



## ESTUDO DA REGIONALIZAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NA MACRO-REGIÃO SUDESTE/MG.

Auta Stephan Souza<sup>1</sup>  
Edna Aparecida Barbosa de Castro<sup>2</sup>  
Cássia de Castro Martins Ferreira<sup>3</sup>

### RESUMO

No atual mundo globalizado, as áreas que apresentam melhores condições de atração locacional são as que possuem atributos vantajosos de infraestrutura, recursos humanos, tecnologia e qualidade de vida. As áreas excluídas da dinâmica de mercado tendem a permanecer à margem dos fluxos econômicos principais e a apresentar menores níveis de renda e bem-estar. A configuração territorial resultante desse mosaico de situações díspares quanto à inserção da regionalização da saúde, o PDR em vigor, desconsiderou os fluxos territoriais, sociais e culturais, limitando esta regionalização aos limites das fronteiras Estaduais. Um novo Pacto de Gestão propõe a resolução deste problema.

Palavras-Chave: regionalização, pacto de gestão, descentralização

### ABSTRACT

In today's globalized world, areas that best attract expansion are those that possess advantageous attributes such as human resources, technology and quality of life. Inversely, areas excluded from market dynamics tend to remain on the fringes of greater economic fluxes, resulting in lower incomes and well-being. Territorial configuration emerging from this mosaic of contrasting situations regard the insertion of the regionalization of health-care, the actual Regional Development Plan (PDR), did not take territorial, social or cultural fluxes into account, limiting this regionalization to state boundaries. A new Management Pact proposes a solution for this problem.

Key words: regionalization, managent pact, decentralization

## 1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa obteve em 2005 o financiamento da FAPEMIG e será finalizada em agosto de 2007. Inclui-se no campo de conhecimentos de política pública e tem como temas: o *desenvolvimento regional* que tem o propósito de reduzir as desigualdades regionais, dinamizando as regiões e melhorando a distribuição de recursos em um território e a *organização dos serviços de saúde*, apoiando-se nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): equidade, integralidade, universalização, descentralização, regionalização e intersetorialidade.

<sup>1</sup> Assistente Social, docente FSS/UFJF e Doutora ENSP/FIOCRUZ/RJ

<sup>2</sup> Enfermeira, docente da UFJF e Doutora- IMS/UERJ)

<sup>3</sup> Geógrafa, docente da UFJF e Doutora-USP

O enfoque é a reorganização da atenção no hospital universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), considerando o seu potencial de incluir-se na rede SUS como unidade assistencial de média e alta complexidade, na macro-região Sudeste de Minas Gerais, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG) tendo em vista os elementos que orientam o estudo que são: o acesso, a descentralização, a regionalização e o financiamento.

O esforço de integrar o Hospital Universitário HU/UFJF na regionalização da assistência à saúde de média e alta complexidade da macro-região sudeste de Minas Gerais, tem envolvido, além dos desafios de natureza política, o de identificar e compreender o cenário de negociações que se estabelece em torno do seu atual contrato de gestão.

Assumindo tais desafios, a UFJF propôs-se a executar em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde/JF uma investigação científica, de natureza interdisciplinar, que caracterize o cenário assistencial loco-regional e oriente a integração à rede SUS, de modo a garantir a sustentabilidade do Centro de Atenção à Saúde CAS/UFJF (o novo hospital universitário).

Dessa forma, o presente estudo mostra o caráter cooperativo ao articular um grupo de pesquisadores de áreas do conhecimento afins e complementares à compreensão do problema. O grupo é composto por 07 docentes pesquisadores da UFJF (assistente social, médico, antropólogo, geógrafo, enfermeiro) e técnicos (enfermeira, odontólogo e economista) da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora. Essa parceria fortalece a pesquisa de campo, os serviços de saúde dos setores públicos, atentos ao processo de regionalização e suas conseqüências quanto ao acesso, financiamento e integração na rede assistencial das populações humanas provenientes das regiões fronteiriças à macro-região Sudeste/MG.

A integração do hospital universitário da UFJF à rede assistencial do SUS loco-regional, iniciada timidamente em 1996, intensificou-se a partir de 2002, mediante apoio do Ministério da Saúde, para construção de nova estrutura física-O CAS/UFJF, já que a atual não comporta a demanda loco-regional dos atendimentos de sua vocação mesma. Desencadeia-se a elaboração de modelo assistencial e de gestão por profissionais do serviço e componentes dos nove cursos da área da saúde oferecidos pela UFJF<sup>4</sup>. Do ponto de vista conceitual, os modelos, concebidos coletivamente, agregam na proposta metodológica para a atenção à saúde de média e alta complexidade: os princípios e as diretrizes do SUS, a interdisciplinaridade, a humanização da assistência, a resolutividade e qualificação das ações de saúde.

---

<sup>4</sup> medicina, enfermagem, fisioterapia, farmácia/Bioquímica, serviço social, psicologia, odontologia, educação física e ciências biológicas

Uma meta é que o CAS se torne, além de um espaço de formação profissional, uma referência regional para atendimentos referenciados de média e alta complexidade. Para tanto, se incluirá no contexto da gestão única municipal (LOS - Lei 8.080) tendo em vista os instrumentos de gestão e de organização da assistência, que atualmente são o Plano Diretor de Regionalização-PDR e a Programação Pactuada e Integrada da Assistência – PPI.

## **2.0 PROBLEMA QUE SE DESPONTA: PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DE MINAS GERAIS: regionalização excludente?**

No bojo da integração do CAS/UFJF ao SUS, o problema, imediatamente identificado, em conjunto com o gestor de saúde local, que se configura no objeto desta investigação científica, reside no âmbito da política de regionalização adotada em Minas Gerais, editada através do Plano Diretor de Regionalização – PDR 2003-2006. O PDR da assistência à saúde, surge como instrumento de gestão a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02<sup>5</sup>, com a função de ordenar, no âmbito do estado o fluxo assistencial do sistema de saúde, para atendimentos de média e alta complexidade. Foi idealizado para conformar sistemas funcionais e resolutivos de saúde em cada espaço assistencial do Estado.

Desta forma, duas dentre as recomendações para elaboração deste plano podem ser ressaltadas. Uma é que o seu planejamento seja conduzido de modo a conformar sistemas funcionais de saúde como redes articuladas e cooperativas de assistência, com delimitação territorial e populacional; sistemas funcionais esses, regulados para garantir o acesso dos usuários a serviços de saúde de complexidade necessários para a garantia da atenção integral. Outra é que, ao se definir a região de saúde – um conceito chave – “a base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincide com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde (SES/MG), de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde, (...) valorizando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relação entre municípios” (NOAS 2002:10).

No atual mundo globalizado, as áreas que apresentam melhores condições de atração locacional são as que possuem atributos vantajosos de infra-estrutura, recursos humanos, tecnologia e qualidade de vida. As áreas excluídas da dinâmica de mercado tendem a permanecer à margem dos fluxos econômicos principais e a apresentar menores níveis de renda e bem-estar. A configuração territorial resultante desse mosaico de

situações díspares quanto à inserção da regionalização da saúde, o PDR em vigor, desconsiderou os fluxos territoriais, sociais e culturais, limitando esta regionalização aos limites das fronteiras Estaduais. Uma nova proposta de Pacto de Gestão pode contribuir para a solução deste problema, fortalecida com os aportes deste estudo.

### **3.O SOFRIMENTO HUMANO POSTO EM MAPAS, EM TRILHOS E ROTAS CLANDESTINAS: uma complexificação das relações de vizinhança?**

O problema em tese, reside no âmbito da “regionalização”, da assistência à saúde, enquanto uma das diretrizes do SUS. A Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8.080/90 reitera a diretriz da descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo e, ainda, enfatiza a “regionalização” e hierarquização da rede de serviços de saúde. Todavia, a modalidade de regionalização orientadora da organização da assistência de média e alta complexidade parece não ter incorporado a concepção de regionalização proposta para a elaboração dos PDRs sob orientação da NOAS.

Os problemas identificados, tomando a observação primária um conjunto de elementos no âmbito da gestão da saúde loco-regional são: a precariedade das centrais de regulação informatizadas, permitindo um fluxo não regulado dos usuários na rede assistencial, tendo em vista os limites geográficos indicados pelo PDR/MG; o atraso na implantação do Cartão Nacional de Saúde; a necessidade de investimentos indicada pelo Plano Diretor de Investimentos PDI/MG através da SES-MG, notando-se que os repasses financeiros ocorrem segundo critérios político-ideológicos em detrimento de critérios técnicos e, finalmente, um notado descompasso entre a PPI e o PDR/MG.

Um exemplo de como o problema ocorre e vem se expandindo, pode ser notado pela entrada no município de Juiz de Fora, Pólo da macro-região sudeste de Minas Gerais (PDR/MG), dos usuários residentes em municípios das regiões Centro-Sul e Médio Paraíba (PDR/RJ) em busca de assistência de média e alta complexidade, em vez de recorrerem aos municípios pólos definidos para aquelas regiões do estado do Rio de Janeiro.

Alguns exemplos de como o gestor municipal toma conhecimento da entrada de usuários oriundos das regiões fronteiriças são, dentre outros: o relato, por profissionais de saúde, do aluguel de imóvel por usuários no âmbito do município; a observação de estacionamento das ambulâncias em ruas paralelas ou distantes ao hospital de modo a não se caracterizar a entrada irregular, a utilização do endereço de amigos e parentes e/ou de comprovantes de residência falsos para a marcação do atendimento; a ajuda de profissionais de saúde consternados com a situação de sofrimento das famílias (dizem-se apoiados, além dos preceitos éticos, nos princípios da universalidade e integralidade), providenciando os encaminhamentos demandados. Soma-se a isso, os mandados judiciais

que desconhecem a regionalização da assistência, determinando que o município atenda ao usuário de qualquer parte do país, mesmo em procedimentos eletivos.

E que mecanismos de gestão seriam eficientes a essa regulação, tendo em vista o princípio da universalidade do acesso? E o da integralidade da assistência? Por um lado, não parece justo que os municípios pólo assumam o ônus do fluxo irregular, ainda que reconheçam o sofrimento humano envolto na situação migratória em busca de assistência à saúde. De outro, o livre acesso do cidadão ao sistema, conforme suas preferências e interesses segundo, inclusive vínculos afetivos, deveria ser considerado na elaboração dos instrumentos reguladores do fluxo regional.

Além do acesso irregular exemplificado, comprometendo a integralidade da assistência, uma outra face do problema, ao se considerar o estabelecimento e expansão das redes assistenciais resolutivas e funcionais em torno de pólos, relaciona-se à intrínseca dependência dos recursos financeiros que regularizariam o acesso através de convênios interestaduais, cujo repasse ficaria sob responsabilidade das SES. Isto posto, as diretrizes constitucionais e normativas da regionalização, com hierarquização das ações e serviços de saúde, com vistas à ampliação da resolubilidade e da melhoria do acesso, parecem tangenciar a concepção de regionalização da assistência à saúde adotada pelo estado de Minas Gerais.

#### **4.0 PROBLEMA DA REGIONALIZAÇÃO NUMA RODA INTERDISCIPLINAR**

A configuração final da regionalização da assistência, tal como se apresenta, não se evidencia como um sistema estadual de saúde harmônico, cooperativo e resolutivo entre as micro e macro-regiões de saúde de cada um dos entes federados em questão: Minas Gerais e Rio de Janeiro. De certa forma, vem mostrando ineficiência enquanto instrumento de gestão, tendo em vista que o PDR não reconhece o acesso do usuário segundo o fluxo culturalmente estabelecido pelas populações fronteiriças aos municípios pólos. As características sócio-culturais e econômicas das populações fronteiriças determinam o sentido do fluxo dos usuários em busca de assistência à saúde, mostrando que para uma polarização efetiva não bastam os aspectos geográfico-administrativos.

A compreensão acerca da reorganização de hospitais universitários com integração ao sistema de saúde, tendo em vista o cenário que se apresenta para que se torne uma referência regional da assistência de média e alta complexidade, requer esforços e investimentos epistemológicos de natureza interdisciplinar. Num exercício de tentar identificar quais são as áreas do conhecimento e da ciência envolvidas na construção do PDR enquanto instrumento de gestão, identifica-se as áreas de apoio ao saber acumulado: as ciências sociais, a biomedicina e a geociência.

## 5. CONCLUSÃO

Tendo em vista uma compreensão de natureza antropológica, quando toma-se por objeto de estudo a relação entre as demandas dos indivíduos e coletividade por cuidados de média e alta complexidade e a modalidade de regulação de fluxo dos usuários no SUS, atualmente sob a égide dos PDR's/PPI, uma ampla questão tenta-se solucionar: como as famílias de pessoas acometidas por enfermidade ou agravos à saúde que demandam cuidados de média ou alta complexidade, residentes em regiões fronteiriças dos pólos regionais de saúde, se movimentam no sentido de buscar a assistência especializada?

A visão, de um mundo de comunidades que se interpenetram, conforma a idéia de que há um fluxo orientador da assistência no interior de um sistema de saúde e que este precisa ser incorporado no PDR. Considerando este raciocínio mais do que um sistema, pensa-se em uma rede móvel, assimétrica e incompleta de forma desigual pelas diferentes pessoas ou agrupamentos, que deles necessitam. As populações humanas, que se organizam em comunidades, quando da busca por linhas de cuidados específicas, parecem evidenciar fluxos orientados segundo sistemas de referência intersubjetivos e culturais caracterizando as relações de vizinhança.

No caso do CAS/UFJF-SUS existe uma demanda que histórica e culturalmente define a vocação com a qual essa unidade de saúde se apresenta para se inserir no sistema de saúde loco-regional. Este estudo permite, no momento da integração ao sistema, a definição clara de tais áreas de cuidado, reconhecidas culturalmente pelas populações do entorno regional, reforçando a implantação de um modelo de gestão focalizado na prevenção, promoção e produção da saúde.

Quanto à entrada do usuário na rede de serviços do SUS, hierarquizada e regionalizada, considera-se que a delimitação das fronteiras na prestação do cuidado, seja pelo agendamento ou pela captação, pode não atender ou mesmo satisfazer as famílias, na busca de serviços de saúde. A questão do acesso diz respeito à disponibilidade, ao tipo, à localização geográfica dos equipamentos sociais destinados a atender às demandas sociais da população.

Juntamente à investigação etnográfica, que toma o usuário e a família como sujeitos, a regulação do fluxo, a regionalização da assistência à saúde pode ser interpretada, numa análise conjunta, tomando como eixo temático a cultura que orienta o “modo de se fazer política” e que orienta a elaboração das ferramentas de gestão.

Do ponto de vista das geociências, importa apreender as evidências de natureza geográficas implícitas ao mapeamento da regionalização adotada e pretendida pelo usuário. Evidenciar, tecnicamente, a concepção de lugar e de região que se conjuga de modo real entre usuários e a organização da assistência apontando uma versão de regionalização inclusiva.

Em função da particular estrutura urbano-regional do sudeste de Minas Gerais, uma quantidade de pequenas cidades se evidencia gravitando em torno de um centro mais importante. O fluxo pendular diário até Juiz de Fora, assume um caráter acentuado e visível, nem sempre simples de se estabelecer o seu volume em termos quantitativos.

Depreende-se, do ponto de vista geoeconômico, que o poder de polarização exercido pela cidade de Juiz de Fora se caracteriza por abranger uma área de influência que extrapola os limites do estado de Minas Gerais. Isso se deve, possivelmente, à estruturação dos setores secundários e terciários da economia serem alvo de atração das populações vizinhas. Tendo em vista o movimento constante e diário de um contingente dessas populações, um estudo desta natureza que, além de implicar diretamente na gestão da saúde, possibilita ao município, em seu planejamento urbano, dimensionar sua infraestrutura-básica, de modo inclusivo às demandas fronteiriças. O conhecimento do processo de polarização otimiza o desempenho e a prestação de serviços de saúde, bem como contribui para implementar uma rede de serviços melhor dimensionada. Outro aspecto, é que a extensão da área de influência de um centro depende do valor relativo potencial do centro de sua localização dentro do sistema estudado.

Este trabalho, ao final apresenta o desenho de um mapa que inclui o fluxo natural dos usuários que buscam atendimentos de saúde complexos. Tem relevância para o campo do conhecimento, saberes e práticas das disciplinas envolvidas, uma vez que trabalha uma diferente concepção de regionalização que permite o acesso dos usuários aos serviços de média e alta complexidade de modo inclusivo e segundo fluxos

naturais, orientados pelo movimento das pessoas em busca de cuidado. Contribui principalmente para redefinir o modelo de contrato de gestão CAS/SUS/JF sob a ótica de uma regionalização conforme o fluxo dos usuários e o modelo assistencial.

## REFERÊNCIAS

BOGDAN, Robert ; BIKLEN Sari. *Investigação Qualitativa em Educação. Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto Editora, Coleção Ciências da Educação, Portugal, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Norma Operacional de Assistência à Saúde*, Brasília, 2002.

CLIFFORD, James. *Experiência Etnográfica. Antropologia e Literatura no século XX*.

Organizador GONÇALVES, José Reginaldo dos Santos, Ed. UFRJ, Rio de Janeiro, 1998.

GEERTZ, Clifford. A Interpretação das Culturas, Ed Koogan, Rio de Janeiro, 1989, p. 13-41.  
MINISTÉRIO DA SAÚDE. Metodologia de alocação de recursos entre municípios, 2005.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO 2003/06.  
M.G

SOUZA, Rehem Renilson. Revista Cência e Saúde Coletiva.6(2) 451-455, ABRASCO, 2001.

VASCONCELOS, Eduardo M. Complexidade e Pesquisa Interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. ED. Vozes Petrópolis, 2002