



CURSO DE GESTÃO MICRORREGIONAL DE SISTEMAS DE SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA DE APRENDIZAGEM E CONSTRUÇÃO CONJUNTA DOS GESTORES DA MICRORREGIÃO PATROCÍNIO/MONTE CARMELO, NO FORTALECIMENTO DA REGIONALIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Maíra Lemos de Castro Taufick

ngm.udi@saude.mg.gov.br

Maria Lúcia dos Reis

naa.udi@saude.mg.gov.br

Técnicas de referência da Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo (2008)

Instituição: Gerência Regional de Saúde de Uberlândia

Secretaria de Estado da Saúde - SES/MG

RESUMO

A Constituição Federal de 1988 estabelece que o SUS deve se organizar numa rede regionalizada e hierarquizada. “Implantar a Regionalização Plena da Assistência à Saúde” é o objetivo do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), no âmbito da Saúde, sendo um dos Projetos Estruturadores a **Gestão Regional do SUS**. Ofereceu-se o Curso de Gestão Microrregional de Sistemas de Saúde (CGMSS), em 2008, a 34 Microrregiões do Estado, com elaboração do Plano Microrregional de Saúde (PMRS). Os objetivos deste trabalho são descrever a experiência do CGMSS e apresentar propostas de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde. Os gestores e um técnico dos 12 municípios da Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo participaram do curso. Foram trabalhados diversos temas relativos às propostas de melhoria das Redes de Saúde em Minas, realizando atividades diagnósticas, análises e planejamento municipais, que, consolidados na modalidade microrregional, embasaram o Plano. Este foi discutido no Seminário Final, pelos gestores, técnicas de referência microrregional, coordenadores da GRS de Uberlândia e aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Os gestores avaliaram positivamente a oferta e desenvolvimento do curso, bem como a realização de diagnóstico e planejamento no âmbito municipal. Valorizaram mais mudanças na equipe profissional e as experiências intermunicipais, que levaram à busca de soluções conjuntas e fortaleceram a percepção de grupo. Nos consolidados microrregionais, verificou-se que há necessidade de melhorias: na realização de processos-fins e de apoio; na execução dos princípios e na infraestrutura física da Atenção Primária; na capacidade de operar Redes de Atenção à Saúde, exigindo reorganização das redes Viva Vida e Urgência e Emergência, com seus sistemas de apoio e logísticos; na governança das Redes de Atenção à Saúde, fortalecendo as CIBs. Conclui-se que a realização do CGMSS, bem como a elaboração do PMRS foram passos importantes para se consolidar um SUS forte e regionalizado.

Palavras-chave: Regionalização. Curso de Gestão Microrregional de Saúde. Plano Microrregional de Saúde

INTRODUÇÃO

A REGIONALIZAÇÃO

Fundamentos legais da Regionalização

A Constituição Federal, de 1988, em seu Art. 198, estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de forma descentralizada, com atendimento integral e participação da comunidade. A Lei 8080, de 19 de setembro de 1990 reafirma as diretrizes previstas na

Constituição Federal e define a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, como um dos princípios do SUS.

A partir do ano de 1991, foram publicadas Normas Operacionais, com o objetivo de definir estratégias de operacionalização e implementar o SUS. Um dos importantes documentos, que se refere à Regionalização da Saúde é a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB/93), que a define como:

A articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo da demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, acima de tudo, vontade política expressa pelos diversos municípios de se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.

A NOB de 1996 complementa, estabelecendo instrumentos de planejamento para a conformação de uma rede regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde. Outro marco importante sobre o assunto foi a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2002 (NOAS 01/02), instituída através da Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, que destina seu primeiro capítulo à Regionalização:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

O Pacto pela Saúde (2006) tem como um dos eixos, em seu Pacto de Gestão, a “Regionalização”. Este também contempla os eixos de Financiamento, Planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), Regulação da atenção à saúde e assistencial, Participação e Controle Social, Gestão do trabalho e Educação em Saúde. O mesmo estabelece a Regionalização como um processo de identificação e constituição de regiões de saúde, onde se organizam as ações e serviços de saúde existentes nos diferentes municípios que compõem a região, em uma rede regionalizada de atenção visando a universalidade do acesso, a equidade, a integralidade e resolutividade. Cita os mecanismos de gestão regional, através do Colegiado de Gestão Regional, um espaço permanente de pactuação e co-gestão solidária, visando a organização da rede regional de atenção à saúde.

A Regionalização em Minas Gerais

Minas Gerais é o estado que possui o maior número de municípios do Brasil. São 853 municípios, com suas desigualdades sociais, econômicas e demográficas. A maior parte deles, cerca de 75%, possui menos de 20.000 habitantes.

Segundo Malaquias (2008), *apud* Secretaria de Estado da Saúde (2008), em 2002 foi elaborado o primeiro Plano Diretor de Regionalização, baseado em critérios técnicos e políticos. Em 2003, uma nova gestão estadual tomou posse e implantou um novo programa de governo. Tal programa partiu da análise da situação de saúde do estado, em que se verificou que dois terços da carga das doenças eram determinados por condições crônicas.

Segundo Pestana e Mendes (2004)

Ao se associarem, os municípios da Microrregião devem constituir um Sistema Microrregional de Serviços de Saúde – sob a forma de uma **Rede** de Atenção à Saúde –, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de saúde.

Os autores ainda ressaltam que o paradigma da Regionalização Cooperativa assenta-se no princípio da cooperação gerenciada, em que o componente da **cooperação** é dado pela **associação intermunicipal** e o componente **gerencial** explicita-se em mecanismos de

planejamento, controle e avaliação compartilhados de redes microrregionais de atenção à saúde. (grifos dos autores).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas, atualmente, está dividido em 13 Macrorregiões de Saúde e 75 Microrregiões. Cada Microrregião é composta por vários municípios e um ou mais pólos, que aglomeram serviços de saúde de maior densidade tecnológica.

Minas Gerais, atualmente, trabalha com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), que prevê resultados a longo prazo (para o ano de 2023) em todas as áreas do Governo. Para a Saúde, busca-se a Vida Saudável, com mineiros vivendo mais e melhor. Estabeleceram-se Projetos Estruturadores e Associados, sendo a Gestão Regional do SUS um dos Projetos Estruturadores, com o objetivo de organizar as Redes de Atenção à Saúde. Isto está sendo realizado através do fortalecimento das Gerências Regionais de Saúde, Comissões Intergestores Bipartite Micro e Macrorregionais, oferta do Curso de Gestão Microrregional de Sistemas de Saúde (CGMSS) e Elaboração e Monitoramento do Plano Microrregional de Saúde (PMRS).

As Microrregiões Uberlândia/Araguari e Patrocínio/Monte Carmelo localizam-se na Macrorregião Triângulo do Norte. Além destas duas, a Macrorregião conta, também, com a Microrregião de Ituiutaba. As duas primeiras pertencem, administrativamente, à Gerência Regional de Saúde de Uberlândia. Ambas são bipolares, sendo pólos os municípios que lhes dão o nome. O pólo macrorregional é Uberlândia e é responsável pelas ações de saúde a nível terciário, ou seja, os procedimentos que demandam maior complexidade tecnológica.

As Figuras 1 e 2 mostram a localização e fronteiras da Macro e das Microrregiões, respectivamente, bem como algumas características.



Figura 1 – Macrorregião Triângulo do Norte
 Fonte: Wikipédia – Enciclopédia Livre

A Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo é composta pelos municípios: Abadia dos Dourados, Coromandel, Douradoquara, Estrela do Sul, Grupiara, Iraí de Minas, **Monte Carmelo**, **Patrocínio**, Romaria. Pertencem à Micro Uberlândia/Araguari os municípios: **Araguari**, Araporã, Cascalho Rico, Indianópolis, Monte Alegre, Nova Ponte, Prata, Tupaciguara, Uberlândia.



Figura 2 – Macrorregião Triângulo do Norte

Fonte: Wikipédia – Enciclopédia Livre

OBJETIVOS

O presente trabalho tem como principais objetivos:

- Apresentar a situação de saúde da Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo;
- Descrever a experiência vivenciada pelos gestores municipais de saúde (GMS) no CGMSS;
- Apresentar propostas levantadas no PMRS para melhoria dos Sistemas de Saúde da Microrregião, considerando as Redes de Atenção à Saúde.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada é a descrição da experiência de realização do CGMSS e de construção do PMRS, da percepção dos GMS sobre o CGMSS, bem como apresentação de dados, consolidados e propostas para organização dos Sistemas de Saúde, contidos no PMRS.

CARACTERIZAÇÃO DA MICRORREGIÃO PATROCÍNIO/MONTE CARMELO

Características demográficas

A Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo possui 201.084 habitantes (IBGE, 2007), sendo distribuídos por faixa etária, de acordo com as Figuras abaixo (Fig. 3). Observa-se o destaque da população adulta–jovem e manutenção dos grupos de 0 a 19 anos, no ano de 1980. Já em 2006 observa-se aumento importante da população adulta e idosa, com ampliação da expectativa de vida, como também a queda na taxa de natalidade.

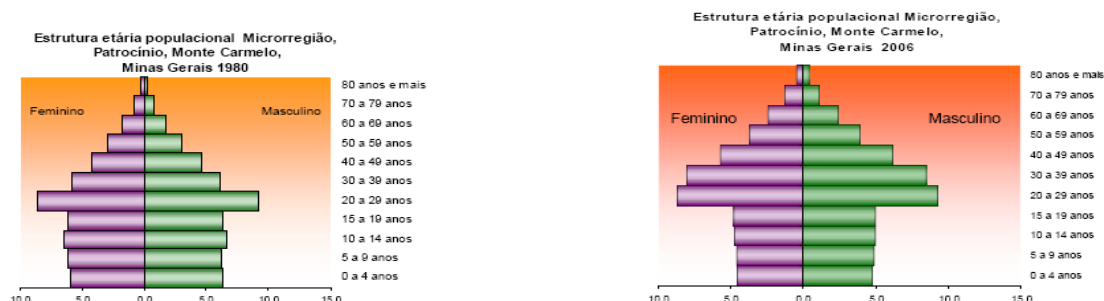


Figura 3 - População da Microrregião, por faixa etária, nos anos de 1980 e 2006.

Fonte: Observatório de Saúde de Minas Gerais - Coordenadoria de Monitoramento de Dados Epidemiológicos

O Quadro 1 apresenta o total de habitantes por sexo, em cada município da Microrregião:

População Recenseada, por sexo, segundo Município - Microrregião Patrocínio/ Monte Carmelo			
Município	Masculino	Feminino	Total
Abadia dos Dourados	3 381	3 174	6 556
Coromandel	13 912	13 474	27 392
Cruzeiro da Fortaleza	1 908	1 849	3 760
Douradoquara	972	874	1 846
Estrela do Sul	3 782	3 335	7 136
Grupiara	749	663	1 412
Guimarânia	3 581	3 361	6 946
Iraí de Minas	3 286	3 009	6 295
Monte Carmelo	22 415	21 825	44 367
Patrocínio	41 566	39 964	81 589
Romaria	1 876	1 681	3 561
Serra do Salitre	5 280	4 926	10 224
Microrregião	102 708	98 135	201 084

Quadro 1 – População por sexo, nos Municípios da Microrregião
Fonte: IBGE, 2007

O INS - Índice de Necessidade em Saúde

É um índice que classifica os municípios mineiros por fator de alocação de recursos. Abaixo a estratificação do valor e classificação correspondente dos municípios da Microrregião Patrocínio/ Monte Carmelo (Quadro 2):

Municípios	INS	Classificação no Estado
Abadia dos Dourados	1,22	331º
Coromandel	1,18	218º
Cruzeiro da Fortaleza	1,12	76º
Douradoquara	1,19	241º
Estrela do Sul	1,2	294º
Grupiara	1,2	279º
Guimarânia	1,13	93º
Iraí de Minas	1,19	252º
Monte Carmelo	1,16	164º
Patrocínio	1,14	127º
Romaria	1,21	304º
Serra do Salitre	1,23	350º

Quadro 2 – Índice de Necessidade de Saúde dos municípios da Microrregião
Fonte: SES/MG - Metodologia de Alocação Equitativa de Recursos: uma proposta para Minas - 2004

Indicadores de Natalidade

O Quadro 3 mostra que a Microrregião apresentou tendência decrescente no número de nascidos vivos nos anos de 2000 a 2005:

Número de Nascidos Vivos, por Município de residência da mãe Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo						
Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Microrregião	3430	3291	3052	2720	2881	2777

Quadro 3 - Número de Nascidos Vivos nos municípios da Microrregião
Fonte: DATASUS - SINASC - 2007

A Figura 4 apresenta a taxa de natalidade estimada para a Região Sudeste entre os anos de 2000 a 2006 e a respectiva taxa registrada na Microrregião. Nota-se que a taxa registrada ficou bastante abaixo da esperada, sobretudo até o ano de 2002, e ambas têm sido descendentes.

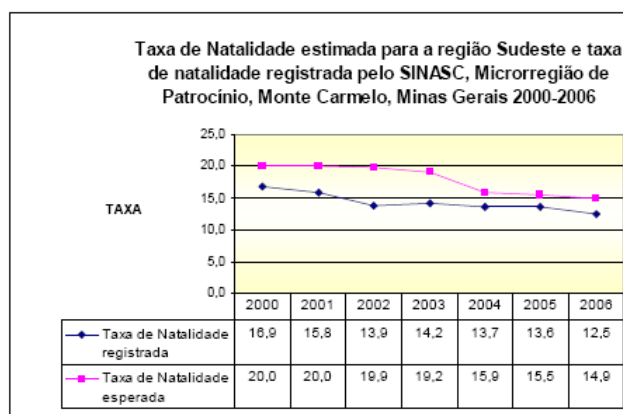


Figura 4 – Taxa esperada de natalidade para a Região Sudeste e registrada na Microrregião

Fonte: Observatório de Saúde de Minas Gerais – SES/MG

Indicadores de Mortalidade

A Figura 5 mostra a taxa de mortalidade infantil da Microrregião em relação à de Minas Gerais, nos anos 2000 a 2006. Nota-se que no desempenho desta taxa, na maioria dos anos, a Microrregião teve melhor desempenho do que Minas Gerais, com destaque para os anos de 2003, 2005 e 2006.

A Figura 6 mostra a taxa de mortalidade infantil, desmembrada em seus componentes. Os maiores índices encontram-se no componente neonatal precoce (0 a 6 dias), mas com queda importante nos anos de 2005 e 2006.

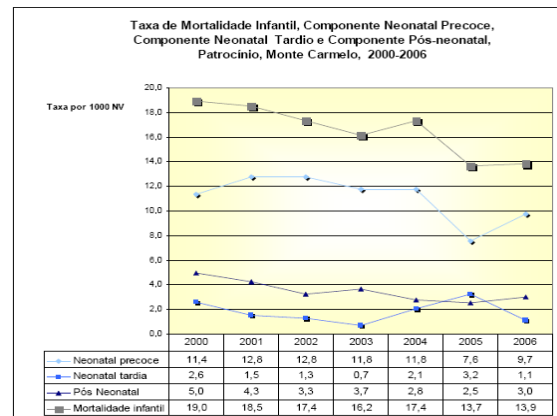
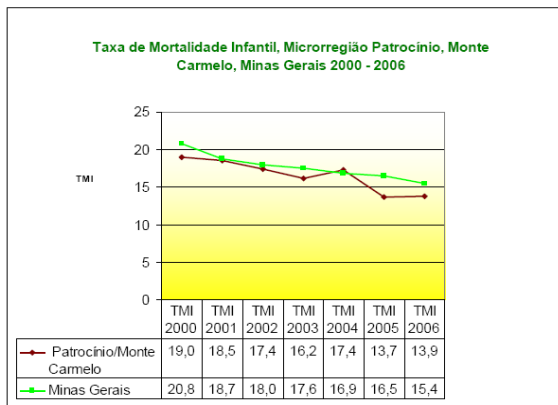


Figura 5 – Taxa de mortalidade infantil na Microrregião, em relação à de Minas Gerais
Fonte: Observatório de Saúde de Minas Gerais – SES/MG

Figura 6 – Taxa de mortalidade infantil, estratificada, na Microrregião
Fonte: Observatório de Saúde de Minas Gerais – SES/MG

A Figura 7 apresenta a taxa de mortalidade materna na Microrregião em relação a Minas Gerais. Observa-se grande redução em 2001, mas significativo aumento em 2002, seguido de nova redução em 2003 e 2004.

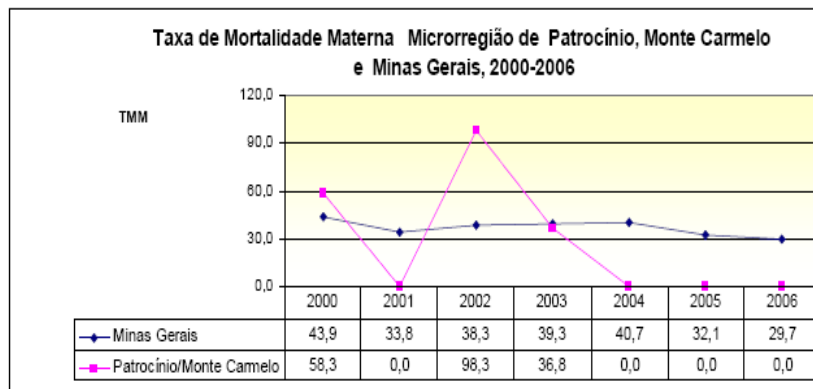


Figura 7 – Taxa de mortalidade materna na Microrregião, em relação a Minas Gerais
Fonte: Observatório de Saúde de Minas Gerais – SES/MG

A Figura 8 mostra as principais causas de mortalidade na Microrregião no ano de 2005. Nota-se que destacam as doenças do aparelho circulatório, com quase um terço das causas, e neoplasias, com 13%. Em seguida, encontram-se as doenças infecciosas e

parasitárias. Assim, observa-se a presença da dupla carga de doenças, tanto condições agudas, como crônicas.

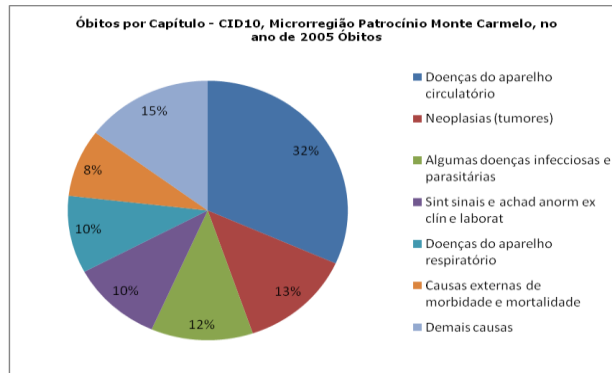


Figura 8 – Óbitos por Capítulo do CID 10, na Microrregião
Fonte: DATASUS, SIM– Sistema de Informação de Mortalidade

Indicadores de Morbidade na Microrregião

A Tabela 1 apresenta os principais grupos de diagnósticos de internações hospitalares, com maior número no grupo de doenças do aparelho respiratório, do aparelho circulatório e do aparelho digestivo. Nota-se que o grupo de transtornos mentais e comportamentais teve importante queda de 2000 a 2007.

Frequência e proporção de internações hospitalares pelo SUS, por grupo de causas, Microrregião de Patrocínio, Monte Carmelo, janeiro de 2000 a junho de 2007

Cap cid 10	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	538	3,8	633	5,1	574	4,5	796	6,0	644	4,8	654	4,7	805	5,8	286	3,8
II. Neoplasias (tumores)	422	3,0	442	3,6	583	4,5	534	4,0	504	3,8	527	3,8	507	3,6	273	3,7
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	167	1,2	176	1,4	183	1,4	162	1,2	159	1,2	179	1,3	177	1,3	67	0,9
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	296	2,1	283	2,3	318	2,5	277	2,1	352	2,6	342	2,5	358	2,6	215	2,9
V. Transtornos mentais e comportamentais	1916	13,5	498	4,0	469	3,7	530	4,0	535	4,0	610	4,4	484	3,5	234	3,1
VI. Doenças do sistema nervoso	240	1,7	186	1,5	187	1,5	215	1,6	191	1,4	202	1,5	198	1,4	108	1,4
VII. Doenças do olho e anexos	123	0,9	86	0,7	66	0,5	98	0,7	98	0,7	84	0,5	50	0,4	22	0,3
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastóide	18	0,1	16	0,1	10	0,1	6	0,0	20	0,1	28	0,2	31	0,2	9	0,1
IX. Doenças do aparelho circulatório	1883	13,3	1928	15,6	2146	16,7	2120	15,9	1940	14,5	2050	14,7	2027	14,5	1089	14,6
X. Doenças do aparelho respiratório	1582	11,2	1778	14,4	1780	13,9	1779	13,4	1957	14,6	2326	16,7	2479	17,8	1403	18,8
XI. Doenças do aparelho digestivo	1187	8,4	1042	8,4	1203	9,4	1157	8,7	1206	9,0	1191	8,6	1265	9,1	758	10,1
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	111	0,8	91	0,7	105	0,8	171	1,3	168	1,3	128	0,9	129	0,9	72	1,0
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	289	2,0	214	1,7	398	3,1	387	2,9	343	2,6	318	2,3	278	2,0	185	2,5
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	906	6,4	779	6,3	824	6,4	980	7,4	979	7,3	977	7,0	1049	7,5	621	8,3
XV. Gravidez parto e puerpério	3002	21,2	2893	23,4	2571	20,0	2649	19,9	2707	20,2	2732	19,8	2687	19,3	1297	17,3
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	211	1,5	208	1,7	158	1,2	172	1,3	173	1,3	211	1,5	160	1,1	99	1,3
XVII. Mal cong deformid e anomalias cromossômicas	110	0,8	73	0,6	68	0,5	78	0,6	79	0,6	65	0,5	88	0,6	46	0,6
XVIII. Sint sinais e achad anom ex clín e laborat	149	1,1	120	1,0	152	1,2	148	1,1	241	1,8	215	1,5	170	1,2	105	1,4
XIX. Lesões enven e alg out conseq causas externas	820	5,8	739	6,0	871	6,8	915	6,9	875	6,5	938	6,7	842	6,0	497	6,6
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	15	0,1	37	0,3	11	0,1	3	0,0	6	0,0	4	0,0	3	0,0	2	0,0
XXI. Contatos com serviços de saúde	167	1,1	149	1,2	154	1,2	138	1,0	192	1,4	169	1,2	153	1,1	91	1,2
Total	14142	100,0	12371	100,0	12831	100,0	13315	100,0	13370	100,0	13926	100,0	13940	100,0	7477	100,0

Fonte: SIH/ DATASUS/CMDE/SE/SES/MS/SUS

Tabela 1 – Principais grupos de diagnósticos de internações hospitalares na Microrregião
Fonte: DATASUS

Observa-se, na Figura 9, que a Cobertura Vacinal em menores de um ano, ficou abaixo da meta (95%), em vários anos. Em 2006 atingiu-se o mínimo esperado para todas as vacinas.

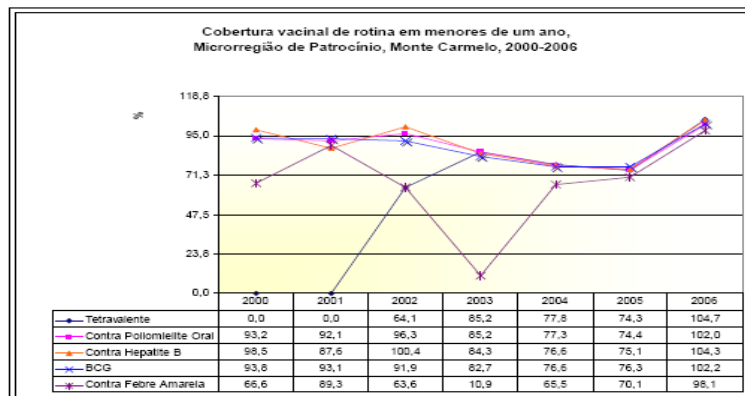


Figura 9 – Cobertura Vacinal em menores de 1 ano na Microrregião
Fonte – Observatório de Saúde de Minas Gerais - SES

A EXPERIÊNCIA DO CGMSS

O Curso foi oferecido a 34 Microrregiões do Estado, pela Secretaria de Estado da Saúde – MG/Nível Central, em 2008. Realizaram-se oficinas mensais para técnicos das GRS, e estes replicavam as mesmas em oficinas microrregionais de forma presencial, para os gestores e técnicos municipais. Duravam em média, 16 horas. O intervalo entre cada módulo era de aproximadamente 40 dias.

Aconteceu entre os meses de novembro de 2007 e outubro de 2008, num total de sete módulos, sendo concluído com Seminários Finais, em dezembro de 2008.

Na Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo, os módulos presenciais foram realizados, principalmente, em Patrocínio, município Pólo da Microrregião. Todos os 12 municípios da Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo participaram do curso, através de seus gestores e um técnico de cada Secretaria Municipal de Saúde.

O Curso contou com períodos de dispersão, no intervalo dos módulos presenciais, nos quais foram realizadas atividades no próprio município, com o Grupo de Condução Municipal – formado por representantes dos diversos setores da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), através de dispositivo legal. As atividades de dispersão contaram, em cada módulo, com repasse do conteúdo para o Grupo de Condução Municipal; repasse do conteúdo para os membros do Conselho Municipal de Saúde (CMS); repasse para o prefeito, e realização das atividades ligadas ao Município, respectivas a cada tema trabalhado nas Oficinas: levantamento de dados, realização de diagnósticos, elaboração de planos, entre outras. Em cada aula presencial eram realizadas avaliações do período de dispersão do módulo anterior, apresentações do conteúdo do módulo, atividades em grupo – estudo dirigido e análise de casos, e programação para o período de dispersão.

Os temas trabalhados foram: Análise da situação de Saúde em Minas Gerais; Regionalização – Plano Diretor de Regionalização – PDR; Análise do Sistema de Saúde Microrregional (SSM); A Atenção Primária à Saúde na Microrregião; Fundamentação e modelagem de Redes de Atenção à Saúde; A Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança – Rede Viva Vida; A Rede de Atenção em Urgência e Emergência; Comissão Intergestores Bipartite – CIB Microrregional.

A partir das atividades realizadas pelos municípios, as técnicas da Gerência Regional de Saúde de Uberlândia (GRS) receberam os dados de cada módulo e fizeram o consolidado de cada matriz. Estes foram apresentados em cada oficina e na CIB correspondente ao módulo; também foi apresentada a matriz de avaliação da situação dos municípios em relação ao curso em cada módulo: presença nos módulos e cumprimentos das tarefas previstas.

Os consolidados, os problemas levantados em relação a cada tema, os planos de ação municipais, bem como a caracterização da Microrregião, deram origem ao Plano Microrregional de Saúde. Este foi discutido num Seminário Final, pelos gestores, técnicas de referência da Microrregião e coordenadores e técnicos da Gerência Regional de Saúde de Uberlândia, no dia 23 de dezembro de 2008 e apresentado e discutido com os novos gestores municipais de saúde no dia 09 de fevereiro de 2009.

Em visitas de monitoramento aos municípios, no período de dispersão do penúltimo módulo, foi feita uma avaliação com os participantes do Curso e do GC municipal sobre o CGMSS e

a sua participação neste processo. Os participantes apontaram que os principais **pontos fortes** do Curso foram: *Passaram a conhecer melhor a realidade do Município (70%); Integração/troca de experiência com outros municípios (50%); Maior integração das Equipes do Município (50%); Maior conhecimento da Gestão da Saúde (40%).*

Os **pontos fracos** mais apontados foram: *Muita tarefa para o período de dispersão para pouco tempo (60%); Intervalo de tempo pequeno entre um módulo e outro (50%); Momento difícil em função de disputa eleitoral (30%).*

Como **mudanças no próprio município**, os participantes evidenciaram que *Aumentou a integração, responsabilidade e envolvimento dos profissionais (70%); Aumentou o conhecimento técnico (50%).*

Nos momentos presenciais do Curso, bem como nas visitas de acompanhamento, observou-se que os gestores compreenderam o Curso e a elaboração conjunta do Plano como uma oportunidade de fortalecimento dos municípios, através das amplas discussões sobre suas necessidades e dificuldades, e do processo de planejamento intra e intermunicipal.

Ressaltaram o pioneirismo da SES/MG na oferta do Curso como investimento na qualidade da Gestão do SUS. Os gestores enfatizaram a importância da continuidade do CGMSS e o empenho no desenvolvimento das ações previstas no Plano.

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE MICRORREGIÃO – Produtos do CGMSS

Análise dos Sistemas de Saúde – Processos FINS e de APOIO

Na Oficina II trabalhou-se a Análise dos Sistemas de Saúde, em seus Processos - Fins e de Apoio. Os municípios pontuaram as suas ações de 0 a 4, na seguinte estratificação: 0 = não realiza; 1 = realiza de forma incipiente; 2 = realiza parcialmente 3 = realiza; 4 = realiza com excelência.

Em vários itens a Microrregião atingiu pontuação abaixo de 50% da máxima esperada. Os melhores desempenhos (nota maior que 60%) foram nos itens: PROCESSOS-FINS: Realizar a Promoção da Saúde, Realizar a Atenção Primária à Saúde, Realizar a Atenção Secundária e Terciária à Saúde; PROCESSOS DE APOIO: Realizar Planejamento em Saúde, Implantar e Financiar Projetos e Programas, Realizar Assistência Farmacêutica e Realizar Transporte Sanitário.

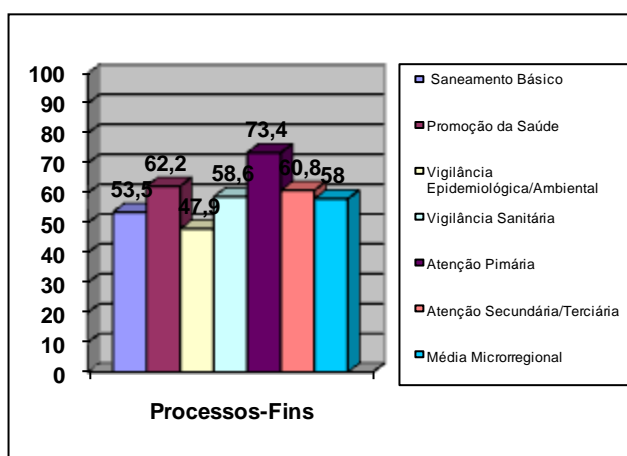


Figura 10- Análise dos Sistemas de Saúde da Microrregião – Processos-fins (em porcentagem)

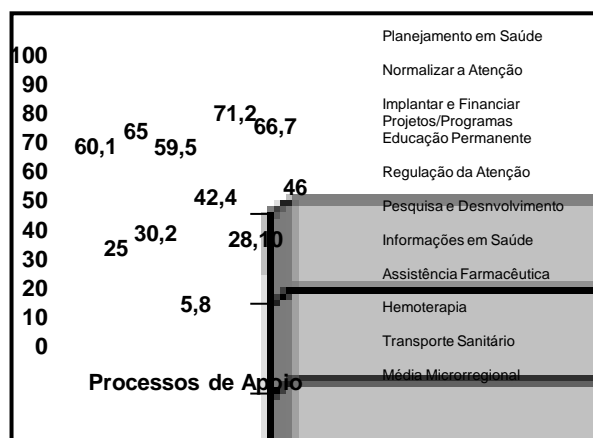


Figura 11 - Análise dos Sistemas de Saúde da Microrregião – Processos de Apoio (em porcentagem)

Após a identificação dos itens críticos ligados às Figuras 10 e 11, foram selecionados, junto às áreas técnicas da GRS, os principais pontos para focar ações de melhoria na Microrregião. Compõem o Plano de Ação final, e parte deste é apresentada neste trabalho.

A Análise da Atenção Primária à Saúde (APS)

Na Oficina III do CGMSS, foi trabalhada a Análise da APS em cada município, através do cálculo da cobertura de equipes convencionais e PSF, de equipes de Saúde Bucal, da Análise dos Princípios da APS e um Plano de Fortalecimento da APS em cada Município.

Além desta foi feita a Análise dos Princípios da APS na Microrregião, através de uma matriz, na qual cada município deveria pontuar o seu desempenho de 0 a 4, em 54 itens, conforme a descrição a seguir: 0 = não realiza; 1 = realiza de forma insipiente; 2 = realiza parcialmente ; 3 = realiza; 4 = realiza com excelência.

A Figura 12 mostra o percentual atingido por cada princípio, na Microrregião, somando-se o de cada município. Nota-se que o desempenho geral dos municípios encontra-se fraco, considerando que o maior percentual foi 64% em Centralização na Família, seguido de 63% no Primeiro Contato.

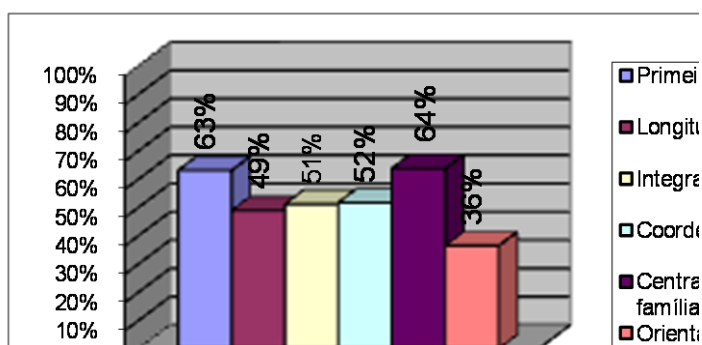


Figura 12 – Pontuação total dos Municípios em cada Princípio da Atenção Primária à Saúde

A partir da Análise da APS no município, cada um deles elaborou um Plano de Ação para o Fortalecimento da sua Atenção Primária, tomando-se os itens mais críticos em cada Princípio. No final deste trabalho, apresentam-se alguns dos itens selecionados para serem trabalhados na Microrregião, a partir de cada Plano de Ação Municipal.

Outra atividade realizada no Módulo foi a Análise e Planejamento da Infraestrutura Física das Unidades de APS da Microrregião. Foi solicitado a cada município que levantasse a situação atual da estrutura de cada UAPS, considerando os profissionais existentes, as instalações prediais, bem como os equipamentos.

No total, os municípios da Microrregião necessitam construir sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) Tipo 1, duas UBS Tipo 2 e uma UBS Tipo 3. Necessitam, também, ampliar 11 UBS Tipo 1, quatro UBS para se tornarem Tipo 2 e uma UBS para Tipo 3. O investimento total estimado é R\$ 5.125.460,00.

As Redes de Atenção à Saúde na Microrregião

No Módulo IV do CGMSS cada município, após estudo da teoria das Redes de Atenção à Saúde, avaliou o seu funcionamento enquanto rede, a partir de um instrumento traduzido, contendo 174 questões. O município se pontuou de 0 a 3, de acordo com o seu desenvolvimento em cada componente da rede.

A Figura 13 mostra o percentual total de cada componente. Observa-se que apenas dois componentes tiveram pontuação acima de 50% (**População adscrita à Rede** e **Atenção**

Primária à Saúde). Destaca-se pela baixa pontuação (24%) o componente **Modelo de Atenção da Rede**. A média Microrregional foi 37,01%, pouco mais de um terço da pontuação máxima esperada:

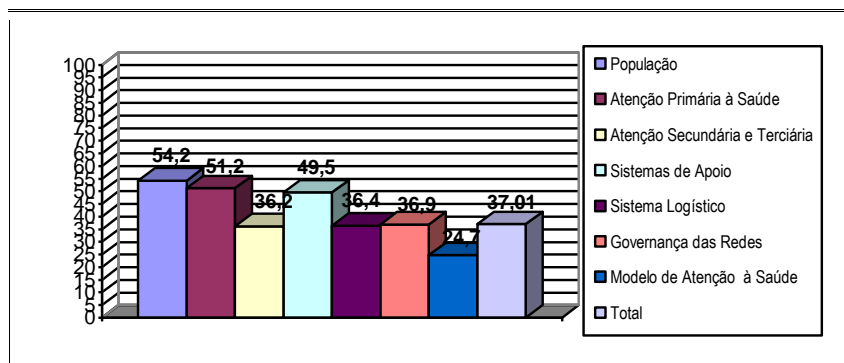


Figura 13 – Percentual total dos componentes das Redes de Atenção à Saúde Na Microrregião

O Quadro 4 apresenta a classificação de cada município, de acordo com sua capacidade de operar em rede, conforme sua avaliação. Observa-se que a maioria dos municípios encontra-se com capacidade **básica** de operar em rede, ou seja, **Rede de Atenção à Saúde Incipiente**. Nenhum município encontra-se no estágio de **Redes Integradas**. Tais dados apontam para a necessidade de organização dos serviços na Microrregião, pois a não integração do Sistema de Saúde representa mais gastos e pouca eficiência nos seus resultados.

Escore entre 0 e 130	Guimarânia		Incapacidade para a operação de redes de atenção à saúde: Sistema Fragmentado
Escore entre 130 e 261	Coromandel	Monte Carmelo	Capacidade básica para operar redes de atenção à saúde: Rede de Atenção à Saúde Incipiente
	Cruzeiro	Patrocínio	
	Grupiara	Romaria	
	Iraí de Minas	Serra do Salitre	
Escore entre 261 e 391	Abadia Dourados	Douradoquara	Capacidade razoavelmente boa para operar redes de atenção à saúde: Rede de Atenção à Saúde Avançada
Escore entre 391 e 522			Capacidade ótima para operar redes de atenção à saúde: Redes Integradas de Atenção à Saúde

Quadro 4 – Classificação dos municípios da Microrregião quanto à sua capacidade de operar em rede

Análise das Redes de Atenção à Saúde

Viva Vida - da Mulher e da Criança

Os pontos de atenção:

Foi realizado por cada município um levantamento dos pontos de atenção ligados à Rede Viva Vida, com suas respectivas atividades. Será apresentada aqui pequena mostra destes resultados:

- Quase 100% das unidades de Atenção Primária realizam as competências ligadas à atenção domiciliar, ao pré-natal, à puericultura e à prevenção do câncer, porém não seguem sistematicamente as Diretrizes Clínicas do Programa Viva Vida;
- Há unidades especializadas em alguns municípios com porta de entrada concorrente com as UBS nas ações de pré-natal e de atenção à criança;
- A maioria dos pequenos municípios tem pactuações em diversos pontos de Atenção Secundária, que variam em suas competências;
- Existem pactuações de Atenção Secundária em ponto de Atenção Terciária (HC-Macrorregional) e os municípios têm dificuldades em conseguir o atendimento.

Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico e Sistema Logístico:

Verifica-se, no Quadro 5, que os municípios contam, principalmente, com ambulâncias tipo A. Todos possuem carros para transporte de equipes. Alguns possuem outro tipo de ambulâncias e outros tipos de veículos, conforme demonstrado. Mas a condição do transporte, no geral, é precária, pois os veículos não têm exclusividade nas redes: são considerados “multiuso”.

	Sistemas Logísticos - Rede Viva Vida																		Total
	Ambulância Tipo A			Ambulância Tipo B			Ambulância Tipo C			Ambulância Tipo D			Carro p/ Equipe			Outros veículos			
Abadia Dourados	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
Coromandel	0	1	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	10
Cruzeiro Fortaleza	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	NI	NI	NI	NI	NI	NI	1
Douradoquara	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3
Estrela Sul	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	6
Grupiara	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	4
Guimarânia	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	8
Iraí de Minas	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5
Monte Carmelo	0	0	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	10
Patrocínio	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	NI	NI	NI	0	0	1	7
Romaria	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4
Serra Salitre	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	

Legenda
(Transporte)
Ruim
Regular
Novo

Quadro 5 – Veículos de transporte dos municípios da Microrregião

Outros Sistemas Logísticos

Pelo Quadro 6 nota-se que os municípios estão parcialmente integrados ao SUSFácil e dependem da Central de Regulação Macrorregional. Todos utilizam o prontuário de papel. O percentual de Cadastro Nacional de Saúde (CNS) varia de 17 a 80%, a maioria através de demanda espontânea. Dois municípios utilizam outra forma de cadastro além do CNS.

Municípios	SUS Fácil	Central Regulação	Central leitos	Prontuário	CNS	CadSUS	Outro Cadastro
Abadia Dourados	Acompanhamento	Acompanhamento	NI	Papel	Sim	NI	SIM
Coromandel	U.E. e eletivos	U. E. e eletivos	U. E. e eletivos	Papel	40%	Não	Não
Cruzeiro da Fortaleza	Implantado parcialmente	Macrorregional	NI	Papel	80%	Sim	Não
Douradoquara	Não	Macrorregional	Não	Papel	27,50%	Não	Não
Estrela Sul	Implantado	Macrorregional	NI	Papel	Sim	Não	Não
Grupiara	Implantado parcialmente	Macrorregional	NI	Papel	Sim	Sim	Não
Guimarânia	Implantado parcialmente	Macrorregional	NI	Papel	80%	Sim	Não
Iraí de Minas	Sim	Integrada à Estadual	Contato telefone	Papel	50%	Não	Não
Monte Carmelo	Implantado parcialmente	Macrorregional	Macrorregional	Papel	17%	Não	Não
Patrocínio	Central Macro	Sim	Sim	Papel	88%	Sim	Cartão Cadast. Família
Romaria	Não	Macrorregional	Não	Papel	Sim	Não	Não
Serra Salitre	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI

Quadro 6 – Condições dos outros sistemas logísticos nos municípios da Microrregião

Principais problemas em cada componente da Rede Viva Vida

Na programação da Rede de Atenção (Primária, Secundária e Terciária):

- Alguns municípios sem registros dos atendimentos reais: gestantes de risco, diagnóstico e tratamento do câncer, puericultura;
- Poucas gestantes captadas no primeiro trimestre;
- Não há controle da faixa etária e periodicidade da mulher na coleta de citologia;
- Não há utilização de Linhas-Guia e Protocolos do Programa Viva Vida;
- Não há garantia de pré-natal e parto de alto-risco na maternidade de referência, dificultando o seguimento;

- Realização de diagnósticos e tratamento do câncer menor que a necessidade, levando à dificuldade em conseguir as vagas em tempo hábil, piorando o quadro das pacientes;
- Poucos leitos de UTI neonatal na Macrorregião, dificultando a disponibilização de vagas;
- Ausência de contrarreferências dos Pontos de Atenção Secundária e Terciária, para continuidade do cuidado na UBS;

Nos sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico:

- Dificuldade de exames diagnósticos para o câncer da mulher (município de referência não atende à PPI, e esta é menor que a necessidade);
- Dificuldade em pactuar consultas de pré-natal de alto-risco para alguns municípios na Maternidade de alto-risco.

No Sistema Logístico:

- Dificuldade de alimentação do SIS-Prenatal;
- Ausência de prontuário eletrônico;
- Dificuldade de comunicação com a Central Macro – Uberlândia
- Dificuldade de operacionalização do SUSFácil;
- Dificuldade de transporte de suporte básico e avançado na maioria dos municípios;
- Falta de protocolos para atendimentos, encaminhamentos e contrarreferência dos casos;

No Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Parto (PHPN):

- Dificuldades em captar a gestante no primeiro trimestre e alimentar o sistema;
- Dificuldades em finalizar o ciclo de atendimento à gestante, com a consulta puerperal;
- Municípios não têm controle/conhecimento de recebimento do incentivo financeiro do PHPN.

A Rede de Urgência e Emergência na Microrregião

Principais problemas encontrados pelos municípios:

- Falta treinamento adequado aos profissionais;
- Municípios não têm veículos adequados para o transporte de casos graves;
- Há dificuldade de conseguir vagas nos Serviços de Atenção Terciária, de acordo com o pactuado na PPI;
- Profissionais tem dificuldade em operacionalizar as ações pelo SUSFácil.

A GOVERNANÇA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Responsabilidades de cada instância:

INSTÂNCIA	Responsabilidades
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Manifestar opiniões sobre a efetivação do sistema
	Propor e consensuar com a SES e GRS ações e atividades prioritárias para o município em virtude da implantação da rede
	Acompanhar a implantação do sistema na Microrregião e no município
	Cooperar solidariamente com os demais municípios da Microrregião
	Realizar ações e atividades destinadas ao município
GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE/NGM	Manifestar opiniões sobre a efetivação do sistema
	Assessorar os municípios/Microrregião no Planejamento e Realização das ações para melhoria do Sistema
	Propor e consensuar com a SES e municípios ações e atividades prioritárias para a área de abrangência
	Acompanhar a implantação do Sistema na região e no município
MUNICÍPIOS-PÓLO DA MICRORREGIÃO	Ofertar serviços de Atenção Secundária em escala adequada para a Microrregião
	Solicitar serviços para atender à Microrregião
	Propor e consensuar com a SES e municípios ações e atividades prioritárias para a área de abrangência

	Acompanhar a implantação do sistema na região e no município
CIB MICRORREGIONAL	Acompanhar e monitorar a implantação do Sistema na Microrregião e no município
	Planejar, propor atividades, ações, prazos e responsáveis para efetivação da implantação do Sistema
SES – NÍVEL CENTRAL	Definir as diretrizes gerais, funções e atribuições do Sistema
	Elaborar o sistema de Gestão para utilização no Estado de Minas
	Disponibilizar o Sistema aos municípios
	Monitorar e validar a implantação de Projeto "Piloto" do Sistema
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	Estabelecer políticas e deliberar sobre as ações de saúde do âmbito municipal
	Acompanhar a implantação do Sistema
	Monitorar as ações, atividades e cumprimento das metas
CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE	Acompanhar a implantação do Sistema
	Prestar serviços específicos definidos no desenho da rede

Propostas levantadas no PMRS para fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde Na Microrregião

Atenção Primária à Saúde

- Trabalhar a saúde na APS executando os seis princípios norteadores;
- Organizar as UBS como porta de entrada das Redes e como coordenadora do usuário na Rede;
- Organizar os registros da Rede Viva Vida como apoio às ações de Atenção à Mulher e Criança;
- Captar as gestantes no primeiro trimestre e promover a alimentação adequada do SISPrenatal;
- Promover a adesão dos usuários nas ações da APS;
- Adequar a estrutura física das UAPS para o atendimento eficiente à população;
- Promover educação/orientação para a comunidade a fim de que esta compreenda a organização dos sistemas serviços de saúde, e tenha acesso no tempo certo, da forma adequada e no local certo.

Atenção Secundária à Saúde

- Garantir o atendimento à mulher e à criança, nos Serviços de Referência de acordo com a programação da necessidade;
- Utilizar Protocolos de atendimentos de Urgência e Emergência;
- Melhorar a qualidade do atendimento dos motoristas aos usuários do transporte.

Atenção Terciária à Saúde

- Garantir Parto de Alto Risco na Maternidade de Referência;
- Garantir número de atendimentos para tratamento do câncer da mulher, de acordo com a necessidade programada;
- Garantir vagas de UTI neonatal de acordo com a necessidade da Microrregião;
- Agilizar a assistência de Urgência e Emergência.

Sistemas de Apoio e Logísticos

- Padronizar medicamentos na farmácia municipal;
- Melhorar a qualidade do transporte na Microrregião.

Governança das Redes de Atenção à Saúde

- Melhorar a participação dos CMS nas decisões e ações municipais de saúde;
- Melhorar a capacidade instalada e o planejamento da assistência para os municípios-pólo da Microrregião;

- Melhorar a qualidade e participação dos gestores nas reuniões da CIB;

Eficiência dos Sistemas de Saúde

- Implantar legalmente as equipes municipais responsáveis pela Vigilância Sanitária Municipal;
- Desenvolver ações de promoção à saúde com a população;
- Elaborar e divulgar informações epidemiológicas e estudos analíticos em saúde;
- Diminuir as solicitações de direitos à saúde via Sistema Judiciário e Câmara dos Vereadores;
- Diminuir a rotatividade de profissionais da saúde através da realização de concurso público;
- Diminuir a rotatividade de ACS da saúde através da realização de Processo Seletivo para ACS;
- Padronizar referência e contrarreferência entre os serviços de Atenção Secundária e Terciária para facilitar o atendimento ao usuário;
- Realizar e divulgar pesquisas de interesse da Microrregião;
- Desenvolver forma eficiente a captação de recursos federais e estaduais dentro dos prazos estabelecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da situação de saúde apresentada no Plano Microrregional muitas ações e investimentos serão necessários para a organização das Redes de Atenção à Saúde nesta Microrregião.

As principais dificuldades da Microrregião encontram-se na Assistência Secundária e Terciária, em todas as áreas, sobretudo na atenção à Saúde da Mulher e da Criança, e na Urgência e Emergência, pontos mais investigados neste estudo. Cidadãos morrem precocemente em função da baixa oferta de serviços e dificuldades na organização e operacionalização do Sistema.

É necessário fortalecimento da CIB-Microrregional, com participação efetiva dos gestores nas decisões e ações de implantação do Sistema na Microrregião.

Observou-se que a realização do CGMSS e a construção do PMRS foi um marco importante para o avanço da Gestão do SUS municipal, bem como para o fortalecimento da Regionalização.

Houve amadurecimento dos gestores e técnicos no processo de discussão, como também, ampliação do seu conhecimento técnico, dando-lhes subsídios importantes para a atuação, como melhor avaliação de seus serviços, percepção mais crítica de suas práticas, maior fundamentação para enfrentamento de conflitos. Estes subsídios refletiram mudanças imediatas em suas práticas diárias no Sistema de Saúde.

Há necessidade de continuidade do trabalho, embasando os novos gestores e monitorando a execução do Plano para se consolidar um SUS forte e regionalizado.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Constituição Federal de 1988**. Título VIII. Capítulo II. Seção II. Da Saúde. 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 93**. Brasília, 1993

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB - SUS 96**. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Regionalização da Assistência a Saúde (Norma de Assistência à Saúde – NOAS – SUS – 01/02). Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM 399, de 22 de fevereiro de 2006** - Divulga o Pacto pela Saúde 2006: Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. 2006.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. **O Plano Diretor de Regionalização**. Material disponibilizado no Módulo II do Curso de Gestão Microrregional de Sistemas de Saúde. BH, Janeiro de 2008.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, Dez. 2004.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Coordenadoria de Monitoramento de Dados Epidemiológicos/GIE/SE/SESMG/SUS. **Observatório de Saúde de Minas Gerais – Microrregião Patrocínio Monte Carmelo**. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/estatistica-e-informacao-em-saude/observatorio-de-saude/municipios/PATROCINIO.pdf>. Acesso em 27 de agosto de 2008.

Wikipédia - Enciclopédia Livre. Disponível em http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal. Acesso em 09 de setembro de 2008.

DATASUS. Disponível em www.datasus.gov.br. Acesso em 09 de setembro de 2008.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home>. Acesso em 09 de setembro de 2008.

Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Plano Diretor de Regionalização**. Disponível em www.saude.mg.gov.br. Acesso em 15 de setembro de 2008.