12,47	441
Jequitaiá	379	90,45	40	9,55	419
Joaquim Felício	144	94,12	9	5,88	153
Josenópolis	290	96,67	10	3,33	300
Juramento	207	88,84	26	11,16	233
Juvenília	348	95,6	16	4,4	364
Lagoa dos Patos	192	97,96	4	2,04	196
Lassance	267	90,2	29	9,8	296
Lontra	372	94,18	23	5,82	395
Luislândia	308	88	42	12,00	350
Mamonas	400	93,46	28	6,54	428
Manga	1.406	94,17	87	5,83	1.493
Matias Cardoso	375	95,91	16	4,09	391
Mato Verde	533	93,67	36	6,33	569
Mirabela	1.501	94,4	89	5,6	1.590
Miravânia	187	89,9	21	10,1	208
Montalvânia	1.268	98,07	25	1,93	1.293
Monte Azul	1542	95,36	75	4,64	1.617
Montes Claros	22.571	91,63	2062	8,37	24.633
Montezuma	324	97,89	7	2,11	331
Ninheira	473	96,53	17	3,47	490
Nova Porteirinha	443	94,66	25	5,34	468
Novorizonte	317	98,75	4	1,25	321
Olhos-d'Água	392	97,76	9	2,24	401

Município	Complexidade dos Procedimentos				
	Media		Alta		Total
	F	%	f	%	F
Padre Carvalho	450	97,4	12	2,6	462
Pai Pedro	215	95,98	9	4,02	224
Patis	229	89,11	28	10,89	257
Pedras de Maria da Cruz	280	83,58	55	16,42	335
Pintópolis	314	92,35	26	7,65	340
Pirapora	3.784	95,48	179	4,52	3.963
Ponto Chique	196	92,02	17	7,98	213
Porteirinha	2.410	95,33	118	4,67	2.528
Riacho dos Machados	380	93,14	28	6,86	408
Rio Pardo de Minas	1.982	96,17	79	3,83	2.061
Rubelita	414	96,73	14	3,27	428
Salinas	3.115	95,32	153	4,68	3.268
Santa Cruz de Salinas	283	95,29	14	4,71	297
Santa Fé de Minas	96	97,96	2	2,04	98
Santo Antônio do Retiro	351	94,1	22	5,9	373
São Francisco	3.617	92,93	275	7,07	3.892
São João da Lagoa	232	95,87	10	4,13	242
São João da Ponte	1.759	92,82	136	7,18	1.895
São João das Missões	718	94,35	43	5,65	761
São João do Pacuí	226	94,17	14	5,83	240
São João do Paraíso	1.559	96,59	55	3,41	1.614
São Romão	386	94,15	24	5,85	410
Serranópolis de Minas	244	97,21	7	2,79	251
Taiobeiras	2.277	95,19	115	4,81	2392
Ubaí	505	91,49	47	8,51	552
Urucuia	296	95,79	13	4,21	309
Vargem Grande do Rio Pardo	234	91,05	23	8,95	257
Várzea da Palma	2097	95,8	92	4,2	2189
Varzelândia	1.178	92,39	97	7,61	1.275
Verdelândia	461	94,66	26	5,34	487
TOTAL	93.858	93,42	6606	6,58	100.464

Fonte: DATASUS/SIH- 2016.

A análise da proporção de internações por procedimentos de média e alta complexidade mostra que as primeiras representaram 93,42% das internações na Região Ampliada. Houve variações entre os municípios, sendo que em dez municípios o percentual ficou abaixo de 3% nas internações por alta complexidade e maior que 10% em outros dez municípios.

Os hospitais que detêm maiores recursos humanos especializados e equipamentos específicos são os que atendem os casos mais complexos e estão localizados em poucos municípios na Região Norte de Minas. Montes Claros é a principal referência para as internações por procedimentos de alta complexidade, conforme mencionado no capítulo anterior.

Foram comparados os municípios que mais e menos internaram pacientes para procedimentos de alta complexidade com as variáveis definidas e que constam nas tabelas já citadas. Buscou-se estabelecer uma correspondência entre oferta de leitos e profissionais médicos nas regiões de saúde baseando-se no pressuposto de que estes pacientes internados teriam sido referenciados pelos médicos nos hospitais de nível secundário ou por profissionais médicos alocados no nível ambulatorial local, entre os municípios com menores e maiores taxas de internação total e entre aqueles com menores rendas per capita. Não foi encontrada correspondência quantitativa em nenhuma destas situações.

Castro et al (2002) analisaram a relação entre acesso às internações e a condição econômica do paciente e concluíram que aqueles de menores rendas têm coeficiente maior e maior chance de internação hospitalar. Relacionaram que o fator preponderante que leva à internação é a necessidade de saúde.

Contudo, Botega, Rodrigues e Andrade (2006) relatam que há municípios pobres no Vale do Jequitinhonha em que não houve ocorrência de procedimentos de alta complexidade durante o período de um ano. A partir dessa referência, pressupõe-se que os municípios com baixo percentual de internação podem ter tido menor acesso aos referidos procedimentos.

A evolução da proporção das internações por procedimentos (causas) pode ser vista na Tabela 12 mostra que na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas o maior percentual de procedimentos correspondeu ao Parto normal (11,0%), seguido por Tratamento de Pneumonias ou Influenza (gripe) (6,3%), Parto cesariano (5,5%), Tratamento de insuficiência cardíaca (3,9%), Curetagem pós-abortamento / puerperal (2,1%), Tratamento de outras doenças bacterianas (2,1%), Tratamento de acidente vascular cerebral - AVC isquêmico ou hemorrágico agudo (1,9%).

Como é possível observar, a maioria dos procedimentos compôs, também, o perfil de 2003, embora com diferenças percentuais entre eles, como no caso do procedimento de Cirurgia obstétrica – I, II, III, IV.

Tabela 12 - Pacientes residentes e procedimentos hospitalares ocorridos - Região Ampliada do Norte de Minas Gerais- 2003 e 2013

Procedimento	2003		Procedimento	2013	
	Internações			Internações	
Cirurgia obstétrica – I	13.982	13,2	Parto normal	1.1042	11,0
Insuficiência cardíaca	6.039	5,7	Tratamento de pneumonias ou influenza (gripe)	6.330	6,3
Afecções pulmonares	5.576	5,3	Parto cesariano	5.529	5,5
Cirurgia obstétrica VI	4.493	4,3	Tratamento de insuficiência cardíaca	3.956	3,9
Cirurgia obstétrica – III	4.188	4,0	Curetagem pós-abortamento / puerperal	2.077	2,1
Enteroinfecções acima de 1 ano	3.710	3,5	Tratamento de outras doenças bacterianas	2.062	2,1
Afecções respiratórias da criança com idade igual	2.723	2,6	Tratamento de acidente vascular cerebral - avc (isquêmico ou hemorrágico agudo)	1.903	1,9
Cirurgia obstétrica – II	2.660	2,5	Colecistectomia	1.755	1,7
Cirurgia do abdome – II	2.571	2,4	Debridamento de ulcera / de tecidos desvitalizados	1.652	1,6
Cirurgia da pele e tecido subcutâneo – III	2.472	2,3	Tratamento das doenças crônicas das vias aéreas inferiores	1.504	1,5
Infeções do aparelho geniturinário	2.024	1,9	Tratamento de síndrome coronariana aguda	1.464	1,5
Insuficiência respiratória aguda	1.969	1,9	Tratamento de intercorrências clinicas na gravidez	1.211	1,2
Crise asmática	1.931	1,8	Tratamento c/ cirurgias múltiplas	1.099	1,1
Cirurgia obstétrica VI	1.901	1,8	Tratamento da pielonefrite	1.082	1,1
Acidente vascular cerebral	1.827	1,7	Tratamento de traumatismos de localização especificada / não especificada	1.073	1,1
Afecções da pele e tecido subcutâneo	1.699	1,6	Tratamento de doenças infecciosas e intestinais	1.072	1,1
Angina instável	1.464	1,4	Diagnostico e/ou atendimento de urgência em clinica medica	1.067	1,1
Cirurgia das artérias e veias – II	1.395	1,3	Tratamento de outras doenças do aparelho urinário	1.067	1,1
Emergência hipertensiva	1.391	1,3	Tratamento de diabetes mellitus	1.065	1,1
Enteroinfecções abaixo de 1 ano	1.269	1,2	Hernioplastia inguinal / crural (unilateral)	1.023	1,0
Diagnostico e/ou primeiro atendimento	1.105	1,0	Parto cesariano em gestação de alto risco	966	1,0
Cirurgia da vagina - II	1.104	1,0	Tratamento de outras doenças do aparelho digestivo	941	0,9
Cirurgia do fígado e vias biliares – III	1.055	1,0	Tratamento de transtornos das vias biliares e pâncreas	935	0,9
Transtornos do esôfago, estomago e duodeno	885	0,8	Parto normal em gestação de alto risco	918	0,9
Hemorragias digestivas	825	0,8	Facoemulsificacao c/ implante de lente intraocular dobrável	836	0,8
Subtotal	70.258	66,5	Subtotal	53.629	53,4
Outras	29.415	33,5	Outras	46.835	46,6
TOTAL	100.464	100	TOTAL	100.464	100

Fonte: DATASUS/SIH- 2016.

Fica evidente que o Norte de Minas segue um perfil de morbidade hospitalar semelhante ao Brasil. Na evolução da proporção de internações hospitalares por grupos de

causas no período de 1995 a 2005, a principal causa de internação correspondeu à Gravidez, Parto e Puerpério, correspondendo a aproximadamente um quarto das internações.

Excluindo as internações relacionadas à gravidez parto e puerpério e as classificadas como “demais causas”, a primeira causa específica relacionada com doença ou agravo à saúde de internação durante a série corresponde às doenças do aparelho respiratório. Com uma participação média anual de 15,8%, apresenta uma tendência discreta de redução da sua contribuição proporcional como causa de internação nos últimos anos (de 16,0% em 1995 para 13,7% em 2005). As doenças do aparelho circulatório representam a segunda causa de internações com uma participação anual média de 9,9% e apresentando uma tendência estável no período (RIPSA, 2007, p.1).

A Tabela 13 mostra que entre os procedimentos hospitalares de média e alta complexidade ocorridos na Região Ampliada do Norte de Minas, excluindo a Região de Saúde Montes Claros/ Bocaiúva que *Parto e Nascimento* aparecem em segundo lugar e os Tratamentos clínicos (outras especialidades) em primeiro lugar entre os procedimentos de média complexidade.

Tabelas 13 – Pacientes internados e Procedimentos hospitalares ocorridos de média e alta complexidade - Região Ampliada do Norte de Minas, **excluindo a Região de Saúde Montes Claros/ Bocaiúva** - 2013.

Subgrupo proced.	Média complexidade	Alta complexidade	Total
0201 Coleta de material	11	-	11
0301 Consultas / Atendimentos / Acompanhamentos	821	-	821
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	25.688	1	25.689
0304 Tratamento em oncologia	283	-	283
0305 Tratamento em nefrologia	1.438	-	1.438
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	1.867	-	1.867
0310 Parto e nascimento	7.740	-	7.740
0401 pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	456	-	456
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	31	-	31
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça e do pescoço	496	-	496
0405 Cirurgia do aparelho da visão	31	844	875
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	195	-	195
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	3.815	1	3.816
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	3.145	13	3.158
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	2.414	-	2.414
0410 Cirurgia de mama	42	-	42
0411 Cirurgia obstétrica	5.508	-	5.508
0412 Cirurgia torácica	171	6	177
0413 Cirurgia reparadora	225	1	226

Subgrupo proced.	Média complexidade	Alta complexidade	Total
0414 Bucomaxilofacial	1	-	1
0415 outras cirurgias	685	1	686
TOTAL	55.063	867	55.930

Fonte: DATASUS-SIH

Entre os procedimentos na alta complexidade (excluindo-se a Região de Montes Claros/ Bocaiúva), o procedimento cirurgia do Aparelho da Visão tem frequência quase absoluta. Confirma-se que os procedimentos de alta complexidade ocorrem na quase totalidade em Montes Claros.

4.2A internação hospitalar nas Regiões de Saúde: evolução de 2003 a 2013

Para a análise das internações hospitalares no período de 2003 a 2013 foram levantados os dados disponíveis no DATASUS/SIH, sobre internações dos pacientes residentes e internações hospitalares por local de processamento. Não foi levantada a complexidade dos procedimentos, devido não existir, no DATASUS/SIH, esta opção anterior ao período de 2008.

Processou-se o cruzamento dos dados disponíveis sobre as internações ocorridas entre os pacientes residentes e as internações registradas pelos estabelecimentos hospitalares nos mesmos municípios e regiões de saúde. Considerou-se que a diferença entre os valores permitiria aproximar do quantitativo e do percentual de pacientes que se internaram no município de residência e/ou na Região de Saúde de residência, sem separação por complexidade dos procedimentos. Ou seja, o quantitativo de internações de residentes foi subtraído das internações processadas em cada município nos estabelecimentos hospitalares e a diferença entre dois valores de pacientes residentes pode ser considerada como aquela dos que se deslocaram, quando era maior o quantitativo de pacientes. Quando ocorreu do quantitativo de internações em um município ser maior do que o número de pacientes residentes internados, como em Montes Claros, considerou-se que essas internações foram processadas em pacientes de outros municípios ou regiões de saúde.

Ademais, compararam-se os resultados obtidos com o levantamento de dados no DATASUS, realizado da forma descrita acima, com os resultados obtidos através do levantamento dos procedimentos de média complexidade hospitalar ocorridos posteriormente

ao período de 2008. As diferenças percentuais encontradas foram inferiores a 1,5% e consideradas oriundas das internações de alta complexidade processadas nos hospitais locais.

A única exceção foi a Região de Januária que, na comparação entre as duas fontes de informação, constatou-se uma diferença de mais de 6,0% (no segundo método (referente a procedimentos de média complexidade). A Região de Montes Claros/Bocaiúva teve, no primeiro método, o percentual de 143,56% pacientes, acima do percentual de pacientes residentes internados (teoricamente 100%) e no segundo método (dados dos procedimentos de média complexidade) internaram-se no próprio município 90,69% pacientes residentes. Ou seja, a diferença se refere às internações de pacientes para procedimentos de alta complexidade e pacientes oriundos de outros municípios.

Quadro 11- Comparação entre as duas formas de processar os dados de Internações no ano de 2013

Regiões de Saúde	Método 1*	Método 2 **
Brasília – MG / São Francisco	84,9	83,70
Coração Jesus	56,06	57,74
Francisco Sá	53,56	55,39
Janaúba/Monte Azul	81,60	83,41
Januária	58,09	64,54
Manga	84,07	83,86
Pirapora	88,13	88,46
Salinas/Taiobeiras	86,68	86,76

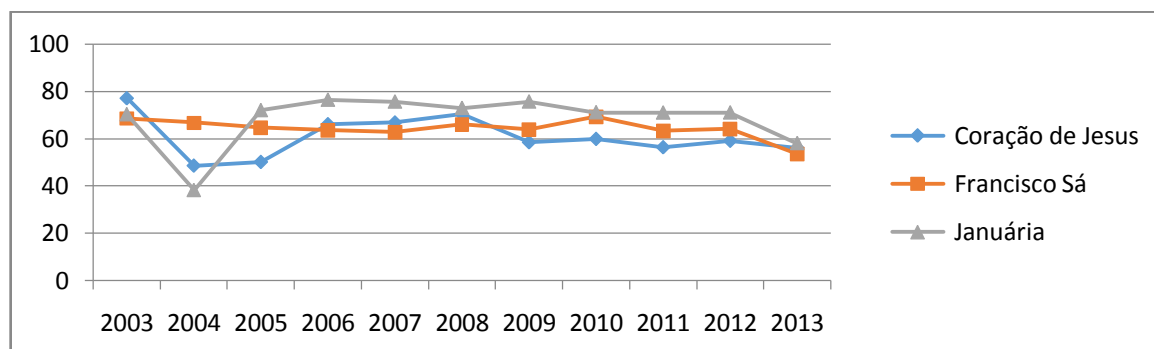
Fonte: DATASUS/SIH. 2016

* Percentual das internações de residentes processadas nos estabelecimentos hospitalares nas regiões de saúde entre 2003 e 2013.

** Percentual de internações de residentes por procedimentos de média complexidade nos estabelecimentos hospitalares alocados nas regiões de saúde de residência em 2008 a 2013.

A análise das internações hospitalares na Região Ampliada do Norte de Minas no período de 2003 a 2013 mostra variação nas internações de pacientes ocorridas nas regiões de saúde de residência. Esse percentual aumentou em 7,6% entre 2003 e 2013, embora esconda diferenças percentuais entre as Regiões de Saúde.

Gráfico 1 - Regiões de Saúde com menores percentuais de Internações de pacientes na região de residência. 2003 a 2013



Fonte: DATASUS - MS/SAS-SIH/SUS. 2016.

1- Estão incluídas internações por procedimentos de média e alta complexidade.

A Tabela 14 discrimina nas Regiões de Saúde os quantitativos e os percentuais das internações no período de 2003 e 2013. Nela, é possível observar que as regiões de Coração de Jesus, Francisco Sá e Januária tiveram os menores percentuais de pacientes internados na região de residência. Houve oscilação no período de 2003 a 2013 e declínio no período estudado nesse percentual.

TABELA 14- Percentual de pacientes residentes internados nas Regiões de Saúde - 2003 a 2013¹

Ano Processamento AIH	Regiões de Saúde								
	Brasília MG/S. Francisco	Coração de Jesus	Francisco Sá	Janaúba / Monte Azul	Januária	Manga	Pirapora	Salinas	Total
2003	84,73	77,07	68,52	79,39	70,26	90,36	86,09	86,30	72,50
2004	83,87	48,50	66,65	76,20	38,28	89,45	80,74	81,93	76,93
2005	82,25	50,07	64,52	73,01	72,00	88,77	79,99	79,10	76,21
2006	86,64	66,06	63,46	77,22	76,41	96,21	80,65	80,92	79,95
2007	87,70	66,79	62,65	78,09	75,62	85,63	81,32	80,57	79,77
2008	86,79	70,23	66,03	78,17	72,95	85,29	83,29	78,95	79,80
2009	85,84	58,40	63,74	78,31	75,64	85,23	84,53	79,64	79,46
2010	88,89	59,84	69,22	82,52	71,10	85,33	88,03	82,93	82,52
2011	86,32	56,30	63,29	79,77	70,98	83,61	89,40	84,56	80,92
2012	85,45	59,04	64,06	79,21	71,01	84,43	86,19	84,77	80,40
2013	84,99	56,06	53,56	81,60	58,09	84,07	88,13	86,68	80,10

Fonte: Data SUS.

1- Foram incluídas internações por procedimentos de média e alta complexidade.

Estes dados sintetizados na Tabela 14, acima apresentada estão na Tabela 15.

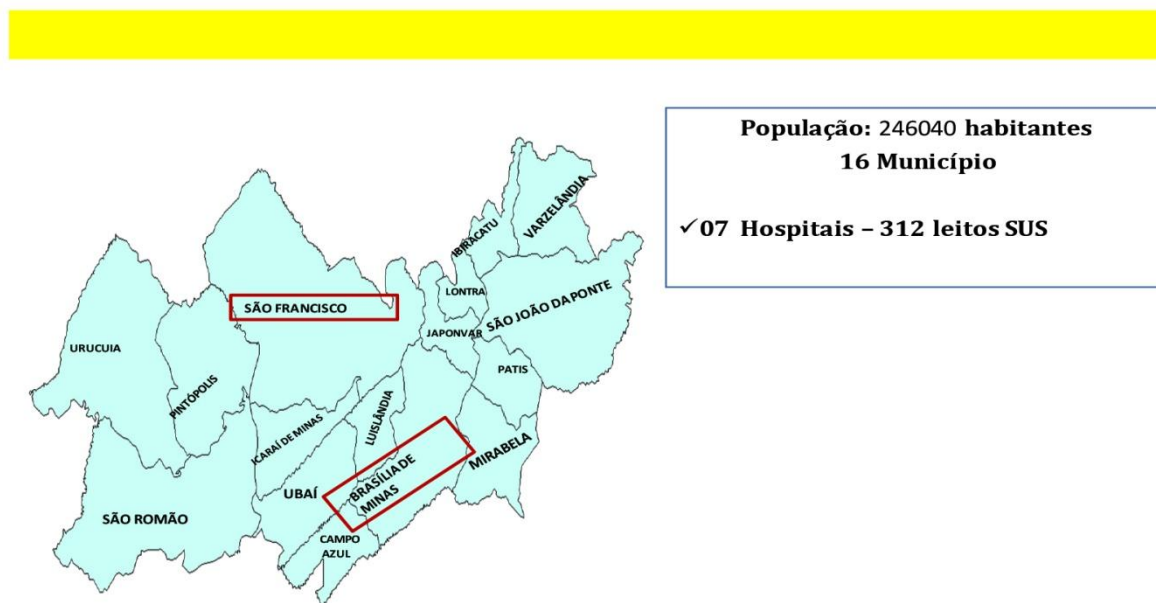
À pergunta se a regionalização afetou positivamente as internações de residentes nas suas regiões de saúde, pode-se responder que nas três regiões de saúde já citadas e apresentadas no Gráfico I, tal avanço pode não ter ocorrido. Mas, é importante realizar, separadamente, uma análise das regiões de Saúde para se compreender melhor a situação em relação às internações e sua relação com a oferta/capacidade instalada.

4.2.1 Região de Saúde Brasília de Minas/ São Francisco

Nesta Região, no período de 2003 a 2013, as internações dos pacientes em seus municípios de residência mantiveram-se estáveis, em torno de 85%, sem variações expressivas. Essa região apresentou o segundo mais alto percentual de internações, depois da Região de Pirapora (Tabelas 14 e Tabela 15).

Observa-se abaixo que se trata de uma região extensa territorialmente (segunda mais extensa de toda Região Norte de Minas), sendo a segunda com maior número de municípios agregados e a terceira mais populosa (depois de Montes Claros/Bocaiúva e Janaúba/Monte Azul). Considerando os dados do ano de 2013, depois de Montes Claros/Bocaiúva, ela é a que tem maior número de hospitais e leitos. Em 2013 apresentava a relação de 0,53 médicos/habitante, abaixo da média regional, e leitos/mil habitantes (1,2 leitos/mil habitantes) na posição média frente às demais. Tem o terceiro maior número de médicos em hospitais, depois de Pirapora e Montes Claros/Bocaiúva. Outros indicadores podem ser observados na Figura abaixo.

Figura 4–Região de Saúde Brasília de Minas/São



Fonte: SES/ Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014. DATASUS/SIH. 2013. Adaptado.

Essa melhor situação de oferta/capacidade instalada poderia justificar o percentual de 84,99% das internações de pacientes ocorridas na própria região de residência. Para esse contexto, possivelmente, não interferiu a condição socioeconômica dos municípios adscritos – Icaraí de Minas, Lontra, Ibiracatu, Urucua, São João da Ponte Pintópolis e Patís – que se situavam em 2013 entre os menores Produtos Internos Brutos Per capita Municipais do Norte de Minas e classificavam-se em relação ao IDH entre os menores da Região (Ver Tabela 14 e Quadro 10 e Tabela 15, contidos nas paginas anteriores).

4.2.2 Região de Coração de Jesus

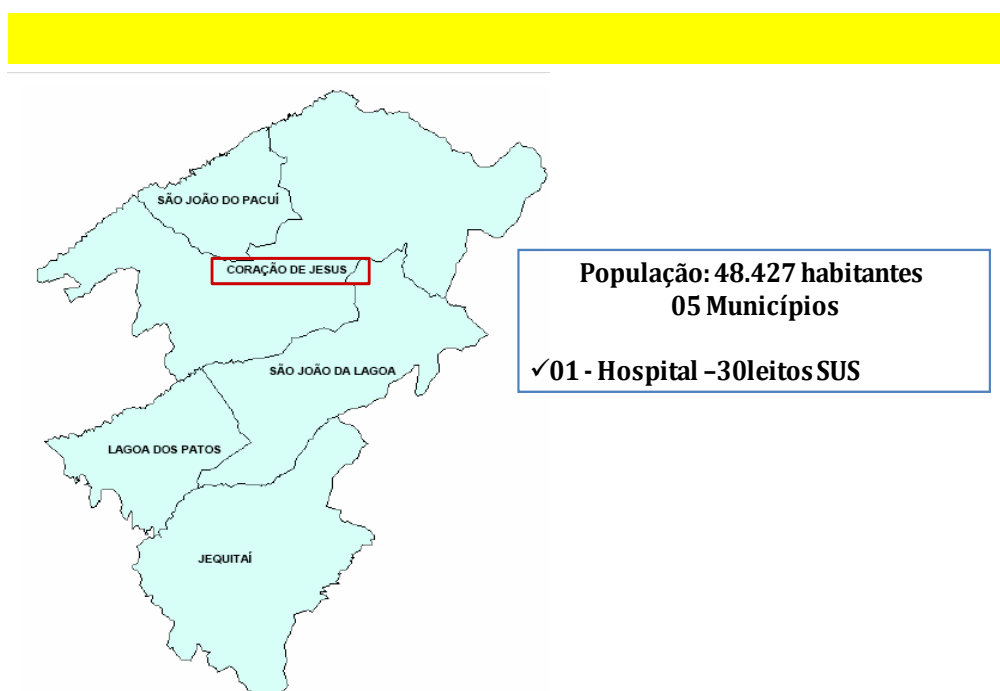
Na Região de Coração de Jesus, o percentual de pacientes internados na própria Região de Saúde de residência correspondeu, em 2013, a 56,06% das internações, apresentando o menor percentual entre todas as Regiões de Saúde (Tabela 14 e Tabela 15, expostas no texto anteriormente. A análise do período de 2003 a 2010 mostra variação das internações de pacientes na própria Região de Saúde, com queda de 77% para 56,06% em 2013.

A referida Região de Saúde dispunha de um único hospital para o atendimento de sua população e teve diminuição expressiva de leitos hospitalares nesse período, passando de

130 leitos para 30 leitos. A relação leitos/mil habitantes expressa à diminuição, que passou de 2,1 para 0,60 leitos/mil habitantes, sendo a segunda menor entre as regiões de saúde.

A relação de médico/habitante estava acima do apresentado em todas as outras Regiões de Saúde em 2013 (com exceção de Montes Claros/Bocaiúva). Ela é a menor em área territorial e número de habitantes e têm adscritos apenas cinco municípios. O Produto Interno Bruto Per capita municipal e o IDH dos seus municípios estão entre os trinta e cinco melhores da Região, em posição média em relação aos outros (Quadro 10, exposto anteriormente no texto). As distâncias viárias entre o município de Coração de Jesus (Polo da Região) e Montes Claros (80 km) pode ser fator favorável em relação ao deslocamento dos pacientes e explicar esse menor percentual de internações na Região de Saúde. A região e seu município polo, Coração de Jesus, não atuam funcionalmente como um Polo de demanda, exportando a metade da população para internações hospitalares fora da Região.

Figura 5 - Região de Saúde Coração de Jesus



Fonte: SES/ Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014.
DATASUS/SIH. 2013. Adaptado.

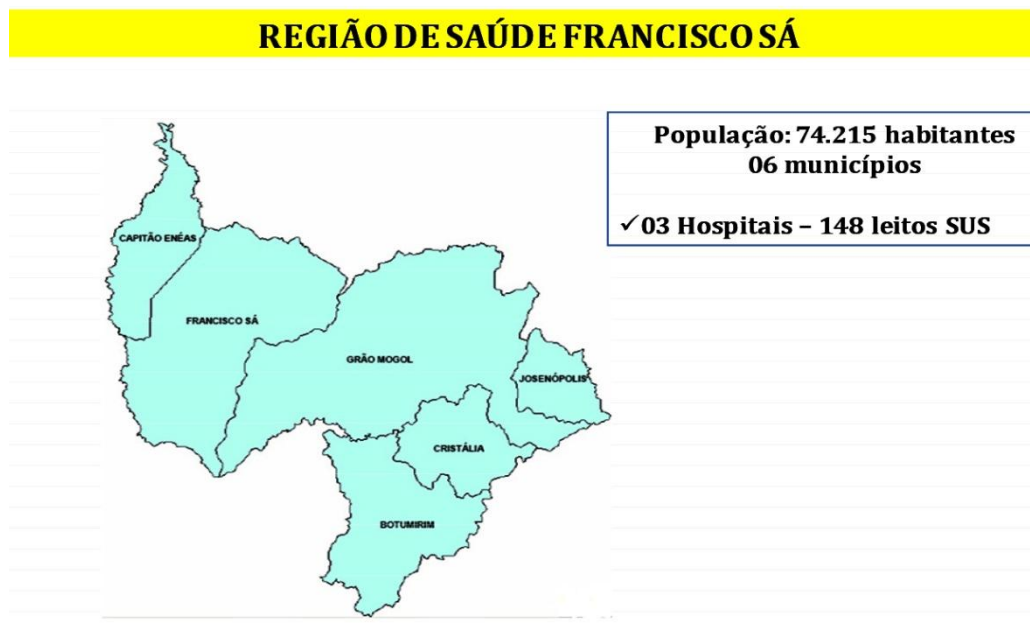
4.2.3 Região de Saúde de Francisco Sá

Na Região de Saúde de Francisco Sá as internações de residentes na própria Região de Saúde apresentaram percentual de 68,52% em 2003. Esse percentual diminuiu, em 2013, para 53,56% (Tabela 14 e Tabela 15, em anexo) e seu resultado foi o menor entre as Regiões de Saúde do Norte de Minas. Na Região estão situados três hospitais de referência e, por isso, a mesma apresenta melhor relação leito/mil habitantes em comparação com as outras regiões (2,1 leitos /mil habitantes).

Ela também se posiciona em melhor situação em relação à renda Per Capita Bruta Municipal, sendo que os municípios de Francisco Sá (polo da região de saúde), Capitão Enéas e Grão Mogol estão entre as dez maiores quanto ao IDH (Quadro 10). É a terceira menor região de saúde em extensão e população.

Comparando-se com as outras regiões do Norte de Minas, esta Região apresenta, relativamente à sua população, maior oferta/capacidade instalada hospitalar, (embora tenha evoluído negativamente nos 11 anos). Além disso, possui a mais alta relação médico por mil habitantes, bem como a melhor situação socioeconômica de seus municípios. Poderia se esperar, então, que ela atingisse um percentual maior de internações hospitalares de residentes na própria região, o que não ocorre. Pode-se aventar que a proximidade viária com Montes Claros (30 km) esteja influenciando para colocá-la entre as três regiões com os menores percentuais, nesse aspecto. Ou seja, a alocação de um município polo tão próximo a Montes Claros, local mais atrativo pela maior oferta de serviços especializados, pode ter condicionado os pacientes residentes dos municípios adstritos a migrarem em busca de assistência à saúde.

Figura 6 – Região de Saúde Francisco Sá



Fonte: SES /Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014. DATASUS/SIH. 2013.
Adaptado

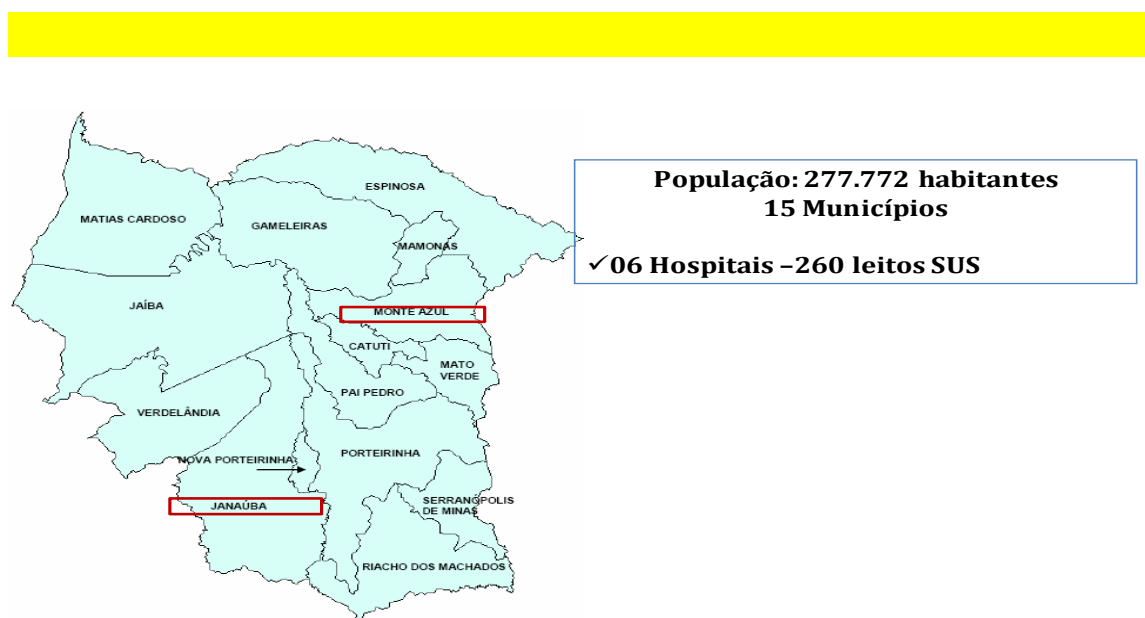
4.2.4 Região de Saúde de Janaúba/ Monte Azul

Na Região de Saúde de Janaúba/ Monte Azul, em 2013, as internações hospitalares processadas na própria Região de Saúde de residência situaram-se em 81,60% e mostraram oscilações no período, com média em torno de 79,00%. Apresentava 79,39% de internações de pacientes, em 2003, na Região de residência, mas evoluiu positivamente para o percentual supracitado. Os leitos/mil habitantes reduziram-se no período, sendo que passaram de 1,1 para 0,94 leitos/mil habitantes. A Região apresentava, em 2013, a relação de 0,61 médicos/ habitantes com 67 profissionais. Naquele ano, situava-se entre as três regiões com maior índice médico/habitante e a segunda com maior número de médicos alocados nos hospitais gerais e especializados (Tabela 8, em anexo) A capacidade instalada hospitalar era de 260 leitos totais distribuídos em seis municípios. Ocupava o lugar de terceiro maior número de leitos no Norte de Minas, depois de Brasília de Minas/São Francisco e Montes Claros/ Bocaiúva.

A Região de Saúde de Janaúba/Monte Azul é a mais extensa territorialmente, contando com 15 municípios adscritos e possuindo o segundo maior contingente populacional, abaixo apenas de Montes Claros/ Bocaiúva.

O município de Janaúba, um dos polos regionais, e onde se inserem os principais recursos de saúde da região, é o segundo município com maior população (70.472 habitantes) da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas. Ante as condições favoráveis da Região, seria esperado, comparativamente, um maior percentual de internações dos residentes na mesma; no entanto, ela ocupa a quarta posição entre os que mais internam residentes na própria região.

Figura 7 - Região de Saúde Janaúba/Monte Azul



Fonte: SES /Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014. DATASUS/SIH. 2013. Adaptado

4.2.5 Região de Saúde de Januária

Na Região de Saúde de Januária, o percentual de pacientes internados na própria Região de Saúde foi de 58,09% em 2013. Entre 2003 e 2013, a região apresentou variação nesse percentual, que ficou em torno 70%, excluindo uma variação significativa no ano de 2004 (38,28%) (Tabela 14 e Tabela 15, em anexo). Quanto a esse percentual de 2004, atípico para a evolução processada no período, não se obtiveram informações que a explicassem. Mas, pode-se supor que ele advinha da não alimentação do sistema do DATASUS/SIH naquele ano em decorrência da não remessa de dados por parte de algum dos municípios adscritos ou da situação política do município de Januária, que é polo da Região de Saúde, onde houve troca de prefeitos quatro vezes no referido ano. Em 2013, os dados possivelmente representam a realidade do município em termos de internações.

Na Região em pauta, os municípios adscritos - Bonito de Minas, Cônego Marinho e Pedras de Maria da Cruz apresentaram no último ano do período analisado os menores indicadores socioeconômicos em relação ao Produto Interno Bruto Per capita Municipal e o IDH do Norte de Minas (Quadro 10).

A relação médicos/habitantes, que em 2003 era de 0,25, evoluiu para 0,58 médicos/habitantes. Os leitos/mil habitantes da Região passaram de 1,4 em 2005 para 0,8 leitos, com piora nesse índice, sendo o segundo mais baixo da Região Ampliada do Norte de Minas. Em apenas dois municípios há hospitais de referência, os quais somam 92 leitos.

Provavelmente, as internações de pacientes residentes na própria região têm sido dificultadas pela insuficiência de leitos hospitalares e médicos no SUS.

Figura 8 - Região de Saúde Januária



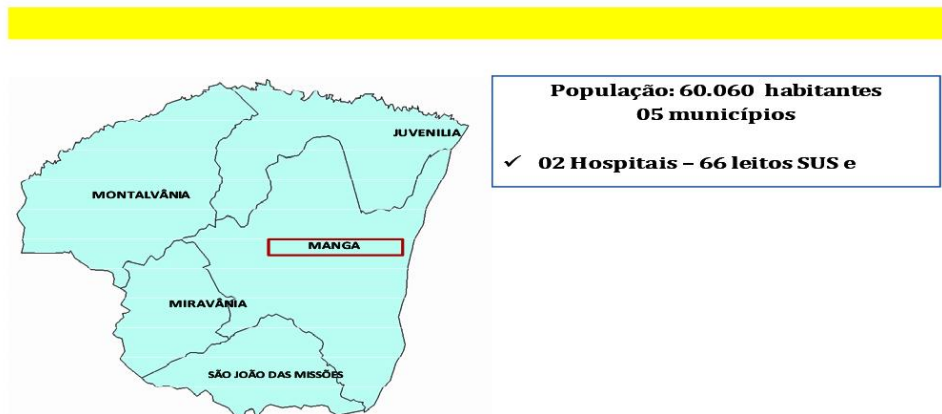
Fonte: SES /Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014. DATASUS/SIH. 2013.
Adaptado

A Região de Saúde de Manga é a segunda menor em área territorial (5.807,5 km²) e em número de habitantes (58.8365) e têm adscritos 05 municípios. A mesma processou 84,07% das internações dos pacientes em seus municípios de residência em 2013. Apresentou variação nas internações dos pacientes na região de residência, no período de 2003 a 2013, de, respectivamente, 96,21% a 84,07% (Tabela 14 e Tabela 15). A involução da oferta de leitos no período de 2003 a 2013 foi de 76 leitos para 66 leitos. Em relação aos leitos/mil habitantes, os mesmos reduziram de 1,2 para 1,12 leitos/mil habitantes. Também a relação médico/mil habitantes oscilou de 0,36 para 0,44 médicos/mil habitantes nesse período. Os médicos em Hospitais Gerais e Especializados em 2005 também reduziram de 23 para 12 médicos em 2013, diferença bastante significativa.

Os municípios adscritos Miravânia, Juvenília, São João das Missões detinham as menores rendas Per Capita Bruta Municipais da Região Ampliada (respectivamente de R\$5.687,38, R\$ 6.675,40 e R\$ 4.222,20). O IDH acompanhava essa situação, sendo os mais baixos em Miravânia (0,593), Juvenília (0,592) e São João das Missões (0,529). Como foi visto anteriormente neste estudo (pagina 84), em Miravânia nenhuma residente realizou exame de mamografia em 2012, demonstrando extrema dificuldade de acesso das mulheres a esse serviço. O Quadro 10 (Anexo) mostra a relação dos municípios por Renda Per Capita Bruta Municipal e IDH.

Montalvânia e Manga estavam em melhor situação que os demais municípios, alocando hospitais de referência. Na Região de Saúde de Manga, o percentual das internações dos pacientes na própria região (84,07%) deve ser analisado considerando não só a oferta de leitos e médicos, que estavam aquém da média da Região Ampliada e dos parâmetros utilizados no estudo, mas também a distância viária e a situação de pobreza dos municípios adscritos. Ambas as variáveis dificultavam os deslocamentos até a região de Montes Claros/ Bocaiúva. Manga que é município polo dista 277 km de Montes Claros.

Figura 9 - Região de Saúde Manga



Fonte: SES /Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014. DATASUS/SIH. 2013. Adaptado

4.2.7 Região de Montes Claros/Bocaiúva

A Região de Montes Claros/Bocaiúva é a mais populosa e detém 29,1% dos habitantes da Região Ampliada do Norte de Minas. Nela situa-se o município de Montes Claros que, em 2013, possuía 390.212 habitantes. Constitui-se no polo da sua região, juntamente com Bocaiúva e é sede do polo macrorregional. Tem a mais alta concentração de recursos de saúde, em sua maioria absoluta no município de Montes Claros, e possui a mais alta cobertura por internações (9,5%) – bem acima da média regional (7,3%) (Quadro 12).

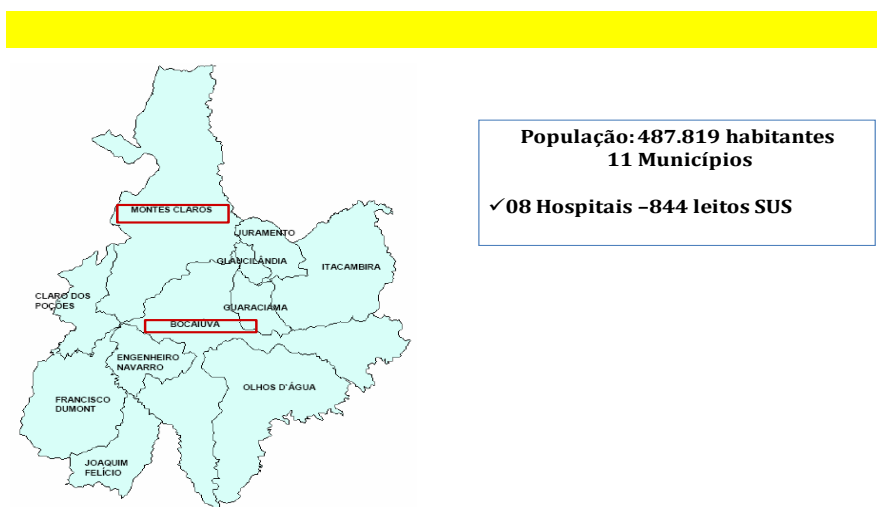
No município de Montes Claros-polo macrorregional da Região Ampliada do Norte de Minas – estão instalados os únicos quatro hospitais de grande porte existentes, que são referência e atendem à demanda de urgência e emergência e demais procedimentos de média e alta complexidade advindas das referências de todas as outras regiões de saúde. A oferta/capacidade hospitalar instalada inclui equipamentos de alta resolução para a realização de quase todos os procedimentos preconizados pelo SUS, inclusive transplantes cardíacos. Considerando toda a Região Ampliada, Montes Claros detém o maior percentual de leitos cirúrgicos, representando 50,27%, o que corresponde a 295 leitos dos 553 leitos existentes. O mesmo ocorre entre os clínicos - 278 dos 923 existentes (31,96%); obstétricos- 71 (20,11%) dos 353 existentes; pediátricos - 76 (26,03%) entre os 293 existentes e outros especializados - 18 (56,25%) dos 32 existentes (Tabela 3, colocada anteriormente no texto, p. 105).

Levando em conta a evolução de 2005 a 2013 quanto aos leitos/mil habitantes, a Região Montes Claros/ Bocaiúva diminuiu de 2,1 para 1,73 leitos mil/habitantes. Nesse mesmo período a relação médico/habitante aumentou de 1,1 para 1,96 medico/mil habitantes.

A Região Montes Claros/Bocaiúva, em relação às internações hospitalares, internou um número maior do que o de seus residentes. Em 2013 processou 43.988 internações e o total de pacientes internados que nela residiam foi na ordem de 30.641, o que corresponde a 143,56% sobre essa (Tabela 15, já exposta no texto). Ou seja, foram 43,56% internações a mais do que os residentes internados, significando que esse foi o percentual de pacientes referenciados pelas outras Regiões de Saúde do Norte de Minas, internados no período.

Esse percentual de 143, 56% no período 2013 apresentou pequena variação no período anterior até 2003, ficando em torno de 142 % desde o início do período considerado. A maior provisão dos serviços de atenção hospitalar nessa região, de níveis mais complexos em termos regionais, leva a uma grande concentração de oferta hospitalar.

Figura 10 - Região de Saúde Montes Claros/Bocaiúva



Fonte: SES /Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014. DATASUS/SIH. 2013. Adaptado

4.2.8 Região de Saúde de Pirapora

A Região de Saúde de Pirapora processou 88,13%, das internações dos pacientes em seus municípios de residência em 2013, sendo esse o mais alto percentual da Região

Ampliada do Norte de Minas, excluindo Montes Claros/Bocaiúva. A variação apresentada no período de 2003 a 2013 foi de 79,90 a 89,40% (Tabela 14).

Em 2013 essa Região apresentou a relação de 0,64 médico/habitante, abaixo da média regional. A relação leitos/mil habitantes (1,4 leitos/mil habitantes) ficou acima da média regional.

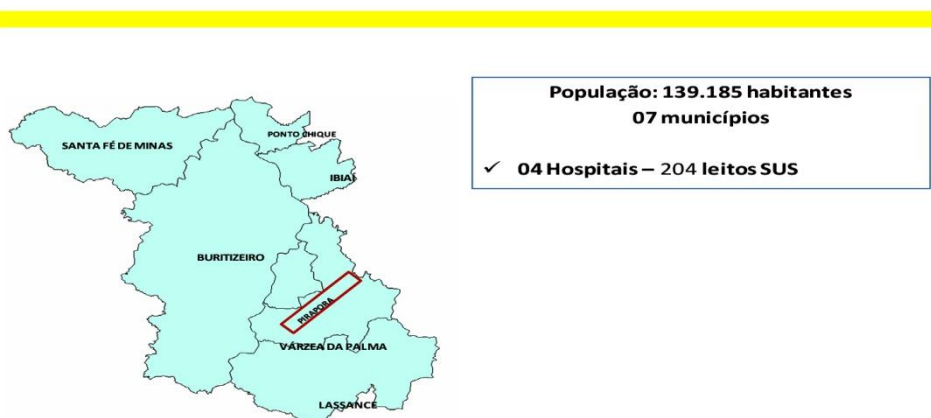
Trata-se de uma região territorialmente extensa, equiparando-se nessa medida à Região de Brasília de Minas/São Francisco. Porém, tendo menor densidade demográfica e, conseqüentemente, o menor número de municípios adscritos.

A análise das distâncias viárias dos municípios adscritos ao Polo de Pirapora é bastante variável e as mesmas parecem interferir no acesso às internações. Pode-se fazer a relação entre os percentuais de internações mil/habitantes e distâncias viárias quando se considera o município de Santa Fé de Minas. Esse apresentou 2,4 internações mil/habitantes em 2013, estando posicionado como um dos menores índices da Região Ampliada do Norte de Minas e sendo o município mais distante do Polo Pirapora, localizado a 126 km da mesma.

Em 2013, a Região totalizava 42 médicos em hospitais, número menor do que tinha em 2003, quando perfazia 70 médicos.

O melhor desempenho da Região de Pirapora na Região Ampliada, excluindo Montes Claros/ Bocaiúva, no tocante às internações dos pacientes em seus municípios de residência, possivelmente relaciona-se com a maior oferta de leitos e do profissional médico. Pode-se também pressupor a influência da situação socioeconômica encontrada na maioria dos municípios, os quais se posicionaram entre os maiores em relação ao Produto Interno Bruto Per capita.

Figura 11- Região de Saúde Pirapora



Fonte: SES /Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014. DATASUS/SIH. 2013. Adaptado

4.2.9 Região de Saúde de Salinas/Taiobeiras

Na Região de Saúde de Salinas/Taiobeiras, em 2003 internaram-se 12.266 pacientes na Região de residência e 13.853 pacientes em 2013, representando 86,30% no primeiro ano do período e 86,68% no último ano. Houve pequena oscilação nos percentuais no período de 2003 a 2013 (Tabela 12).

A Região de Saúde de Salinas/Taiobeiras é a quarta maior em extensão e em população, com 16 municípios adscritos. Tem dois municípios polos- Salinas e Taiobeiras. Apenas quatro municípios (Salinas e Taiobeiras, Rio Pardo de Minas e São João do Paraíso) juntos somam 128.133 habitantes, o que corresponde a mais da metade do total populacional da Região. Esses municípios diferenciam-se dos demais, pois, além de mais populosos, alocam hospitais de referência e possuem maior número de médicos que os demais.

Nessa Região de Saúde o número de leitos em 2005 era de 202 e mantiveram-se quase os mesmos (206 leitos) em 2013. Em 2005 havia 1,0 leitos/mil habitantes e em 2013 0,99 leitos/mil habitantes, observando-se, também, pequeno decréscimo.

Apresentava-se em 2013 a relação de 0,46 médicos/habitantes com 88 profissionais. A evolução da relação médico/habitante foi positiva, já que em 2003 eram 78 médicos e 0,38 médicos/mil habitantes. O número de médicos alocados nos hospitais gerais e especializados (Tabela 5, em anexo), que era de 74, diminuiu para 26, sendo tal diminuição muito significativa.

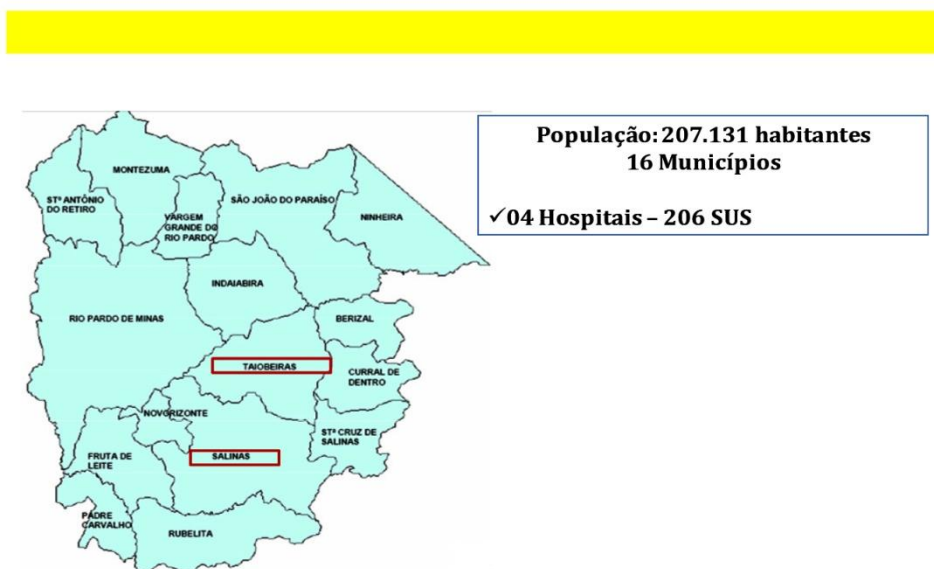
Os municípios adscritos nessa Região de Saúde situavam-se entre aqueles com as piores rendas Per Capita Brutas Municipais da Região Ampliada e menor IDH, sendo eles Curral de Dentro (R\$7.140,81 e IDH de 0, 585), Fruta de Leite (R\$5.577,66 e IDH de 0,544), Rubelita (R\$5.598,76 e IDH de 0,582), Ninheira (R\$5.346,35 e IDH de 0,556), Montezuma (R\$5.558 e IDH de 0,587) e Novorizonte (R\$ 6617,95 e IDH de 0, 616). Todos os dados podem ser visualizados nas Tabelas 1,2, 3 e 4 e 5 e 9.

A região apresenta o segundo maior percentual de pacientes residentes internados na região de residência (Tabela 14 e Tabela 15). Mas, não é possível supor que essa condição mais favorável esteja relacionada com a oferta de leitos e médicos, já que a relação de leitos por mil habitantes e médicos por mil habitantes a coloca abaixo de cinco regiões de saúde e acima apenas de Januária, Janaúba/Monte Azul e Coração de Jesus.

Pode-se aventar que o percentual mais alto das internações de pacientes na própria região de saúde seja devido à alocação estratégica dos hospitais de referência na extensão territorial da região, distribuídos de forma a situá-los mais próximos dos outros, como mostra

o Mapa abaixo. Ademais as distâncias viárias dos municípios polos de Salinas (179 km) e Taiobeiras (262 km) até Montes Claros são dificultadoras, principalmente quando se consideram os municípios pobres adscritos à região (Quadro 10).

Figura 12 - Região de Saúde Salinas/Taiobeiras



Fonte: SES /Superintendência Regional de Saúde. Junho de 2014. DATASUS/SIH. 2013. Adaptado

Considerando a totalidade da Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas, observa-se que no período de 2003 a 2013 houve decréscimo nas internações dos pacientes nas regiões de residência de 72,50 % para 80,10% e também se reduziram leitos e médicos, com exceção da Região de Montes Claros/Bocaiúva, em que o número de médicos aumentou.

A análise das internações hospitalares ocorridas nas Regiões de Saúde mostra que a oferta/capacidade instalada de leitos e médicos com disponibilidade em unidades hospitalares é um condicionante para que a Atenção Hospitalar se realize na própria Região de Saúde de residência dos pacientes.

Entre as Regiões de Saúde houve variação no percentual das internações de pacientes na região de residência, o que parece estar relacionado à provisão de leitos/mil habitantes. Essa relação percentual de internações com leitos/mil habitantes mostra Montes Claros/Bocaiúva com 88,13 % (1,73), Pirapora com 86,68% (1,4), Brasília de Minas/ São Francisco com 84,99% (1,27), Manga com 84,07% (1,12), Janaúba /Monte Azul com 81,60% (0,94), Salinas /Taiobeiras com 80,10% (0,99), Coração de Jesus com 56,06% (0,62),

Francisco Sá com 53,56% (1,99) e Janaúria com 58,09% (0,8). Tal relação não se concretiza em Francisco Sá, fazendo necessária a análise de outras variáveis para explicar a situação no município (Tabela 1, Tabela 5 e Tabela 14 e Tabela 15). As distâncias viárias parecem ser facilitadoras do acesso ou dificultadoras e, sem dúvida, devem sempre ser levadas em conta.

O Quadro 12 (abaixo) mostra a distribuição por região de saúde da população nos anos de 2003 e 2013, leitos mil/habitantes, o percentual das internações no SUS nas Regiões de residência e a distância em Km de Montes Claros. Objetiva compreender o exposto a seguir sobre as regiões de Saúde.

A oferta/capacidade instalada nas Regiões de Saúde está abaixo dos parâmetros de leitos e médicos, principalmente quando se exclui a Região de Montes Claros/Bocaiúva. No período estudado a oferta/capacidade instalada sofreu redução em todas as Regiões, incidindo negativamente sobre as internações hospitalares.

Quadro 12 - População, Leitos/mil Habitantes, médicos mil habitantes, internações no SUS por Região de Saúde - Norte de Minas -2016

REGIÃO DE SAÚDE	População		Leitos /mil hab.		Médico/hab.		Internações Região saúde		Distância em KM do polo à MOC
	2005	2013	2005	2013	2005	2013	2003	2013	
Brasília de Minas/ São Francisco	231.695	246.040	1,2	1,27	0,42	0,53	84,73	84,99	105/160
Coração de Jesus	47.520	48.427	2,1	0,62	0,74	0,66	77,07	56,06	80
Francisco Sá	69.257	74.215	2,1	1,99	0,48	0,54	68,52	53,56	25
Janaúba/ Monte Azul	264.184	277.722	1,1	0,94	0,44	0,61	79,39	81,6	125/243
Januária	105.501	115.549	1,4	0,8	0,25	0,58	70,26	58,09	173
Manga	64.332	58.836	1,2	1,12	0,36	0,44	90,36	84,07	220
Montes Claros/Bocaiúva	430.427	487.819	2,1	1,73	1,11	1,09			
Pirapora	134.350	145.391	1,2	1,4	0,52	0,64	86,09	88,13	170
Salinas /Taiobeiras	197.002	207.131	1	0,99	0,38	0,42	86,3	86,68	220/278
TOTAL	1.544.268	1.661.130	1,5	1,3	0,62	0,96	72,5	80,1	

Fonte: IBGE- DATASUS/CNES. DATASUS/ SIH- Guia Rodoviário2012.

Observação: Percentual de pacientes internados na região de residência - 2003 a 2013¹

Mas, a despeito dessa carência na oferta/capacidade instalada, em 2013 seis regiões de saúde internaram acima de 80 % dos pacientes residentes na própria região de saúde.

As piores condições socioeconômicas dos municípios, dada a situação de pobreza existente no Norte de Minas, mostraram relação com as taxas de internação que ficaram muito aquém do parâmetro de 8% da população/ano na maioria dos municípios. Apenas Montes Claros e Pirapora dispõem de maior número de serviços especializados na assistência à saúde de alta complexidade.

Podem-se relacionar maiores taxas de internação hospitalar em municípios com hospitais no nível local e regiões de saúde com maior número de leitos hospitalares. O inverso, a inexistência de hospitais nos municípios ou menor relação de leito/habitante nos municípios ou regiões, levou às menores taxas de internação, o que acena para as iniquidades relativas ao acesso às internações hospitalares.

Travassos et al. (2006) encontraram essa mesma relação entre disponibilidade e distribuição geográfica dos serviços, recursos humanos e tecnológicos e utilização dos serviços, as quais foram mais favoráveis em Regiões do Brasil com maiores recursos, como o Sudeste e a região Sul.

Alguns autores também analisam que as maiores dificuldades de acessar os serviços de saúde estão em proporção direta com as maiores necessidades que são determinadas pelas condições socioeconômicas. A ideia de equidade no acesso está relacionada com maior provimento e leva à necessidade de investimentos em serviços de saúde, questão analisada no Primeiro Capítulo.

Vários fatores ligados ao Sistema de Saúde Estadual, como a PRÓS-HOSP¹⁶ e outros, poderiam explicar o encontrado no estudo, em relação ao próprio sistema implantado. Contudo, este estudo não se direcionou as explicações que não fossem focadas nos dados

¹⁶ O Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp) foi implantado a partir de 2003 direcionado a aumentar a cobertura de procedimentos ou serviços de média complexidade pelos hospitais de referência macrorregional, que atendem ao elenco de procedimentos de alta e média complexidade hospitalar especial (AC/MCHE) e hospitais de referência microrregional, que ofertam o grupo de procedimentos denominados de média complexidade níveis 1 e 2 (MCH1 e MCH2), segundo os critérios da Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG. O CONASS (2012) define que o Pro-Hosp estratégia é a principal fortalecer as redes prioritárias do estado – Rede Saúde Mental, Rede Viva Vida e Rede de Urgência e Emergência – principalmente com o pagamento extra de incentivos financeiros aos hospitais que obtiverem os resultados esperados nas áreas materno-infantil e de urgência.

encontrados, não se objetivando a intervenção sobre esses ou relacioná-los com ações da Secretaria Estadual de Saúde no setor.

4.3 O fluxo de pacientes às internações por procedimentos de média complexidade hospitalar

Para a descrição e análise do fluxo dos pacientes residentes internados por procedimentos de média complexidade na Região Ampliada do Norte de Minas, considera-se o quantitativo dos residentes internados em cada município ou Região de Saúde onde se situavam os estabelecimentos hospitalares. Os locais de internações são aqueles situados na própria Região de Residência, em Montes Claros, em outras Regiões do Norte de Minas ou outras Regiões de Minas Gerais ou Brasil. Os termos internações hospitalares ocorridas e pacientes internados são referidos como valores quantitativamente correspondentes. Neste estudo, é denominada Região Norte de Minas a área geográfica correspondente à Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas.

As internações processadas se referem às internações de pacientes residentes internados por todos os procedimentos de média complexidade hospitalar e, em especial, por *Parto e Nascimento*.

Os dados foram levantados no DATASUS em “Procedimentos hospitalares do SUS - por local de residência, Internações por Estabelecimento e Complexidade” e verificou-se nos anos de 2008 e de 2013 sua ocorrência nas Regiões de Saúde.

Buscou-se analisar nos períodos estudados, por meio da comparação dos dados, se houve mudanças quantitativas de pacientes residentes internados na própria região de saúde para procedimentos de média complexidade e se é possível atribuir à regionalização da saúde o aumento da evolução positiva.

Na Região Norte de Minas, em 2013 foram internados 100.464 pacientes residentes, sendo desses 93.858 pacientes para procedimentos de média complexidade. Entre estes últimos, 78.554 pacientes (83,70%) foram internados na própria Região de Saúde de residência e, comparativamente a 2008, em que 75.998 pacientes (83,64%) foram internados na própria região de saúde de residência, não são observadas diferenças significativas tanto no quantitativo, quanto no percentual em relação a 2008 (Tabela 16).

A exclusão da Região de Saúde de Montes Claros provoca pequena modificação, com diminuição dos percentuais para 80,69% em 2013 e 79,99%, em 2008. Essa simulação

permite visualizar melhor a situação da totalidade de outras Regiões, cuja realidade é diversa da Região de Saúde Montes Claros/Bocaiúva.

A região de Montes Claros/Bocaiúva apresentou o mais alto percentual de pacientes internados na própria região de saúde para procedimentos de média complexidade. É compreensível essa ocorrência dada à situação de maior oferta/capacidade instalada como polo macrorregional de saúde da Região Ampliada Norte. Entre 2008 e 2013, esta Região de saúde aumentou as internações hospitalares em seu volume total, mas as internações de pacientes residentes apresentaram redução (ver Tabela 16). Provavelmente, esse aumento de internações possa ser decorrente de aumento de pacientes referenciados de outras regiões.

As duas regiões que se seguiram à região de Montes Claros/Bocaiúva, com maior percentual de pacientes internados por procedimentos de média complexidade na região de residência foram Pirapora e Salinas/Taiobeiras.

As regiões de saúde Coração Jesus, Francisco Sá e Januária apresentaram menores percentuais de residentes internados na região de origem. Observa-se que essas três regiões de saúde internaram, respectivamente, os percentuais de 32,02%, 39,69% e 27,96% no município de Montes Claros (Tabela 16).

Tabela 15 - Pacientes residentes por Regiões de Saúde e local da internação hospitalar por procedimentos hospitalares de media complexidade– Região Ampliada do Norte de Minas - 2008 a 2013

Região de Saúde	Local das internações								Total
	Própria Região de Residência		Município de Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG e do Brasil		
	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013	
Brasília MG/S.Francisco	85,57	82,59	12,81	15,41	0,29	0,32	1,37	1,69	14.689
Coração Jesus	70,16	57,74	27,80	32,02	1,45	9,49	0,37	0,75	2.694
Francisco Sá	66,67	55,39	31,96	39,69	0,90	4,00	0,47	0,92	4.234
Janauba/Monte Azul	78,96	83,41	19,37	13,96	0,53	1,08	1,15	1,59	14.645
Januaria	74,05	64,54	18,42	27,96	6,18	5,41	1,35	2,09	4.756
Manga	83,87	83,86	12,43	12,25	2,75	2,80	0,95	1,09	3.460
Montes Claros/Bocaiúva	92,00	90,69	6,86	7,89	0,20	0,34	0,94	1,08	27.643
Pirapora	84,64	88,46	10,33	7,20	0,20	0,72	4,84	3,62	8.104
Salinas/Taiobeiras	79,33	86,76	17,21	10,19	2,42	2,33	1,04	0,73	10.636
TOTAL	83,64	83,69	13,97	13,36	1,01	1,50	1,39	1,45	90.861

Fonte: DATASUS - MS/SAS-SIH/SUS. 2016

A Tabela 16 mostra as internações de pacientes por local de ocorrência em todos os municípios.

Tabela 16 - Pacientes residentes por Municípios e Regiões de Saúde e local da internação hospitalar por procedimentos hospitalares de média complexidade– Região Ampliada do Norte de Minas - 2008 a 2013

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações -2008										
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%			
TOTAL	75.998	83,64	12.690	13,97	915	1,01	1.260	1,39	90.861	100,00	90861
Brasília MG/S. Francisco	12.569	85,57	1882	12,81	43	0,29	198	1,35	14.689	100,00	
Brasília de Minas	2374	89,58	254	9,58	4	0,15	18	0,68	2650	100,00	
Campo Azul	100	78,13	25	19,53	2	1,56	1	0,78	128	100,00	
Ibiracatu	279	87,74	39	12,26	-	-	-	0,00	318	100,00	
Icaraí de Minas	308	83,02	59	15,90	-	-	4	1,08	371	100,00	
Japonvar	400	79,21	104	20,59	1	0,20	3	0,59	505	100,59	
Lontra	321	79,85	79	19,65	2	0,50	3	0,75	402	100,00	
Luislândia	386	87,13	50	11,29	-	-	7	1,58	443	100,00	
Mirabela	1.093	89,22	129	10,53	-	-	3	0,24	1225	100,00	
Patis	225	84,59	41	15,41	-	-	-	-	266	100,00	
Pintópolis	192	81,70	41	17,45	2	0,85	-	-	235	100,00	
São Francisco	3041	88,48	363	10,56	2	0,06	31	0,90	3437	100,00	
São João da Ponte	1.503	84,82	255	14,39	4	0,23	10	0,56	1772	100,00	
São Romão	296	76,29	62	15,98	20	5,15	10	2,58	388	100,00	
Ubaí	422	82,26	82	15,98	5	0,97	4	0,78	513	100,00	
Urucuia	566	83,85	6	0,89	1	0,15	102	15,11	675	100,00	
Varzelândia	1.063	78,10	293	21,53	-	-	5	0,37	1361	100,00	
Coração Jesus	1.890	70,16	749	27,80	39	1,45	16	0,59	2.694	100,00	
Coração de Jesus	1.268	74,46	417	24,49	10	0,59	8	0,47	1.703	100,00	
Jequitaiá	200	61,54	117	36,00	4	1,23	4	1,23	325	100,00	
Lagoa dos Patos	115	59,59	51	26,42	23	11,92	3	1,55	193	99,48	
São João da Lagoa	151	59,68	100	39,53	2	0,79	-	-	253	100,00	
São João do Pacuí	156	70,91	64	29,09	-	-	-	-	220	100,00	

(continuação)

Tabela 16 - Paciente residente e local dos estabelecimentos hospitalares de internação por procedimentos hospitalares de media complexidade- Norte de Minas - 2008.

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações -2008									
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Francisco Sá	2.823	66,67	1.353	31,96	38	0,90	20	0,47	4.234	100,00
Botumirim	132	54,55	110	45,45	-	-	-	-	242	100,00
Capitão Enéas	481	50,16	474	49,43	4	0,42	-	-	959	100,00
Cristália	290	72,14	111	27,61	-	-	1	0,0	402	100,00
Francisco Sá	986	68,81	423	29,52	10	0,70	14	0,98	1.433	100,00
Grão Mogol	754	78,22	184	19,09	23	2,39	3	0,31	964	100,00
Josenópolis	180	76,92	51	21,79	1	0,43	2	0,85	234	100,00
Janaúba/ Monte Azul	11.563	78,96	2.837	19,37	77	0,53	168	1,15	14.645	100,00
Catuti	157	74,41	53	25,12	-	-	1	0,47	211	100,00
Espinosa	1.623	78,79	397	19,27	-	-	40	1,94	2.060	100,00
Gameleiras	163	66,80	76	31,15	2	0,82	3	1,23	244	100,00
Jaíba	1.277	73,73	439	25,35	3	0,17	13	0,75	1.732	100,00
Janaúba	2.868	86,39	398	11,99	1	0,03	53	1,60	3.320	100,00
Mamonas	202	75,94	63	23,68	1	0,38		0,00	266	100,00
Matias Cardoso	184	57,32	87	27,10	47	14,64	3	0,93	321	100,00
Mato Verde	293	61,81	173	36,50	1	0,21	7	1,48	474	100,00
Monte Azul	1.327	81,36	291	17,84	2	0,12	11	0,67	1.631	100,00
Nova Porteirinha	307	76,37	67	16,67	20	4,98	8	1,99	402	100,00
Pai Pedro	246	83,96	42	14,33	-	-	5	1,71	293	100,00
Porteirinha	2.061	81,14	468	18,43	-	-	11	0,43	2.540	100,00
Riacho dos Machados	281	63,57	158	35,75	-	-	3	0,68	442	100,00
Serranópolis de Minas	233	80,90	55	19,10	-	-	-	-	288	100,00
Verdelândia	341	81,00	70	16,63	-	-	10	2,38	421	100,00

(continuação)

Tabela 16 - Paciente residente e local dos estabelecimentos hospitalares de internação por procedimentos hospitalares de média complexidade- Norte de Minas 2008.

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações -2008									
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Januária	3522	74,05	876	18,42	294	6,18	64	1,35	4.756	100,00
Bonito de Minas	153	59,53	43	16,73	57	22,18	4	1,56	257	100,00
Cônego Marinho	129	58,37	41	18,55	51	23,08	-	-	221	100,00
Itacarambi	635	71,27	215	24,13	36	4,04	5	0,56	891	100,00
Januária	2.298	80,32	499	17,44	15	0,52	49	1,71	2861	100,00
Pedras de Maria da Cruz	307	58,37	78	14,83	135	25,67	6	1,14	526	100,00
Manga	2.902	83,87	430	12,43	95	2,75	33	0,95	3.460	100,00
Juvenília	248	87,02	20	7,02	1	0,35	16	5,61	285	100,00
Manga	1.101	84,50	159	12,20	34	2,61	9	0,69	1303	100,00
Miravânia	152	82,61	25	13,59	5	2,72	2	1,09	184	100,00
Montalvânia	885	87,45	114	11,26	9	0,89	4	0,40	1012	100,00
São João das Missões	516	76,33	112	16,57	46	6,80	2	0,30	676	100,00
Montes Claros/ Bocaiúva	25.432	92,00	1896	6,86	56	0,20	260	0,94	27.643	100,00
Bocaiúva	2363	78,17	610	20,18	9	0,30	41	1,36	3023	100,00
Claro dos Poções	-	-	353	95,15	13	3,50	5	1,35	371	100,00
Engenheiro Navarro	287	68,33	125	29,76	4	0,95	4	0,95	420	100,00
Francisco Dumont	161	73,52	55	25,11	1	0,46	2	0,91	219	100,00
Glaucilândia	4	2,58	151	97,42	-	-	-	-	155	100,00
Guaraciama	162	64,80	86	34,40	-	-	2	0,80	250	100,00
Itacambira	3	1,60	184	98,40	-	-	-	0,00	187	100,00
Joaquim Felício	165	77,46	42	19,72	-	-	6	2,82	213	100,00
Juramento	30	12,40	208	85,95	-	-	4	1,65	242	100,00
Montes Claros	22.051	99,00	-	-	29	0,13	195	0,88	22274	100,00
Olhos-d'Água	206	71,28	82	28,37	-	-	1	0,35	289	100,00

(conclusão)

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações – 2008									
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Pirapora	6.859	84,64	837	10,33	16	0,20	392	4,84	8.104	100,00
Buritizeiro	1.541	91,02	119	7,03	2	0,12	31	1,83	1.693	100,00
Ibiaí	257	70,03	97	26,43	10	2,72	3	0,82	367	100,00
Lassance	196	68,29	12	4,18	-	-	79	27,53	287	100,00
Pirapora	2.971	88,93	317	9,49	-	-	53	1,59	3.341	100,00
Ponto Chique	81	55,48	62	42,47	2	1,37	1	0,68	146	100,00
Santa Fé de Minas	97	85,84	13	11,50	1	0,88	2	1,77	113	100,00
Várzea da Palma	1.716	79,55	217	10,06	1	0,05	223	10,34	2.157	100,00
Salinas/Taio beiras	8.438	79,33	1.830	17,21	257	2,42	111	1,04	10.636	100,00
Berizal	165	85,49	27	13,99	-	-	1	0,52	193	100,00
Curral de Dentro	288	83,48	42	12,17	-	-	15	4,35	345	100,00
Fruta de Leite	365	89,68	41	10,07	-	-	1	0,25	407	100,00
Indaiabira	296	81,77	64	17,68	1	0,28	1	0,28	362	100,00
Montezuma	119	59,50	76	38,00	5	2,50	-	-	200	100,00
Ninheira	298	79,68	70	18,72	1	0,27	5	1,34	374	100,00
Novorizonte	222	83,77	40	15,09	-	-	3	1,13	265	100,00
Padre Carvalho	238	79,33	57	19,00	5	1,67	-	-	300	100,00
Rio Pardo de Minas	1.436	78,38	346	18,89	31	1,69	19	1,04	1832	100,00
Rubelita	261	84,47	40	12,94	1	0,32	7	2,27	309	100,00
Salinas	1.850	84,01	320	14,53	3	0,14	29	1,32	2202	100,00
Santa Cruz de Salinas	189	88,32	22	10,28	-	-	3	1,40	214	100,00
Santo Antônio do Retiro	25	7,46	115	34,33	193	57,61	2	0,60	335	100,00
São João do Paraíso	874	81,91	178	16,68	9	0,84	6	0,56	1067	100,00
Taiobeiras	1.686	83,14	324	15,98	-	-	18	0,89	2028	100,00
Vargem Grande do Rio Pardo	126	62,07	68	33,50	8	3,94	1	0,49	203	100,00

Fonte: DATA SUS. 2016.

Nota: Excluindo a Região Montes Claros /Bocaiuva.

Tabela 16 - Paciente residente e local dos estabelecimentos hospitalares de internação por procedimentos hospitalares de media complexidade- Norte de Minas – 2013

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações -2013									
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%		
TOTAL	78.554	83,70	12.541	13,36	1.406	1,5	1.362	1,45	93.858	100,00
Brasília MG/S.Fran-Cisco										
Brasília de Minas	11.449	82,59	2.136	15,41	44	0,32	234	1,69	13.863	100,00
Campo Azul	1803	88,60	188	9,24	11	0,54	33	1,62	2.035	100,00
Ibiracatu	153	78,46	41	21,03	1	0,51	0	0,00	195	100,00
Icaraí de Minas	247	80,72	53	17,32	0	0,00	6	1,96	306	100,00
Japonvar	383	80,46	81	17,02	2	0,42	10	2,10	476	100,00
Lontra	314	81,35	71	18,39	0	0,00	1	0,26	386	100,00
Luislândia	257	69,09	110	29,57	2	0,54	3	0,81	372	100,00
Mirabela	259	84,09	39	12,66	0	0,00	10	3,25	308	100,00
Patis	1.369	91,21	125	8,33	1	0,07	6	0,40	1.501	100,00
Pintópolis	159	69,43	69	30,13	1	0,44	0	0,00	229	100,00
São Francisco	265	84,39	47	14,97	1	0,32	1	0,32	314	100,00
São João da Ponte	3.148	87,03	406	11,22	6	0,17	57	1,58	3.617	100,00
São Romão	1.421	80,78	323	18,36	6	0,34	9	0,51	1.759	100,00
Ubaí	279	72,28	100	25,91	4	1,04	3	0,78	386	100,00
Urucuia	417	82,57	77	15,25	5	0,99	6	1,19	505	100,00
Varzelândia	213	71,96	11	3,72	0	0,00	72	24,32	296	100,00
Coração Jesus	762	64,69	395	33,53	4	0,34	17	1,44	1.178	100,00
Coração de Jesus	1.533	57,74	850	32,02	252	9,49	20	0,75	2.655	100,00
Jequitaiá	1133	69,68	445	27,37	37	2,28	11	0,68	1.626	100,00
Lagoa dos Patos	6	1,58	178	46,97	193	50,92	2	0,53	379	100,00
São João da Lagoa	104	54,17	68	35,42	19	9,90	1	0,52	192	100,00
São João do Pacuí	145	62,50	85	36,64	0	0,00	2	0,86	232	100,00
Francisco Sá	145	64,16	74	32,74	3	1,33	4	1,77	226	100,00
Botumirim	2.339	55,39	1676	39,69	169	4,00	39	0,92	4.223	100,00
Capitão Enéas	151	47,19	161	50,31	1	0,31	7	2,19	320	100,00
Cristália	179	24,93	520	72,42	17	2,37	2	0,28	718	100,00
Francisco Sá	267	58,55	171	37,50	6	1,32	12	2,63	456	100,00
Grão Mogol	991	66,38	472	31,61	17	1,14	13	0,87	1.493	100,00
Josenópolis	660	69,77	256	27,06	25	2,64	5	0,53	946	100,00
	91	31,38	96	33,10	103	35,52		0,00	290	100,00

continuação

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações -2013									
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Janauba/Monte Azul	13.346	83,41	2233	13,96	173	1,08	254	1,59	16.001	100,03
Catuti	238	89,81	25	9,43		0,00	2	0,75	265	100,00
Espinosa	1.847	84,88	279	12,82		0,00	50	2,30	2.176	100,00
Gameleiras	289	76,05	75	19,74	1	0,26	15	3,95	380	100,00
Jaíba	1.535	82,93	278	15,02	28	1,51	10	0,54	1.851	100,00
Janaúba	3.791	87,63	448	10,36	7	0,16	80	1,85	4.326	100,00
Mamonas	348	87,00	45	11,25	1	0,25	80	0,85	400	100,00
Matias Cardoso	179	47,73	62	16,53	123	32,80	11	2,93	375	100,00
Mato Verde	370	69,42	151	28,33	0	0,00	12	2,25	533	100,00
Monte Azul	1.358	88,07	166	10,77	1	0,06	17	1,10	1.542	100,00
Nova Porteira	385	86,91	55	12,42	0	0,00	3	0,68	443	100,00
Pai Pedro	190	88,37	22	10,23	1	0,47	2	0,93	215	100,00
Porteira	1.976	81,99	405	16,80	7	0,29	22	0,91	2.410	100,00
Riacho dos Machados	263	69,21	108	28,42	2	0,53	7	1,84	380	100,00
Serranópolis de Minas	191	78,28	48	19,67	0	0,00	5	2,05	244	100,00
Verdelândia	386	83,73	66	14,32	2	0,43	7	1,52	461	100,00
Januária	2.315	64,54	1003	27,96	194	5,41	75	2,09	3.587	100,00
Bonito de Minas	124	55,36	67	29,91	31	13,84	2	0,89	224	100,00
Cônego Marinho	80	51,61	54	34,84	21	13,55		0,00	155	100,00
Itacarambi	554	64,34	263	30,55	32	3,72	12	1,39	861	100,00
Januária	1.434	69,38	500	24,19	72	3,48	61	2,95	2.067	100,00
Pedras de Maria da Cruz	123	43,93	119	42,50	38	13,57		0,00	280	100,00
Manga	3.293	83,86	481	12,25	110	2,80	43	1,09	3.927	100,00
Juvenília	299	85,92	21	6,03	5	1,44	23	6,61	348	100,00
Manga	1.151	81,86	198	14,08	46	3,27	11	0,78	1.406	100,00
Miravânia	145	77,54	37	19,79	5	2,67		0,00	187	100,00
Montalvânia	1.148	90,54	105	8,28	10	0,79	5	0,39	1.268	100,00
São João das Missões	550	76,60	120	16,71	44	6,13	4	0,56	718	100,00

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações -2013									
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Montes Claros/Bocaiuva	25.552	90,69	2223	7,89	96	0,34	305	1,08	28176	100,00
Bocaiuva	2.187	72,68	771	25,62	9	0,30	42	1,40	3.009	100,00
Claro dos Poções	7	1,39	460	91,45	25	4,97	11	2,19	503	100,00
Engenheiro	297	71,74	108	26,09	2	0,48	7	1,69	414	100,00

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações -2013									
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG			Total
	F	%	F	%	F	%	F	%		
Navarro										
Francisco Dumont	151	63,71	82	34,60	1	0,42	3	1,27	237	100,00
Glaucilândia	5	3,88	123	95,35	1	0,78	0	0,00	129	100,00
Guaraciama	212	68,17	99	31,83		0,00	0	0,00	311	100,00
Itacambira	1	0,39	253	97,68	2	0,77	3	1,16	259	100,00
Joaquim Felício	115	79,86	20	13,89	2	1,39	7	4,86	144	100,00
Juramento	0	0,00	205	99,03	0	0,00	2	0,97	207	100,00
Montes Claros	22.291	98,76			54	0,24	226	1,00	22.571	100,00
Olhos-d'Água	286	72,96	102	26,02	0	0,00	4	1,02	392	100,00
Pirapora	7.204	88,46	586	7,20	59	0,72	295	3,62	8.144	100,00
Buritizeiro	1.157	87,92	113	8,59	4	0,30	42	3,19	1.316	100,00
Ibiaí	310	79,90	60	15,46	11	2,84	7	1,80	388	100,00
Lassance	183	68,54	12	4,49	1	0,37	71	26,59	267	100,00
Pirapora	3.481	91,99	242	6,40	3	0,08	58	1,53	3.784	100,00
Ponto Chique	164	83,67	20	10,20	4	2,04	8	4,08	196	100,00
Santa Fé de Minas	78	81,25	8	8,33	3	3,13	7	7,29	96	100,00
Várzea da Palma	1.831	87,32	131	6,25	33	1,57	102	4,86	2.097	100,00
Salinas/Taiob eiras	11.523	86,76	1353	10,19	309	2,33	97	0,7	13.282	100,00
Berizal	235	88,68	27	10,19	3	1,13		0,0	265	100,00
Curral de Dentro	338	74,78	112	24,78		0,00	2	0,4	452	100,00
Fruta de Leite	390	92,42	32	7,58		0,00		0,0	422	100,00
Indaiabira	317	87,09	42	11,54	5	1,37		0,0	364	100,00
Montezuma	249	76,85	58	17,90	12	3,70	5	1,5	324	100,00
Ninheira	425	89,85	44	9,30		0,00	4	0,8	473	100,00
Novorizonte	299	94,32	13	4,10		0,00	5	1,6	317	100,00
Padre Carvalho	387	86,00	49	10,89	13	2,89	1	0,2	450	100,00
Rio Pardo de Minas	1.777	89,66	171	8,63	15	0,76	19	1,0	1.982	100,00
Rubelita	358	86,47	54	13,04	2	0,48		0,0	414	100,00
Salinas	2.803	89,98	265	8,51	25	0,80	22	0,7	3.115	100,00
Santa Cruz de Salinas	244	86,22	35	12,37	4	1,41	-	-	283	100,00
Santo Antônio do Retiro	57	16,24	92	26,21	20	57,55	-	-	351	100,00
São João do Paraíso	1.395	89,48	143	9,17	11	0,71	10	0,6	1.559	100,00
Taiobeiras	2.058	90,38	184	8,08	11	0,48	24	1,1	2.277	100,00
Vargem Grande do Rio	191	81,62	32	13,68	6	2,56	5	2,1	234	100,00

Região de Saúde /Municípios de Residência	Local das internações -2013								
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Pardo									

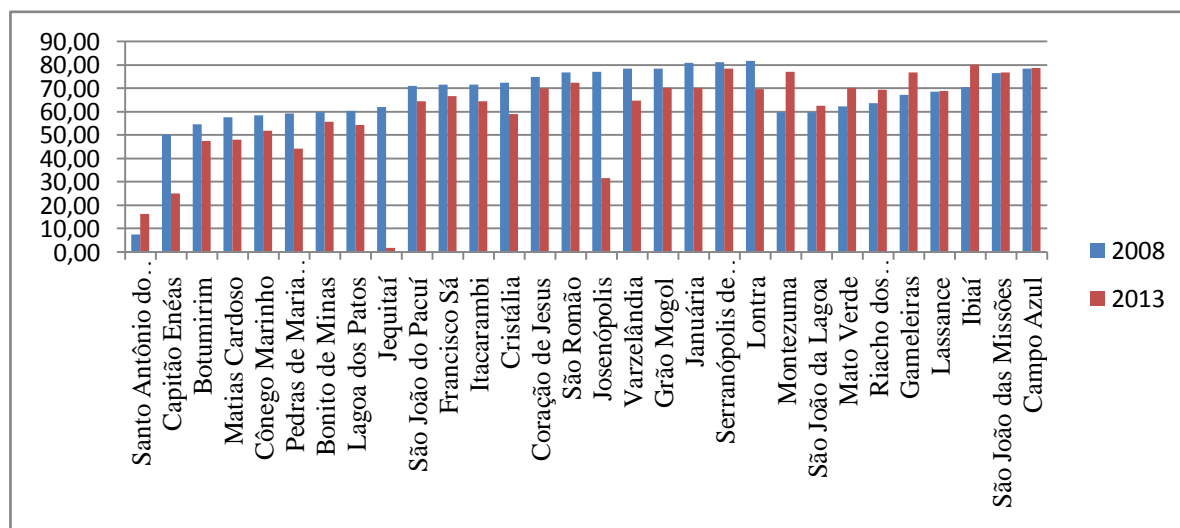
Fonte: DATASUS - MS/SAS-SIH/SUS. 2016

Entre os que se internaram em outras regiões do Norte de Minas ou outras regiões de Minas Gerais e do Brasil observa-se um percentual inferior a 2,0 % dos pacientes. Apenas Lassance (26,59%) apresentou um percentual em evasão acima da média e o principal local foi o município de Curvelo, localizado em outra Região de Minas Gerais. O município fica equidistante de Pirapora e do município polo (Curvelo) de outra Região Ampliada de Minas Gerais.

Verifica-se que apenas seis municípios (entre os 86 municípios da Região Ampliada) ultrapassaram o percentual de 10,00% de internados em outra região de saúde que não era a sua própria região e tampouco Montes Claros. Foram os municípios de Jequietaí (50,92%), Santo Antônio do Retiro (57,55%), Josenópolis (35,52%), Matias Cardoso (13,57%), Cônego Marinho (13,55%) e Bonito de Minas (13,84%) (Tabela17).

O montante de trinta municípios, que representam acima de 30% dos 86 municípios existentes na Região, teve um percentual que oscilou entre menos de 10% até 80% de pacientes internados na Região de Saúde de residência (Gráfico 2)

Gráfico 2 - Evolução de internações dos residentes na Região de Saúde de residência - municípios com menores percentuais - Região Ampliada Norte de Minas: 2008 e 2013.



Fonte: DATASUS/SIH. 2016

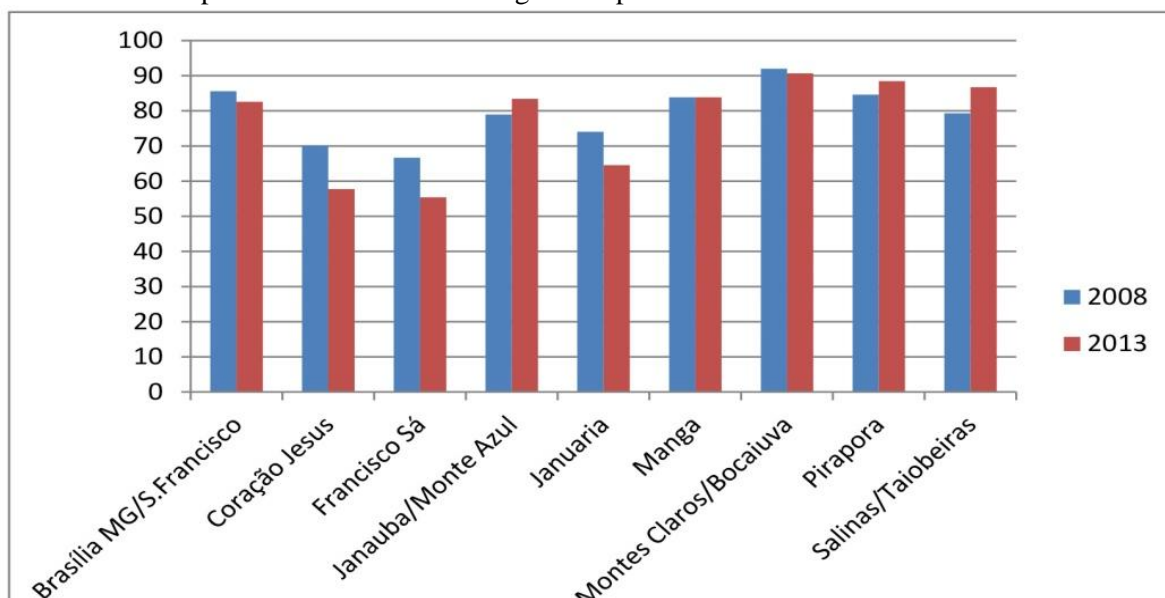
Santo Antônio do Retiro, que é adscrito à Região de Salinas/ Taiobeiras, internou percentual bem baixo (16,24%) na própria Região de Saúde, sendo a segunda Região com maior evasão. Os residentes dessa região internaram-se no município polo de Janaúba/ Monte Azul (57,55%), que tem comunicação viária mais fácil. O município é de pequeno porte e apresenta índices baixos de IDH.

O principal fluxo de internação ocorreu em direção a Montes Claros. O município internou o total de 38.163 pacientes em 2013. Desses, 16.114 pacientes eram oriundos de outros municípios e 22.049 eram residentes, incluindo os da própria Região de Saúde (Tabela 13).

Internaram-se em Montes Claros 35.031 pacientes para procedimentos de média complexidade em 2013. Entre eles, 22.571 pacientes eram residentes e 12.460 pacientes oriundos de outros municípios. Entre os oriundos de outros municípios, os que eram residentes na própria Região de Saúde somaram 2.223 pacientes e os outros 10.237 pacientes foram referenciados de outras Regiões de Saúde.

Em 2013, vinte e seis municípios internaram acima de 80% na Região de residência, apresentando baixo índice de evasão (Tabela 17). Em treze desses municípios (50%) há hospitais e os outros distam menos de 60 km dos municípios polos regionais com hospital.

Gráfico 3 - Pacientes internados na própria região de residência por procedimento de media complexidade- 2008- 2013. Região Ampliada do Norte de Minas – 2016.



Fonte: DATASUS. 2016

O município de Jequitaiá foi o que apresentou menor percentual (1,56%) de pacientes internados na Região de Saúde em 2013 e o segundo com maior percentual (50,92%) de internados em outra região de saúde – Pirapora, município com mesma distância do município polo Coração de Jesus, e maior oferta/capacidade instalada. Também foi o município com maior redução no percentual de residentes internados na própria região, de 2008 para 2013 (Tabela 18 e Tabela 19).

Tabela 18 - Municípios com menores percentuais de Pacientes internados na região residência - Procedimentos hospitalares de média complexidade - 2008 a 2013

Municípios*	Local das internações							
	Própria Região de Residência		Montes Claros		Outras Regiões NM		Outras Reg. MG	
	2013	2008	2013	2008	2013	2008	2013	2008
Jequitaiá	1,58	61,54	46,97	36	50,92	1,23	0,53	1,23
Santo Antônio do Retiro	16,24	7,46	26,21	34,33	57,55	57,61	0	0,6
Capitão Enéas	24,93	50,16	72,42	49,43	2,37	0,42	0,28	00,
Josenópolis	31,38	76,92	33,1	21,79	35,52	0,43	0	0,85
Pedras de Maria da Cruz	43,93	58,37	42,5	14,83	13,57	25,67	0	1,14
Botumirim	47,19	54,55	50,31	45,45	0,31	0	2,19	0,0
Matias Cardoso	47,73	57,32	16,53	27,1	32,8	14,64	2,93	0,93
Cônego Marinho	51,61	58,37	34,84	18,55	13,55	23,08	0	00,
Lagoa dos Patos	54,17	59,59	35,42	26,42	9,9	11,92	0,52	1,55
Bonito de Minas	55,36	59,53	29,91	16,73	13,84	22,18	0,89	1,56
Cristália	58,55	72,14	27,61	37,5	1,32	0	2,63	00,
São João da Lagoa	62,5	59,68	36,64	39,53	0	0,79	0,86	0,0
São João do Pacuí	64,16	70,91	32,74	29,09	1,33	0,0	1,77	0,0
Itacarambi	64,34	71,27	30,55	24,13	3,72	4,04	1,39	0,56
Varzelândia	64,69	78,1	33,53	21,53	0,34		1,44	0,37
Francisco Sá	66,38	68,81	31,61	29,52	1,14	0,7	0,87	0,98
Lassance	68,54	68,29	4,49	4,18	0,37	0,0	26,59	27,53
Lontra	69,09	79,85	29,57	19,65	0,54	0,5	0,81	0,75
Riacho dos Machados	69,21	63,57	28,42	35,75	0,53	0,0	1,84	0,68
Januária	69,38	80,32	24,19	17,44	3,48	0,52	2,95	1,71

Mato Verde	69,42	61,81	28,33	36,5	0	0,21	2,25	1,48
Patis	69,43	84,59	30,13	15,41	0,44	0,0	0	0,0
Coração de Jesus	69,68	74,46	27,37	24,49	2,28	0,59	0,68	0,47
Grão Mogol	69,77	78,22	27,06	19,09	2,64	2,39	0,53	0,31
Urucuaia	71,96	83,85	3,72	0,89	0	0,15	24,32	15,11
São Romão	72,28	76,29	25,91	15,98	1,04	5,15	0,78	2,58
Curral de Dentro	74,78	83,48	24,78	12,17	0	4,35	0,44	0,0
Gameleiras	76,05	66,8	19,74	31,15	0,26	0,82	3,95	1,23
São João das Missões	76,6	76,33	16,71	16,57	6,13	6,8	0,56	0,3
Montezuma	76,85	59,5	17,9	38	3,7	2,5	1,54	0,0
Miravânia	77,54	82,61	19,79	13,59	2,67	2,72	0,0	1,09
Serranópolis de Minas	78,28	80,9	19,67	19,1	0,0	0,0	2,05	0,0
Campo Azul	78,46	78,13	21,03	19,53	0,51	1,56	00,	0,78
Ibiaí	79,9	70,03	15,46	26,43	2,84	2,72	1,8	0,82

Fonte: DATASUS - MS/SAS-SIH/SUS. 2016

Os municípios de Pirapora, Mirabela, Montalvânia, Taiobeiras e Salinas estavam entre os que internaram mais de 90% de pacientes para procedimentos de média complexidade na Região de Saúde de residência. Comparativamente a 2008, a maioria ampliou o percentual de internações na própria região de residência. Pode-se pressupor que, embora abaixo dos índices preconizados, a oferta de leitos clínicos satisfazia, em parte, as necessidades.

O percentual de internações de residentes na própria região foi menor que 70% em 24 municípios em 2013. Entre esses municípios, 07 têm hospitais, sendo Capitão Enéas, Varzelândia, Grão Mogol, Itacarambi, Januária, Coração de Jesus e Francisco Sá.

As Regiões de Saúde de Francisco Sá, Coração de Jesus e Januária foram as mais críticas em relação aos percentuais de pacientes internados na própria região em 2013, ultrapassando 30% em todos os seus municípios adscritos. Comparativamente a 2008, os dados indicam que houve uma piora relativa nesse percentual de residentes internados na Região (Tabela 17, Tabela 18).

O município de Capitão Enéas, adscrito à Região de Francisco Sá, se apresentou em 2013 como um dos municípios com maior evasão de pacientes (72,42%), seguido por Botumirim (50,31%). Para esses, o município de referência para internação foi Montes Claros. O município de Josenópolis teve percentual de evasão de 69% e os pacientes

residentes internaram-se em Montes Claros (35,52%) e em outra Região do Norte de Minas (35,52%).

Na Região de Coração de Jesus, em 2013, os municípios estiveram em melhor situação em relação à evasão, com exceção de Jequitaiá. A evasão em São João da Lagoa foi de 36,64% e em São João do Pacuí de 32,74%, com piora em relação a 2003 e em Lagoa dos Patos de 35,42%.

O Plano Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG, 2012) chama a atenção para a garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção, a partir do atendimento o mais próximo possível de residência dos pacientes, propiciando ações e os serviços necessários à solução dos problemas de saúde. É particularmente preconizado que os procedimentos de *Parto e Nascimento* sejam preferencialmente próximos à residência das pacientes e que elas conheçam o local do parto antes da ocorrência.

Na Região Ampliada do Norte de Minas o procedimento *Parto e nascimento* foi o mais frequente na Atenção Hospitalar de Média Complexidade tanto em 2008 quanto em 2013. Houve alto percentual (maior que 90,00%) por esse procedimento entre os realizados nos hospitais locais ou regionais. Apenas as Regiões de Saúde de Francisco Sá (41,08 %) e Coração de Jesus (67,86%) não atingiram esse percentual de pacientes internados na Região de residência.

Internações Hospitalares por *Partos e nascimento*

O parto foi o procedimento mais frequente na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas entre as internações hospitalares do SUS em 2013, representando 11% das internações hospitalares.

No Brasil, segundo Bittencourt e Camacho (2008), este procedimento representou 19,4% do total de internações realizadas no período de 1999 a 2006 e 13% do gasto total com hospitalização no país. A Rede Interagencial de Informação para a Saúde (BRASIL-DATASUS, 2008) informa que em 2005 no Brasil, *parto e nascimento* também foi responsável por 23,1% das causas de internações, cerca de um quarto das internações realizadas no SUS e oitavo lugar entre os mais frequentes. Contudo houve redução desta proporção em todas as regiões no período de 1995 a 2005.

A redução dos níveis de fecundidade leva à diminuição das taxas de natalidade, implicando o decréscimo do contingente jovem da população. A população idosa,

portanto, experimenta a elevação de sua participação relativa, combinada ao aumento absoluto do seu volume. [...]. As regiões Norte e Nordeste apresentam maiores valores da razão de dependência, associados às taxas de fecundidade mais altas do país (BRASIL, DATASUS, 2010, p 73).

Em 2004, mais de 90% dos partos informados ocorreram em hospital, proporção que atingiu quase 100% nas regiões do Centro-Sul do País. O procedimento hospitalar *parto e nascimento* é classificado como de média complexidade hospitalar. A assistência ao parto e nascimento é priorizada por sua associação com a morbi-mortalidade materna e infantil.

Na maioria das regiões de saúde na Região Ampliada de Saúde do Norte de Minas, no período entre 2008 e 2013, os *partos e nascimentos* ocorreram em um percentual acima de 90% na própria região de residência. As Regiões de Saúde de Coração de Jesus e Francisco Sá constituíram exceção com esses procedimentos ocorrendo na região de residência, respectivamente 67,86% e 41,08% desses e os restantes em Montes Claros.

Considerando o período estudado, mantiveram-se nas Regiões de Saúde quase os mesmos percentuais deste procedimento, principalmente entre os anos de 2008 e 2013, e a pouca oscilação foi no sentido de alguma piora relativa, apesar da queda verificada no último ano.

Tabela 18 - Internações por Região de Saúde dos procedimentos de Média complexidade Partos e nascimento. Macrorregião de Saúde Norte - 2008 e 2013.

REGIÃO DE SAÚDE	INTERNAÇÕES HOSPITALARES							
	2008				2013			
	PRÓPRIA REGIÃO	MMO C	ORNM	ORMG	PRÓPRIA REGIÃO	MMO C	ORNM	ORMG
Montes Claros/Bocaiúva	99,13			0,85	99,83		0,11	0,08
Região sem MOC	93,71	4,85	1,28	0,20	89,58	8,24	1,94	0,23
Brasília Minas/São Francisco	94,92	4,60	0,28	0,20	87,31	11,62	0,63	0,48
Coração Jesus	80,41	18,89	0,69	0,00	67,86	18,83	6,11	0,32
Francisco Sá	70,88	27,53	1,46	0,13	41,08	54,21	4,71	0,00
Janaúba/Monte Azul	97,35	1,71	0,94	0,04	97,56	1,61	0,72	0,11
Januária	95,71	1,69	1,69	0,50	95,65	2,39	1,85	0,11
Manga	96,45	1,91	1,64	0,00	94,85	2,33	2,82	0,00
Pirapora	97,79	1,39	0,82	0,57	97,54	1,23	0,67	0,56
Salinas/Taiobeiras	94,90	1,64	3,28	0,18	96,43	1,24	2,18	0,07
TOTAL	95,25	3,47	0,91	0,39	92,66	5,77	1,39	0,18

Fonte: DATASUS/SIH – 2016.

Observação- ORNM- Outra Região saúde Norte de Minas. ORMG- Outra Região saúde de Minas Gerais. Montes Claros - MOC.

Os resultados encontrados nas internações por procedimentos de média complexidade acompanham aqueles referentes às internações hospitalares por todos os procedimentos hospitalares, que incluem a alta complexidade (analisados no Item 4.2 deste estudo). Estes permitem confirmar os estudos de Botega, Rodrigues e Andrade (2006), Castro e Travassos (2005), Travassos e Carvalho (2005), sobre a influência da oferta de serviços sobre as internações hospitalares.

Observa-se que a existência de leitos e do profissional médico, bem como, a localização geográfica e as distâncias dos municípios de residência dos pacientes em relação aos polos regionais exerceram influência para propiciar maiores percentuais de internações nas regiões de residência para procedimentos de média complexidade hospitalar.

O tamanho dos municípios, em geral de pequeno porte, e a pobreza foram fatores condicionantes do provimento da oferta/capacidade instalada nas regiões de saúde. Mais da metade dos municípios na Região Ampliada do Norte de Minas não tem hospital e depende, além da disponibilidade da AIHs, de deslocamentos para a assistência à saúde, o que gera custos para quem tem dificuldades financeiras. Pode-se observar que os pacientes residentes em municípios mais pobres e situados mais distantes geograficamente tiveram taxas menores de internação hospitalar e também menores percentuais de internações em procedimentos de média complexidade em Montes Claros.

Nos municípios com hospitais e mais distantes de Montes Claros, os residentes se internaram em maior percentual nas próprias regiões de origem, demonstrando que o acesso e uso de serviços hospitalares são facilitados ou dificultados pela conjugação de acesso viário e oferta. Nas Regiões de Saúde menos providas de leitos e médicos e que se situam mais próximas de Montes Claros, os pacientes evadiram em maior número para esse município. A menor distância de Montes Claros (menos que 60 km) parece ser fator de atração e facilitador do acesso, mesmo nas internações hospitalares para procedimentos de média complexidade.

As Regiões de Saúde de Coração de Jesus, Francisco Sá e Januária foram aquelas que tiveram menores percentuais de internações nas Regiões de residência. Para os dois primeiros, Coração de Jesus e Francisco Sá, provavelmente, a proximidade com Montes Claros parece funcionar como fator importante para atrair os pacientes. Também se devem relacionar as dificuldades de provimento de hospitais e leitos em locais próximos à Montes Claros. Os municípios de porte médio, com até 30.000 habitantes, como são Coração de Jesus, Francisco Sá, e próximos à Montes Claros podem não ser atrativos para alocar médicos e hospitais em relação à eficiência econômica.

Januária possuía apenas 0,8 leitos/mil habitantes em 2013, sendo o segundo mais baixo da Região Ampliada do Norte de Minas, situação que piorou de 2008 para 2013.

Montes Claros concentra mais da metade da oferta de serviços de média e alta complexidade e grande demanda para a assistência à saúde, provocando para si maiores evasões dos outros municípios e regiões.

Conforme comparação das médias de internações relacionadas à Atenção Hospitalar de Média Complexidade ocorridas nos períodos pré e pós-Pacto de Saúde, não se observaram diferenças significantes em propiciar maior número de internações nas próprias Regiões de Saúde. Houve redução no total de internações no período de 2008 para 2013. Outros fatores devem ter influído para levar a esse resultado.

A análise da área de influência dos municípios polos e das regiões de Saúde, a partir das internações hospitalares mostra que há aqueles considerados maiores recebedores de demanda regional e aqueles com incapacidade para atender parcela significativa de sua área de referência. Pirapora, Salinas/Taiobeiras, Brasília de Minas/São Francisco, Janaúba/Monte Azul e Manga parecem se situar entre aquelas com capacidade de polos de referência. Taiobeiras, Brasília de Minas/São Francisco, Janaúba/ Monte Azul são regiões com grandes extensões territoriais, abrangendo em torno de 15 a 16 municípios e contando com grandes distancias viárias entre esses, além de restrições econômicas da população para o deslocamento. Todas elas apresentaram resolutividade em termos do volume de pacientes internados na região de residência para procedimentos da Atenção Hospitalar de Média Complexidade. Em contraposição, as três Regiões de Saúde com menores percentuais de internação, Coração de Jesus, Francisco Sá e Januária não foram capazes de mostrar funcionalidade como polos de referência de sua região de saúde.

O estudo aponta que há organização das regiões de saúde em termos de adscrição dos municípios às Regiões de Saúde (excluindo as internações em Montes Claros), quando se observa que os fluxos ocorrem dentro da Região Ampliada. Consequentemente, há um pequeno número de municípios com internações em outras regiões do Estado e em outras Regiões de Saúde. Possivelmente, o fato decorre da ordenação dos encaminhamentos de pacientes às internações sob o controle da Central de Regulação de Leitos e da Programação Pactuada.

Não há outros fluxos intermunicipais significativos que não estejam dentro das regiões de Saúde. Embora em número restrito, cinco municípios internam-se fora das Regiões de Saúde e merecem estudo que os coloque em Região de Saúde de mais fácil acesso às internações. Precisa-se atentar que a base territorial de planejamento da atenção à saúde não

necessariamente deve coincidir com a divisão administrativa definida pelo Estado (SES/MG, 2012). Mas, isso pode facilitar a inter-relação entre os municípios dentro da Região de Saúde.

Cabe observar que a SES/MG, em seu planejamento, tem elencado procedimentos a serem ofertados nos níveis do sistema de saúde estadual, considerados como função essencial das unidades hospitalares regionais. Frente às possibilidades da incorporação de tecnologias gerenciais e assistenciais, as referências para a assistência hospitalar no nível local, regional e macrorregional – e em razão das características dos serviços e das necessidades da população – determinam as contratualizações e elaboração dos protocolos ou diretrizes clínicas, dentro do sistema de regulação e pactuação do território que idealmente devem atender à população. Caberia aos municípios à oferta segundo o abaixo descrito.

1. ao município, território sanitário cujo gestor é responsável principalmente pela atenção primária, cabe ofertar/organizar o elenco Média Complexidade Básica (MCHB);
2. à microrregião, em seu polo, de forma solidária, cabe a organização/oferta dos elencos de Média Complexidade Hospitalar 1 (MCH1) ou 2(MCH2), conforme o porte populacional da micro;
3. à macrorregião, no polo macrorregional, cabe a organização/oferta dos elencos Alta Complexidade/Média Complexidade Especial (AC/MCHE) (MINAS GERAIS, 2010 p. 330)

Neste estudo, embora se considere que é importante levar em conta o idealmente planejado pelos níveis operacionais dos sistemas de saúde nos três níveis, optou-se em centrar no resultado que se materializa nos dados de internações hospitalares ocorridas e a partir do pressuposto de que as internações devem ocorrer mais próximas da população na Região de Saúde de residência, pelo menos para os procedimentos de média complexidade.

4.4 Aspectos sobre o Financiamento do SUS nos municípios

Para a análise de alguns aspectos do financiamento do SUS nos municípios utilizou-se de dados do Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde (SIOPS), banco de dados no âmbito do Ministério da Saúde, que é alimentado pelos estados, Distrito Federal e municípios, por meio do preenchimento de formulário em *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), com o objetivo de apurar as receitas totais e as despesas em ações e serviços públicos de saúde.

O financiamento do Sistema Único de Saúde é responsabilidade da União, dos Estados e dos municípios e a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, define os

percentuais de investimento financeiro de cada um no SUS. Municípios e o Distrito Federal devem aplicar no mínimo 15% da arrecadação de imposto em ações e serviços públicos de saúde por ano.

Na Região Ampliada do Norte de Minas os municípios aumentaram a arrecadação de 2003 a 2013. Os municípios de Janaúba, Janaúria e Espinosa foram os que mais investiram recursos próprios na saúde. Situação oposta é a de São João das Missões, Patis e Lassance, que embora tenham investido os 15% previstos foram os de menor percentual. São municípios com capacidade financeira bastante baixa, estando entre os que têm Renda Bruta per Capita menor.

Gilson Carvalho em apresentação sob financiamento em 2013 mostrou que o percentual dos recursos próprios dos municípios brasileiros foi sendo aumentado desde 2002 até 2012, passando de 13 % para 27% em média.

Observa-se que parece existir uma relação entre os 30 municípios que tiveram maiores despesas com recursos próprios na saúde por habitante e os municípios com menores rendas per capita e IDH mais baixo e sem hospitais localmente.

Possivelmente os gastos podem relacionar-se com despesas de Atenção Básica e despesas com deslocamento e outras para atenção ambulatorial especializada e internações da população em outros municípios.

Tabela 19- Recursos próprios em Saúde. 2003 e 2013.

MUNICÍPIO	% R. Próprios em Saúde- EC 29		Desp. R P S/hab*	Desp. R P S/hab.**
	2003	2013	2013	
Berizal	2,68	17,73	309,1	508,83
Bocaiúva	11,88	21,91	168,95	410,71
Bonito de Minas	14,19	18,6	170,66	355,76
Botumirim	15,56	21,04	287,63	386,88
Brasília de Minas	15,19	23,38	177,64	854,10
Buritizeiro	10,91	21,26	205,72	366,87
Campo Azul	16,64	22,01	475,96	786,09
Capitão Enéas	13,02	22,15	239,59	428,26
Catuti	17,61	18,51	303,41	569,03
Claro dos Poções	9,71	16,71	195,11	386,73
Cônego Marinho	14,33	19,42	227,41	424,86
Coração de Jesus	1,83	24,53	188,25	427,83

Cristália	16,95	17,25	263,01	430,39
Curral de Dentro	15,02	20,95	255,24	488,72
Engenheiro Navarro	25,35	19,18	237,8	433,94
Espinosa	20,26	30,76	227,79	309,51
Francisco Dumont	11,11	18,51	331,06	448,75
Francisco Sá	15,45	23,77	200,34	509,92
Fruta de Leite	21,62	16,65	239,34	540,59
Gameleiras	17,22	20,36	336,35	607,84
Glaucilândia	10,43	18,58	462,33	710,72
Grão Mogol	18,71	16,11	249,24	515,80
Guaraciama	14,76	16,76	283,06	442,85
Ibiaí	25,32	18,23	206,79	472,77
Ibiracatu	14,78	15,85	218,21	508,72
Icaraí de Minas	18,69	20,6	200,7	334,88
Indaiabira	15,02	17,07	203,35	484,40
Itacambira	13,93	18,7	374,1	560,65
Itacarambi	14,32	27,29	279,76	674,90
Jaíba	27,57	18,7	156,8	310,10
Janaúba	14,87	34,68	219,81	554,05
Januária	18,17	30,89	185,88	379,59
Japonvar	20,06	20,2	205,98	442,10
Jequitaiá	27,31	22,05	269,01	451,25
Joaquim Felício	15,84	17,17	347,4	509,32
Josenópolis	16,25	24,13	426,29	607,09
Juramento	10,01	18,59	365,74	533,83
Juvenília	23,20	19,03	294,36	396,32
Lagoa dos Patos	11,66	17,84	366,53	629,79
Lassance	14,22	15,41	319,16	658,25
Lontra	8,91	22,58	222,62	423,64
Luislândia	22,47	19,08	239,69	438,51
Mamonas	21,48	19,89	257,12	444,16
Manga	12,44	21,98	205,61	388,28
Matias Cardoso	24,08	17,92	203,1	466,16
Mato Verde	14,63	19,06	177,34	381,40
Mirabela	12,21	26,6	233,36	516,01
Miravânia	28,75	21,88	385,49	528,11
Montalvânia	14,73	21,13	188,29	325,37
Monte Azul	12,61	15,00	119,15	318,98
Montes Claros	17,87	17,72	120,92	719,23

Montezuma	22,31	19,28	192,75	474,56
Ninheira	21,88	20,82	174,2	489,02
Nova Porteirinha	15,01	16,68	210,88	332,17
Novorizonte	15,18	16,9	276,23	501,87
Olhos-d'Água	17,17	22,71	453,09	550,92
Padre Carvalho	21,35	20,88	306,22	397,64
Pai Pedro	16,38	21,04	297,88	566,47
Patis	19,51	15,88	222,58	457,26
Pedras de Maria da Cruz	25,49	16,21	173,88	436,41
Pintópolis	12,16	17,9	210,38	353,62
Pirapora	13,74	19,76	207,83	595,34
Ponto Chique	16,34	21,09	404,06	302,78
Porteirinha	10,47	19,51	138,2	405,03
Riacho dos Machados	11,68	20,86	277,29	343,39
Rio Pardo de Minas	17,71	18,76	147,55	491,11
Rubelita	14,77	17,18	196,93	522,79
Salinas	17,49	24,64	185,11	567,28
Santa Cruz de Salinas	15,97	20,02	377,97	710,09
Santa Fé de Minas	16,94	18,79	438,19	430,20
Santo Antônio do Retiro	15,19	19,1	234,25	371,63
São Francisco	17,14	21,91	138,86	388,91
São João da Lagoa	14,61	15,2	260,81	323,11
São João da Ponte	15,26	15,95	127,14	328,60
São João das Missões	14,65	15,71	157,7	517,40
São João do Pacuí	13,88	18,5	360,06	375,75
São João do Paraíso	16,03	17,76	128,74	408,38
São Romão	11,58	18,51	211,72	708,97
Serranópolis de Minas	12,50	21,8	407,48	580,73
Taiobeiras	20,72	22,29	191,4	465,90
Ubaí	8,55	17,97	171,08	372,45
Urucuaia	25,82	19,58	182,12	538,68
Vargem Grande do Rio Pardo	12,36	19,61	327,51	423,89
Várzea da Palma	23,73	22,22	213,33	369,91
Varzelândia	11,35	17,62	153,09	394,18
Verdelândia	11,86	17,09	202,03	608,42

Fonte: DATASUS/SIOPS. 2016.

*%Despesa com Recursos próprios na saúde/habitante

** %Despesa saúde Total/ Habitante.

A Tabela 21 mostra a dependência dos municípios em relação aos outros entes federados e particularmente da União, em relação à totalidade das receitas destes.

Observa-se que na participação das transferências intergovernamentais na receita total do município em 2013 variou em torno de 70 a 90%, chegando à quase 100% em alguns municípios mais pobres da Região, como Padre Carvalho (98,62%), Patis (96,15%), Santo Antonio do Retiro (95,43%), e Curral de Dentro (95,15%).

O grau de dependência dos municípios no setor saúde também é grande em relação às transferências da União para a Saúde. Em nove municípios foi de 100% o percentual, o que significa que estes são totalmente dependentes desta esfera federal. Contudo, em 2003 a total dependência em relação à União era maior e 53 municípios eram totalmente dependentes.

Em relação à parcela da despesa com Saúde, sob a responsabilidade do município, financiada por outras esferas de governo se situa em torno de 30% a 60%. Todos os indicadores mostram um alto grau de dependência dos municípios em relação aos recursos financeiros de outros entes federados.

Tabela 20 - Indicador de financiamento do SUS nos municípios

Município	1.1 Participações de da receita de impostos na receita total do município		1.2% trança. Intergovernamentais na receita total do Município		1.4_%Transf._União_p/_Saúde		3.1 %Transf.SUS/D.Total	
	2003	2013	2003	2013	2003	2013	2003	2013
Berizal	0,00%	1,69	114,44%	85,09	100,00%	95,43	64,04%	45,83
Bonito de Minas	1,09%	2,44	102,50%	84,76	100,00%	98,35	28,85%	54,17
Campo Azul	1,83%	1,98	104,75%	89,85	100,00%	86,5	26,74%	47,96
Capitão Enéas	2,36%	3,99	98,00%	93,54	100,00%	100	50,86%	34,42
Catuti	2,63%	2,38	96,04%	92,31	100,00%	69,94	33,27%	55,81
Cônego Marinho	2,46%	1,52	96,31%	87,53	100,00%	93,1	30,77%	50,85
Coração de Jesus	3,13%	3,46	97,95%	83,35	100,00%	91,23	96,82%	32,18
Cristália	2,22%	3,03	97,49%	94,72	100,00%	100	27,24%	59,77
Espinosa	2,73%	3,26	94,97%	83,18	100,00%	94,62	31,25%	44,76
Fruta de Leite	2,64%	4,08	100,97%	88,86	100,00%	87,75	19,72%	42,73
Glaucilândia	1,39%	1,17	96,18%	91,15	100,00%	97,15	33,61%	45,69
Grão Mogol	27,96%	2,82	75,57%	90,62	100,00%	96,21	28,18%	21,66
Guaraciama	1,47%	2,02	106,66%	89,92	100,00%	89,91	28,16%	45,29
Ibiaí	3,24%	4,22	88,97%	91,82	100,00%	84,66	31,31%	35,45
Ibiracatu	1,27%	2,43	95,45%	92,55	100,00%	96,13	28,72%	42,05
Icaraí de Minas	2,13%	2,49	105,90%	87,08	100,00%	100	35,14%	43,85
Itacarambi	1,52%	3,09	97,36%	89,57	100,00%	100	65,02%	28,13

Janaúba	6,31%	5,52	87,45%	55,58	100,00%	58,65	56,01%	64,46
Januária	3,95%	5,82	90,18%	87,18	100,00%	74,76	59,84%	45,68
Jequitaiá	3,72%	4,88	101,44%	90,12	100,00%	97,85	25,18%	47,43
Josenópolis	2,30%	2,66	106,36%	91,06	100,00%	85,24	24,73%	32,17
Juramento	2,11%	2,87	100,48%	85,9	100,00%	95,17	45,63%	33,52
Lagoa dos Patos	1,47%	2,75	100,04%	89,98	100,00%	80,8	36,77%	43,92
Lontra	1,66%	3,14	98,60%	90,77	100,00%	96,21	48,50%	37
Luislândia	1,38%	1,74	91,85%	89,28	100,00%	95,57	25,45%	31,77
Mamonas	2,29%	2,52	99,35%	90,71	100,00%	90,04	29,54%	31,15
Matias Cardoso	6,03%	1,45	103,21%	90,91	100,00%	94,39	24,81%	50,88
Mato Verde	2,83%	4,14	95,58%	89,43	100,00%	88,03	55,91%	54,2
Miravânia	2,13%	2,08	103,85%	90,32	100,00%	85,56	24,96%	51
Monte Azul	2,48%	2,04	93,67%	65,54	100,00%	95,7	51,93%	48,05
Montezuma	2,92%	2,73	102,88%	83,61	100,00%	77,01	29,75%	72,65
Nova Porteirinha	1,37%	1,66	103,13%	94,31	100,00%	99,79	43,84%	46,61
Novorizonte	1,96%	2,34	108,83%	82,87	100,00%	92,19	18,98%	57
Olhos-d'Água	3,40%	7,08	104,35%	88,03	100,00%	87,25	25,47%	45,42
Padre Carvalho	1,48%	0,97	106,86%	98,62	100,00%	98,14	20,76%	27,74
Pai Pedro	1,85%	1,93	97,58%	87,66	100,00%	90,94	13,52%	43,72
Patis	1,33%	0,99	90,53%	96,15	100,00%	100	27,94%	44,42
Pedras de Maria da Cruz	1,69%	2,68	102,89%	91,86	100,00%	98,15	26,61%	36,36
Ponto Chique	1,64%	1,53	107,27%	94	100,00%	76,14	26,54%	61,48
Porteirinha	1,96%	5,14	95,32%	75,69	100,00%	84,31	62,03%	35,49
Rio Pardo de Minas	3,43%	6,78	98,24%	86,32	100,00%	78,18	47,83%	34,42
Rubelita	2,93%	3,21	99,94%	92,91	100,00%	89,59	39,64%	60,29
Salinas	6,29%	5,98	92,92%	80,97	100,00%	83,65	70,65%	42,34
Santa Cruz de Salinas	0,66%	1,44	105,73%	93,03	100,00%	93,33	14,97%	62,39
Santa Fé de Minas	4,74%	6,82	101,18%	84,71	100,00%	74,58	30,16%	28,87
Santo Antônio do Retiro	2,17%	1,16	90,32%	95,43	100,00%	97,61	52,32%	35,1
São João da Lagoa	1,57%	2,33	99,91%	89,37	100,00%	98,1	26,77%	43,9
São João da Ponte	1,45%	5,19	106,89%	85,24	100,00%	97,82	36,71%	45,93
São João das Missões	2,91%	2,36	105,63%	84,74	100,00%	90,22	62,55%	52,59
São João do Pacuí	1,37%	1,92	110,73%	90,15	100,00%	94,18	33,68%	53,52
Taiobeiras	2,71%	6,29	97,69%	73,9	100,00%	100	44,15%	33,07
Ubaí	4,92%	3,72	93,22%	86,05	100,00%	96,92	64,77%	34,46
Urucuaia	2,49%	2,62	90,27%	88,48	100,00%	99,36	24,51%	35,9
Vargem Grande do Rio Pardo	2,61%	1,63	101,19%	90,74	100,00%	88,94	32,17%	47,85
Várzea da Palma	3,33%	6,3	96,35%	84,42	100,00%	99	18,75%	40,81
Verdelândia	0,96%	2,15	103,73%	93,22	100,00%	100	34,79%	57,01
Montalvânia	2,19%	3,06	104,60%	86,74	99,74%	99,84	35,58%	28,92

Gameleiras	1,86%	2,14	104,60%	86,75	99,23%	85,94	25,13%	36,87
Joaquim Felício	1,43%	2,6	99,91%	88,41	98,78%	96,87	25,11%	47,32
Manga	2,42%	4,15	103,25%	83,7	97,67%	95,16	55,30%	53,73
Montes Claros	11,22%	14,41	78,64%	69,9	96,00%	92,55	79,46%	72,59
Indaiabira	1,78%	2,07	97,37%	87,54	95,38%	89,41	39,79%	30,66
Buritizero	8,32%	5,68	83,84%	73,73	94,71%	77,89	60,20%	82,46
Brasília de Minas	3,99%	3,73	67,66%	71,36	92,13%	50,86	81,33%	55,13
Mirabela	2,22%	4,04	82,67%	83,39	91,10%	66,22	76,88%	53,44
Claro dos Poções	3,04%	3,51	95,15%	89,15	89,52%	87,5	66,91%	39,38
Curral de Dentro	1,67%	2,06	106,97%	95,15	89,36%	89,37	23,84%	36,93
Japonvar	2,08%	2,04	102,35%	88,12	88,98%	90,03	39,57%	40,63
Bocaiúva	4,03%	6,73	78,28%	76,65	88,94%	59,14	70,00%	38,91
Botumirim	1,21%	2,88	104,75%	88,57	86,09%	70,5	27,73%	52,41
Pintópolis	2,25%	7,76	98,52%	64,02	86,09%	97,28	36,62%	34,12
Varzelândia	2,24%	2,64	106,60%	92,01	83,88%	82,88	51,59%	46,88
São João do Paraíso	3,06%	3,74	101,20%	82	83,79%	100	47,31%	34,94
Itacambira	1,20%	8,86	104,11%	85,86	83,51%	100	46,54%	53,64
Jaíba	4,25%	5,86	89,93%	80,66	82,20%	75,37	44,94%	52,28
Lassance	9,24%	13,16	85,17%	81,49	82,14%	96,63	35,75%	38,92
Serranópolis de Minas	0,93%	2,03	108,29%	89,55	79,50%	100	36,39%	51,04
Engenheiro Navarro	2,19%	4,37	94,36%	90,27	76,58%	91,11	28,91%	43,33
Francisco Dumont	1,70%	2,87	95,41%	90,12	76,45%	86,63	47,75%	56,37
Ninheira	1,67%	1,54	96,51%	66,32	71,87%	92,98	32,14%	59,72
Juvenília	2,20%	3,19	107,63%	90,13	71,68%	79,11	28,32%	35,11
Riacho dos Machados	1,88%	18,4	90,70%	79,47	67,95%	100	69,57%	32,85
Francisco Sá	3,75%	4,64	78,64%	76,37	66,29%	83,44	66,81%	45,47
São Francisco	3,96%	5,75	75,62%	79,12	50,21%	93,25	59,93%	53,03
São Romão	2,92%	2,78	85,90%	86,82	44,99%	62,68	55,57%	51,87
Pirapora	6,78%	1,92	84,47%	91,3	32,47%	95,26	56,77%	41,72

Fonte: DATASUS/SIOPS. 2016

Observ. Grafados em amarelo os municípios com Hospital.

Não foi possível identificar um padrão na relação entre as internações hospitalares na região de saúde e estes indicadores de financiamento, mesmo porque não se analisou gastos com a Atenção Básica e Atenção de Média e Alta Complexidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese analisou a Atenção Hospitalar de Média Complexidade no processo de regionalização da saúde, a partir do referencial teórico sobre regionalização da saúde, tendo sido abordados conceitos como região de Saúde, inter-relações municipais, área de influência para internações hospitalares, fluxos intermunicipais para procedimentos de média complexidade hospitalar, oferta/capacidade instalada, dentre outros.

Utilizou-se de análise de dados secundários, levantados principalmente no sistema DATASUS, para examinar as internações de pacientes ocorridas durante o período de 11 anos – 2003 a 2013, que resultaram em aproximadamente 100.000 internações por ano, referentes a 86 municípios situados em nove regiões de saúde. Buscou-se responder à pergunta acerca da ocorrência de mudanças no perfil dessas internações hospitalares, em relação ao local onde ocorreram – ou seja, se na própria região de saúde de residência dos pacientes.

Em termos mais diretos, a questão a ser respondida foi se a regionalização afetou, quantitativamente, no período em que se implantou a NOAS e o Pacto de Saúde, as internações na Atenção Hospitalar de Média Complexidade. Pode-se afirmar que não houve mudanças no sentido do aumento das internações de residentes na própria região de saúde nem da diminuição das mesmas em Montes Claros,

O pressuposto da tese era que a internação da população por procedimentos de média complexidade ocorreria sua Região de Saúde de residência, possibilitada pela existência e crescimento, durante o período estudado, dos recursos de saúde hospitalares ali instalados. A regionalização da saúde, nesse foco, teria afetado a Atenção Hospitalar de Média Complexidade aumentando oferta/capacidade instalada de leitos e médicos e as internações no próprio município ou em municípios mais próximos de sua residência, portanto, nos municípios adscritos à Região de Saúde.

Pode-se afirmar a partir da comparação dos períodos estudados que em relação a houve uma linha de continuidade no processo de divisão das Regiões de Saúde.

Concluiu-se, a partir da análise de dados, que pouco se alterou em relação ao montante e locais de processamento de internações hospitalares. Contudo, ao considerar que menos de 25% dos pacientes residentes são encaminhados para internações em outras regiões de saúde, pode-se afirmar que a regionalização como processo tem caminhado no sentido de seus propósitos.

Há concentração da Atenção Hospitalar em poucos municípios e em Montes Claros. As dificuldades das Regiões de Saúde em relação a propiciar internações de média complexidade em estabelecimentos hospitalares situados na própria Região de Saúde ocorrem principalmente pelo tamanho populacional e pelas características de pobreza dos municípios da própria Região Norte de Minas, o que interfere na oferta de leitos e médicos. A maioria dos municípios é de pequeno porte e não tem hospitais alocados em seus territórios; e em muitos destes a população é carente economicamente e precisa deslocar-se aos municípios maiores e mais bem dotados de oferta de serviços de saúde para obter assistência hospitalar. Existem grandes distâncias viárias entre os municípios, o que dificulta o deslocamento.

Em um universo de 86 municípios há hospitais em 31 municípios, o que dá a dimensão da carência da oferta na Atenção Hospitalar. Excluindo os hospitais de Montes Claros, há apenas quatro outros que possuem em torno de 100 leitos, estando situados em Pirapora, Janaúba e Brasília de Minas. Todos os outros são hospitais de pequeno e médio porte, com no máximo 70 leitos e que internaram principalmente pacientes para procedimentos de *Parto e nascimento* e alguns procedimentos clínicos de média complexidade.

Faltam leitos/capacidade instalada nos municípios polos e/ou nos hospitais locais, que são insuficientes até mesmo para atenderem a sua própria demanda municipal. Também o número de profissionais médicos, considerando os parâmetros do Ministério da Saúde, está abaixo do necessário. Todos os municípios contam com no mínimo um profissional e é graças a essa possibilidade de obter diagnóstico e ser referenciados, que as demandas dos residentes aumentam para os municípios que têm algum recurso hospitalar.

A oferta/capacidade instalada hospitalar foi o principal fator para propiciar as internações nas próprias regiões de residência dos pacientes. A acessibilidade geográfica não foi determinante, mas condicionou positivamente para que isto ocorresse, embora, ao mesmo tempo, parece ter sido fator de evasão para Montes Claros, quando as distâncias eram próximas desse e o fator oferta foi priorizado. Duas Regiões de Saúde que mais internaram pacientes em Montes Claros são as de menores distâncias viárias.

A distância geográfica teve menos influência quando se tratou de internar em Montes Claros, já que pacientes de todos os municípios internaram-se nesse município que concentra mais da metade de leitos e médicos nessa Região Ampliada.

A grande heterogeneidade na Região Ampliada do Norte de Minas em relação à oferta de serviços de saúde na área hospitalar, com carência de muitos municípios em relação a leitos e médicos e, em contrapartida, a concentração de leitos e médicos e grande densidade

tecnológica para procedimentos em Montes Claros, conformaram o fluxo da Atenção Hospitalar de Média Complexidade.

Considerando a média de todas as internações hospitalares por procedimentos de média complexidade, aproximadamente 83% dos pacientes internaram-se dentro da própria região de saúde. Entre os restantes, a maioria 17%, foi internada em Montes Claros, que é o município polo macrorregional.

Analisadas separadamente, as Regiões de Saúde mostram disparidades quanto aos percentuais de internação na própria região de residência e três regiões se situaram em pior condição.

Foi pouco significativo o fluxo para outras regiões de Minas ou do Brasil, ficando as internações concentradas na própria Região Ampliada.

A regionalização, desde as suas propostas em nível internacional e durante todas essas décadas em que tem sido objeto de vários modelos, norteia-se sempre para assistir à população e seguir direcionamentos que tornem o acesso mais facilitado. Outras questões evidentemente entram para equilibrar e tornar viável economicamente aos países a prestação da assistência necessária, como a minimização de custos, ganho de eficiência, equidade, elevação da participação da sociedade, aumento da prestação de contas, ênfase nas ações preventivas e promocionais.

A possibilidade de a regionalização obter êxito e propiciar que a Atenção Hospitalar de Média Complexidade seja ofertada mais próxima dos que dela necessitam tornou-se mais plausível a partir da descentralização na saúde. A gestão do nível local deu ensejo a que novos atores com protagonismo e deram, inclusive, origem a novos jogos de poder e posições políticas. Ademais, relações mais horizontalizadas têm levado o Estado às mudanças profundas na forma de governança, no formato político institucional do processo decisório, beneficiando a formação de consensos que permitem ações cooperativas que podem se a contrapor à lógica do mercado (FLEURY, 2013).

No presente estudo, a questão da lógica do mercado na saúde, embora não tenha sido explicitada, demonstra estar interposta à regionalização da saúde. Na Região Norte de Minas, tal lógica caminha junto ao SUS, no sentido de que a oferta da assistência hospitalar segue seus ditames; por isso, a regionalização se concentra nos locais mais rentáveis para o setor privado e ou menos onerosos para o Estado. As Regiões de Saúde são planejadas, principalmente, de acordo com a lógica da oferta de serviços, e essa segue as regras do mercado, sendo geradora de profundas iniquidades.

Romper com essa lógica parece difícil, quando o próprio SUS parece abandonar a universalização da saúde e se voltar cada vez mais para o mercado, o que leva a pensar se a regionalização, apesar de tão importante, não está sendo tomada como panacéia para resolver as questões complexas do Sistema Único de Saúde.

A autora Fleury (2013) acena com a possibilidade de que a governança baseada em valores compartilhados possa possibilitar ao governo implementar as políticas públicas contribuindo para a governabilidade democrática. Assim é possível abrir canais legítimos, eficientes e institucionalizados, de mobilização e envolvimento da comunidade na elaboração e implementação das políticas a partir da articulação dos arranjos institucionais e da cooperação entre atores sociais e políticos.

Embora se reconheça os enormes benefícios que as reformas no setor saúde alcançaram, redefinindo o perfil do seu sistema de saúde nos últimos anos, não se deve perder de vista os inúmeros desafios para assegurar o acesso da população aos serviços de saúde. O maior desses é o fortalecimento das relações intergovernamentais, a fim de propiciar o aumento do acesso da população aos serviços de saúde de diversos tipos, por meio do planejamento e de ações capazes de guardar relação com as diferentes capacidades de estados e municípios e com as necessidades de saúde nos territórios.

Cabe explicitar que o estudo buscou distanciar-se da de uma análise pelo viés normativo, sob o prisma da efetivação ou não da política de regionalização, considerando as metas do programado no Plano Diretor de Regionalização (PDR), no Plano Diretor de Investimento (PDI) e na Programação Pactuada e Integrada (PPI); ou mesmo, sob o prisma do êxito ou não de projetos, como a PRÓS-HOSP ou das estratégias que compõem o processo de regionalização, verificando se atendem aos objetivos ou se foram aprimoradas, entre outras questões, que embora sejam pertinentes, não foram foco desta tese.

Como já referido anteriormente (na página 148 desta tese), possivelmente, podem existir outras explicações para os resultados encontrados nesta tese, ao considerar-se os vários fatores ligados ao Sistema de Saúde nacional, Estadual e Municipal de Saúde, em relação ao próprio sistema implantado, inclusive, explicações sob a perspectiva dos gestores estatais da política de regionalização da saúde. Contudo, nesta tese não se buscou analisar o cumprimento ou não de metas pactuadas entre os municípios a partir do processo de regionalização, considerando que estão condicionadas a séries históricas, que muitas vezes reproduzem os anos anteriores, subordinando-se à capacidade instalada existente de leitos e profissionais e aos limites dos recursos financeiros previsíveis, entre outras condições, e assim

o previsto e realizado podem ficar longe do que é necessário para atender universalmente a população.

O foco da presente tese foi retratar a real situação quanto aos recursos existentes e as internações hospitalares processadas nos municípios e analisá-la considerando a proposta da regionalização, no sentido de propiciar que a população seja assistida na Atenção Hospitalar e que isto ocorra mais próximo de sua residência.

Para finalizar, há que se deixar uma questão: o que é possível à regionalização da saúde construir dentro dos seus propósitos, tendo como desafios aqueles decorrentes da desigualdade socioeconômicas no Norte de Minas e no Brasil? Sem ter respostas, mas com pressupostos: a equidade em saúde depende da transformação da sociedade para ultrapassar a pobreza e a miséria e a sobrevivência do SUS só é possível aliada às reformas da ordem social e política brasileira. Na conjuntura atual, em que parecem desfazer os princípios da reforma sanitária, somos todos (seus defensores) não só desafiados a discutir a natureza da crise que tenta sufocar seus princípios, mas principalmente a buscar vencê-la.

REFERÊNCIAS

ABRÚCIO, Fernando Luiz. A dinâmica federativa da educação brasileira: diagnóstico e propostas de aperfeiçoamento. In OLIVEIRA, Romualdo P. SANTANA, Wagner. **Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade**. Brasília: UNESCO, 2010.

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros**. Tese de Doutorado. USP- São Paulo. 2013

BITTENCOURT, Sonia Azevedo; CAMACHO, Luiz Antonio Bastos; LEAL, Maria do Carmo. A qualidade da informação sobre o parto no Sistema de Informações Hospitalares no Município do Rio de Janeiro, Brasil, 1999 a 2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1344-1354. 2008.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

BODSTEIN, Regina. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo. v. 7, n. 3, p. 401-412. 2002 .
Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

BRASIL. **Anais. 3ª Conferência Nacional de Saúde.** 1963.
http://bvsmms.saúde.gov.br/bvs/publicacoes/cd07_01.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 545**, de 20 de maio de 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 2203**, de 5 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS/SUS 01/01 e **Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Ministério da Saúde. DF: Brasília: 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Convergências e Divergências sobre Gestão e Regionalização do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Ministério da Saúde. DF: Brasília: 2006A.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, DF: 2006B

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Cadernos. **HumanizaSUS**. Volume 1. Formação e intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde. DF: Brasília: 2010.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015** / Ministério da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Ministério da Saúde. DF: Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde. DF: Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dimensionamento de número de leitos e tipologia hospitalar**: o desafio de fazer as perguntas certas e de construir suas respostas. São Paulo: 2012.

Disponível em: <http://rbce.org.br/wp->

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Transição epidemiológica, os Sistemas de Atenção à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015.

BRASIL . Ministerio da Saúde. **REDE Interagencial de Informação para a Saúde Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid

CARVALHO, Gilson. **Contra a regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente pactuada entre municípios e estados**. Brasília: CONASEMS, 2005.

CASTRO, Mônica Silva Monteiro; TRAVASSOS, Cláudia; CARVALHO Marilia Sá. Efeito da oferta de serviços de saúde no uso de internações hospitalares no Brasil. **Rev. Saúde Pública** 2005; 39(2): 277-84

www.fsp.usp.br/rsp

CASTRO, M. S. M. et al. Fatores associados às internações hospitalares no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7(4): 795-811, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. O financiamento da Saúde. Atualização Julho de 2015. **Para Entender a Gestão do SUS**. Volume 2. DF: Brasília: 2015.

Disponível em: www.conass.org.br/biblioteca.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. O estado e as Redes de Atenção à Saúde – 1ª Mostra Nacional de Experiências. **Cadernos de informação técnica e memória do CONASS- CONASS DOCUMENTA n. 25** DF: Brasília: 2012.

Disponível em: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/conassdocumenta_25.pdf

DUARTE Ligia Schiavone, MENDES Áquilas. Saúde, região e regionalização: uma periodização do arcabouço normativo do SUS. **2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um projeto possível** Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo. 2013.

DUARTE Ligia Schiavone. **Desenvolvimento desigual e a regionalização do SUS: uma análise territorial dos recursos financeiros para as redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo (2009-2014).** Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da USP. 260 p. São Paulo, 2016.

DOURADO, Daniel de Araujo; ELIAS, Paulo Eduardo Mangeon. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev. Saúde Pública.** v.45, n.1, Feb. São Paulo: 2011.

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034

DRAIBE, Sônia Miriam. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e Perspectivas. In: IPEA/IPLAN. **Para a década de 90: prioridades e perspectivas de políticas públicas.** Vol. 4: IPEA/IPLAN. Políticas Sociais e Organização do Trabalho. Brasília: 1990.

ELIAS, Paulo Eduardo. **Sistema de Saúde no Brasil.** Apostila. 2007.
http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/64891/mod_resource/content/2/Artigo.pdf

PIOLA, Sérgio Francisco (Org.) et al. **EstadoSaúde no Brasil: Algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).**(In) INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA –IPEA. Brasília, Fevereiro de 2009.

FLEURY S. **As Redes e a difusão de inovações.** In: I CIC Saúde Brasil - Seminário de Conhecimento, Inovação e Comunicação em Serviços de Saúde. Rede de Inovação e Aprendizagem em Gestão Hospitalar. Escola de Administração da UFB. Bahia- Salvador: 2013.

FLEURY, Sonia. (Org.) Projeto Montes Claros: A Utopia Revisitada. ABRASCO. Rio de Janeiro: 1995.

FLEURY, Sonia. (Org.) Saúde e democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO (FJP). **Produto Interno Bruto dos Municípios de Minas Gerais– 2011.** Centro de Estatística e Informações (CEI). Belo Horizonte: 2010

GALVARRO, Maria del Pilar Salinas QuirogaSoria; BRAGA, Marcelo Jose; FONTES, Rosa Maria Olivera. **Federalismo Fiscal e as disparidades no Estado de Minas Gerais.** ANAIS: XXXII Encontro do EnANPAD. Rio de Janeiro: 2008.

GONDIM, G.M.M. et al. O Território da Saúde – a organização do sistema de saúde e a territorialização. In. Miranda et al (Orgs.). Território, **Ambiente e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.237-255

GOULART, F. A de A. Descentralização da saúde pós Constituição de 1988: entre (boas) intenções e gestos desencontrados. In: DANTAS, B; CRUXEN, E; SANTOS LAGO, GPL. (Org.). **Os cidadãos na carta cidadã**. V. v. p.33-68. Brasília- DF: 2008.

GOULART, Flavio. **Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. 126 p.: il. (NAVEGADORSUS, 4).

HEIMANN, L.S. et. al. **Gestão Regional do SUS – São Paulo: rumo ao Pacto de Gestão**. São Paulo, Instituto da Saúde, 2007. (Temas em Saúde Coletiva, 5).

KUSCHNIR R, Lima LD, BAPTISTA TWF, MACHADO CV. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: Gondim R, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD. Rio de Janeiro: 2011.

Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/>

KUSCHNIR, Rosana and CHORNY, Adolfo Horácio. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. saúde coletiva*, Ago 2010, vol.15, no. 5, p.2307-2316. ISSN 1413-8123

LEVCOVITZ, E;LIMA L; MACHADO, C. "Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas". **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, pp. 269-291, 2001.

LIMA, Luciana Dias et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência& Saúde Coletiva**. 17(11): 2881-2892. Rio de Janeiro: 2012 (A)

Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>

LIMA, Luciana Dias et al. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(7): 1903-1914, 2012 (B) Rio de Janeiro: 2012

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas Sociais e de Saúde** / Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.73 p.; 14 X 21

MACHADO, José Ângelo. Pacto de Gestão na Saúde: Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa? **Revista Brasileira de Ciências Sociais** - Vol. 24. Nº 71. outubro/2009

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz. **A expansão urbana de Montes Claros e suas implicações na ocorrência de doenças de veiculação hídrica**. Dissertação (Mestrado Geografia) Universidade PUC/SP. São Paulo: 2009.

MALACHIAS et al. **A resolubilidade e os vazios da assistência hospitalar micro e macrorregional do SUS/MG em 2010 e a evolução - 2003/2010**. Minas Gerais. Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais SES/MG. Belo Horizonte. Julho. 2011.

MALACHIAS, I; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. (In) MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2010.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: Estudo de Caso na Macrorregião Norte de Minas Gerais. Antônio Jorge de Souza Marques. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: 2011.

MEDICI, André. 26 Anos de SUS: Avanços e Desafios. **Boletim Digital CEBES**. CEBES.ORG. BR. Publicado em 29/07/2014 06h07. Rio de Janeiro: 2014.
<http://cebes.org.br/2014/07/26-anos-de-sus-avancos-e-desafios-andre-medici/>

MENDES, E. V. **Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02**. CONASS. 1º Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. 2003

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: 2011.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. Hucitec – ABRASCO. São Paulo: 1994.

MINAS GERAIS. GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.219, DE 21 DE AGOSTO 2012**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.219>

MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Projeto Montes Claros**. 1976. Mimeo.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. (org.). MARQUES, A J de S; MENDES, Eugênio Vilaça; LIMA, Helidéa de Oliveira. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais** / Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte: 2010.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **A Resolubilidade da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional na Gestão do SUS-MG-2003/2009**. Belo Horizonte, 2010.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da e MENDES, Eugênio Vilaça. Belo Horizonte, 2004.80 p.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. **Resolução SES n. 1.771** de 13 de fevereiro de 2009. Aprova as normas gerais para implantação de incentivo aos hospitais da Rede de Resposta Hospitalar às Urgências da Macrorregião Norte no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. SMACSS/DEAA PDR/MG – **Tipologia de Serviços Assistenciais. Conceitos e Metodologia da Distribuição dos Serviços Assistenciais por nível de atenção/regionalização**. Pré-Estudos para Atualização. (Coord.) MALACHIAS, Iveta. Novembro/2011. Belo Horizonte: 2011.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. Belo Horizonte. 2012.

MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Relatório de análise regional da assistência à saúde em Minas Gerais**. 11 setembro de 2013. Belo Horizonte: 2013.

<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/>

MINAS GERAIS. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. COLEGIADO DOS SECRETÁRIOS EXECUTIVOS DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DE MINAS - COSECS/MG/APP. **Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: 2007.

MOREIRA, Laura Monteiro de Castro; CAMPOS, Maria Letícia Duarte; MALACHIAS, Ivêta. **O Decreto no 7508/11 e a consolidação do Modelo de Gestão do SUS/MG**. Painel 28/101 Governança em rede: perspectivas e avanços para a consolidação de uma gestão compartilhada do SUS. In: V Congresso CONSAD 2012.

NERI, Marcelo; SOARES, Wagner. Desigualdade social e saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. p. S77-S87, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_

NUNES Cleucio Santos, GUEDES Jefferson Carús. **Razões Históricas do Desequilíbrio Regional e Federativo**. Editora Fórum de Direito Financeiro e Econômico – Rfdfe. (Parte I) 2. ed. GZ Editora. Rio de Janeiro: 2012

OLIVEIRA, Jaime Antonio de Araújo e TEIXEIRA, SôniaM. Fleury. **(Im)previdência social: 60 anos da história da previdência no Brasil**. Rio de Janeiro/Petrópolis: Vozes/Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1989.

PEREIRA, A.M. **Cidade média e região: o significado de Montes Claros no Norte de Minas Gerais**. (Tese Doutorado em Geografia) – Instituto de Geografia, Universidade Federal de Uberlândia. 2007.

PIRES, MRGM; GOTTEMS, LBD, Martins CMF, GUILHEM D, Alves ED. Oferta e demanda por média complexidade/SUS: relação com atenção básica. **Ciênc. Saúde Coletiva** 2010; 15:1009-19.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes **Descentralização e regionalização em saúde no Brasil e na Espanha: trajetórias, características e condicionantes**. (Tese Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PESTANA DA SILVA, Marcus Vinícius Caetano e MENDES, Eugênio Vilaça. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. In: MINAS GERAIS.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. (org.). MARQUES, A J de S et al. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: 2009.

REIS, Bruno Pinheiro Wanderley. **Mercado e Utopia**. [online]. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Cidadania democrática, corporativismo e política social no Brasil. Rio de Janeiro: 2009.

<http://books.scielo.org>

ROESE, A.; GERHARDT, T. E; MIRANDA, A. S. **SAÚDE DEBATE** | Rio de Janeiro, v. 39, n. 107, P. 935-947, OUT-DEZ 2015

SANTOS, Adriano Maia dos; GIOVANELLA, Ligia. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. **Rev. Saúde Pública**. v. 48, n. 4, p. 622. São Paulo: 2014.

SANTOS, M. Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, Lenir; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc**. São Paulo, v.24, n.2, p.438-446, 2015, 439.

SILVA, Clayton Borges da; RAMIRES, Julio Cesar de Lima. **Regionalização da Saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas**. HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. ISSN: 1980-172 Hygeia6(11): 60 - 79, Dez/2010.

www.hygeia.ig.ufu.br/

SILVA, Silvio Fernandes da; SOUZA Nathan Mendes; BARRETO, Jorge Otávio Maia. Fronteiras da autonomia da gestão local de saúde: inovação, criatividade e tomada de decisão informada por evidências. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(11): 4427-4438. São Paulo: 2014.

<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4427.pdf>

SILVEIRA Rodrigo Pinheiro, PINHEIRO Roseni. Necessidade de Médicos na Amazônia. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 451 38 (4) : 451-459; 2014

SOLLA, Jorge José Santos Pereira. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V30. pmd. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador: 2007

SOLLA, Jorge; CHIORO, Arthur. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella Lígia; Escorel, Sarah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa; Noronha, José Carvalho de; Carvalho, Antonio Ivo de. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2008. p.627-663.

<http://www.redehumanizasus.net/90902-a-atencao-ambulatorial-especializada>

SOUTO JÚNIOR, José Veloso. **O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais**. (Dissertação Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro: 2010.

SOUZA, Celina. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

SOUZA, Renilson Rehem de. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?>>

TONI, J.D; Klarmann,H. Regionalização e planejamento: reflexões metodológicas e gerenciais sobre a experiência gaúcha. **Ensaios FFE**, Porto Alegre, v. 23, n. especial, p.517-538, 2002. Disponível em: <<http://revistas.fee.tche.br/index.php/ensaios/article/view/2019/2400>>

TRAVASSOS, Claudia; VIACAVA, Francisco. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, Oct. 2007. Available from <<http://www.scielo.br>>

TRAVASSOS, Claudia et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 133-149, 2000. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

TRAVASSOS, C *et al.* **Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil**: 1998 e 2003. Revista Ciência e Saúde Coletiva 11(4): 975-986. 2006.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012, p. 183-206.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci>>

UGA, Maria Alicia Domínguez; LOPEZ, Elaine Machado. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, Aug. 2007. Available from <<http://www.scielo.br>>

UNGLERT, CVS Territorialização em Saúde: MENDES, EV (org.). **Distrito Sanitário**. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1999.

VAN STRALEN, Cornelis, Johannes. **A capitalização do campo e as políticas de saúde: o caso do Norte de Minas**. Fundação para o desenvolvimento da pesquisa/ Centro regional de Saúde de Montes Claros Belo Horizonte: 1985.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Tendências na assistência hospitalar. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, Aug. 2007. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

VIANA, A.L d'Ávila et al. Novas perspectivas para a regionalização da saúde. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, Fundação Seade, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun. São Paulo: 2008.

VIANA, A. L. D; LIMA, L. D. (Org.). **Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2011.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila (Coord.) LIMA, Luciana Dias et al. Avaliação Nacional das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs): **As CIBs e os Modelos de Indução da Regionalização no SUS**. DMP/FM/USP e a ENSP/Fiocruz Ministério da Saúde. 2010.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326, Aug. 2010. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php>

VIANA, Ana Luiza; LIMA, Luciana Dias de; FERREIRA, Maria Paula. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, Aug. São Paulo: 2010. Available from <<http://www.scielo.br/scielo>. access on 19 Jan. 2014.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política de saúde e equidade. **São Paulo Perspec.** São Paulo, v. 17, n. 1, p. 58-68, Mar. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

VIANA, A. L. D, Lima, L. D; OLIVEIRA, R. G. Descentralização e Federalismo: A Política de Saúde em Novo Contexto – Lições do Caso Brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 7 (3), 493 – 507. 2002.

VIEIRA, A G R; Correia, I. S; FRANCO, E. F. P. M; Gonçalves, E. C. **Estudo do Fluxo de Pacientes e Causas de Internações Hospitalares na Região Norte de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Biblioteca digital do Estado de Minas Gerais - FAPEMIG- FAP-005971, 1997 (Revista digital - Relatório de Pesquisa). Belo Horizonte: 1997.

WHITEHEAD, M. The concepts and principles of equity in health. **International Journal of Health Services**, 22 (3): 429-445, 1992.

ANEXO I - Elencos dos Procedimentos Hospitalares por Nível de Atenção/Regionalização

Elenco de Procedimentos do nível de Atenção Terciária/Macrorregião (AC/MCHE)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
- Tratamento esclerose generalizada progressiva
- Cirurgia cardiovascular
- Cardiorrafia
- Implante marca passo cardíaco multisítio
- Plástica valvar
- Reconstituição aorta
- Eletrofisiologia
- Aneurismectomia
- Correção de comunicação interventricular
- Revascularização miocárdio sem uso de...
- Angioplastia intraluminal dos vasos...
- Clínica Médica e Outros
- Contusão miocárdica
- Anormalidade de proteínas plasmáticas
- Odontologia
- Redução (mentofratura do molar com aparelho de contenção)
- Traumatologia
- Tratamento cirúrgico coluna vertebral
- Tratamento cirúrgico da mão
- Tratamento cirúrgico spinabifida
- Gastroenterologia
- Glossorrafia
- Cirurgia pâncreas
- Videolaparoscopia
- ... e outras clínicas e procedimentos.

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCH 1)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
- Tratamento endocardite infecciosa em próteses valvular
- Tratamento síndrome coronariana aguda
- Cirurgia cardiovascular
- Tratamento cirúrgico de varizes da safena
- Traumatologia
- Redução cirúrgica da fratura do esterno
- Tratamento cirúrgico do úmero
- Tratamento cirúrgico de pseudoartrose
- Diversos
- Tratamento cirúrgico de fístula retal e cutânea
- Colostomia
- Uretorráfia
- Dengue hemorrágica
- Doença reumática

- Anemia aplástica
- Insuficiência renal crônica
- Intercorrência obstétrica em atendimento secundário à GAR

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCH 2)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
- Tratamento doenças esôfago, estômago e duodeno
- Traumatologia
- Redução incruenta de luxação femoro-patelar
- Temorrafia
- Diversos
- Herniorrafia
- Histerectomia
- Colpoperineoplastia
- Biópsia de lesão mucosa da cavidade oral
- Cesariana
- Hemorragias da gravidez
- Vasculopatias

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCHB)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
- Tratamento choque anafilático
- Diversos
- Exerese de cisto vaginal
- Parto
- Dengue clássica
- Crise hipertensiva
- Acidentes por penetração de corpo estranho
- Enterite infecciosas
- Úlcera de perna
- ... e outras clínicas e procedimentos.

Fonte: MINAS GERAIS - Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). PAGINA 106. -2010.