



APERFEIÇOAMENTO DE GESTÃO MICRORREGIONAL

Edmeia Lacerda
Sueli Pereira Borges
Wellington Muniz Ribeiro

Gerencia Regional de Saúde de Uberlândia
moraissueli@zipmail.com.br

Resumo

O Aperfeiçoamento de Gestão Microrregional representa uma estratégia do Projeto de Gestão Regional do SUS, do Programa de Governo 2007-2010 –“Pacto por Minas”, e vem fortalecer o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – 2007/2023 – tendo como mensagem “Minas o melhor Estado para se viver”. Esse programa tem como foco principal promover mudanças no modelo de atenção à saúde do SUS, a fim de qualificá-lo para enfrentar com eficiência e eficácia a situação epidemiológica vigente. Ainda tem como um dos propósitos o fortalecimento da implantação de Redes de Atenção à Saúde nos territórios sanitários do Estado. Essas redes de atenção à saúde são arranjos organizativos que se distribuem nos territórios sanitários do Estado, possibilitando implementar o sistema de atenção primária nos 853 municípios, atenção secundária ou de média complexidade nas 75 microrregiões e sistema de atenção terciária ou de alta complexidade nas 13 macrorregionais. As seguintes competências foram contempladas: Gestão do Sistema Microrregional de Saúde; elaboração, implantação, controle e avaliação do Plano Microrregional de Saúde e contribuição para a construção de uma identidade microrregional e de atitudes cooperativas.

O produto final um Plano de Gestão Microrregional de Saúde a ser operacionalizado na Microrregião. O referido curso foi desenvolvido em 10 meses, oito módulos sob forma de oficinas correspondendo uma carga horária de 128 horas presenciais e de períodos de dispersão. As aulas presenciais foram nas sedes das microrregiões. A metodologia utilizada foi a de estudos dirigidos e exercícios de aprendizagem, seguidas de dispersão, nas quais foram cumpridas atividades referentes às etapas de elaboração do Plano de Gestão Microrregional de Saúde. O Público alvo foram Secretários Municipais de Saúde; Técnicos das Secretarias Municipais de Saúde – SMS (participantes da CIB-Micro); Secretário executivo da CIB-Micro; Diretores e técnicos da Gerência Regional de Saúde - GRS e Técnicos dos Escritórios Microrregionais.

Palavra chaves: Gestão – redes de atenção – plano microrregional

1. Desenvolvimento do curso

Nas aulas presenciais além da discussão teórica foram dadas as orientações necessárias ao período de dispersão e os resultados dessa dispersão eram apresentados nas aulas presenciais seguintes para apreciação de todos, reflexão e debates afim de incorporá-los no plano em construção. Para a operacionalização de todas as etapas do curso até a elaboração do seu produto final foi constituído em cada municipal um Grupo de Condução (GC) composto por representantes dos diferentes setores da SMS.

A partir das atividades realizadas pelos municípios, técnicos da Gerência Regional de Saúde (GRS) receberam e consolidaram os dados das matrizes de cada módulo.

As atividades de monitoramento da dispersão foram realizadas por telefone, e-mails, e sempre que necessário, também de forma presencial, ou por visita solicitada pelo município.

A consolidação e apresentação dos produtos foram em mapas e planilhas posteriormente construídos a partir dos dados coletados pelas diversas matrizes. Esses produtos foram levados ao conhecimento dos gestores municipais para pactuação a ser realizada.

2. Adesão e participação

Aderirão ao curso todos os municípios através de um termo de Adesão assinado pelos Gestores Municipais de Saúde.

A presença dos secretários é de relevante importância na construção do plano Microrregional, tendo em vista que é ele o administrador e responsável pela saúde do município. Porém na Microrregião Uberlândia/ Araguari, a participação em pessoa dos Gestores de Saúde foi pequena, ressaltando a presença dos Secretários de Monte Alegre e de Nova Ponte com 75% de presença.

O número total de técnicos durante os módulos variou, mantendo uma média de 12 participantes por módulo. Muitos técnicos foram substituídos ao longo do curso, e outros estiveram presentes em módulos específicos em função de falta do representante técnico da Secretaria municipais de Saúde -SMS. A ausência tanto de gestores como técnicos foram justificadas no geral por ser um ano eletivo, por excesso de atividades para pouco RH no município e por substituição e exoneração de cargos.

Os técnicos municipais apresentaram uma motivação para a participação e elaboração das atividades, só não tendo o apoio esperado com relação aos outros setores da SMS.

2.2 Produtos de módulos

Todos os municípios executaram a maioria dos produtos, sem os quais não seria possível a conclusão do Plano Microrregional de Araguari/Uberlândia.

Os produtos dos módulos nem sempre foram apresentados em tempo hábil, mas sempre fora do prazo determinado. Os motivos apresentados foram diversos: dificuldades de encontrar os dados no município, dependência de outros setores não envolvidos no processo para construção do produto, substituição do participante por outro, etc.

Os municípios que tiveram alguma dificuldade solicitaram a presença dos Facilitadores no seu município, para auxiliar na condução do processo de replicação e construção do produto, caracterizando um monitoramento e supervisão.

3 . Perfil da microrregião uberlândia / Araguari

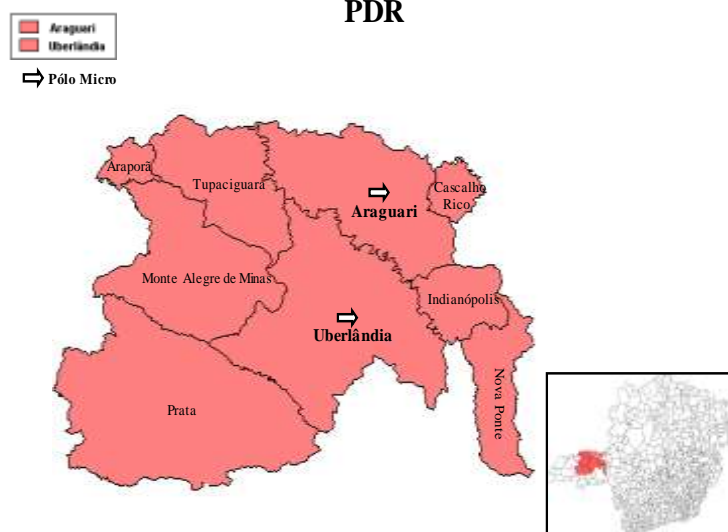
O Plano Diretor de Regionalização visa organizar e implementar o modelo de serviços assistenciais, dentro dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades-pólo, e 75 microrregiões sanitárias. Tal agrupamento foi estabelecido em consenso com as três esferas de governo (municípios, Estado e União), com base em conceitos, critérios e metodologias próprias.

O objetivo do plano microrregional é garantir o acesso dos cidadãos, a todos os níveis, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme seja o conjunto de ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção.

A macrorregião Triângulo Norte é dividida em três Microrregiões: Uberlândia /Araguari, Patrocínio/Monte Carmelo e Ituiutaba. A microrregião uberlândia /araguari é composta por nove municípios: **Araguari**, Araporã, Cascalho Rico, Indianópolis, Monte alegre de Minas, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara, **Uberlândia** e tem as cidades de Araguari e Uberlândia como pólos de micro, sendo que Uberlândia desempenha o principal papel de pólo de Macro. (Figura 1).

Microrregião Uberlândia/Araguari

GIS/AGE - FIBRAMS/DM



A microrregião Uberlândia Araguari conta com excelente. Centralizada em relação à área de maior expansão econômico-financeira do País, o Estado de São Paulo, e os Estados de Goiás e Mato Grosso do Sul, com economias agro-industriais em expansão, bem como em relação ao centro político, o Distrito Federal, sua localização representa importante fator logístico de desenvolvimento. Por contar com uma sólida integração regional e boa localização geográfica, tem experimentado intensos movimentos migratórios, com trocas populacionais entre seus municípios e outras regiões, intercâmbios estes gerados por sua dinâmica sócio-econômica e pelo padrão migratório nacional mais recente e a crescente cultura da cana de açúcar.

Sua população foi estimada em 2007 pelo IBGE em 818.395 habitantes. Possui uma área total de 18.790 km².

A distribuição da população por municípios está apresentada na tabela que se segue. Tabela 1.

Tabela 1

Município	População (2007)	Área (km ²)	Gentílico
Araguari	106.403	2.731	araguarino
Araporã	6.113	298	araporense
Cascalho Rico	2.799	368	cascalho-riquense
Indianópolis	6.244	834	indianopolense
Monte Alegre de Minas	18.348	2.593	monte-alegrense
Nova Ponte	12.233	1.106	Nova pontense
Prata	25.511	4.857	pratense
Tupaciguara	23.076	1.826	tupaciguarense
Uberlândia	608.369	4.116	uberlandense

Fonte: Wikipédia

É importante observar que aproximadamente 75% da população está localizada no município de Uberlândia.

Segundo fonte do PNUD o IDH médio da região é 0,821 para um PIB de R\$ 13.539.955,00 (IBGE/2005) apresentando um PIB per capita R\$ 16.544,52 (IBGE/2005). Esses dados demonstram uma grande concentração de renda com exclusão significativa de grande parte da população dos benefícios gerados pelo desenvolvimento regional.

Apesar de a Microrregião possuir hospitais de grande, médio e pequeno porte e prestar uma atenção a saúde, muitas das vezes os gestores recorrem a outras cidades para atenderem a demanda de sua população principalmente de alta complexidade, como Barretos/SP, Uberaba, Patos de Minas, Goiânia/GO, Belo Horizonte entre outras.

3.1 - Malha viária

A microrregião possui uma malha viária que a liga a diversas regiões do Brasil, devido a sua localização geográfica.

- BR-262 – liga Vitória, capital do Espírito Santo, importante porto de exportação, ao Triângulo Mineiro, passando pela Região Metropolitana de Belo Horizonte. A rodovia está estrategicamente localizada como um dos principais acessos à região Centro-Oeste do país. Também dá acesso a Uberaba, entrada do Triângulo Mineiro, uma das regiões mais ricas do Brasil, com grande projeção no setor de agronegócios e tecnologia de ponta.

- BR-050 – liga Uberaba, Araguari e Uberlândia e é um decisivo corredor de tráfego na região do Triângulo Mineiro, além de dar acesso aos estados de Goiás e de São Paulo.

- BR-153 – liga Frutal e a cidade de Prata ao sul de Goiás e ao norte de São Paulo, funciona como um importante corredor paralelo à BR-050, auxiliando o transporte de carga na região.

- BR-365 – liga o Triângulo e o Norte de Minas a Goiás e dá acesso à rodovia Rio - Bahia e aos principais corredores viários para os demais estados limítrofes com Minas.

3.2- Características geográficas

Possui clima tropical de altitude com temperaturas médias entre 17°C e 23°C e amplitude térmica anual entre 7°C e 9°C. O comportamento pluviométrico é igual ao do clima tropical, caracterizando-se por um inverno seco e frio com baixa intensidade pluviométrica e verão quente e chuvoso. O relevo é formado por planaltos, serras e chapadas.

4. Índice de necessidade de saúde – INS

O INS da microrregião foi construído a partir da análise fatorial e de componentes principais, com base em informações epidemiológicas, socioeconômicas e demográficas de cada município. Para a alocação de recursos financeiros para atenção à saúde para os municípios da microrregião considerou-se a média de dois índices: índice de necessidade em saúde e índice de porte econômico.

O índice de necessidade utilizado foi o elaborado pela SES/MG em parceria com o Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (CEDEPLAR/FACE/UFMG), foi construído por meio de análise estatística e é composto pelas seguintes variáveis referentes ao ano 2000: (a) Taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos, (b) Taxa de fecundidade, (c) Proporção de óbitos por causas mal definidas, (d) Taxa de alfabetização, (e) Percentual de domicílios na área urbana com coleta de lixo, (f) Percentual de indivíduos com renda domiciliar per capita menor que ½ salário mínimo.

Para a alocação de incentivos para o Programa Saúde em Casa, os municípios foram ordenados segundo a ordem crescente do fator de alocação e sua distribuição dividida em quatro partes iguais (quartis) resultando nos grupos 1, 2, 3 e 4. Será atribuído um incentivo

financeiro a cada grupo de municípios, com valores crescentes do grupo 1 (menor valor) ao grupo 4 (maior valor).(Fundação João Pinheiro)

A seguir tabela dos municípios segundo o seu grupo. Tabela 2.

Tabela 2

Município	INS	IPE	FA	Grupo
Araguari	1,05	1,41	1,2312	1
Araporã	1,29	1,26	1,2262	1
Cascalho Rico	1,09	1,71	1,3979	2
Indianópolis	1,18	1,68	1,4328	2
Monte Alegre	1,26	1,54	1,4012	2
Nova Ponte	1,17	1,38	1,2763	1
Prata	1,21	1,4	1,3088	1
Tupaciguara	1,2	1,48	1,3393	2
Uberlândia	1,03	1,19	1,1108	1

Índice de Necessidade em Saúde(INS), Índice de Porte Econômico e Fator de alocação de Recursos Financeiros(IPE) e Fator de alocação de Recursos Financeiro para Atenção à Saúde(FA), segundo, Minas Gerais, 2004.

Conforme se pode observar da análise dos dados da tabela, o INS da microrregião apresenta índices de situação ótima a muito boa, o que vem garantir uma melhor alocação de recursos para a Atenção à Saúde

5. PERFIL DEMOGRÁFICO

A estrutura etária mostra a composição proporcional da população por sexo e faixa etária. Este dado é importante para o gestor organizar os serviços de saúde de acordo com a clientela a ser atendida, por exemplo, serviços de imunização, serviços de atenção ao idoso, serviços de planejamento familiar e prevenção de morte materna, atenção ao adolescente e outros. Também é necessário observar a proporção de população rural, uma vez que esta população tem necessidades diferentes devidos às grandes distâncias e disponibilidade de transporte entre residência ou trabalho e os serviços de saúde. (Observatório,2006)

5.1. População Idosa por município

A população de Idoso da microrregião segue as características do Brasil, está crescendo (tabela 4). Para atender essa população mineira de idosos foi criado o programa Mais Vida, e é um projeto prioritário dentro das redes de Atenção que se estende, também, à essa microrregião.

5.2. População Rural

Através da tabela 5 temos uma visão do percentual da população rural em relação a população total da microrregião. Esse desenho demonstra uma população prevaletente "urbana". Chama a atenção a cidade de Cascalho Rico que tem um percentual rural maior que o urbano.

Tabela 3
População recenseada, por situação do domicílio e sexo, segundo os municípios - Minas Gerais - 2007

Municípios	População recenseada, por situação do domicílio e sexo								
	Total			Urbana			Rural		
	Total(1)	Homens	Mulheres	Total(1)	Homens	Mulheres	Total(1)	Homens	Mulheres
Araguari	106 403	52 105	53 777	99 439	48 239	50 724	6 964	3 866	3 053
Araporã	6 113	3 159	2 740	5 703	2 933	2 559	410	226	181
Cascalho Rico	2 799	1 424	1 284	1 050	507	509	1 749	917	775
Indianópolis	7 852	4 109	3 733	6 010	3 040	2 970	1 842	1 069	763
Monte Alegre de Minas	18 348	9 293	8 868	13 231	6 487	6 644	5 117	2 806	2 224
Nova Ponte	11 586	5 940	5 516	9 916	5 010	4 783	1 670	930	733
Prata	25 511	13 145	12 271	18 766	9 396	9 361	6 745	3 749	2 910
Tupaciguara	23 076	11 429	11 440	20 759	10 244	10 482	2 317	1 185	958
Uberlândia*	501 214	245 513	255 513	488 982	239 001	249 981	12 232	6 700	5 532

Fonte: IBGE,2007 *Uberlândia censo 2000

Tabela 4
População de idosos da microrregião distribuída por município e faixa etária.

Pessoas de 60 anos ou mais de idade, em números absolutos e relativos, por sexo.									
	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou mais	Idade ignorada	Absoluto pop.Idosa	Total pop. município	Relativo %
Araguari	3 899	3 087	2 225	1 607	1 549	43	12 410	106 403	1,2
Arapora	182	138	90	56	41	1	508	6 113	8,3
Cascalho Rico	142	114	60	47	39	1	403	2 799	14,4
Indianopolis	175	145	100	76	49	3	548	7 852	7,0
Monte alegre	713	596	486	351	362	1	2 509	18 348	13,7
Nova Ponte	306	244	176	113	84	3	926	11 586	8,0
Prata	848	700	465	315	365	1	2 694	25 511	10,6
Tupaciguara	916	827	612	474	471	5	3 305	23 076	14,3
Uberlândia									

Fonte: IBGE, Contagem da População 2007.

1) Inclusive a população estimada nos domicílios fechados

Gráficos 2 e 3 abaixo gráficos mostram o envelhecimento da população, 1980 -2006

6. População que tem plano de saúde

Existe na microrregião um sistema privado, subdividido em dois setores: saúde suplementar, composto por serviços financiados pelos planos e seguros de saúde e o liberal clássico composto pelos serviços particulares autônomos.

É um importante setor no complemento da prestação de serviço da saúde pública.

Tabela 6. Distribuição dos beneficiários de planos e seguros de saúde por município.

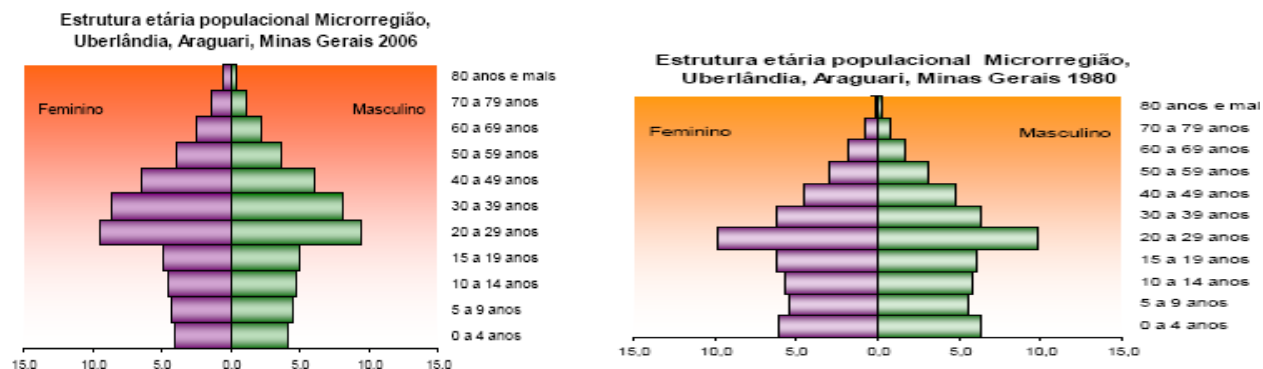


Tabela 5
População rural por município

População rural n.ºs. absoluto e relativo			
Municípios	total pop.	Absoluto	
		rural	Percentual rural
Araguari	106 403	6 964	6,54
Araporã	6 113	410	6,7
Cascalho Rico	2 799	1 749	62,48
Indianópolis	6 244	2 318	37,12
Monte Alegre	18 348	5 117	27,88
Nova Ponte	11 586	1 670	14,41
Prata	25 511	6 745	6,54
Tupaciguara	23 076	2 317	9,97
Uberlândia*	501 214	12 232	2,44

Fonte: IBGE,2007 *Uberlândia censo 2000

Beneficiários por Município/Plano de Saúde

Microrregião: MG Uberlândia/Araguari Período:Dez/2007,				
Município	set/08	jun/08	mar/08	dez/07
Araguari	21991	21905	21624	21269
Araporã	585	561	565	561
Cascalho Rico	33	35	33	33
Indianópolis	175	165	158	154
Monte Alegre de Minas	864	846	842	818
Nova Ponte				
Prata	5207	4847	4792	4628
Tupaciguara	1945	1906	1817	1689
Uberlândia	275590	260698	258451	250863
Total	307351	291975	289231	280844

Fonte:ANS,2007

Pode-se perceber da análise dos dados da tabela 6 que aproximadamente 37,4% da população possuem algum tipo de seguro de saúde.

7. Perfil sócio-econômico

Existem alguns critérios que refletem as condições obrigatórias para o desenvolvimento sócio econômico da região. Entre eles a violência, a educação a saúde, emprego, etc. A seguir alguns critérios selecionados

7.1 Panorama das Estatísticas Educacionais

Nas cidades pólos de micro (Uberlândia/Araguari), existe uma concentração de escolas de nível superior e recebem dos demais municípios estudantes desse nível de escolaridade, diariamente.

Tabela 7

Matriculas nas Escolas por Município/2007

Sistema de Educação				
Microrregião de Uberlândia/Araguari				
Numero de Matricula Escola Município Ano 2007				
Municípios	Inicial	Fundamental	Médio	Superior
Araguari	1.788	15621	5306	2560
Araporã	169	985	272	
Cascalho Rico	64	429	101	
Indianópolis	91	1285	261	
Monte Alegre	148	2843	603	
Nova Ponte	247	2383	472	
Prata	430	4058	898	
Tupaciguara	338	4093	806	
Uberlândia	9975	81523	25035	30932
total	13.250	113220	33754	

Fonte: IBGE; Cidades, 2007

Os números da tabela 7 demonstram uma grande evasão escolar entre o ensino fundamental e médio apontando para um baixo índice de escolaridade da região. É importante observar também a polarização do ensino superior no município de Uberlândia.

7.2 Pobreza e Desigualdade

Esse item confirma a grande concentração de pobreza nos municípios de menor porte, apresentado na tabela 8.

Tabela 8

Incidência da desigualdade em relação aos municípios.

Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003			
Microrregião de Uberlândia/Araguari			
Medida Percentual			
Municípios	Incidência da Pobreza	Limite inferior da Incidência de Pobreza	Limite superior da Incidência de Pobreza
Araguari	25,30	16,47	17,97
Araporã	23,02	10,35	35,70
Cascalho Rico	16,17	6,73	25,60
Indianópolis	20,89	11,42	30,36
Monte Alegre	29,03	20,38	37,69
Nova Ponte	20,58	12,18	28,99
Prata	30,04	21,07	39,02
Tupaciguara	35,15	24,22	46,08
Uberlândia	13,64	6,00	21,27
total	213,82	128,82	282,68

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000 e Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002/2003.

NOTA: A estimativa do consumo para a geração destes indicadores foi obtida utilizando o método da estimativa de pequenas áreas dos autores Elbers, Lanjouw e Lanjouw (2002)

7.3 Violência

No quadro abaixo, a porcentagem de óbitos por acidentes é maior que a porcentagem de homicídios. As causas principais é a imprudência dos motoristas.

Tabela 9

Média de óbito relacionados a causa homicídio e acidentes de transito.

2003/2006	Média de Violência	
	Homicídio	óbitos/acidentes
município	média	média
Araguari	12,2	34,5
Arapora	5,8	130,5
Casc.Rico	0,0	8,0
Indianópolis	16,2	48,7
Mte Alegre	3,6 (?)	52,0 (?)
Nova Ponte	6,6	64,6
Prata	5,5	39,5
Tupaciguara	4,5	32,9
Uberlândia	18,2	23,9

Fonte: Ritla, 2007

Os dados dessa tabela aponta para uma necessidade urgente de se implantar um SAMU na microregião.

8. Diagnóstico microrregional dos sistemas de saúde

O diagnóstico realizado durante o curso, pelos participantes municipais, preenchendo e elaborando os produtos referentes a cada módulo, possibilita a implementação de Redes de Atenção à Saúde realmente efetivas e resolutivas em cada município e conseqüentemente da Microrregião, fortalecendo o processo de regionalização da saúde..

Atraves de dados fornecidos pelos Grupos de condução de cada município e de pesquisa em Sistemas de Informação do Governo, foi possível traçar um diagnóstico parcial da Microrregião. Esse diagnostico compreende desde os indicadores, a infra estrutura incluindo o recurso humano disponível nos municípios (ver anexo 01)

8.1 Indicadores de saúde da microrregião

Dados levantados relacionados à saúde da microrregião demonstram uma relativa qualidade de vida, mesmo apresenta um quadro de morbidade que indica a necessidade de se adotar estratégias para melhorar a assistência à população da microrregião.

8.2 Análise da situação dos sistemas de saúde da microrregião (produto da oficina II)

Para se fazer uma análise dos sistemas foi elaborada pelo Nível Central uma Planilha construída a partir de Processos Fim e Processos de Apoio que são realizados pelos municípios da microrregião e pela GRS.

O objetivo é orientar quanto ao método, que consiste em refletir, discutir, pontuar e justificar os itens de cada processo.Os itens foram pontuados individualmente, de acordo com o seguinte critério: 04 pontos – atendimento de excelência; 03 pontos – atendimento;02 pontos – atendimento parcial; 01 ponto – atendimento incipiente; 00 ponto – não atende.

Após a análise de todos os produtos e informações levantadas durante o curso foi possível elaborar uma proposta de plano de gestão microrregional de saúde.

Na Planilha nº 1 e gráfico nº 4, verificamos os resultados da pontuação após a soma de todos os itens dos municípios da microrregião Araguari/Uberlândia.

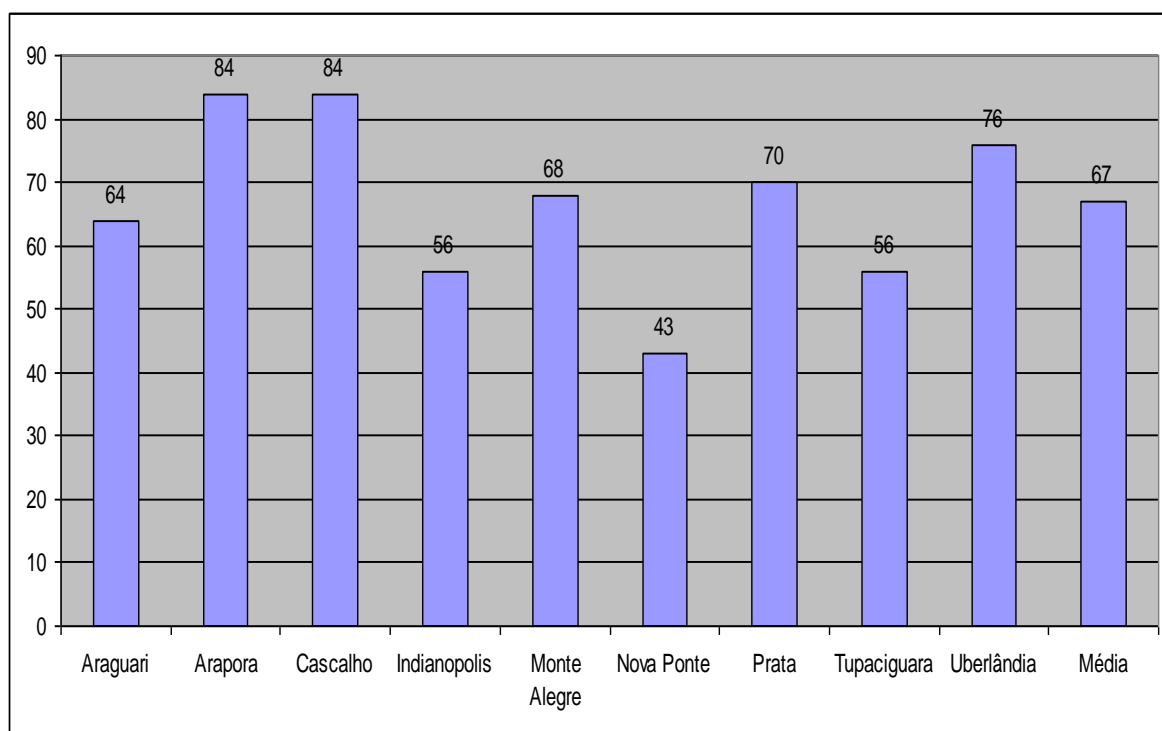


Gráfico 4 – Processos de Apoio e Processo Fins

8.2.1 Processos de Apoio

Os municípios pontuaram como maior dificuldade é a realização promoção de pesquisa e desenvolvimento em saúde, seguido pela dificuldade dos municípios em desenvolver educação permanente.

9. Itens críticos da análise dos sistemas de saúde – média microrregional

Para processo Fim e de Apoio foram destacados os itens de pior pontuação (pontos críticos), levantados pelos Grupos de Condução(GC) de cada município e aqui apresentados num consolidado.

Como resultado final das discussões dos diversos indicadores e informações colhidas através da elaboração foi possível elaborara a proposta para implantação do Sistema de Gestão microrregional que foi apresentado na reunião da CIB/regional, discutido e assinado pelos gestores municipais que se comprometeram a efetivá-lo.

II INTERNATIONAL CONGRESS OF GEOGRAPHY HEALTH

		Pont. Máxima	Araguari	Araporã	Cascalho Rico	Indianópolis	Monte Alegre	Nova Ponte	Prata	Tupaci guara	Uberlândia	Pontuação total	Nº Mun.	Média Micro	%
Fins	Promover Saneamento Básico	24	16	15	17	12	11	17	14	9	17	128	9	14,22	59,3
	Realizar Promoção da Saúde	24	7	17	20	12	12	3	17	12	13	113	9	12,56	52,3
	Realizar Vigilância Epidemiológica e Ambiental	16	7	10	10	8	8	2	11	8	12	76	9	8,44	52,8
	Realizar Vigilância Sanitária	20	15	13	8	8	9	3	8	10	10	84	9	9,33	46,7
	Realizar a Atenção Primária à Saúde	16	10	12	16	11	12	8	13	11	9	102	9	11,33	70,87
	Realizar a Atenção Secundária/Terciária à Saúde	20	9	17	13	5	16	10	7	6	15	98	9	10,89	54,4
	TOTAL	120	64	84	84	56	68	43	70	56	76	601	9	66,78	56
de Apoio	Realizar Planejamento em Saúde	28	14	19	3	13	17	1		8	19	94	9	10,44	37,3
	Normalizar Atenção à Saúde	12	2	9	7	0	3	1	3	3	7	35	9	3,89	32,4
	Implantar e financiar projetos e programas	16	4	10	14	1	11	1	5	4	9	59	9	6,56	41
	Desenvolver Educação Permanente	16	2	10	10	1	9	0	5	0	5	42	9	4,67	29,2
	Realizar Regulação da Atenção à Saúde	24	15	13	11	4	6	9	6	1	14	79	9	8,78	36,6
	Promover Pesquisa e Desenvolvimento Saúde	28	4	17	0	0	8	0	2	0	7	38	9	4,22	15,1
	Prover Informações em Saúde	12	2	8	10	9	0	0	2	6	7	44	9	4,89	40,7
	Realizar Assistência Farmacêutica	24	14	16	23	7	11	6	18	4	16	115	9	12,78	53,2
	Realizar Hemoterapia	8	2	4	6	4	6	0	1	2	7	32	9	3,56	44,4
	Prover Transporte Sanitário	20	10	13	13	1	9	5	13	7	12	89	9	9,89	49,4
	TOTAL	188	69	119	103	40	80	23	55	35	103	627	9	69,67	37

PROCESSOS-FIM	Média Microrregional
Realizar saneamento básico	
Implantar, instalar e tratar as redes de esgotamento sanitário	2,11
Realizar drenagem urbana para a rede pluvial	2,22
Realizar coleta, transporte, tratamento e disposição adequada dos resíduos sólidos, líquidos e gasosos	1,89
Realizar Promoção da Saúde	
Promover a mobilização social em ações de saúde	1,67
Estimular o desenvolvimento da cidadania	1,89
Divulgar a importância da participação ativa da população em ação da saúde	2,0
Realizar vigilância epidemiológica e ambiental	
Realizar vigilância ambiental	1,50
Realizar vigilância alimentar e nutricional	2,56
Realizar vigilância à saúde de trabalhador	1,44
Realizar vigilância sanitária	
Regular estabelecimentos, produtos e serviços sujeitos a controle sanitário	2,56
Licenciar o funcionamento de estabelecimentos e serviços	1,78
Realizar o monitoramento sanitário de produtos/serviços	2,11
Atenção Primária à Saúde	
Programar Assistência Primária	2,22
Realizar atendimentos de urgência e emergência	2,67
Realizar Atenção Secundária e Terciária	
Realizar exames especializados	2,00
Realizar consultas especializadas	2,11
Realizar procedimentos ambulatoriais especializados e hospitalares	2,00
PROCESSOS DE APOIO	
Realizar Planejamento em Saúde	
Elaborar e acompanhar acordos de resultados	1,67
Revisar PDR – Plano Diretor de Regionalização	1,22
Elaborar o PDI – Plano Diretor de Investimentos	1,44
Normalizar a Atenção à Saúde	
Elaborar as diretrizes clínicas dos programas de saúde pública	1,22
Estimular adoção das tecnologias de gestão clínica	1,22
Desenhar as redes temáticas de atenção à saúde	1,44
Implantar e financiar projetos e programas	
Realizar avaliação econômica	1,44
Realizar alocação de recursos financeiros	1,56
Desenvolver Educação Permanente	
Promover o processo de Educação Permanente	1,44
Desenvolver metodologia de educação permanente em saúde	1,22
Monitorar efetividade do processo de Educação Permanente	0,89
Avaliar o processo de Educação Permanente	1,11
Realizar regulação da Atenção à Saúde	
Realizar a regulação dos fluxos assistenciais ou implantar e monitorar as Centrais de Regulação Assistencial	1,22
Cadastrar, acompanhar e manter atualizados os dados de prestadores de serviços, em concordância com a PPI assistencial	1,56
Elaborar e monitorar os contratos assistenciais e convênios	1,44
Controlar, avaliar e auditar as redes de serviços do SUS	0,89
Promover pesquisa e desenvolvimento em saúde	
Acompanhar e avaliar pesquisas	0,33
Realizar avaliação tecnológica em saúde	0,44
Divulgar resultados das pesquisas	0,44
Prover informações em saúde	
Consolidar e validar as informações de interesse da saúde	2,11
Realizar estudos analíticos em saúde	1,56
Divulgar informações e estudos analíticos em saúde	1,22
Realizar Assistência Farmacêutica	
Prover medicamentos	2,22
Monitorar a assistência farmacêutica dos municípios	1,33
Promover o uso racional de medicamentos	1,67
Realizar Hemoterapia	
Promover a doação de sangue e medula óssea	1,89
Produzir hemocomponentes	1,67
Prover transporte sanitário	
Transporte documentos da área de saúde	1,67
Transportar equipes de saúde	1,78
Transportar resíduos sólidos	1,78

Plano Microrregional

Nível de Atenção	Problemas	Programa Estruturador	Objetivos	Macro ações	Responsáveis	Prazos
Atenção Primária	Atenção Primária não é efetiva e resolutive	Saúde em Casa	Efetivar a Atenção Primária	-Discutir nas equipes municipais os princípios da Atenção Primária; -Implantar as propostas do PDAPS; nos municípios que ainda não fizeram -Divulgar para a população o PDAP; -Motivar atuação dos CMS	SMS	1 ano
	Diversas portas de entrada para o Sistema de Atenção à Saúde	Saúde em casa Viva Vida Urgência e Emergência	Organizar as UAPS como porta de entrada das Redes	-Elaborar um planejamento de organização do fluxo dos usuários; -Sensibilizar os profissionais para aplicação do plano; -Informar a população em como utilizar a Rede	SMS	1 ano
	Falta registro sistematizado de ações de atenção à mulher, a gestante e à criança	Viva Vida	Organizar os registros da Rede Viva Vida	-Implantar arquivo rotativo para coleta de Papanicolaou; -Capacitar profissionais de saúde para uma informação correta, e adequada.(SIAB, SIA, SISPrenatal, API e outros); -Divulgar a importância da informação para o Sistema e para o município Implantar Educação Permanente para ACS E técnico de enfermagem	SMS GRS	2 anos
	Usuárias Gestantes sem informação sobre o Programa Viva Vida.	Viva Vida	Promover a educação e mobilizar gestantes p adesão ao programa	-Capacitar ACS visando a informação, captação e busca ativa e adequada do usuário; -Divulgar a importância da prevenção e cuidado;	GRS SMS	6 meses
	Não há utilização de Linhas-Guia e Protocolos do Programa Viva Vida	Viva Vida	Efetivar o uso as Linhas-Guia da Saúde da Mulher e da Criança	-Sensibilizar e monitorar os profissionais em saúde na utilização das Linhas-Guia da Rede Viva Vida; -Motivar, incentivar e monitorar os profissionais para assistirem as aulas semanais do PEP-D; -Rever a linha guia Viva Vida	GS SMS	6 meses

Há necessidade de construções e ampliações das UAPS dentro das necessidades dos municípios	Saúde em Casa	Construir e ampliar novas UAPS	<ul style="list-style-type: none"> - Definir nível de UAPS e sua área de abrangência. - Planejar a construção e ampliação das UAPS - Levantar recurso para ampliação - redimensionar a cobertura da população 	SMS	2 ano
A comunidade encontra-se desinformada quanto à organização dos serviços de saúde, dificultando o atendimento adequado	Viva Vida Saúde Mental Saúde Bucal Urgência /Emergência	Promover educação/ orientação para a comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Criar recursos que facilite a divulgação da organização dos serviços em saúde; - 	SMS GRS	A partir de 1 ano é ser contínuo
Baixa cobertura de unidades	Saúde em Casa, Viva Vida	Ampliar a rede de atenção	Aumentar e implantar novas EPS	SMS	2 anos
Exames de apoio diagnóstico inferiores a demanda (ex. coloscopia)	Saúde em casa, Viva Vida	Aumentar a oferta de exames	Aumento das cotas de apoio e diagnóstico	SMS CIB	6 meses

Nível de Atenção	Problemas	Programa Estruturador	Objetivos	Macro ações	Responsáveis	Prazos
Atenção Secundária	Não há garantia de atendimento nos Serviços de Referência da Atenção Secundária para os casos de risco:	Viva Vida Saúde Mental Saúde Bucal Urgência /Emergência	Garantir Referência de acordo com a programação da necessidade das redes	- Fazer cumprir o termo de compromisso assinado pelo município sede de Referência Viva Vida, se responsabilizando pelo atendimento da necessidade microrregional; Garantir o cumprimento da Programação Pactuada e Integrada já existente, por meio de documentação de demanda reprimida, mobilização dos gestores e outros;	CIB GRS	6 meses
	Inexistência de centro referencia Viva vida	Viva Vida	Construir Centro de referencia Viva Vida	- Planejar a construção co Centro Viva Vida	CIB-SMS-GRs	6 meses
	Número insuficiente de exames diagnósticos do câncer da mulher, com dificuldade em conseguir as vagas em tempo hábil, agravando o quadro das pacientes;	Viva Vida	Realizar exames diagnósticos do câncer de acordo com a necessidade programada.	-Aumentar a quantidade de exames diagnostico, gestante, criança e mulher; -Efetivar as pactuações já existentes no município sede de micro;	CIB SMS(regul ação) GRS	6 meses
	Município pólo de micro e macro prioriza ações terciárias	Viva Vida Saúde Mental Saúde Bucal Urgência /Emergência	Realizar o atendimento e assumir o papel de município pólo de microrregião	- efetivar o papel de município sede microrregião;	CIB SMS GRS	-6meses
	Falta da Referência e Contra Referência	Saúde em Casa	Monitora a evolução do paciente	- Orientar os profissionais em referencia e contra referencias - Sensibilizar o usuário da importância da referencia e contra referencia	GRS CIB GRS	6meses

Nível de Atenção	Problemas	Programa Estruturador	Objetivos	Macro ações	Responsáveis	Prazos
Atenção Terciária	Não há garantia de parto de alto-risco na maternidade de referência	Viva Vida	Garantir Parto de Alto Risco na Maternidade de Referência	- Garantir o cumprimento da Programação Pactuada e Integrada já existente; -Propor aumento da oferta de procedimentos na Maternidade de Referência Macrorregional; - Mobilizar as instituições envolvidas (GRS, SMS, CIB, Nível Central e Hospital) para discutir a implantação de leitos de UTI Neonatal na Santa Casa de Araguari	CIB	2 anos
	Numero insuficiente de consultas para gestantes de alto risco	Viva Vida	- garantir e aumentar o numero de consultas disponibilizadas em 50%	- Pactuar novas vagas AR -	CIB-SMS-GRS	6meses
	Número insuficiente de vagas para tratamento do câncer da mulher, o que dificulta o agendamento e agrava o quadro das pacientes.	Viva Vida	Garantir número de atendimentos para tratamento do câncer da mulher, de acordo com a necessidade programada	-Garantir o cumprimento da Programação Pactuada e Integrada já existente. -Monitorar ações	CIB-SMS-GRS	6meses
	Poucos leitos de UTI neonatal na Macrorregião, dificultando a disponibilização de vagas;	Viva Vida	Garantir vagas de UTI neonatal de acordo com a necessidade da Microrregião	Mobilizar as instituições envolvidas (GRS, SMS, CIB, Nível Central e Hospital) para discutir a implantação de leitos de UTI Neonatal na Santa Casa de Araguari	CIB-SMS-GRS	2 anos

Nível de Atenção	Problemas	Programa Estruturador	Objetivos	Macro ações	Responsáveis	Prazos
Sistemas de Apoio	Insuficiência e qualidade de exames laboratoriais	Saúde em Casa, Viva Vida, U/E	Garantir a qualidade e quantidade de exames de diagnósticos	- Fazer a supervisão de laboratórios pela Laboratório Macrorregional - pactuar novas quantidades de exames - pactuar tempo de entrega de exames	CIB SMS GRS	6 meses
	Ineficiência referente a demanda e consultas especializadas	Saúde em Casa, Viva Vida, U/E	Garantir consultas especializadas	- pactuar novas consultas especializadas		
Sistemas Logísticos	Ausência de contra-referências dos Pontos de Atenção Secundária e Terciária, para continuidade do cuidado na UAPS	Viva Vida Urgência/Emergência Saúde em Casa	Implantar contra referência Sistematizada	- Organizar e planejar a implantação da referencia e contra referencia		
	Dificuldades de implantar o Cartão SUS	Saúde em Casa, Viva Vida	Corrigir erros na implantação do cartão SUS	padronizar o cartão Nacional	SMS-GRS	imediate
	Falta de sistema de transporte sanitário	Saúde em Casa, Viva Vida, U/E	Implantar o sistema de transporte sanitário Ofertar e Garantir transporte adequado em saúde	- Pactuar na CIB a implantação do transporte sanitário	CIB	2 anos
	Dificuldades de alimentar o sistema de informação	Saúde em Casa, Viva Vida, U/E	Melhorar o fluxo de informação do sistema.	- Efetivar e capacitar profissionais; - Facilitar a alimentação do sistemas de informação.	GRS SMS	imediate

Nível de Atenção	Problemas	Programa Estruturador	Objetivos	Macro ações	Responsáveis	Prazos
Governança das Redes de Atenção à Saúde	Os Conselhos não participam ativamente das decisões municipais relacionadas à saúde	CMS	Melhorar a participação nas reuniões ordinárias e extraordinárias da CIB	-realizar seminários / fóruns motivando os conselheiros a atuarem de forma resolutiva; - Fortalecer a atuação pelas conferencias municipais de saúde	CMS GRS SMS	Trimestral
	Há pouca participação dos gestores municipais nas reuniões ordinárias e extraordinárias da CIB	CIB	Otimizar as reuniões de CIB	- Convocar para reuniões da CIB: Criar situações de reflexão e pactuações nas reuniões; -Realizar debates c/ participantes de CIB em Governança da rede	Coordenação CIB SMS GRS	Imediato Dentro de 1 ano
	Municípios da Microrregião não se percebem com identidade grupal – regionalização cooperativa(competitiva)	CIB	Fortalecer o papel da CIB	- Realizar reuniões com debates efetivos, resolutivos pertinentes a pauta; -	Coord. De CIB - SMS - GRS	Dentro de 1 ano
	Municípios-pólo não se responsabilizam pela atenção secundária da Microrregião	CIB	Trabalhar o fortalecimento e a responsabilidade dos municípios-pólo;	- apoiar o município pólo na reorganização da atenção	SMS Coord.CIB GRS	Dentro de 1 ano

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base os diagnósticos levantados até o presente momento muitas ações e investimentos serão necessários para a organização das redes de atenção à saúde nesta microrregião, além do que uma forte atuação do setor de Atenção à Saúde da GRS.

Será preciso aprofundar os estudos nos aspectos específicos para aperfeiçoamento da proposta que foi apresentada aos gestores municipais. Aprofundamento da análise do impacto da população flutuante “canaveira”, necessidade de Centro Viva Vida, ampliação área de abrangência PSF, dentre outros destacados na proposta do Plano Microrregional.

REFERÊNCIAS:

- Apostilas do curso de Aperfeiçoamento de Gestão Microrregional – SES/MG -2008
- **Caderneta de Saúde da Pessoa idosa** – Manual de Preenchimento, Ministério da Saúde. Brasília-DF.2006.
- Curso **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária, oficinas II e III**. ESP/SES- MG.2008.
- Manual para **Gestor Município de Saúde**, SES/MG.2005
- *Observatório de saúde de Minas Gerais- Microrregião Uberlândia*,. SES/MG 2006
- site ritla.net.com.br - Rede de Informação Tecnológica Latino-Americana -,2008
- site www.wikipédia.com.br; 2008;
- site [www..ibge.com.br](http://www.ibge.com.br) – (links cidade, economia, população), 2008