

A RESOLUBILIDADE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR MICRO E MACRORREGIONAL NA GESTÃO DO SUS/MG – 2003/2009

Ivêta Malachias ⁽¹⁾
Fernando Antônio Gomes Leles ⁽²⁾
Luiz Cláudio Fraga de Andrade ⁽³⁾
Genesi Batista de Castro ⁽⁴⁾

Belo Horizonte, Junho/2010

- (1) Formação em Administração Pública e Sociologia e Política pela UFMG; Especialista em Saúde Pública e em Gestão Microrregional; Gerente do NARS da SES/MG. End: Rua Sapucaí, 429 – Belo Horizonte/MG
- (2) Formação em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro e Assessor Chefe da Gestão Regional da SES/MG
- (3) Formação em Tecnologia em Informática
- (4) Técnico em Informática

Governador de Estado

Antônio Augusto Junho Anastasia

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto

Wagner Eduardo Ferreira

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Helidéa de Oliveira Lima

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

Jorge Luiz Vieira

Subsecretária de Vigilância em Saúde

Gisele Onete Marani Bahia

Assessor-Chefe da AGR

Fernando Antônio Gomes Leles

© 2010 **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

O conteúdo desta publicação poderá ser revisto e aperfeiçoado pela equipe técnica responsável.

A publicação **A Resolubilidade da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional na Gestão do SUS/MG – 2003/2009** também estará disponível, na íntegra, em cópia impressa.

Tiragem eletrônica: 1ª edição 2010

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Assessoria de Gestão Regional

Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde - NARS

Rua Sapucaí, nº 429, B. Floresta, 1º Andar.

Belo Horizonte – Minas Gerais

CEP: 30150-050

Tel: (31) 3247-3915 / 3907

URL: <http://www.saude.mg.gov.br>

E-mail: agr.regionalizacao@saude.mg.gov.br

Equipe Responsável:

Coordenação Técnica, organização e redação: Ivêta Malachias

Fernando Antônio Gomes Leles

Luiz Cláudio Fraga de Andrade

Genesi Batista de Castro

Ficha Cartográfica

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Gestão Regional.

Agradecimentos a

Dr. Eugênio Villaça Mendes, Consultor da
OPAS e da SES/MG;

Dra. Helidéa de Oliveira Lima, Sub-secretária
de Saúde;

Fernando Antônio Gomes Leles, Assessor
Chefe da Assessoria de Gestão Regional;

Marco Antônio Bragança Matos,
Superintendente da Superintendência de
Atenção à Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
PREFÁCIO	12
I – OBJETIVOS	16
II – FUNDAMENTOS, CONCEITOS	18
III – METODOLOGIA	25
IV – RESULTADOS: ALGUNS COMENTÁRIOS	28
CONCLUSÃO	33
PLANILHAS, MAPAS E GRÁFICOS	37

“Esses Territórios sanitários são, então, recortados de forma a compatibilizarem-se com os princípios da construção de redes de atenção à saúde e de se impor uma responsabilização inequívoca de autoridade sanitária”. (Pestana; Mendes, 2004)

SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Alta Complexidade
AGE	Assessoria de Gestão Estratégica
AGR	Assessoria de Gestão Regional
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB'Mi	Comissão Intergestores Bipartite Microrregional
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde
GAR	Gestante de Alto Risco
GRS	Gerência Regional de Saúde
HPP	Hospital de Pequeno Porte
MC	Média Complexidade
MCH1	Média Complexidade Hospitalar 1
MCH2	Média Complexidade Hospitalar 2
MCHB	Média Complexidade Hospitalar Básica
MCHE	Média Complexidade Hospitalar Especial
MS	Ministério da Saúde
NARS	Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PROHOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hosp. do SUS/MG
RH	Recurso Humano
SAS	Superintendência de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAH	Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS/MG	Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
UF	Unidade Federativa

INTRODUÇÃO

“Resolubilidade é o cálculo percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população em sua região de residência, portanto em relação à tipologia ou elenco de serviços esperados para o nível regionalização/assistencial, e conforme PDR/MG: município; microrregião; macrorregião.”

As diretrizes da SES/MG nos períodos de governo de 2003 a 2010 confirmaram o PDR como “um primeiro instrumento gerencial fundamental para a governança das redes...” (Mendes, 2009), e, ainda, os territórios sanitários como de “responsabilização inequívoca de autoridade sanitária” (Pestana; Mendes, 2004).

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização e organização da rede de serviços, tendo em vista a promover maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala. (Malachias, 2003)

Em razão destas considerações a SES/MG estabeleceu, dentre os diversos indicadores constantes do “Acordo de Resultados”, um referente à resolubilidade da atenção hospitalar de nível terciário, com o objetivo de avaliar em cada macrorregião os resultados alcançados na prestação dos serviços, sendo estes aferidos em relação à tipologia descrita na Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG para o nível.

Os relatórios e publicações do PDR/MG deixam evidente como a tipologia, além de se constituir como ponto de partida componente do plano

diretor, é também orientadora do processo de organização das redes em seus aspectos mais gerais. Cabe lembrar, ainda que passíveis de ajustes, a tipologia e seus elencos sempre estarão relacionados aos níveis de regionalização. A escolha da avaliação do nível terciário de atenção decorre de ser este o de responsabilidade da autoridade sanitária macrorregional estadual, uma vez ser esta a tipologia de serviços que caracteriza o ponto final da(s) rede(s), imprescindível à integralidade dos serviços quando esgotados os recursos de competência dos níveis anteriores.

"A tipologia conforme conceito constante dos diversos relatórios de elaboração do PDR/MG, é o reordenamento e reagrupamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares da tabela SIAH/MS, por nível de atenção/regionalização, tendo em vista estabelecer uma "referência ideal" para descentralização e prestação de serviços, para distribuição dos espaços e organização dos níveis.

O reagrupamento dos procedimentos foi elaborado conforme metodologia específica - pesquisas e entrevistas, e considerou para esta finalidade agregação de densidade tecnológica por níveis e observância dos princípios de economia de escala e escopo." (MALACHIAS, 2003)

A resolubilidade das microrregiões é também relevante, embora ainda não integrante do atual "Acordo de Resultados". O NARS, até então responsável por avaliações referentes ao PDR, e por esta mesma razão proponente do indicador, tem efetuado o cálculo destas medidas de resolubilidade regional e, ainda, no mesmo raciocínio, a avaliação de alguns municípios e programas. No que diz respeito à avaliação dos municípios, estes podem ser acompanhados em relação à carteira de serviços esperada em regra geral para o nível básico, aquela que precisa estar mais próximo do usuário e que não requer economia de escala. Podem ser avaliados também em relação aos serviços esperados para um município polo, micro ou macrorregional, serviços de demanda mais rara e que, portanto, também

pelo seu grau de especialização, requerem concentração para economia de escala e escopo, e para qualidade.

A organização dos serviços do nível terciário de atenção à saúde, ponto final da rede de serviços assistenciais é de responsabilidade dos polos macros. Esgotadas as possibilidades de atenção dos níveis de atenção primária e secundária, os residentes de cada macro devem ter seu acesso garantido preferencialmente em sua macrorregião de residência. Mesmo que comprovada a expansão do percentual da resolubilidade de cada macro, em relação ao ideal esperado, este pode, circunstancialmente, ainda não esgotar o nível de acessibilidade do residente da macro na assistência, sendo esta integralizada em outra macro do estado, ou em outra unidade federada.

Os estudos aqui apresentados referem-se ao atendimento dos residentes realizado no próprio estado. Referem-se ainda à demanda atendida apenas pelo SUS/MG e dizem respeito ao atendimento da demanda, não da necessidade da atenção hospitalar. O dimensionamento da necessidade tornou-se no momento parcialmente possível apenas quanto ao atendimento às Gestantes de Alto Risco – GARs, objeto de outro estudo.

O “PROHOSP”, um dos projetos dos governos 2003/2006 e 2007/2010, estabeleceu metas de investimentos, visando contribuir para melhoria da rede hospitalar do estado e, conseqüentemente, objetivando a expansão da resolubilidade da assistência hospitalar de níveis micro e macrorregionais. Especialmente em sua fase inicial, os investimentos do PROHOSP se direcionaram para o fortalecimento dos hospitais enquanto unidades de referência micro e macrorregional priorizando, hoje de forma mais direcionada, a assistência às GARs e à Urgência e Emergência.

Como é de conhecimento geral, o programa Viva Vida, voltado para redução da mortalidade infantil e materna tem, na meta de expansão do atendimento hospitalar à GAR, uma de suas ações específicas. As macrorregiões localizadas em áreas com maiores dificuldades

socioeconômicas e de acesso deveriam ser, neste programa, também priorizadas. A programação dos investimentos por macro, quando da elaboração de projetos específicos para esta finalidade, não deixou de efetuar análises de viabilidade técnica, como parte do processo de planejamento que prioriza o alcance de respostas mais rápidas e efetivas para a população.

A organização ou a oferta igualitária dos serviços entre as diversas regiões do estado, ou a superação dos vazios assistenciais das micro e macrorregiões, é um dos objetivos da regionalização. Esta se materializa no PDR/MG, e os territórios nele identificados se caracterizam como territórios sanitários, dentre outros fatores, uma vez que sua composição se deu a partir do perfil de serviços estabelecido pelo modelo de atenção. Este modelo, por sua vez, elencou uma tipologia de procedimentos por especialidade médica atribuída como de responsabilidade de cada nível ou território.

PREFÁCIO

Os estudos de resolubilidade, para fins deste documento, foram efetuados com base no desempenho da prestação de serviços hospitalares por nível de atenção/regionalização – macrorregional, micro, municipal, no período de 2003 a 2009, sendo também totalizados para apurações de interesse do âmbito estadual.

A organização desta apresentação se dará basicamente através de mapas, planilhas e gráficos, embora o **Capítulo IV** apresente algumas observações e análises. Não se propõe que estas sejam abrangentes ou referentes a todos os dados apresentados. Como não poderia deixar de ser, além dos **Objetivos** sintetizados no **Capítulo I**, os **Capítulos II e III** expõem, respectivamente, os **Fundamentos e Conceitos** utilizados no estudo, ou seja, algumas definições básicas e a concepção que orientam os cálculos da resolubilidade, e a **Metodologia** utilizada.

Inicialmente será apresentada a evolução da resolubilidade da Unidade Federada e de cada uma de suas macrorregiões na atenção hospitalar de nível macrorregional, correspondente ao elenco AC-MCHE. A **Planilha 1** demonstra em um gradiente de cores, de forma conjunta e compacta, mas com intervalos de distribuição de classes mais pormenorizados, a evolução anual de cada macro e a do estado. O **Mapa I**, demonstra a situação de cada macro em 2003, e a alcançada em 2009.

A expansão da resolubilidade se dá, principalmente embora não exclusivamente, pela oferta de clínicas de especialidade médica até então não disponibilizados à população residente – aqui consideradas “vazios hospitalares”. A disponibilidade numa região de menos de 30% da oferta ou da média, de serviços prestados na clínica no Estado, também foi

considerada “vazio”. A expansão deste percentual contribui para o aumento da resolubilidade regional.

Os **Gráficos I a VI** demonstram a evolução da resolubilidade de algumas das clínicas de especialidade médica constantes do perfil/elenco de serviços previstos para o nível macro e que influíram, ou que têm potencial para influir na evolução da resolubilidade e/ou na situação das macrorregiões foram citadas apenas algumas clínicas, uma vez que o objetivo é apenas demonstrar o significado que têm enquanto componentes da tipologia/elenco na expansão da resolubilidade total.

Os **Gráficos VII e VIII** demonstram a situação de resolubilidade nos anos 2003, 2007 e 2009 de cada macrorregião, no elenco macro e no total ou somatório dos elencos, macro, micro e municipal.

O **Mapa II** demonstra a evolução da resolubilidade da atenção hospitalar à GAR, nos procedimentos do elenco macro, por macrorregião. A atenção hospitalar à GAR será avaliada também no conjunto dos elencos macro e micro (MCH1 e AC/MCHE), por território macro, em razão do significado da atenção de nível secundário, sob responsabilidade das microrregiões (**Mapa III**).

Os **Gráficos VII e VIII** demonstram, por macrorregião, as evoluções do elenco macro (AC/MCHE) e a do conjunto de todos os elencos, do básico ou municipal ao macro.

Na seqüência serão apresentados mapas e gráficos que demonstram a evolução da resolubilidade do nível de atenção microrregional, por microrregião. Os **Gráficos IX a XXI** demonstram por macro, a evolução de cada uma de suas micros, sendo as macros indicadas em ordem alfabética.

O nível microrregional esta subdividido em dois sub conjuntos – os elencos MCH1 (requer maior escala e maior densidade de tecnologia) e MCH2 (menor escala e densidade). Os dois elencos, em conjunto, refletem o

ideal de uma microrregião, uma vez alcançadas as viabilidades técnica e financeira, ou seja, a disponibilidade de recursos, de especialistas e de financiamento.

No elenco mais completo esperado para uma micro – o MCH1, o **Mapa II** demonstra a situação das micros no Estado, nos anos 2003, 2008 e 2009. Considerado o impacto de todos os elencos de serviços hospitalares realizados em âmbito de uma microrregião, que correspondem aos elencos do nível microrregional e ao elenco do nível municipal (MCH1, MCH2 e MCHB), a resolubilidade de cada micro está representada no **Mapa III** e nos **Gráficos de XXII a XXXIV**, sendo as macrorregiões apresentadas em ordem alfabética.

A evolução da resolubilidade em micros de pequeno porte populacional, micros constituídas com escala populacional bem abaixo da recomendada, nos termos e critérios assumidos pelo PDR/MG, esta apresentada nos gráficos XXXV a XLI.

Para avaliação do desempenho destas micros foram selecionados, para fins de demonstração das possibilidades de estudo, algumas micros sob alguns dos diversos enfoques possíveis: separadamente nos elencos MCH1 e MCH2 - **Gráficos XXXV a XXXVII**; e no somatório dos elencos MCH1, MCH2 e MCHB, o **Gráfico XXXVII**; na cobertura dada pelos polos de algumas destas micros.

Cabe lembrar que, pelos critérios adotados, algumas micros de pequeno porte assim devem permanecer: aquelas cuja acessibilidade geográfica e viária for mais difícil, ou avaliada como de condições precárias.

Os **Gráficos XXXVIII a XLI** demonstram a evolução da resolubilidade do polo destas mesmas micros, uma vez ser este o principal responsável pela cobertura dos serviços – organização e concentração dos recursos, que requerem a escala equivalente a uma micro. A resolubilidade de alguns

municípios de grande porte e que não exercem força de atração sobre municípios circunvizinhos é também apresentada no **Gráfico XLI**, nos elencos correspondentes ao de uma microrregião, em razão de apresentarem escala populacional correspondente.

I – OBJETIVOS

Um dos propósitos do processo de planejamento em saúde estabelecido com o PDR/MG é “avaliar os resultados obtidos em projetos de descentralização voltados para superação das iniquidades regionais, em especial no atendimento hospitalar para organização das redes, em geral e por programas prioritários, conforme TIPOLOGIA do PDR-SUS/MG, e nos aspectos quantitativos da RESOLUBILIDADE”. (MALACHIAS, LELES, ANDRADE, 2010)

O objetivo deste documento é divulgar algumas das diversas possibilidades de estudo que o indicador permite no processo de gestão e avaliação e, ainda, divulgar alguns dos resultados da resolubilidade da atenção hospitalar. A divulgação dos resultados é aqui apresentada a título de demonstração das possibilidades de utilização do indicador e de seu entendimento conforme conceitos utilizados, neste documento e no “PDR/MG”.

Os resultados serão apurados por micro e macrorregiões do estado, de 2003 a 2009. As taxas da resolubilidade serão calculadas em relação ao esperado por micro e macrorregião, ou seja, em relação ao atendimento do usuário por local e conforme tipologia definida para o mesmo. Para este propósito foram considerados dois grupos de demanda por internações: a demanda geral de internações, por nível de atenção e no total, por macro e microrregião de residência; a demanda por internações das gestantes de alto risco, por macrorregião de residência, nos elencos de serviços dos níveis macro e micro.

Assim, dentre as ações que constam da tipologia de serviços para o atendimento hospitalar em geral, caberá avaliar e demonstrar a expansão

da resolubilidade das micros e das macros nos respectivos elencos de responsabilidade e em conjuntos de elencos, tomando-se como base 2003.

É também objetivo demonstrar em quais macros se registrou a pretendida e efetiva descentralização para cobertura das GARs, sendo que para se avaliar a resolubilidade da atenção hospitalar para este grupo, serão considerados tanto os procedimentos de nível macro quanto os de nível micro, totalizados por macro.

O que se propõe, é demonstrar graficamente o registro dos resultados alcançados, por micro e macrorregião de saúde do estado, nos aspectos quantitativos da resolubilidade. Alguns comentários serão efetuados sem pretensão, no momento, de se efetuar análises ou esgotar o assunto, excessivamente vasto.

Não se propõe avaliar o alcance do atendimento da necessidade real por serviços hospitalares mas o atendimento da demanda apresentada por local de residência e local de ocorrência esperados, ou melhor, consensuados conforme PDR/MG.

II – FUNDAMENTOS, CONCEITOS BÁSICOS

“Na dinâmica de um sistema público de serviços de saúde, os territórios são, também, espaços de responsabilização sanitária. Dado o princípio da cooperação gerenciada, é necessário que haja uma definição clara das ações e dos serviços de saúde que cada território ofertará a grupos populacionais adscritos. Isso é que marca, na experiência internacional.”
(Pestana, Mendes, 2007)

A utilização da resolubilidade como um dos indicadores de resultado regional possibilita diferentes análises: a resolubilidade de uma unidade de referência; a do município que responde pela função de polo e a de um município, que responde pela atenção a seu munícipe; a da região que responde pela função micro ou pela função macro; a de cada uma das clínicas de especialidade médica que integram o elenco de serviços definidor da função de cada nível, conforme tipologia. Cada região poderá ser analisada em relação ao todo e individualmente ou isoladamente. A resolubilidade de cada nível pode ser associada à localização da região no Estado e/ou às suas condições socioeconômicas.

Os resultados apresentados cartograficamente permitem uma visualização instantânea e comparativa da situação entre as diferentes regiões, por período e série histórica, o que pode indicar uma evolução positiva ou negativa. Relacionada a outras variáveis e técnicas além destas, tais como análises de viabilidade técnica, o percentual de evolução da resolubilidade poderá estar indicando também a agilidade gerencial no

cumprimento da superação dos vazios assistenciais, ou dificuldades na co-gestão.

Assim, uma dentre as questões a serem avaliadas e planejadas numa região é o cumprimento de seu papel, isoladamente e na relação com os demais níveis. Reiterando, cada nível tem uma responsabilidade, uma função a ser operacionalizada pelo município polo e pelas unidades prestadoras de serviços nele localizadas.

No caso da assistência hospitalar, a função é operacionalizada por uma ou diversas unidades hospitalares. O desempenho da função de nível macro, ou a de nível microrregional, poderá ser medido através dos serviços prestados pelas unidades hospitalares localizadas, preferencialmente mas não só, no polo de cada macro ou microrregião, tendo como referência a tipologia de serviços descrita por meio elencos de procedimentos. Os conceitos e critérios fundamentais ao entendimento deste estudo estão contidos no documento do PDR/MG, mas o tema requer que alguns sejam aqui retomados.

A cada agregação de território corresponde um nível de atenção que, na tipologia assistencial - ambulatorial e hospitalar, tem seus procedimentos reagrupados por clínicas de especialidade, o que se denominou elencos.

Os elencos são componentes para organização dos serviços que aqui são citados e descritos especificamente para o caso da assistência hospitalar, para fins de definição operacional dos níveis de regionalização/descentralização e, portanto, para a avaliação dos resultados.

Espera-se que a população residente no território sanitário nele seja atendida, quando ou se ao território sanitário de residência for atribuída determinada função. Os elencos que então fundamentarão os cálculos da resolubilidade por nível, podem ser relacionados como a seguir:

1) Ao **município**, território sanitário responsável pela **atenção primária**, cabe ofertar/organizar o **elenco MCHB** – Média Complexidade Hospitalar Básica. Os procedimentos deste elenco são de grande demanda, menor densidade tecnológica e sua oferta requer maior proximidade do usuário. Um município de grande porte, além deste nível, poderá também se responsabilizar por seu município no elenco equivalente ao do nível microrregional. Não se caracteriza, neste caso, como polo, por não estar atendendo no elenco e volume comparativo de serviços os usuários referidos de outros municípios da microrregião.

2) À microrregião, território sanitário da atenção à saúde de nível secundário, em seu polo, de forma solidária e conforme o porte populacional e características epidemiológicas específicas da micro, cabe a organização/oferta do nível conforme definição na Carteira de Serviços e PDR/MG, possível e inicialmente detalhada pelos elencos MCH1 e MCH2 – Média Complexidade Hospitalar 1 e 2. O elenco de procedimentos MCH1, de maior densidade tecnológica requer maior escala, uma vez que a demanda é mais rarefeita. A economia de escala para este elenco está em torno de 150.000 habitantes.

3) À macrorregião, território sanitário da atenção à saúde de nível terciário, no polo macrorregional, cabe a organização/oferta do nível definido na Carteira de Serviços e PDR/MG, detalhada no elenco de procedimentos AC/MCHE – Alta Complexidade e Média Complexidade Hospitalar Especial. Os procedimentos deste elenco são geralmente de alta densidade tecnológica e alto custo, requerem escala de cerca de 1.500.000 habitantes. Os procedimentos designados pelo MS como de MC e nele integrados, o são pela dificuldade de localização e descentralização de alguns recursos ou especialistas.

A categoria de complexidade atribuída pelo MS para fins de pagamento não tem correspondência direta com os níveis de regionalização/níveis de atenção à saúde propostos pelo PDR/MG. Na descrição dos elencos de nível secundário, no MCH1, foram incluídos alguns procedimentos da AC - Alta Complexidade em razão das possibilidades de escala e em virtude de alguns serviços requererem maior proximidade do usuário. Pelas razões opostas, alguns procedimentos da MC - Média Complexidade estão incluídos no elenco de responsabilidade da macrorregião. Tais distribuições estão sempre relacionadas aos critérios de escala, de distribuição espacial e viabilidade de fixação de recursos humanos super especializados.

Os elencos de responsabilidade de um município para com sua população, quando também pelo micro, se acumulam nestes dois níveis. Os elencos se acumulam, também, num polo e/ou num hospital geral de função macro, quando se poderá observar as ofertas de todos os elencos.

O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é estruturar um dos pilares para descentralização e organização dos serviços em redes de atenção à saúde, tendo em vista possibilitar o direcionamento integral e equitativo das políticas públicas, das redes de atenção e programas prioritários. Assim, é um dos instrumentos de planejamento e, a resolubilidade assistencial, total ou por programa, em cada região e por nível de atenção, é um dos indicadores de avaliação de resultados no processo de gestão e planejamento.

As economias de escala e escopo são princípios que fundamentaram a elaboração do PDR, uma vez que induzem maior eficiência e qualidade dos serviços. O PDR/MG nestes termos, e conseqüentemente também para fins de avaliação da resolubilidade, se estruturou com base numa tipologia de serviços por região, ou território sanitário - município, microrregião e macrorregião. A tipologia tem a função de estabelecer a referência ideal,

ainda que global, ou genérica, para direcionar a estruturação das regiões na lógica da hierarquização dos serviços. Esta, por sua vez, se dá também conforme densidade tecnológica e escala. Noutros termos, a tipologia é um referencial que no processo de regionalização tem em vista a identificação dos polos e a organização das redes, as prioritárias e as de demanda espontânea.

O PDR teve como primeiro passo para sua elaboração a definição de tipologias por nível de atenção, associadas ao ordenamento dos níveis de regionalização. A tipologia define perfis de serviços agregados por densidades tecnológicas, observados os princípios da acessibilidade, economia de escala e escopo, tendo em vista descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços.

Uma vez estabelecidos nos Planos de Governo do Estado metas e prioridades, a monitoria e avaliação do alcance dos resultados são, necessária e teoricamente, os passos subsequentes. Este fato, por si, justifica o estudo aqui apresentado. O que se propõe é que o mesmo se torne uma contribuição do NARS/AGR aos processos de gestão e planejamento da SES/MG, e em particular da SAS e do programa Viva Vida, no que diz respeito a assistência hospitalar em geral, e à assistência hospitalar às GARs, em particular.

Como resultado secundário, este estudo poderá subsidiar avaliações quanto ao papel do PDR/MG enquanto direcionador da descentralização e da distribuição espacial dos serviços segundo os níveis de atenção à saúde.

As grandes distâncias geográficas do estado de Minas Gerais são de conhecimento geral. A atenção hospitalar, em 2003, apresentava-se difusa, sem a devida estruturação e clareza para ordenamento da demanda. Neste contexto, a única possibilidade seria adotar-se uma lógica de referência que possibilitasse descentralização de determinados serviços de forma a garantir ao usuário: localização mais comum e conhecida dos serviços (polos),

facilidade de acesso, proximidade. Estas vantagens, contudo, promovidas sem perda das economias de escala e escopo. O reforço e/ou expansão das unidades de referência, nos polos micro e macrorregionais, foi uma das ações apontadas como necessárias para estruturação da oferta de serviços e para orientação da demanda.

O Plano Diretor de Regionalização do SUS/MG, cabe lembrar, foi aprovado pelo CES/MG, pela CIB/MG, e pela CIT em 2002. Foi elaborado com base em um modelo orientado para a organização dos serviços em níveis crescentes de densidade tecnológica, conforme os níveis de atenção à saúde e perspectivas de demanda e escala. Alguns dos critérios operacionais, especialmente os voltados para atendimento aos princípios da escala e escopo, foram redefinidos em 2003.

De acordo com o propósito do Plano Diretor de Regionalização, uma região é um conjunto de municípios periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais. O PDR assim é base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde. Este que inclui, dentre seus diversos aspectos e com destaque especial para as necessidades epidemiológicas, a referida tipologia de serviços.

Cada micro ou macrorregião tem assim um papel na organização dos serviços assistenciais por nível de atenção. O polo responde pela função da respectiva região, e a ou as unidades de referência ambulatoriais e hospitalares concretizam estas funções.

A função, no caso das unidades hospitalares distribuídas nos polos e regiões, resulta da incorporação de tecnologias gerenciais e assistenciais. O que se procura no momento inicial de planejamento, é dimensionar as necessidades mais gerais de cada nível regional/assistencial: o municipal ou local, o micro ou o macrorregional. A integralidade e o acesso se tornam possíveis mediante a integração de diverso(s) ponto(s) de atenção inter-níveis no nível, entre as áreas ambulatorial e hospitalar por território. As

especificidades loco-regionais, obviamente devem ser consideradas, para os ajustes de planos macros, de âmbito estadual.

Em Minas Gerais se propõe que as unidades de referência devem prestar serviços a partir de contratualizações. Estas devem observar protocolos, diretrizes clínicas, o sistema de regulação e pactuação do território.

À cada nível de atenção deve corresponder um nível de regionalização, um território sanitário que será municipal, microrregional e macrorregional. Em cada região haverá um polo, cujas unidades assistenciais devem responder por funções específicas na organização de serviços que requerem referência e cobertura intermunicipal ou interregional. As redes, então, serão algumas organizadas e reguladas conforme necessidades e protocolos porque prioritárias e programáticas. Outras, serão as redes de atendimentos diversos e ainda de demanda espontânea. Contudo, também estas podem estar compondo a organização dos serviços e a função requerida por polo e região.

III – METODOLOGIA

A resolubilidade é a medida percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população residente em sua própria região - micro ou macro, considerada a tipologia definida como referência ideal para o nível regionalização/atenção à saúde, conforme PDR/MG, para a assistência em geral e/ou para assistência a um grupo ou programa.

Para a avaliação dos aspectos quantitativos da resolubilidade foram utilizados métodos estatísticos e, para divulgação, também recursos gráficos e demonstrações em mapas.

Os levantamentos consideraram, na coleta e organização dos dados, considerando o próprio conceito do indicador, a tipologia de serviços proposta no PDR/MG para os níveis secundário e terciário de atenção à saúde. Atualmente a tipologia de serviços está detalhada na carteira de serviços do SUS/MG, disponibilizada no site da SES/MG, link PDR.

Nos termos e conceitos do PDR-SUS/MG, a tipologia reagrupa os procedimentos hospitalares da Tabela SIAH-SUS, do MS - Ministério da Saúde, por clínica de especialidade conforme possibilidades e necessidades de agregação de tecnologia por nível de atenção à saúde/nível de regionalização.

Este reagrupamento foi efetuado com metodologia e critérios específicos que consideraram, sob as dimensões da distribuição espacial e quantitativa, e da dispersão ou a concentração de serviços, os seguintes aspectos ou fatores: população; municípios; recursos instalados por território sanitário; dos serviços passíveis de agregação com base na

demanda e tendo em vista as economias de escopo e escala. Como resultado foram identificados agrupamentos homogêneos de serviços por porte de município e por região do estado.

Os especialistas técnicos das coordenações dos programas prioritários e de outros programas, vinculados a SAS/SES-MG¹, consultados pelo NARS², confirmaram a tipologia elaborada nestes termos mas em etapa anterior, quando da estruturação do PDR/MG. No que diz respeito a avaliação da resolubilidade do atendimento às GARs, cabem ainda algumas observações. A tabela SIAH do MS ainda não diferencia os atendimentos de nível terciário e secundário às GARs. Aqui foram avaliados não apenas o parto das GARs mas os procedimentos que requerem maior agregação de tecnologia, mais concentração de demanda, maior concentração de serviços predominantemente ofertados em polos macros.

Tomando-se como base para cálculos a tipologia esperada por território sanitário, micro e macro, foram efetuados levantamentos utilizando-se como fonte os bancos de dados DATASUS. Os cálculos buscaram aferir onde e quanto os residentes de cada micro e macrorregião foram atendidos, numa série histórica de sete anos – 2003 a 2009. O sistema Tabwin do Datasus foi adequado para este geo-processamento conforme tipologia e regiões do PDR-SUS/MG, uma vez que o NARS/AGR não conta com equipamentos específicos para esta proposta de trabalho.

Assim, os cálculos foram efetuados conforme as formulas a seguir, para os níveis de macro e micro e adequadas para os polos e para grupos de atendimento.

¹ Superintendência de Atenção a Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais

² Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde

➤ **Fórmula para o elenco macro:** $TxResolub = \frac{InternMacro}{InternResid} \times 100$

Em que:

TxResolub = Taxa de resolubilidade;

InternMacro = Número de internações de residentes nos hospitais da macrorregião em que reside, no elenco/tipologia;

InternResid = Número de internações de residentes no estado, no elenco/tipologia.

➤ **Fórmula para o elenco micro:** $TxResolub = \frac{InternMicro}{InternResid} \times 100$

Em que:

TxResolub = Taxa de resolubilidade;

InternMicro = Número de internações de residentes nos hospitais da microrregião em que reside, no elenco/tipologia;

InternResid = Número de internações de residentes da microrregião na macrorregião, no elenco/tipologia.

IV - RESULTADOS: ALGUNS COMENTÁRIOS

No que diz respeito a evolução da resolubilidade para atendimento da assistência hospitalar em geral, ou seja, o de todas as clínicas e para toda a população, em níveis micro ou macrorregionais, por região, os gráficos em anexo neste documento falam por si mesmos. Espera-se que a simples demonstração dos resultados resultem em desdobramentos de projetos por parte das equipes das SES/MG mas, sobretudo, em discussões locais, com participação das CIB's Micro e Macro. Contudo, não se pode deixar de registrar alguns comentários que serão a seguir efetuados.

A Planilha 1 demonstra com mais detalhes a evolução da resolubilidade macro. Na atenção hospitalar geral de nível terciário, elenco macro, 10 (dez) dentre as treze macrorregiões apresentaram ampliação de sua resolubilidade, mas poucas subiram de um para outro intervalo de classe de resolubilidade. A Macro Centro Sul saiu do intervalo de classe de resolubilidade de 40% a 50% para o intervalo de 51% a 60%. Contudo, dentro do mesmo intervalo, principalmente conforme o patamar já alcançado, deve-se avaliar o quantitativo em pontos percentuais acrescidos. Estes podem vir a expressar mais quanto ao esforço alcançado: a Macro Norte saiu de uma resolubilidade da ordem de 89,87 pontos percentuais em 2003, para 94,0 em 2009; a Triângulo do Norte, nos mesmos termos e período, de 94,10 para 97,00; a Macro Sul, de 90,4 para 91,00. No caso desta última, cabe registrar, a expansão do atendimento à clínica oncológica. Contudo tal evolução, significativa para os residentes, não foi suficiente para impactar o cálculo geral, certamente pelo volume da demanda. Já na Macro Norte várias clínicas contribuíram para a expansão: o atendimento às GARs, a traumatoortopedia, a cardiologia, a oncologia.

Ainda que sem apresentar alterações positivas nos intervalos de classes da resolubilidade, a Macro Leste subiu cerca de 12 pontos percentuais. As Macros Leste e Oeste, pelo porte, condições sócio-econômicas e localização apresentam resolubilidade ainda baixa. As Macros Oeste, Nordeste, Leste do Sul e Jequitinhonha apresentaram queda. Nas Macros Oeste e Nordeste foram registrados problemas de ordem gerencial e de capacidade instalada. Na Leste do Sul e Jequitinhonha a questão da escala aponta ter grande peso.

O aumento da resolubilidade macro, quando esta já se apresenta acima de 90%, requer grande esforço e é de difícil alcance, uma vez que implica em credenciamento de altíssima especialidade e demanda muito rara, geralmente nas clínicas da cirurgia cardíaca, neurologia e oncologia. Tais procedimentos de fato requerem oferta ainda mais concentrada, talvez em cerca de 7 (sete) ou 8 (oito) macros, o que demanda estudos especiais, alguns já em andamento.

Até 2003, apenas quatro das treze macrorregiões estavam habilitadas para atenderem às GAR residentes e, já então, com resolubilidade acima de 98%. As propostas de expansão do credenciamento para prestação deste serviço estavam colocadas pela equipe ainda hoje responsável desde 1999. Ao longo de 1999 a 2002 muitos esforços foram efetuados neste sentido, alguns resultando na efetividade dos serviços nas referidas quatro macros. Outros, se concretizaram a partir de 2004, como foi o caso da Macro Norte.

Em 2004, 2005 e 2006, o atendimento à GAR foi descentralizado e os serviços efetivamente prestados nas macrorregiões Norte, Leste e Sudeste, respectivamente. As duas primeiras estão localizadas em regiões menos favorecidas, considerados o acesso viário e as condições socioeconomicamente. Até 2008, o serviço foi estendido às demais regiões do Estado, inclusive àquelas com menores condições de fixação de equipes multiprofissionais de grande especialização e intensivistas: Noroeste, Jequitinhonha e Nordeste. Este fato faz pressupor que haverá, a médio

prazo, certa dependência destas regiões em relação a alguma outra macrorregião.

Nas macros Jequitinhonha e Noroeste, na Macro Oeste e na Leste do Sul, o percentual da resolubilidade ainda permanece na faixa entre 78,0 e 90,0%. Para as duas últimas, localizadas em regiões sócio-economicamente mais favorecidas, assim como para a Macro Centro-Sul que perdeu cerca de 4 pontos percentuais entre 2005 e 2009, os dados apontam para necessidades de monitoria a serem particularizadas pelas equipes responsáveis. A região Oeste requer ampliação da capacidade instalada, projeto já em andamento e que inclui outras clínicas além da atenção às GARs.

Além dos aspectos de monitoria, o reforço financeiro para garantir investimentos, fixação de especialistas e intensivistas deverá ser objeto de estudo com ênfase nas regiões Oeste, Noroeste e Jequitinhonha.

Estas macros ainda demandarão garantia de referência das gestantes para atendimento em outras macros, seja pela baixa capacidade instalada e gerência, como é em particular o caso da Oeste; seja pela escala populacional baixa e dificuldade de fixação de equipes multiprofissionais de grande especialização, como é o caso da Macro Noroeste mas, sobretudo da Macro Jequitinhonha.

Contudo, o atendimento que requer apoio de intensivistas e de uma equipe multiprofissional de maior especialidade, o requerido para o atendimento de nível terciário, nestas regiões e na Leste do Sul, demandarão maior prazo para serem efetivos.

Apesar de localizadas em áreas socioeconomicamente favorecidas, as Macros Oeste, Centro-Sul e Leste do Sul registram menor resolubilidade, da ordem de 78 a 88%, e têm efetuado referências de gestantes para atendimento na Macro Centro. Certamente algumas destas referências

podem ser revertidas, a curto prazo, especialmente algumas das referências hoje efetuadas pelas Macros Centro-Sul e Leste do Sul. A maioria dos procedimentos referidos, os que requerem altíssima tecnologia para atendimento e/ou diagnóstico, possivelmente devam ainda serem referidos a outras macros, a médio ou longo prazo, especialmente quando oriundos de macros de pequeno porte populacional.

A resolubilidade aqui retratada fala da demanda e não da necessidade real. No que diz respeito à cobertura da necessidade, com identificação e cadastro das GARs por macro, muito há, ainda, que ser avaliado. A necessidade real provavelmente será diferente por macrorregião. No futuro se poderá melhor dimensionar o quanto a demanda refletiu a necessidade real de atendimento mas este cálculo requer investigação e revisão dos parâmetros hoje adotados.

Das 75 microrregiões existentes em 2009, a partir de janeiro de 2010 são 76, 23 (vinte e três) apresentaram resultados positivos e mudanças nos intervalos de classe da resolubilidade, no elenco de maior densidade tecnológica de responsabilidade de uma microrregião. Cabe um destaque especial para que o leitor dirija sua atenção para as micros localizadas em macrorregiões que registraram condições socioeconômicas menos favoráveis – nas macros Noroeste, Norte de Minas, Nordeste e Jequitinhonha (Vide **Gráficos XIV, XV, XVI e XI**, respectivamente).

Na resolubilidade do conjunto de elencos da atenção secundária, ou seja no somatório dos elencos de responsabilidade de uma microrregião – MCH1 e MCH2, a maioria das micros apresentou decréscimo, o que é de se estranhar dado à evolução registrada no atendimento do elenco de maior densidade tecnológica. Para este fato, novas pesquisas ou levantamentos deverão ser realizados.

Contudo, a absoluta maioria das micros apresenta boa resolubilidade, com resultado superior a 80%. Apenas 7 (sete) das 75 (setenta e cinco)

micros permanecem, em 2009, no “vermelho”, intervalo de classe inferior a 65% de resolubilidade. Em 2003, eram 27 (vinte e sete).

Algumas microrregiões ou municípios de grande porte têm seu desenvolvimento desfavoravelmente condicionados em virtude de sua proximidade a municípios que exercem grande força de atração, geralmente municípios-polos de elevada resolubilidade e com capacidade instalada já reconhecida. O **Gráfico XLI** ilustra esta observação.

CONCLUSÃO

A resolubilidade é um dos instrumentos de mensuração dos serviços de assistência numa região e em Minas Gerais tem permitido: retratar o cumprimento da meta de expansão da resolubilidade por nível e região; apontar regiões que requerem reforços de investimentos ou monitoria técnica e administrativa; apontar o alcance das propostas de maior equalização do atendimento entre as diversas regiões, no caso, equidade na atenção hospitalar por nível e região.

O cálculo da resolubilidade e a utilização de mapas para sua demonstração tem permitido retratar as evoluções cronológicas e relativas entre regiões, o que pode subsidiar decisões de investimentos, nos limites e termos da tipologia definida, ou seja, uma vez considerado o perfil de serviços definido como o esperado por região, micro ou macro.

Como quaisquer e necessárias avaliações globais, esta não dispensa medidas e ações particulares, que deverão ser oportunamente detalhadas, tais como pesquisar a necessidade de ampliação e agilização da capacidade operacional dos hospitais envolvidos; a revisão ou reversão de quotas de internação pactuadas; a capacidade de identificação e cadastramento das GARs por parte das equipes do PSF em determinada região.

O indicador de resolubilidade e a metodologia utilizados permitiram identificar, no que diz respeito ao programa Viva Vida, que em sete anos consecutivos foram registrados resultados positivos: no alcance das metas de implantação dos serviços às GARs em diversas macros; na descentralização do atendimento para todas as macrorregiões do Estado; na priorização de investimentos para o atendimento à GAR nas regiões menos favorecidas.

No que diz respeito a resolubilidade da atenção hospitalar em geral, ficou evidenciada a importância da identificação das clínicas contidas na tipologia e a serem ofertadas ou a terem sua capacidade instalada ampliada. A expansão da atenção à GAR, por exemplo, foi um dos fatores que também colaborou para a expansão da resolubilidade geral, a da assistência hospitalar total de cada macrorregião. Outras clínicas vieram a possibilitar a expansão da resolubilidade de diversas macros. No caso do crescimento da resolubilidade total das macros Sul e Norte de Minas, as clínicas Oncologia e Cardio-vascular foram significativas. A atenção hospitalar às demandas relativas ao sistema ósteo-muscular tem sido apontada como deficitária na maioria das macros, sobretudo na Sul, na Leste, na Oeste e na Norte.

As macros de pequeno porte apresentam dificuldades de expansão nestas clínicas, e na neurologia especialmente, sobretudo em decorrência da dificuldade de contratação deste especialista, o que vem sendo monitorado pelo NARS tendo em vista possível alteração na Carteira de Serviços. Contudo, o registro desta observação já era esperado, uma vez que tem relação com a disponibilidade de especialistas raros em regiões com baixa agregação de demanda. É também o caso e a avaliação das micros de pequeno porte, para as quais já se propõe um elenco menor, ainda que por tempo limitado, uma vez que a médio prazo todas devam cobrir o elenco completo.

Como já salientado, este documento, voltado para um enfoque mais genérico, global, não se propõe esgotar o assunto. Assim, torna-se útil como gatilho para acionar outros estudos, divulgar a utilização do indicador, promover contatos e integração entre as diversas equipes e gestores envolvidos no assunto. Sempre caberá detalhamento e adequações destes estudos em níveis loco-regionais.

A observação dos dados e resultados aponta alguns aspectos da utilização do indicador, alguns já esperados:

1) Acima de 90% de resolubilidade, sobretudo acima de 95%, o avanços são mais difíceis e lentos, acontecendo em décimos pontos percentuais, uma vez que relacionados a procedimentos de demanda rara, ou ultra especializados, com possibilidade de localização em regiões - macros ou micros, conforme o elenco e nível;

2) O indicador reflete o alcance da função de cada nível, ou seja, a evolução dos serviços em relação ao esperado conforme responsabilidade atribuída a cada território sanitário. Portanto, dentro da lógica da regionalização, o indicador da resolubilidade expressa os níveis de atenção do modelo contidos e orientadores do desenho espacial do PDR/MG.

Noutros termos, é um indicador mais voltado para dimensionamento da estruturação dos serviços de uma região, uma vez que cada uma tem a responsabilidade sanitária de criar uma infra-estrutura básica para a organização das diversas redes. Assim, a avaliação poderá ser por pólo e total da região, por região/programas, por unidade prestadora na região ou nível. Cada um destes tem sua responsabilidade definida, sempre a partir da tipologia por território. Tais responsabilidades podem ser ampliadas ou especificadas, naturalmente, no contexto da tipologia, por redes prioritárias e/ou temáticas.

3) O indicador é bem menos expressivo quando aplicado a somatórios de territórios; e menos ainda quando aplicado aos somatórios de serviços em conjuntos de territórios, como por exemplo todos os elencos de serviços na unidade federada como um todo. Aliás, a lógica é esta, a de se avaliar as bases regionais para organização das redes.

Os espaços territoriais, bem estruturados, confirmaram-se como referencias que ilustram e facilitam abordagens técnicas para diversas avaliações, e especialmente para avaliações como as apresentadas neste documento. A visualização dos avanços alcançados em um gradiente de

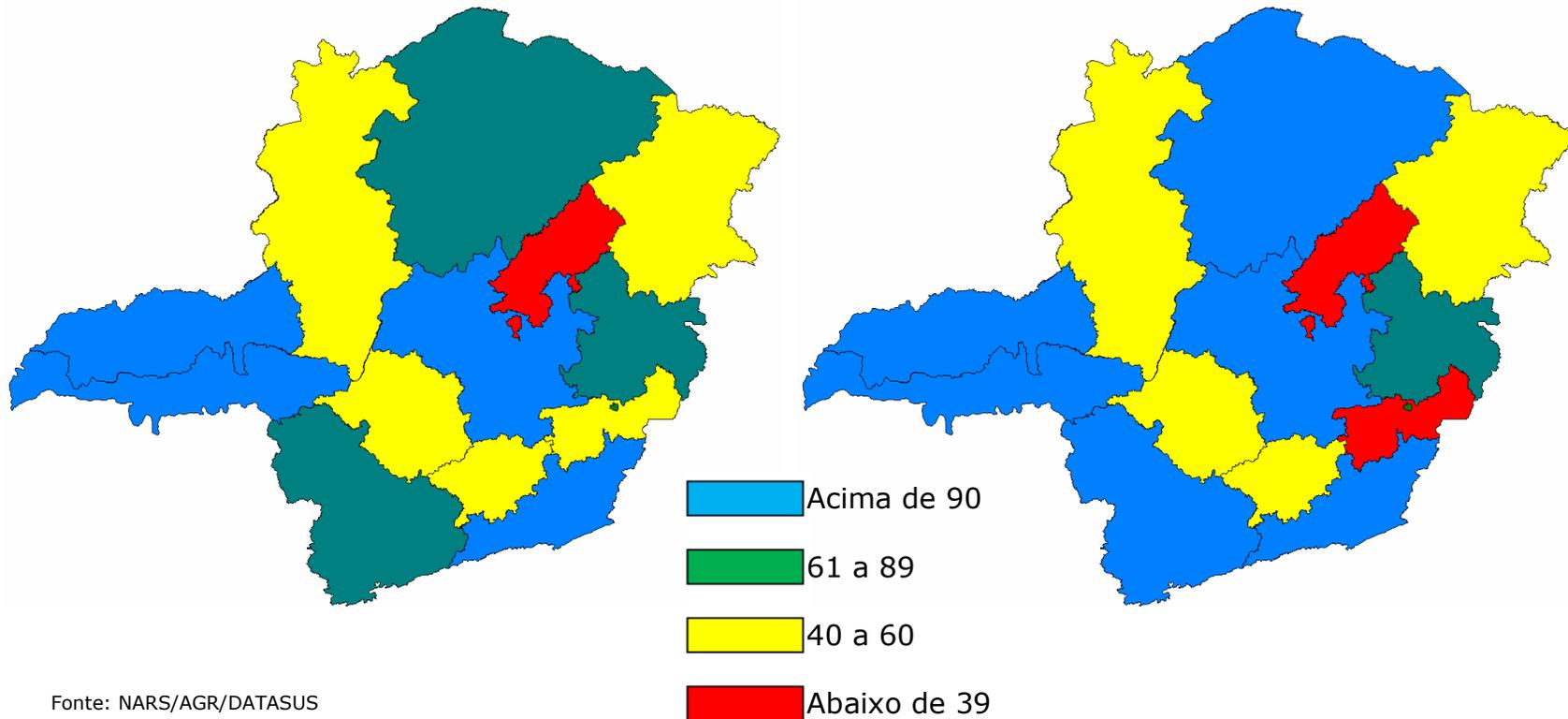
cores, por região e através de mapas, ou dos não avanços, facilita a comunicação e a abertura de discussões.

O PDR tem favorecido a SES/MG e a AGR em suas diversas atribuições, e ao NARS em particular, em sua missão de subsidiar, por região, o monitoramento e as discussões a serem promovidas pelas CIBs Micro e Macro. O cumprimento deste papel tem se dado através da avaliação dos indicadores de saúde, os da Vigilância em Saúde, os do Pacto pela Saúde e os da resolubilidade assistencial - a ambulatorial, a hospitalar por clínica, a hospitalar total, a dos programas prioritários.

MAPA I – Resolubilidade da Assistência Hospitalar no elenco macrorregional, por macrorregião

2003

2009

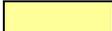


Fonte: NARS/AGR/DATASUS

PLANILHA 1

RESOLUBILIDADE INTRAESTADUAL DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DE NÍVEL MACRORREGIONAL ⁽¹⁾

LEGENDA

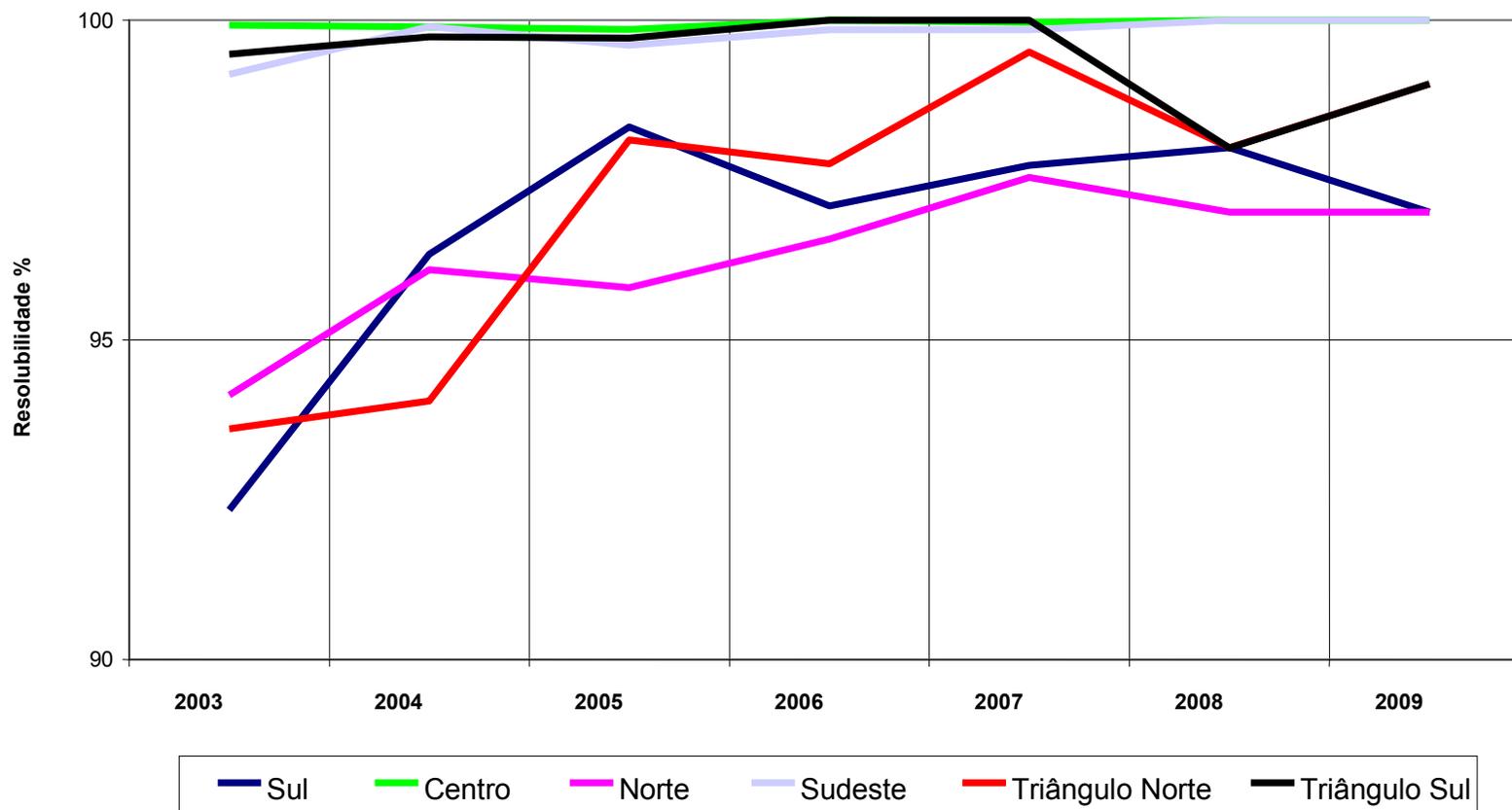
	Macrorregiões com resolubilidade ideal: acima de 90%
	Macrorregiões com boa resolubilidade: entre 61% e 80%
	Macrorregiões com resolubilidade regular: entre 51% e 60%
	Macrorregiões com baixa resolubilidade: entre 40% e 50%
	Macrorregiões com resolubilidade crítica: abaixo de 39% e/ou situações atípicas

Nº	MACRORREGIÃO	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
1	CENTRO	99,84	99,69	99,73	99,77	99,74	99,73	100,00
2	TRIÂNGULO DO SUL	97,04	96,00	97,66	98,00	95,00	97,00	98,00
3	TRIÂNGULO DO NORTE	94,10	95,75	98,02	97,76	97,57	96,00	97,00
4	SUDESTE	95,52	96,14	95,73	96,35	96,72	97,00	96,00
5	NORTE DE MINAS	89,87	92,90	92,00	93,00	93,00	92,00	94,00
6	SUL	90,42	91,00	90,00	91,00	92,00	91,00	91,00
7	LESTE	63,08	67,00	62,94	70,00	69,00	75,00	75,00
8	NOROESTE	51,00	53,15	53,07	48,96	48,39	30,00	52,00
9	CENTRO SUL	44,00	51,00	52,00	55,00	58,00	61,00	56,00
10	OESTE	51,79	55,76	51,90	48,52	47,76	47,00	48,00
11	NORDESTE	59,32	59,55	56,07	55,05	46,63	36,00	41,00
12	LESTE DO SUL	49,00	52,86	56,33	49,71	46,00	30,00	32,00
13	JEQUITINHONHA	33,50	24,96	21,14	25,66	29,72	24,00	27,00
Total		87,00	86,00	88,00	86,00	88,00	87,00	87,00

Fonte: NARS/AGR/DATASUS

⁽¹⁾ Inclui a atenção às GARs

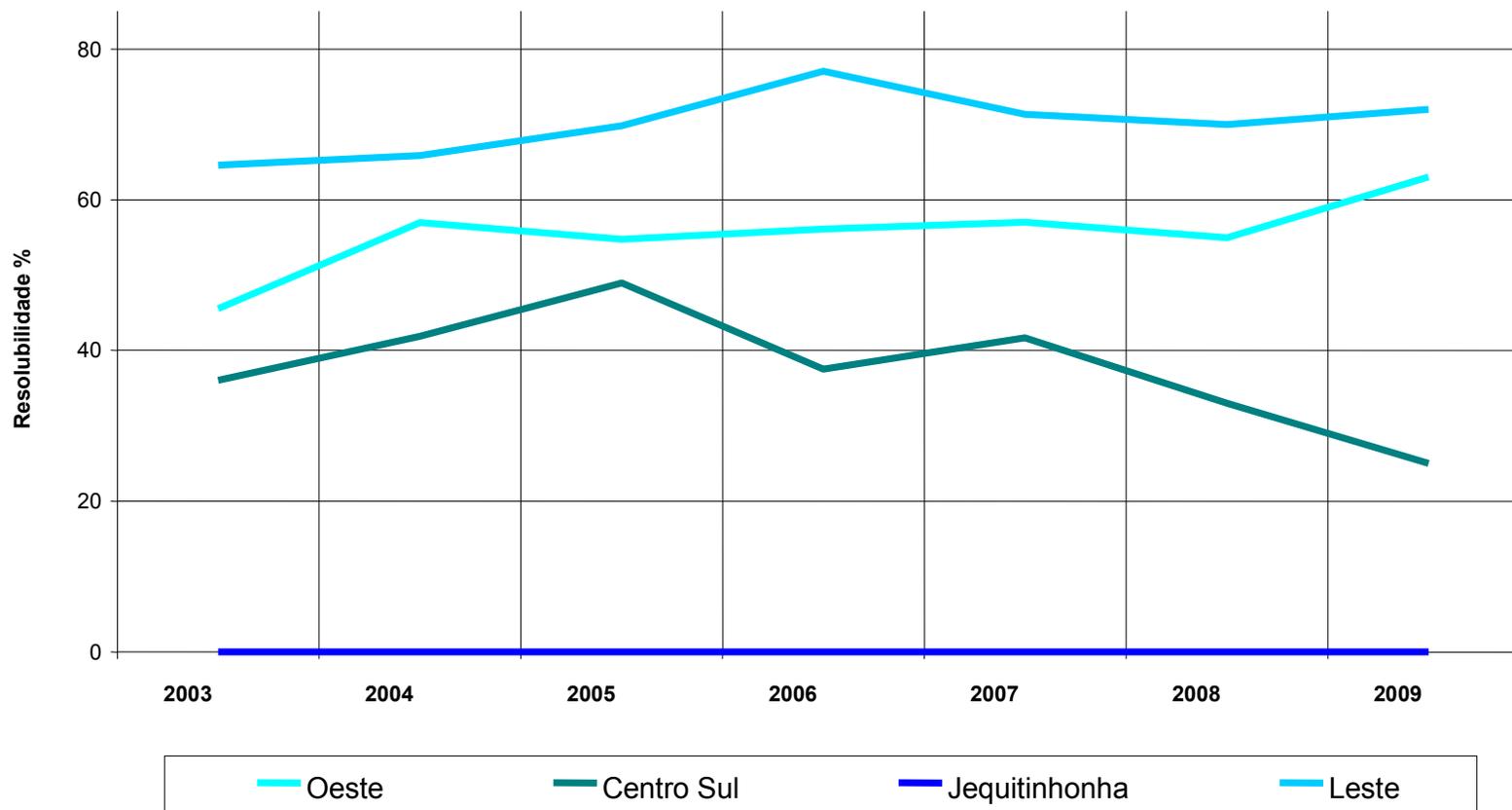
**GRÁFICO I - A resolubilidade da assistência hospitalar da clínica oncológica de nível macro (AC/MCHE)
- Macros com resolubilidade acima de 85%, em 2003**



Nota: As macros Noroeste, Nordeste e Leste do Sul não estão habilitadas para a referida clínica

Fonte: NARS/AGR/DATASUS

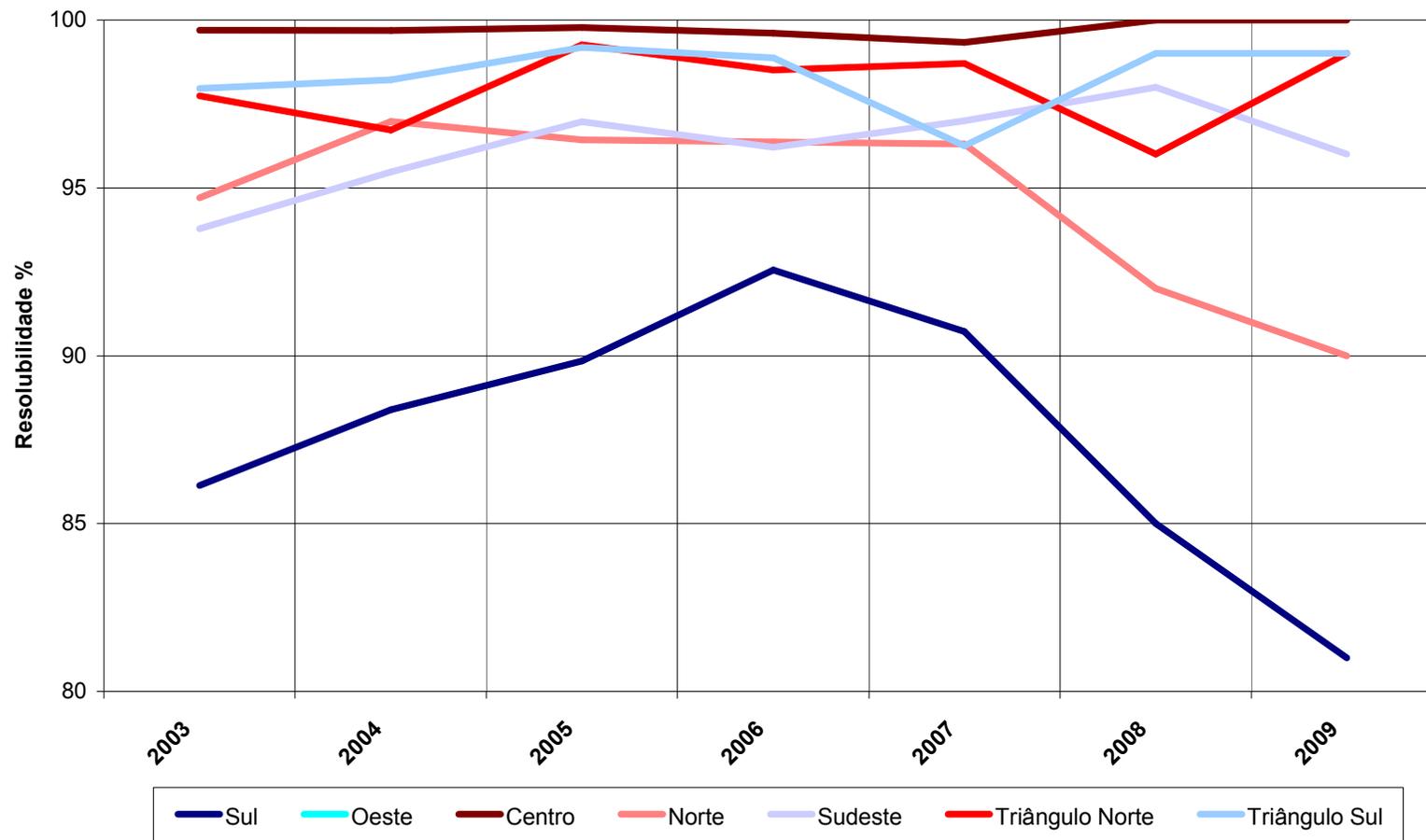
GRÁFICO II - A resolubilidade da assistência hospitalar da clínica oncológica de nível macro (AC/MCHE) - Macros com resolubilidade abaixo de 85%, em 2003



Nota: As macros Noroeste, Nordeste e Leste do Sul não estão habilitadas para a referida clínica

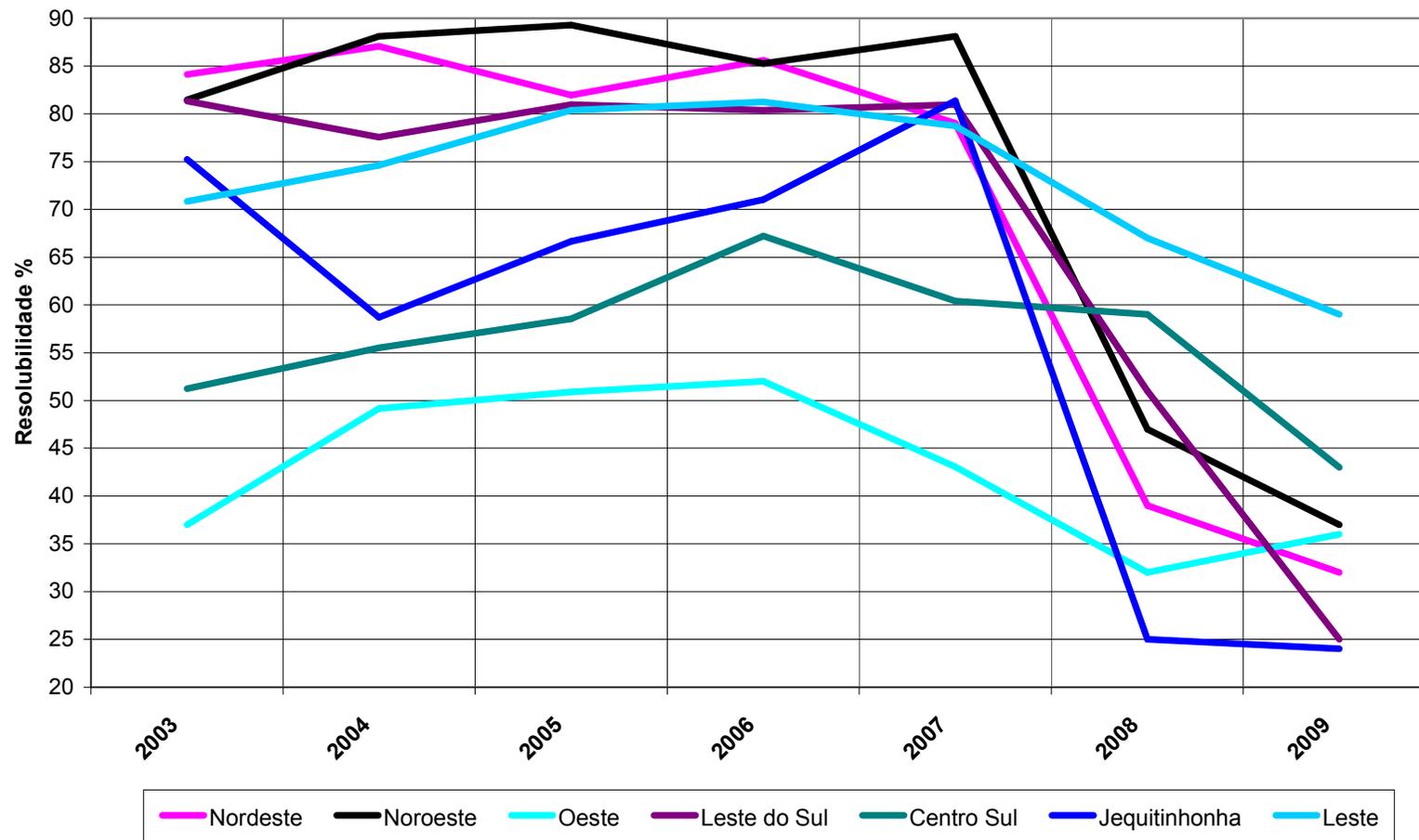
Fonte: NARS/AGR/DATASUS

GRÁFICO III - A resolubilidade da assistência hospitalar da clínica Traumato-ortopédica de nível macro (AC/MCHE) - Macros com resolubilidade acima de 85%, em 2003



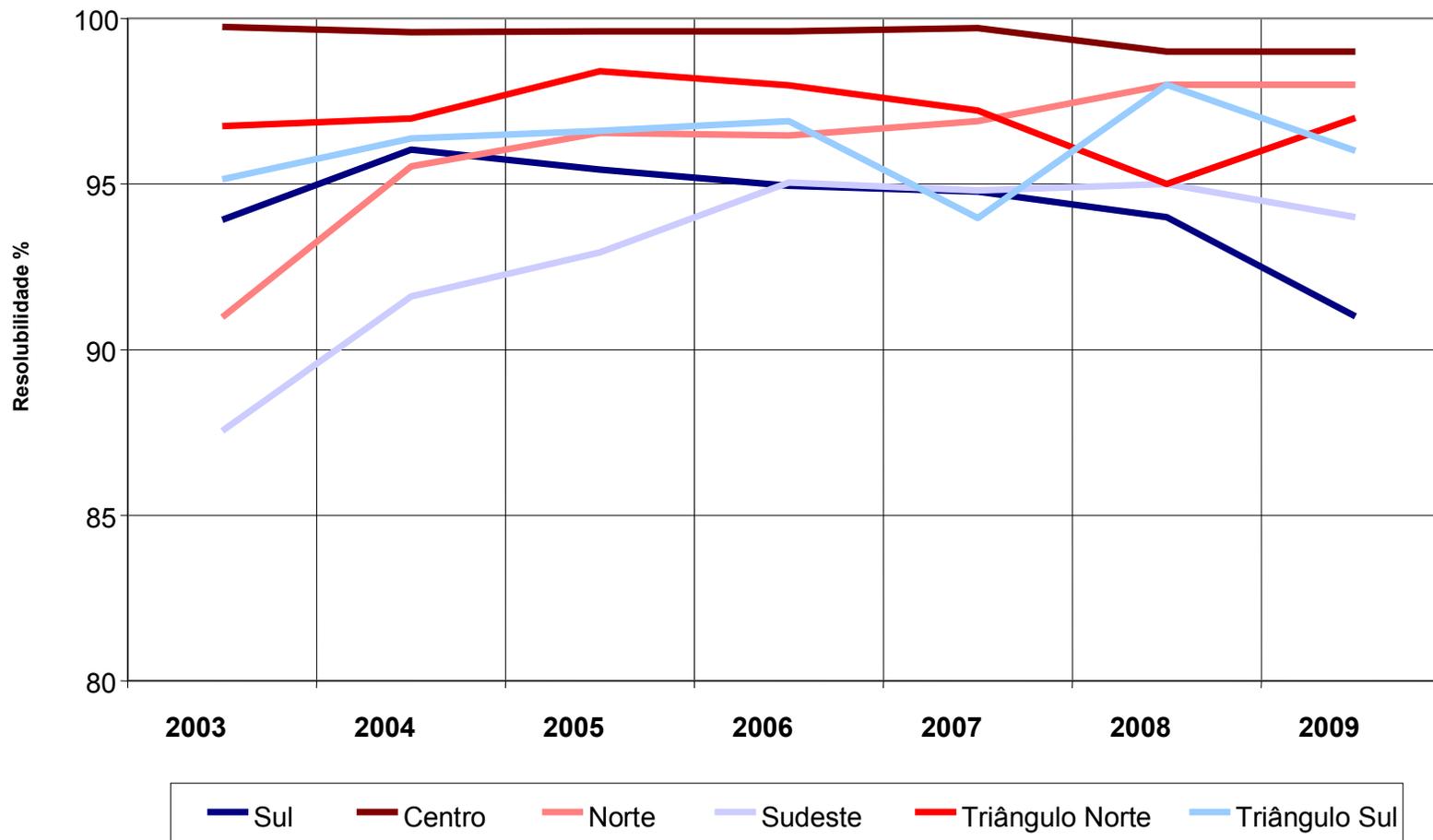
Fonte: NARS/AGR/DATASUS

GRÁFICO IV - A resolubilidade da assistência hospitalar da clínica traumato-ortopédica de nível macro (AC/MCHE) - Macros com resolubilidade abaixo de 85%, em 2003



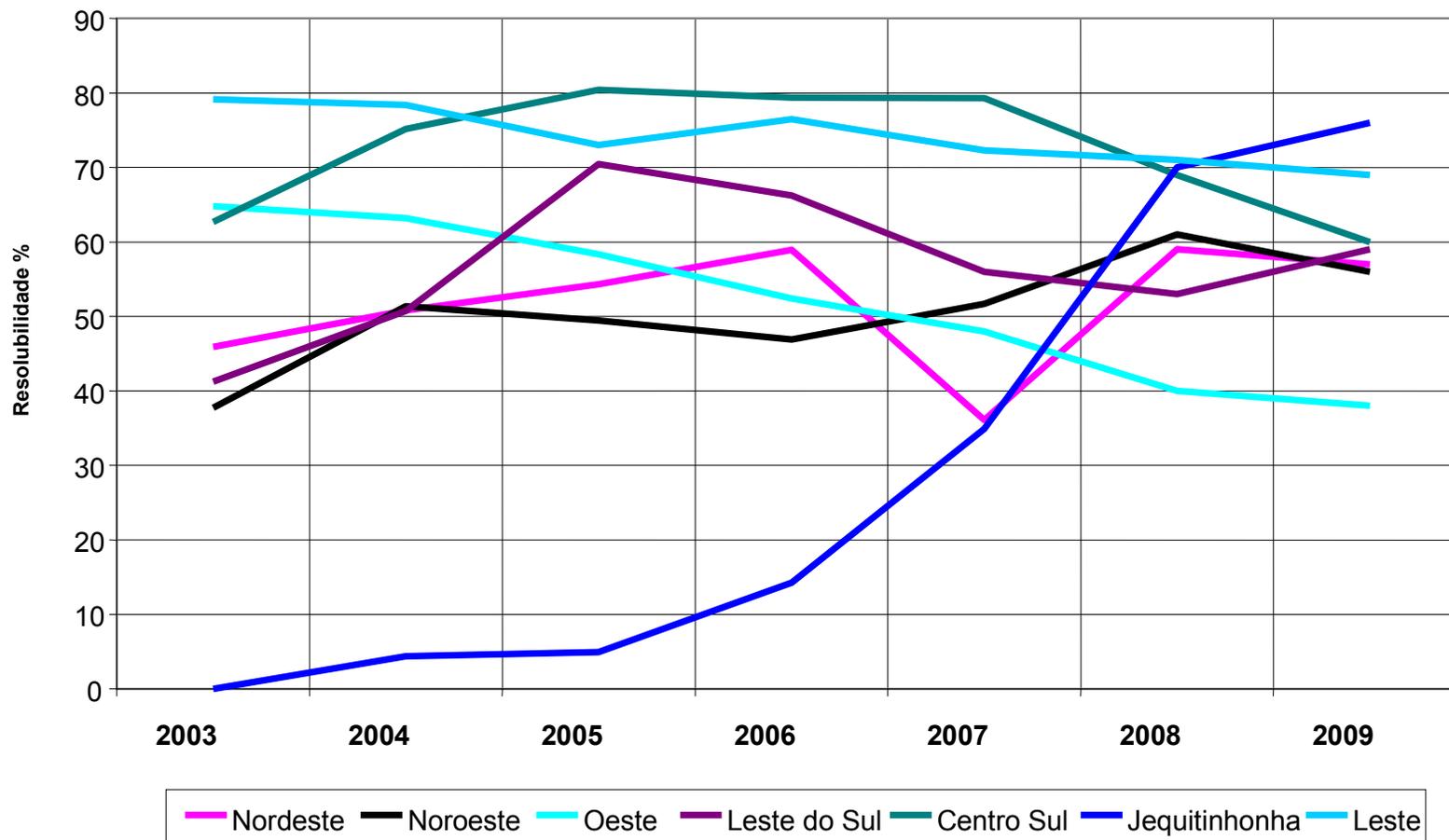
Fonte: NARS/AGR/DATASUS

**GRÁFICO V - A resolubilidade da assistência hospitalar da clínica neurológica de nível macro
(AC/MCHE) - Macros com resolubilidade acima de 80%, em 2003**



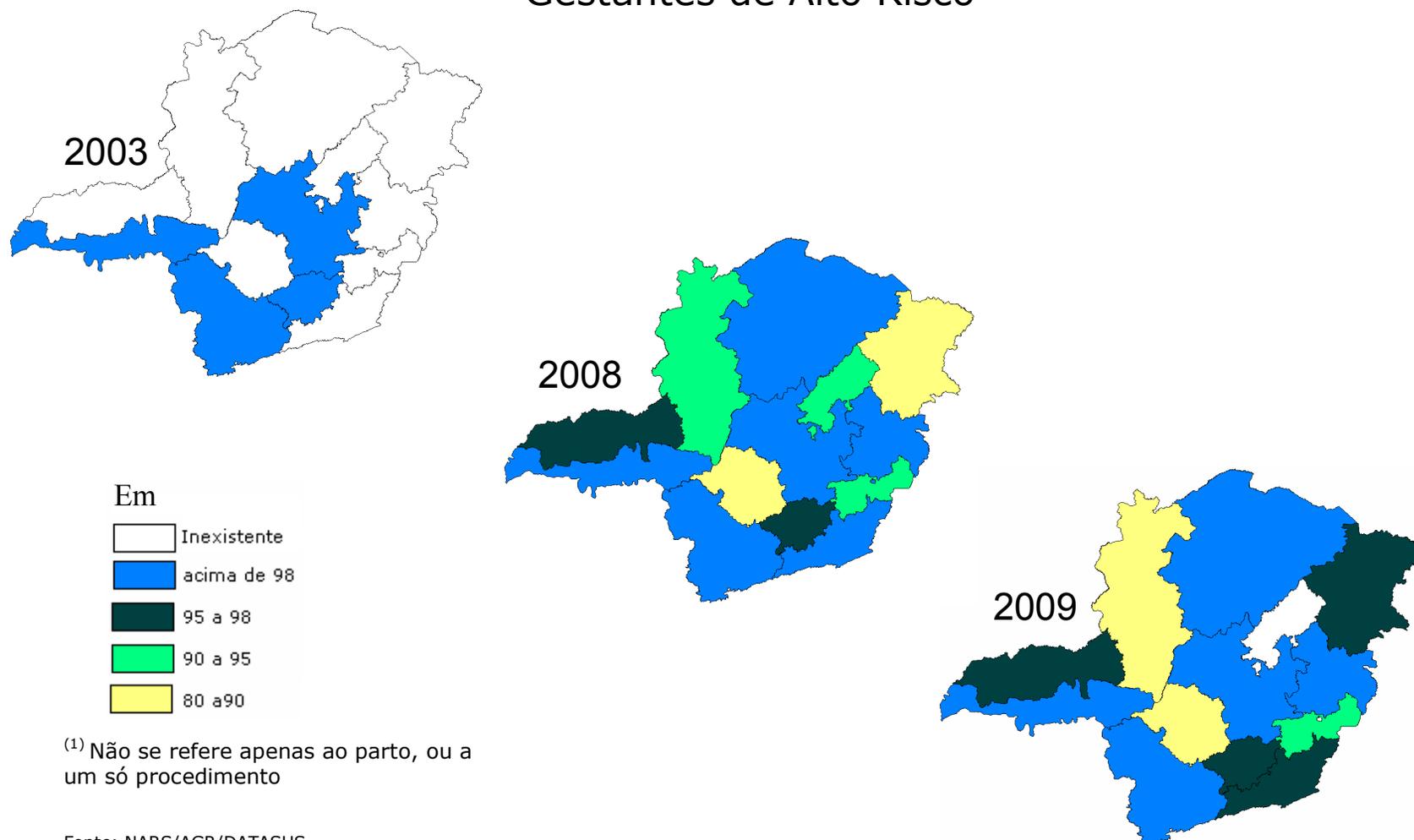
Fonte: NARS/AGR/DATASUS

**GRÁFICO VI - A resolubilidade da assistência hospitalar da clínica neurológica de nível macro
(AC/MCHE) - Macros com resolubilidade abaixo de 80 em 2003**

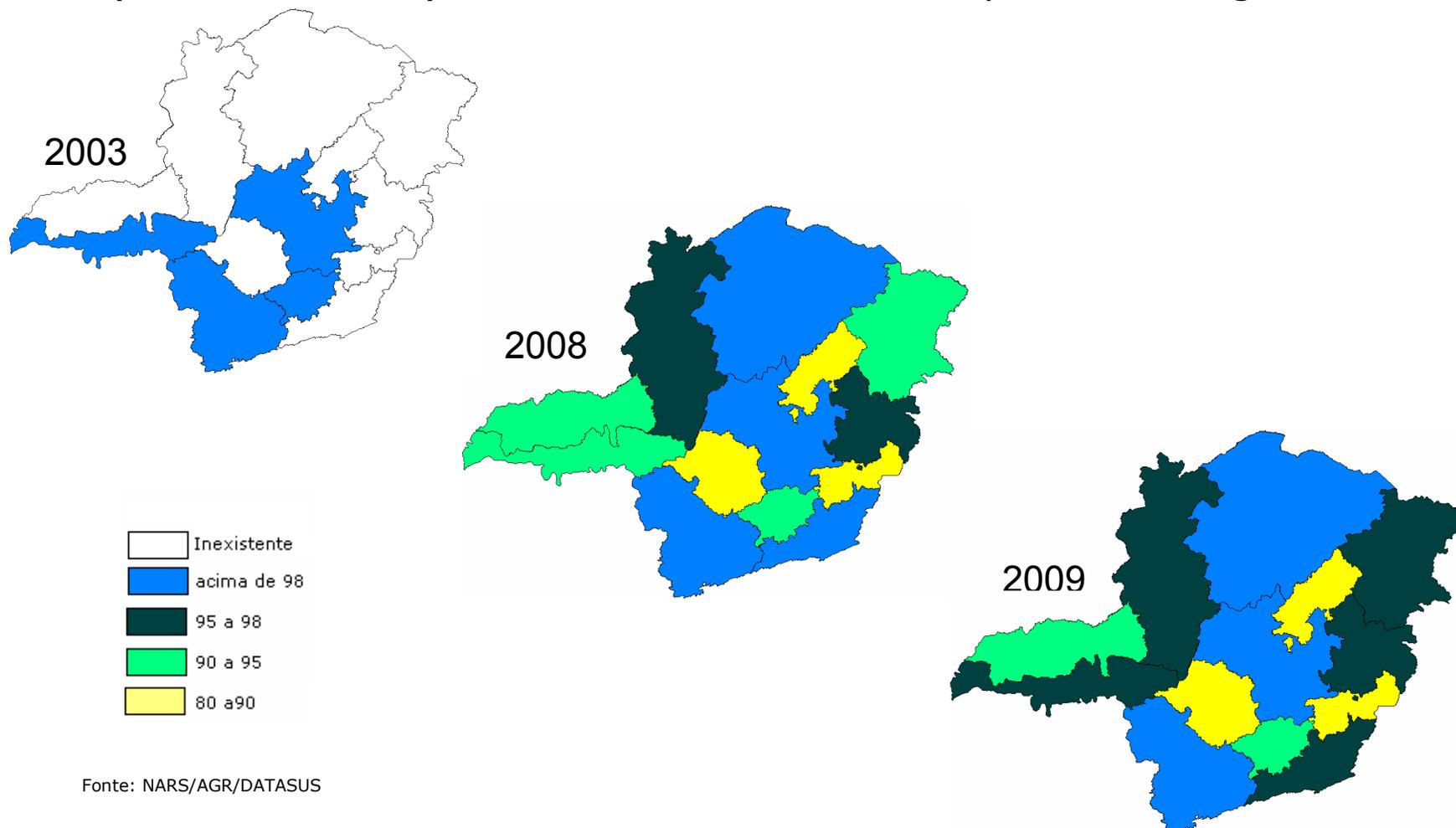


Fonte: NARS/AGR/DATASUS

MAPA II – Resolubilidade da atenção hospitalar de nível terciário¹ às Gestantes de Alto Risco

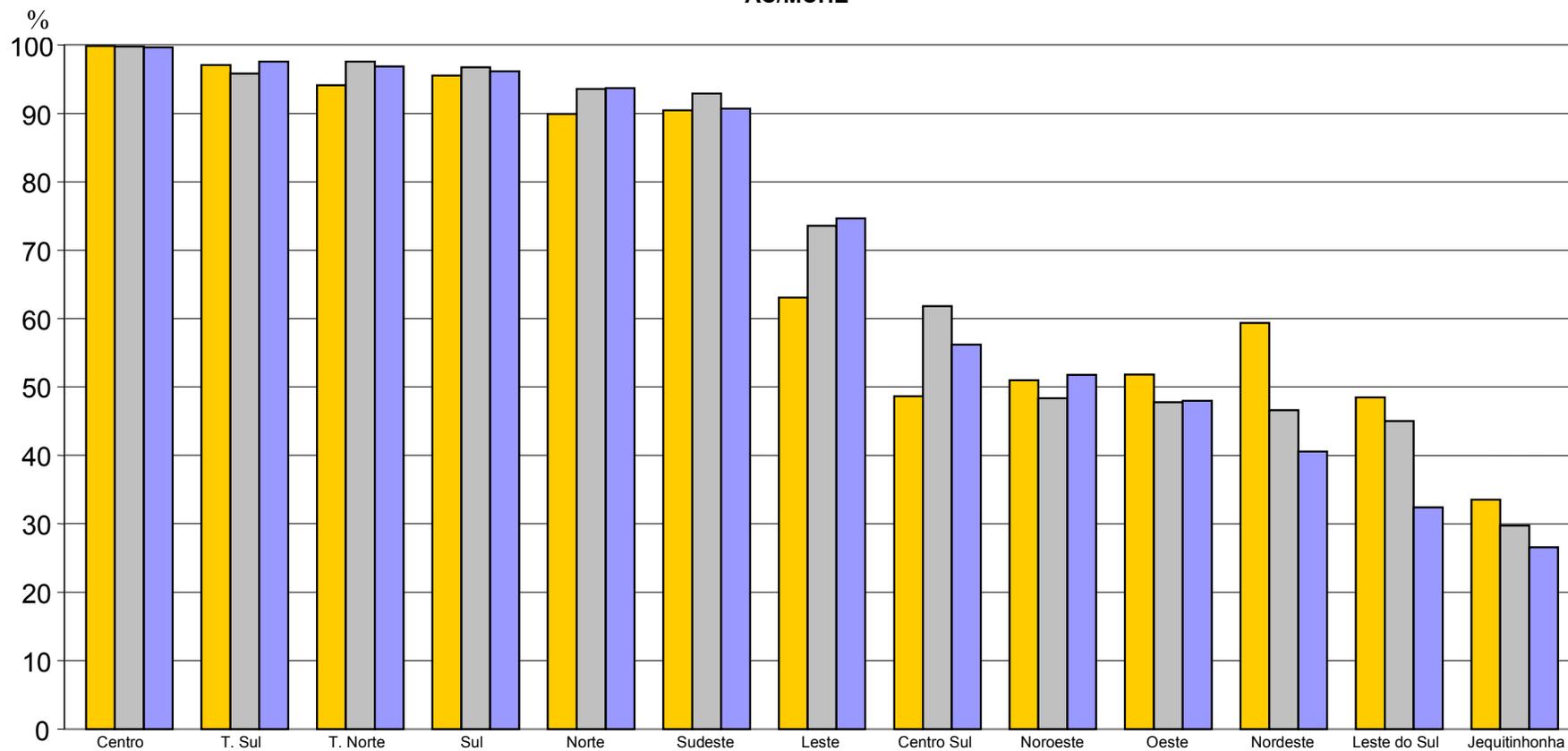


MAPA III – Resolubilidade da atenção hospitalar de níveis macro e micro (AC/MCHE e MCH1) às Gestantes de Alto Risco, por macrorregião



Fonte: NARS/AGR/DATASUS

GRÁFICO VII - Resolubilidade da assistência hospitalar das Macrorregiões, no elenco de procedimentos do nível macrorregional - AC/MCHE

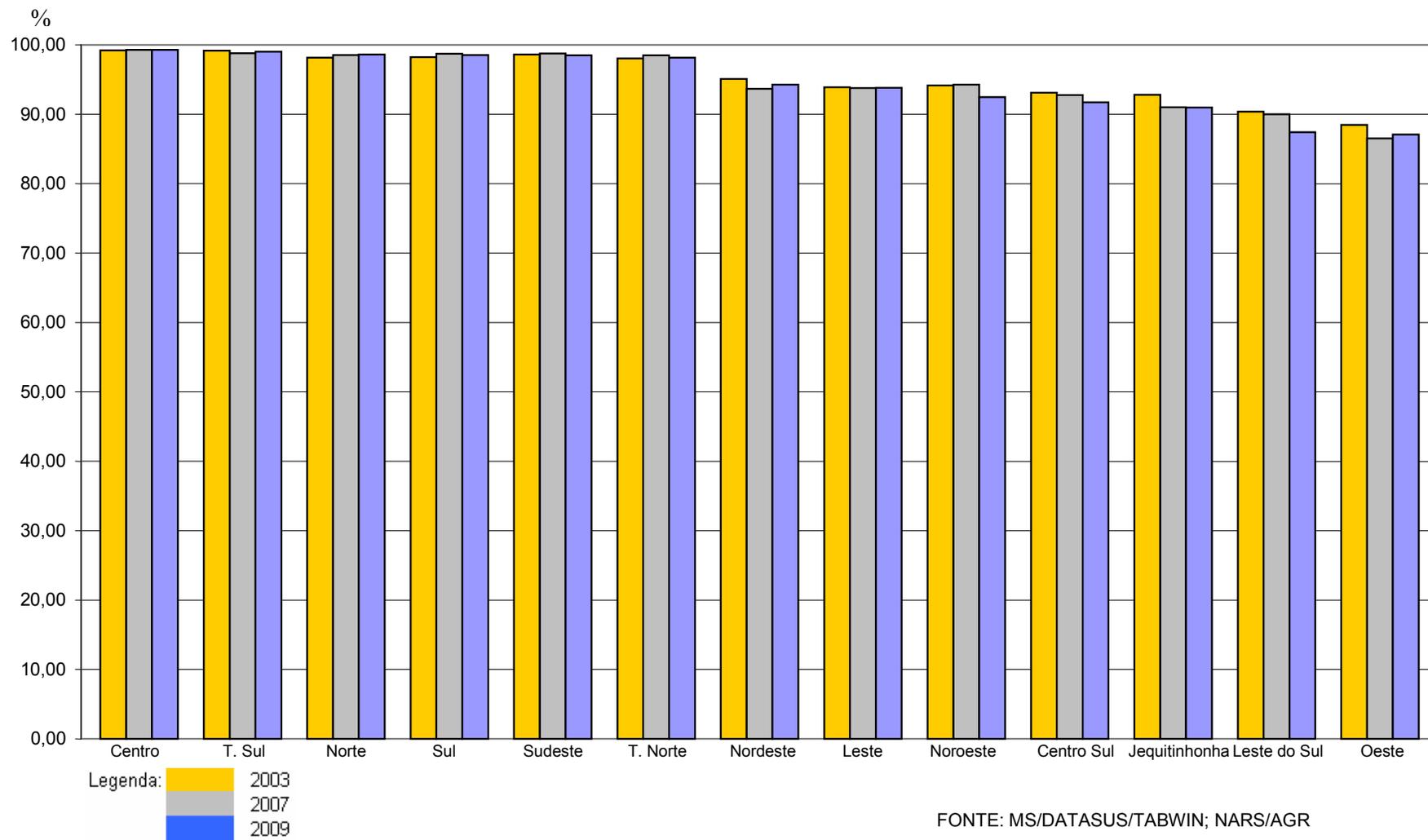


⁽¹⁾ Inclui a atenção à GAR

Legenda:
 2003
 2007
 2009

FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

GRÁFICO VIII – Resolubilidade da assistência hospitalar total, por Macrorregião (AC/MCHE, MCH1, MCH2 e MCHB)



MAPA IV - RESOLUBILIDADE DAS MICRORREGIÕES NOS ELENÇOS ESPERADOS PARA A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DOS NÍVEIS MICRORREGIONAL E MUNICIPAL (MCH1, MCH2, MCHB)

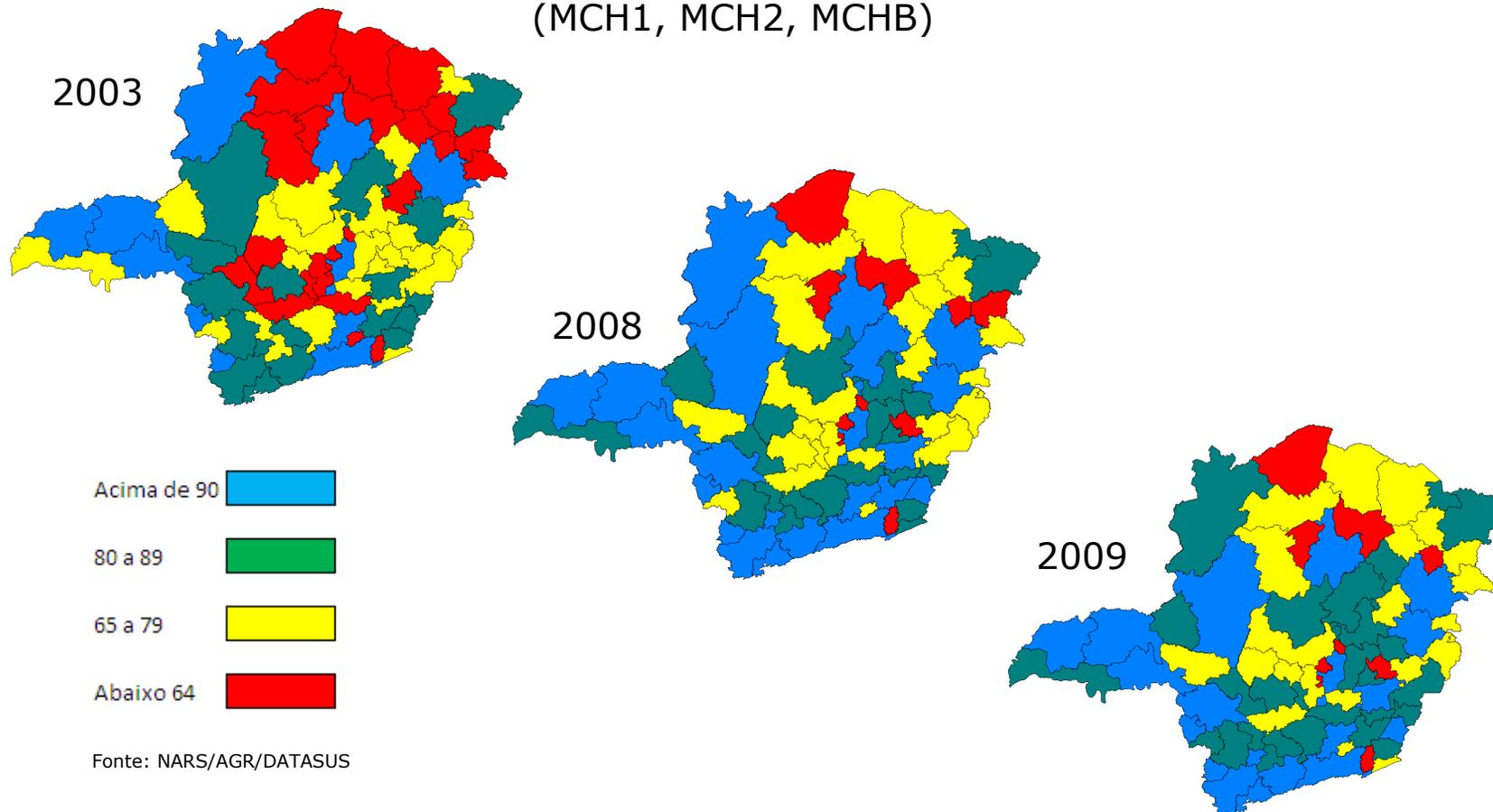


GRÁFICO IX - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Centro, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)

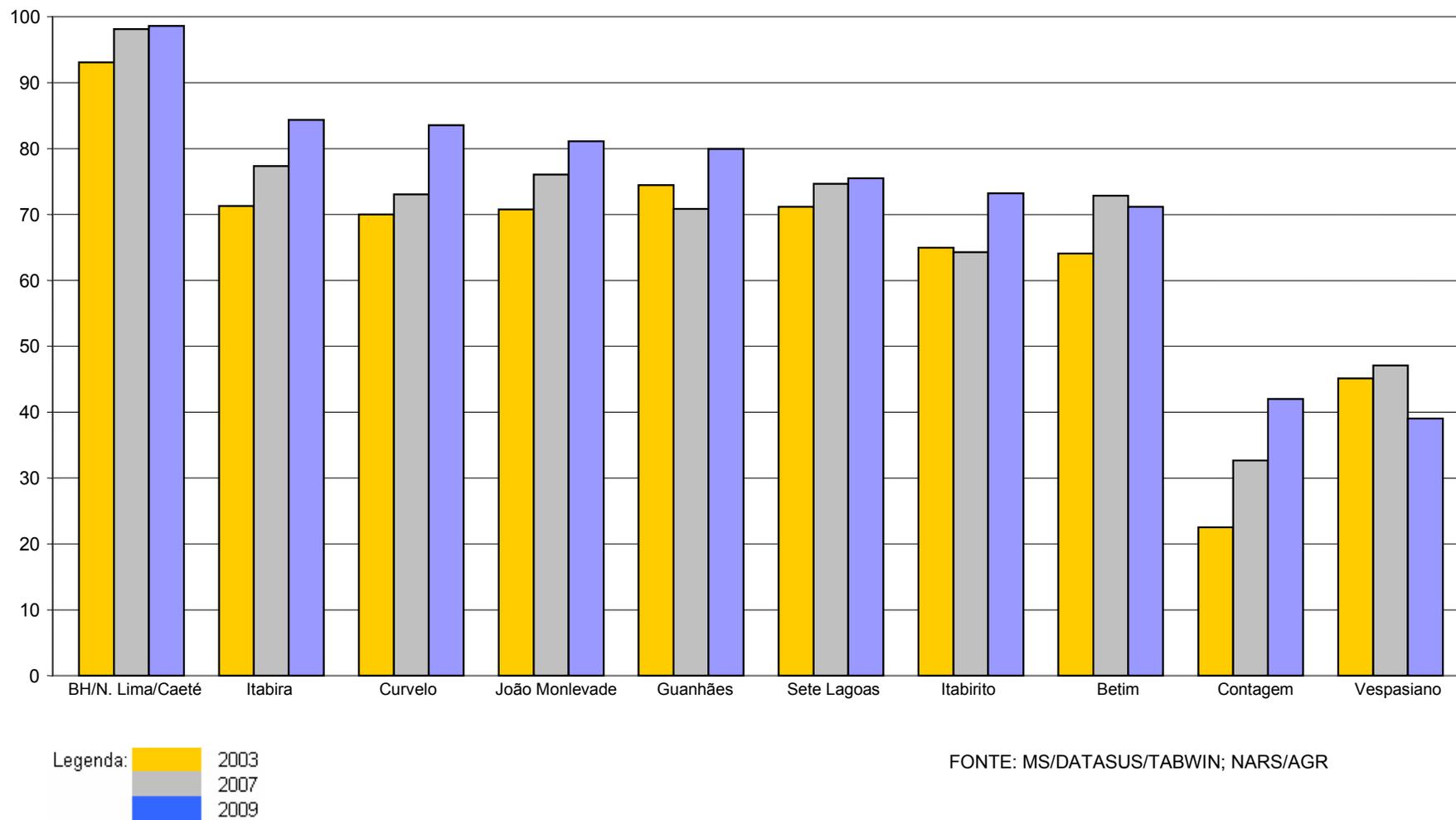
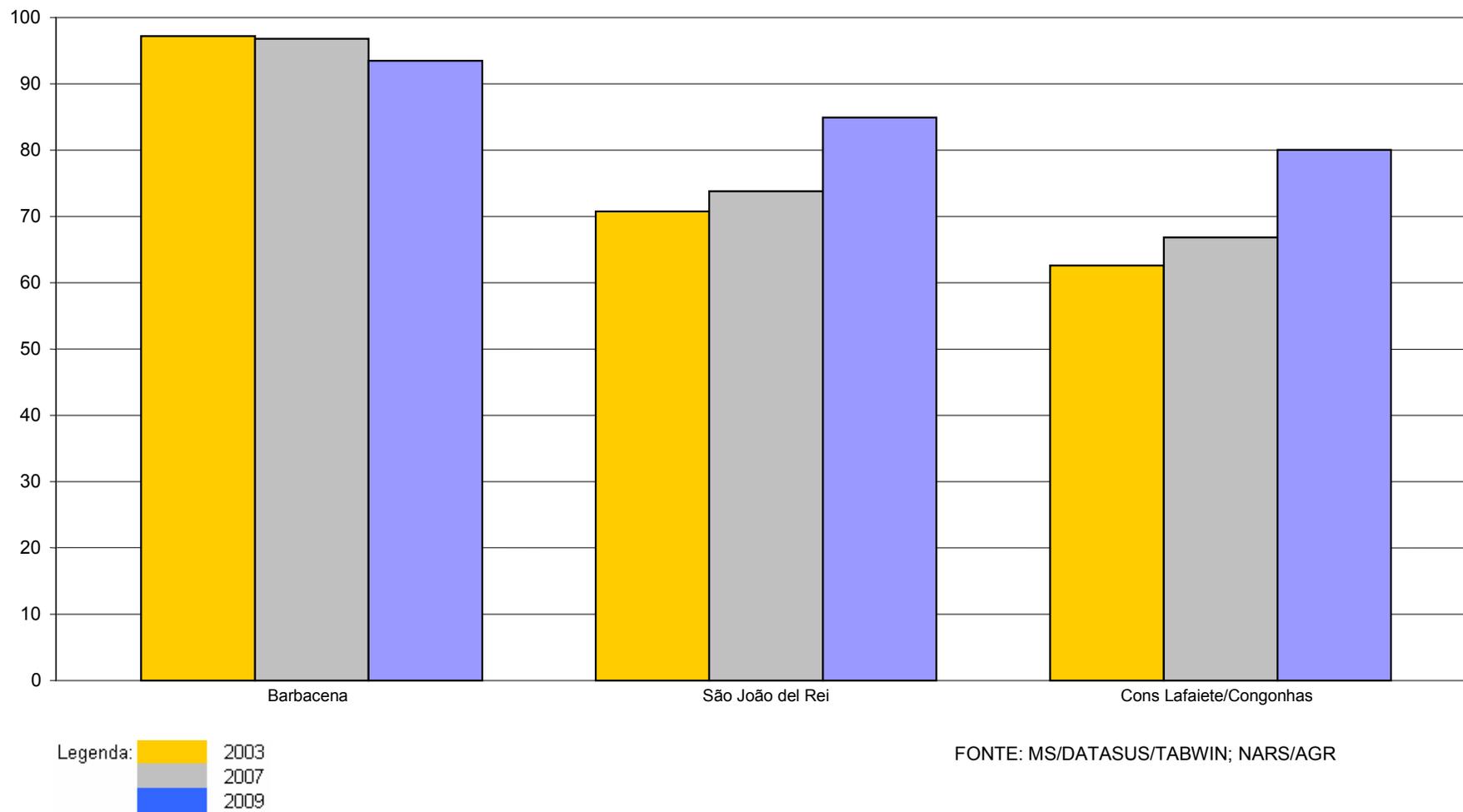


GRÁFICO X - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Centro Sul, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)



**GRÁFICO XI - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Jequitinhonha, nos procedimentos do
elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)**

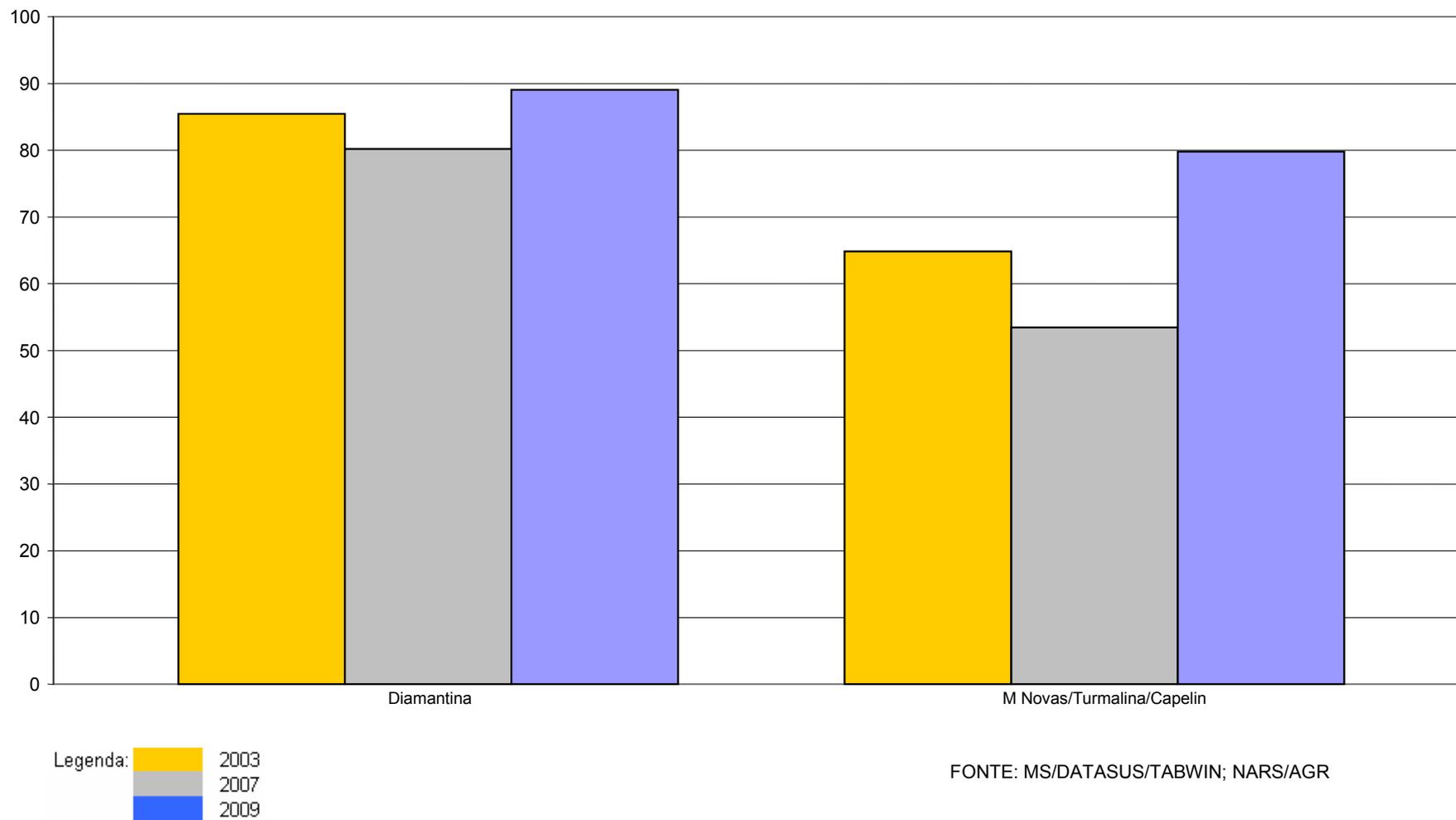


GRÁFICO XII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Leste, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)

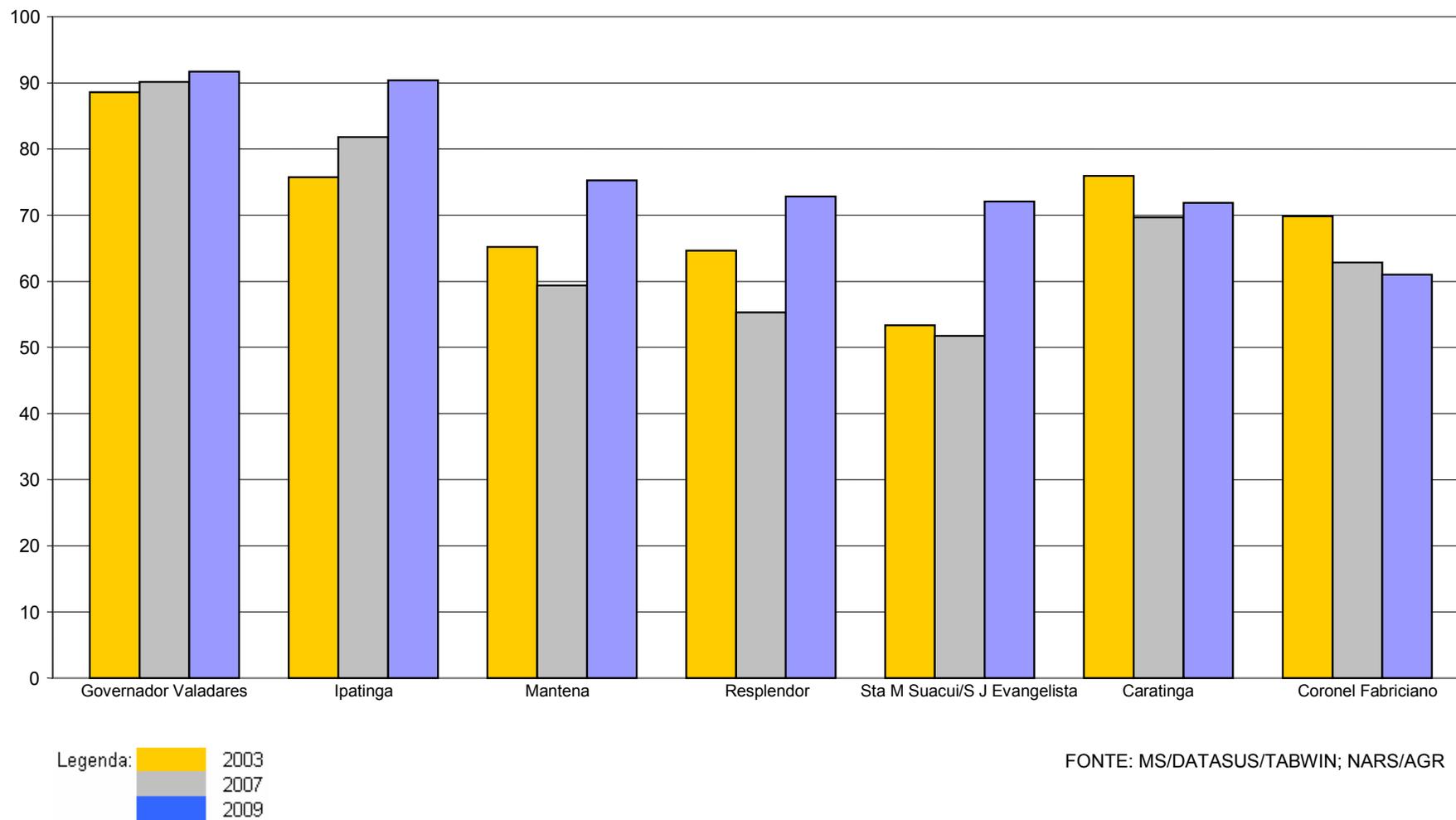


GRÁFICO XIII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Leste do Sul, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)

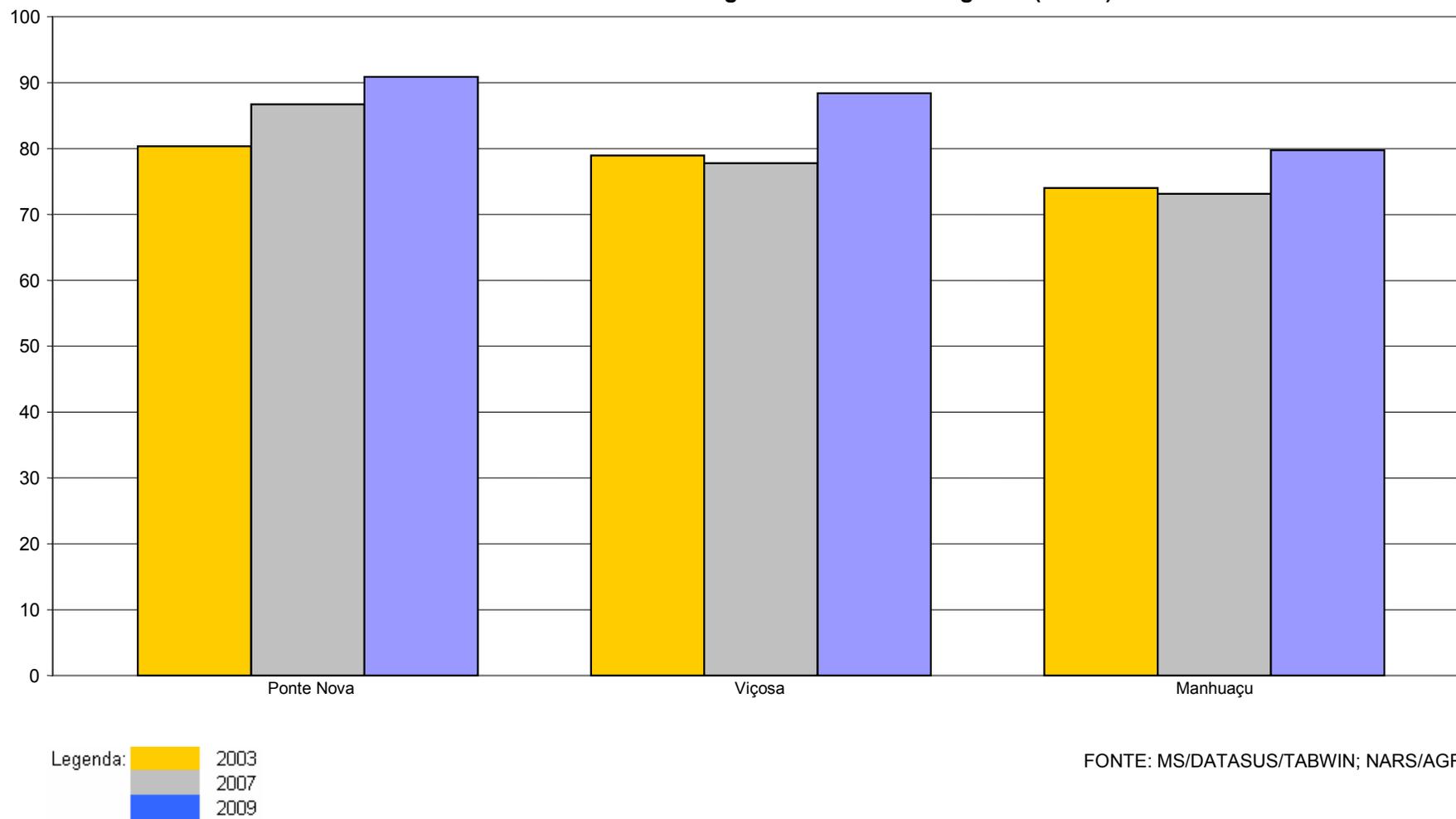
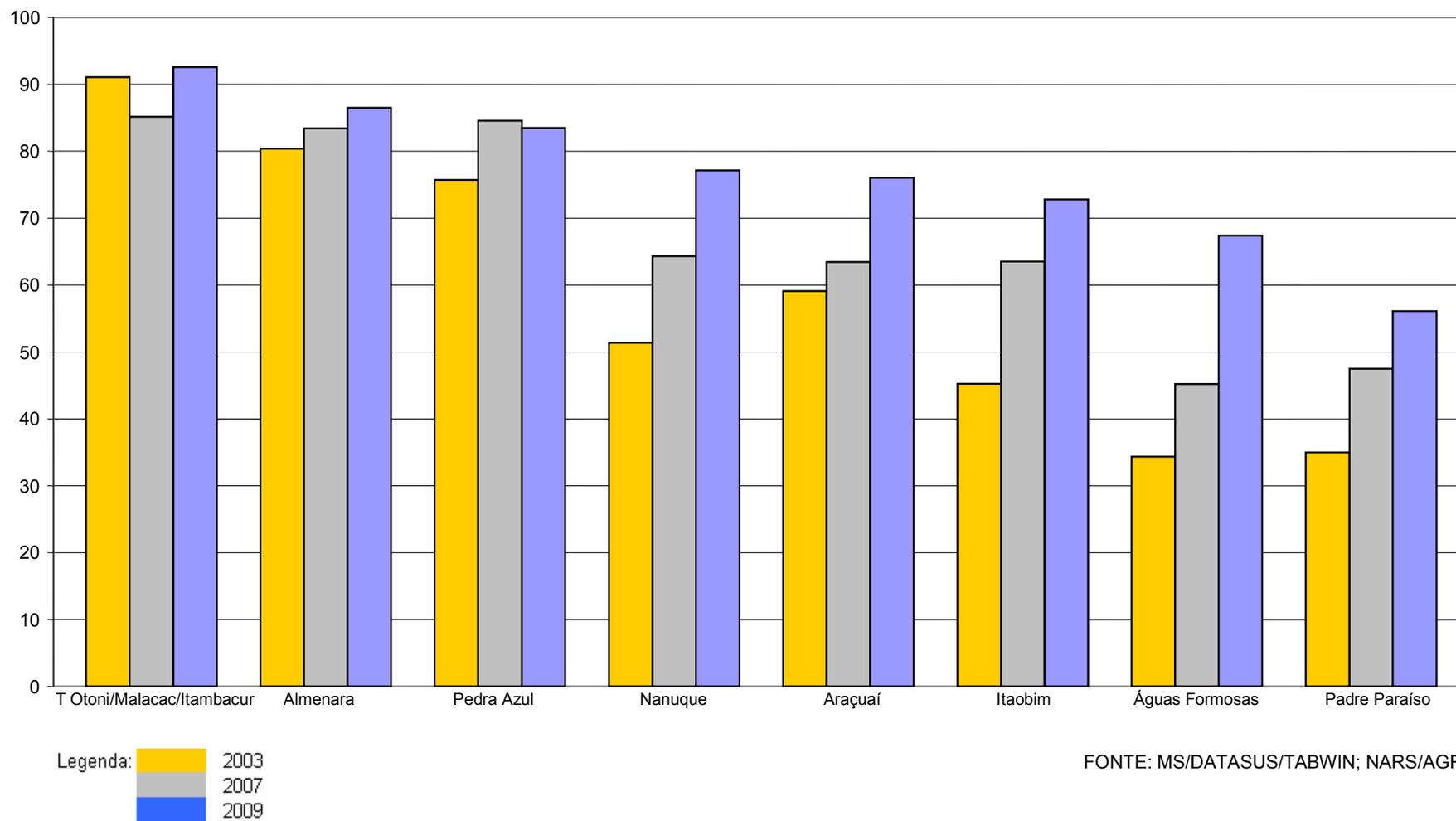
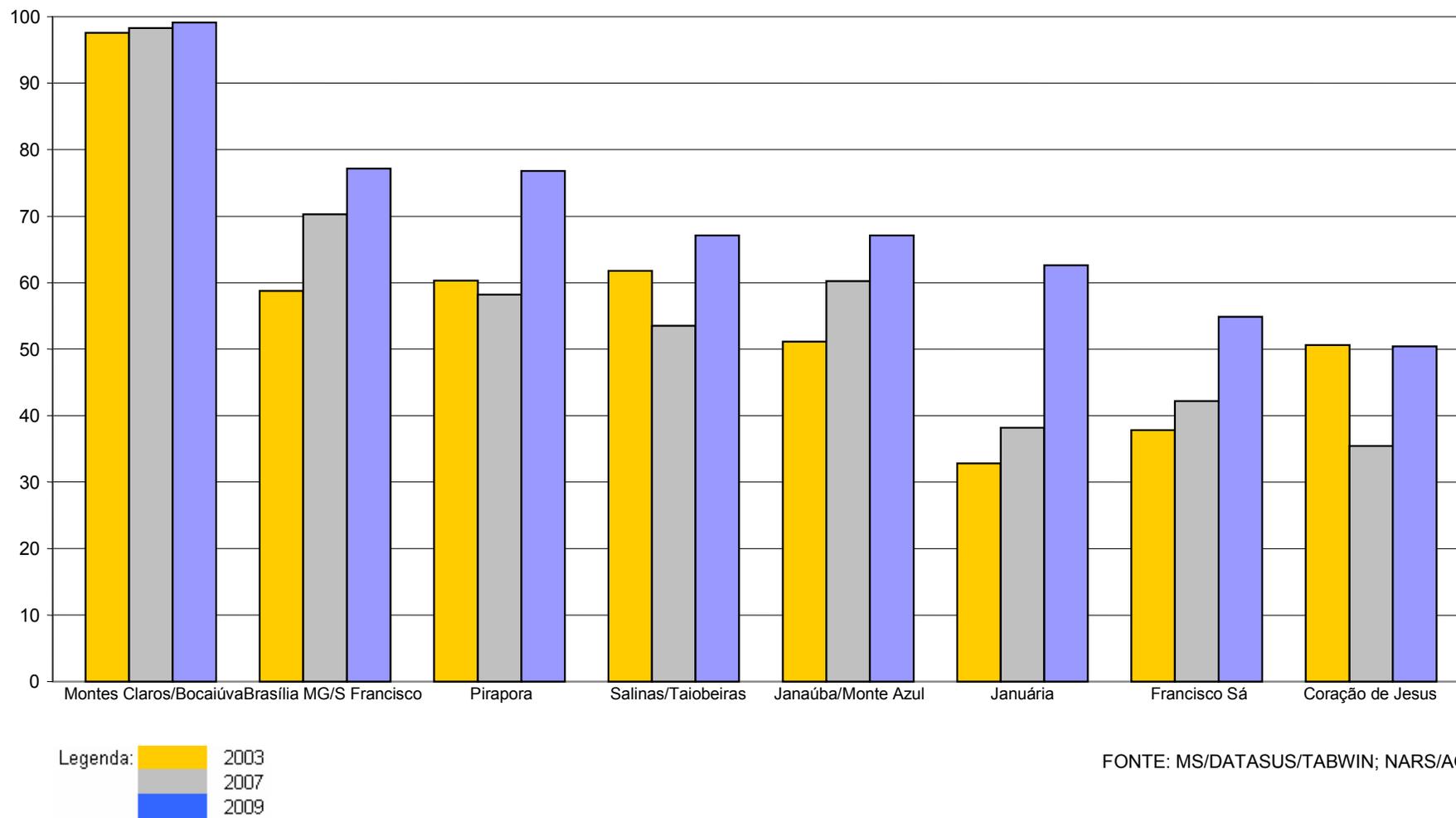


GRÁFICO XIV - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Nordeste, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)

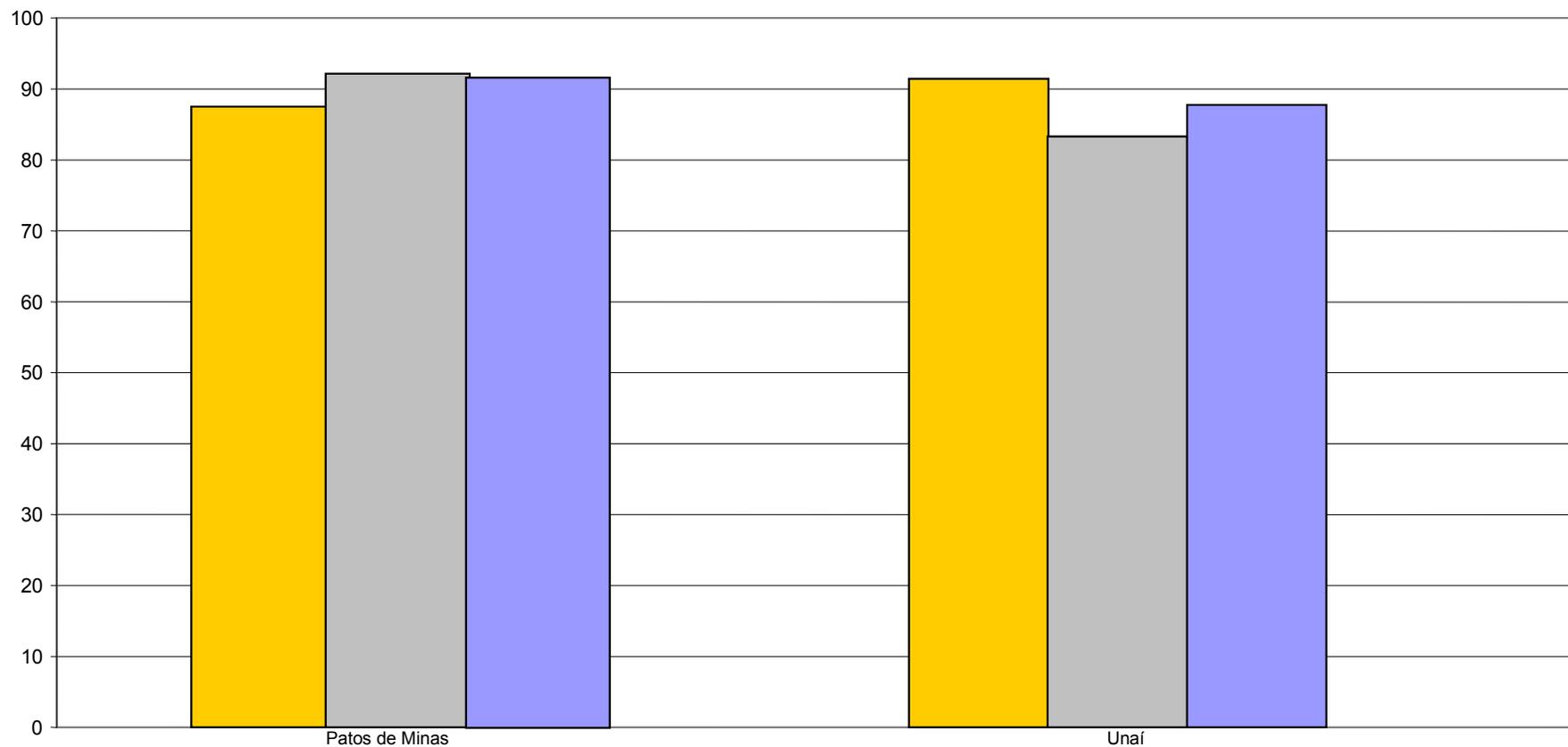


**GRÁFICO XV - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Norte de Minas, nos procedimentos do
elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)**



FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

GRÁFICO XVI - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Noroeste, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)



Legenda:  2003
 2007
 2009

FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

GRÁFICO XVII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Oeste, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)

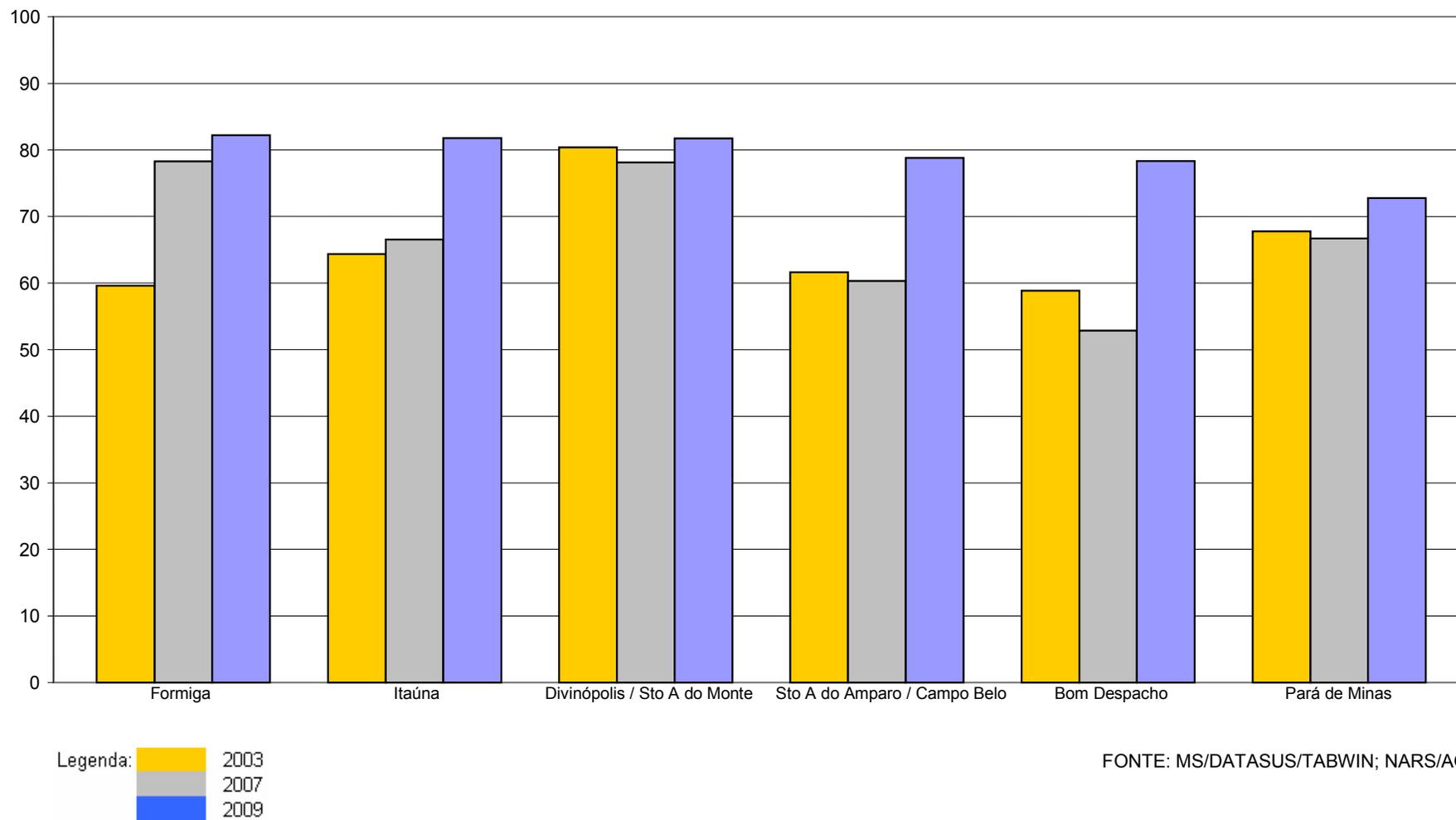


GRÁFICO XVIII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Sudeste, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)

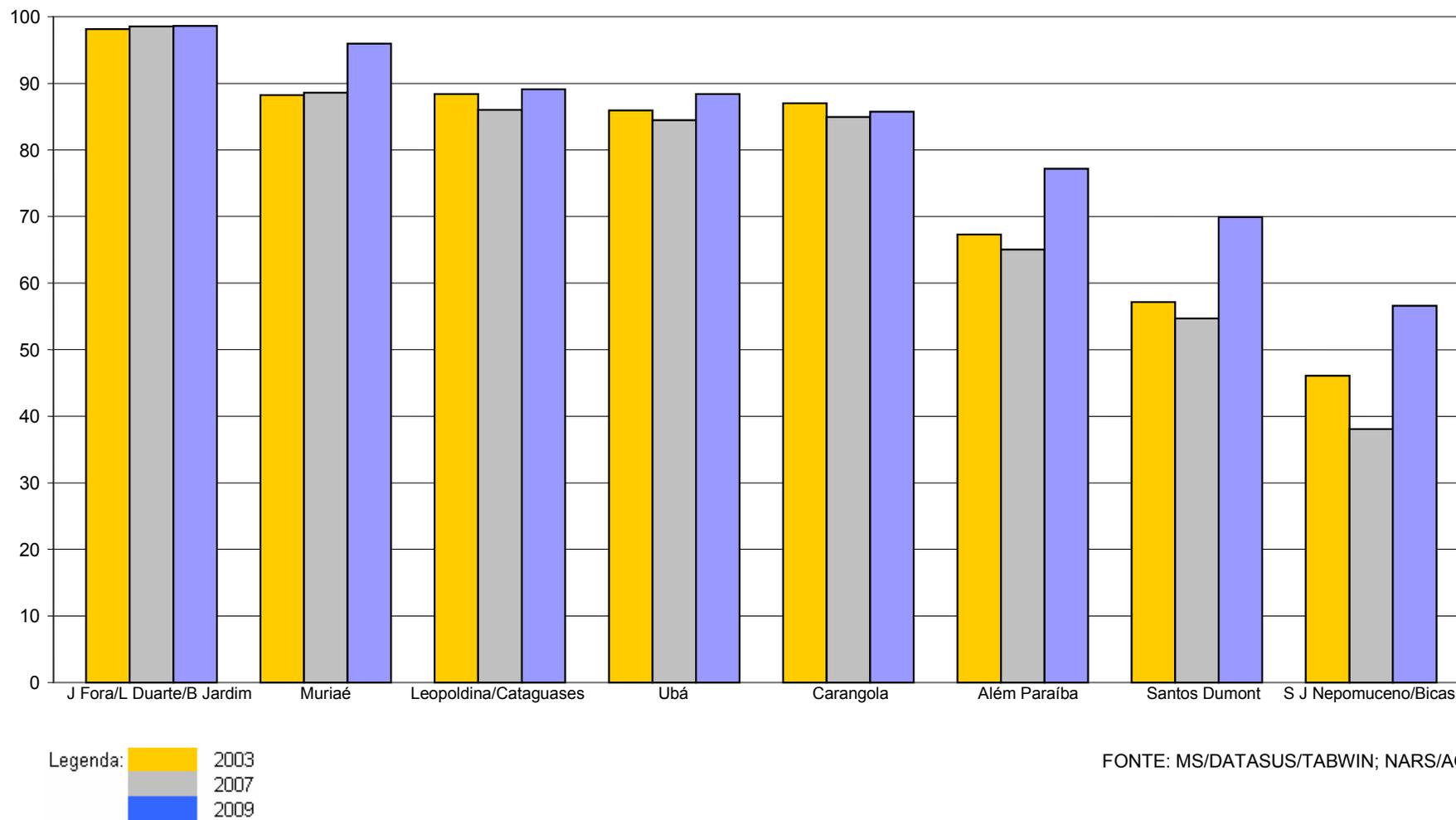


GRÁFICO XIX - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Sul, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)

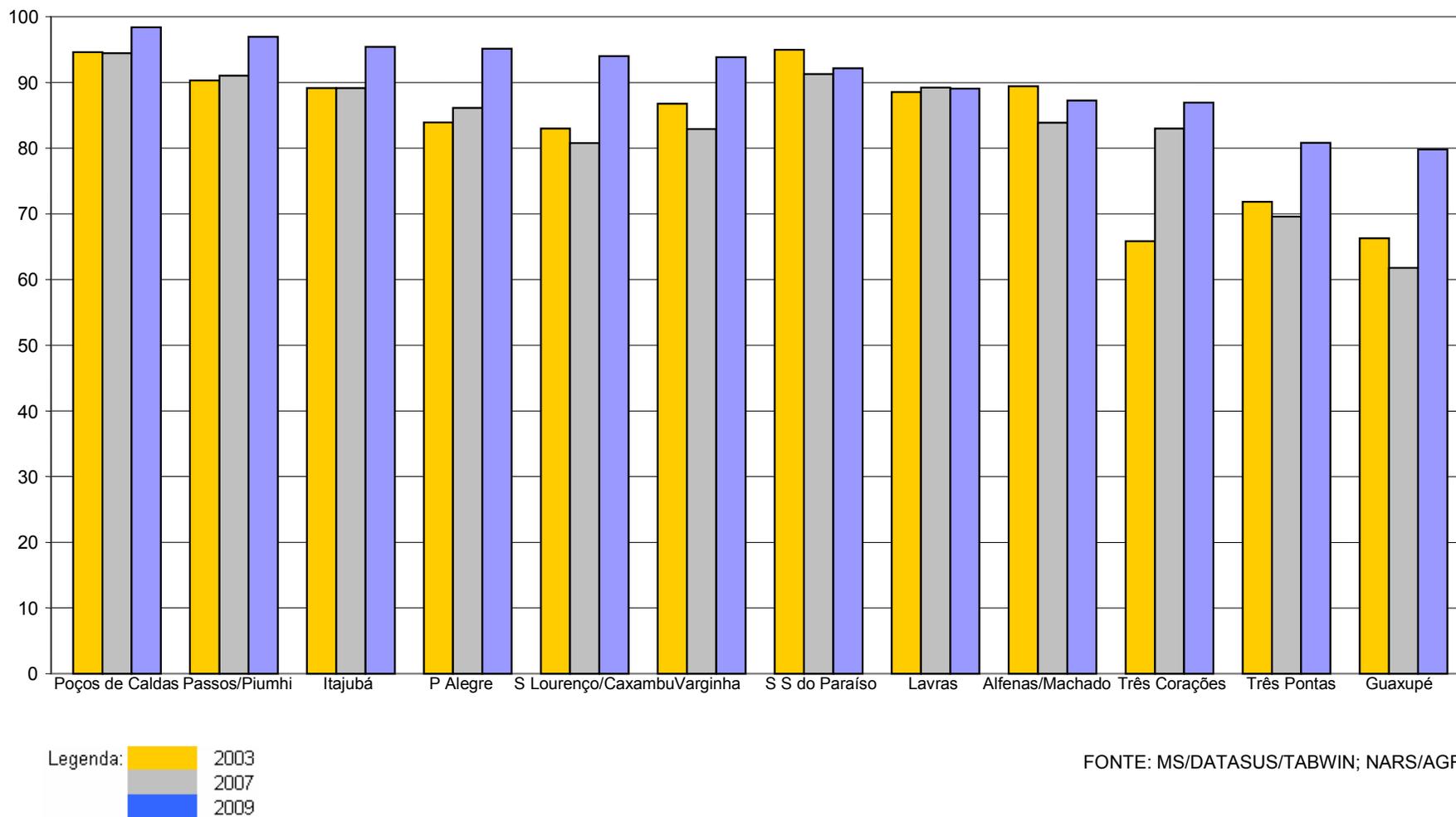
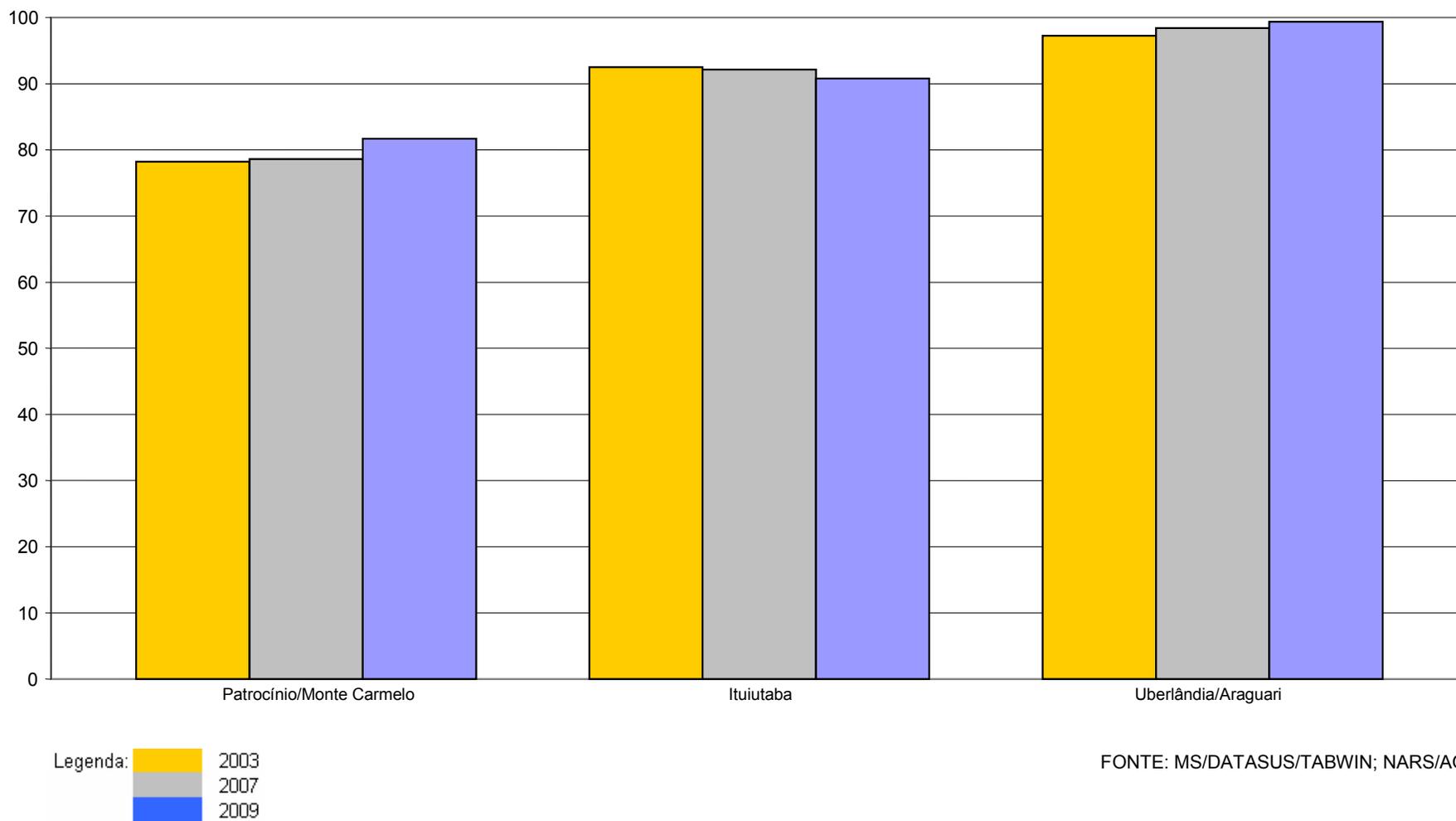
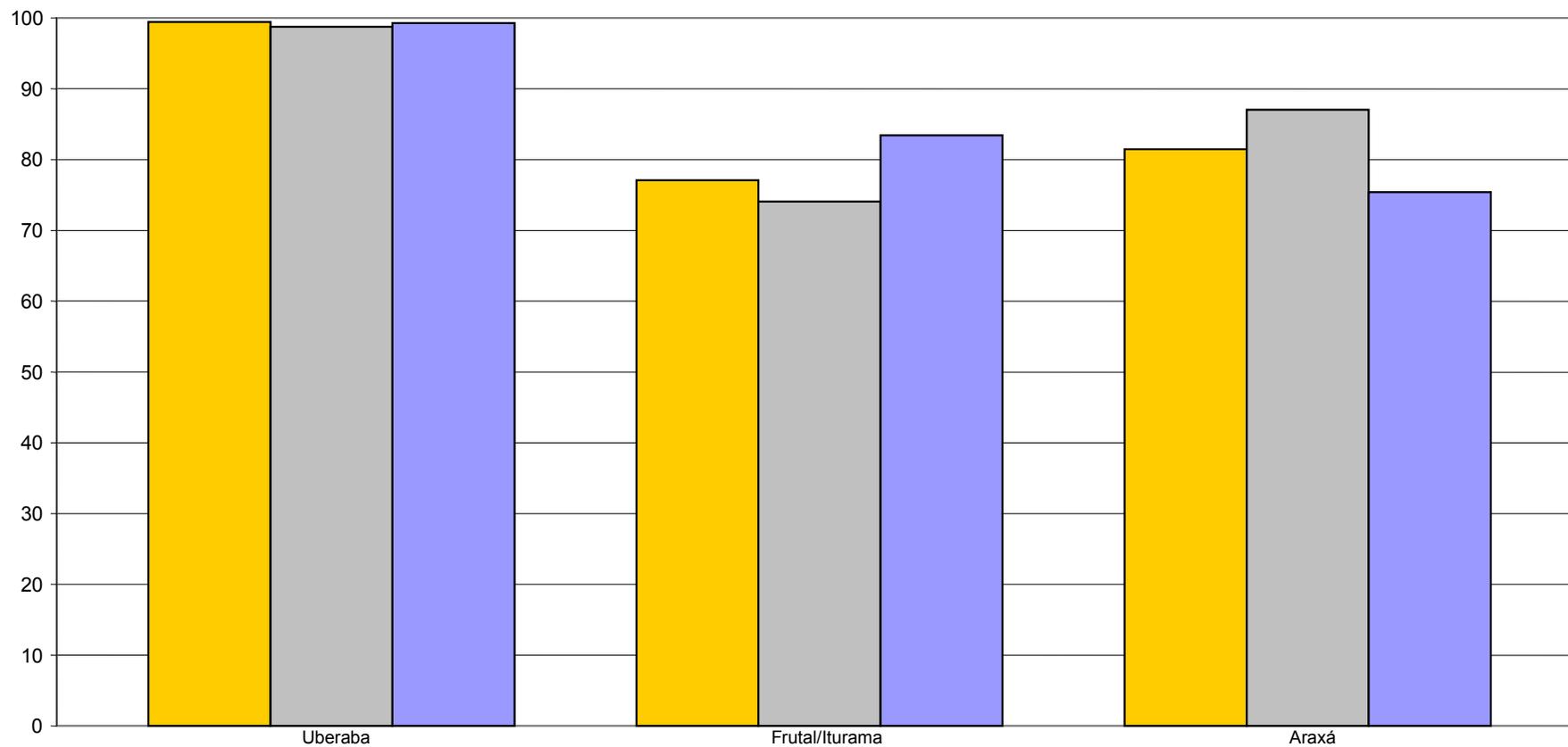


GRÁFICO XX - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Triângulo Norte, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)



FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

GRÁFICO XXI - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Triângulo Sul, nos procedimentos do elenco de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)



Legenda:  2003
 2007
 2009

FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

MAPA V – Resolubilidade das microrregiões no conjunto dos elencos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

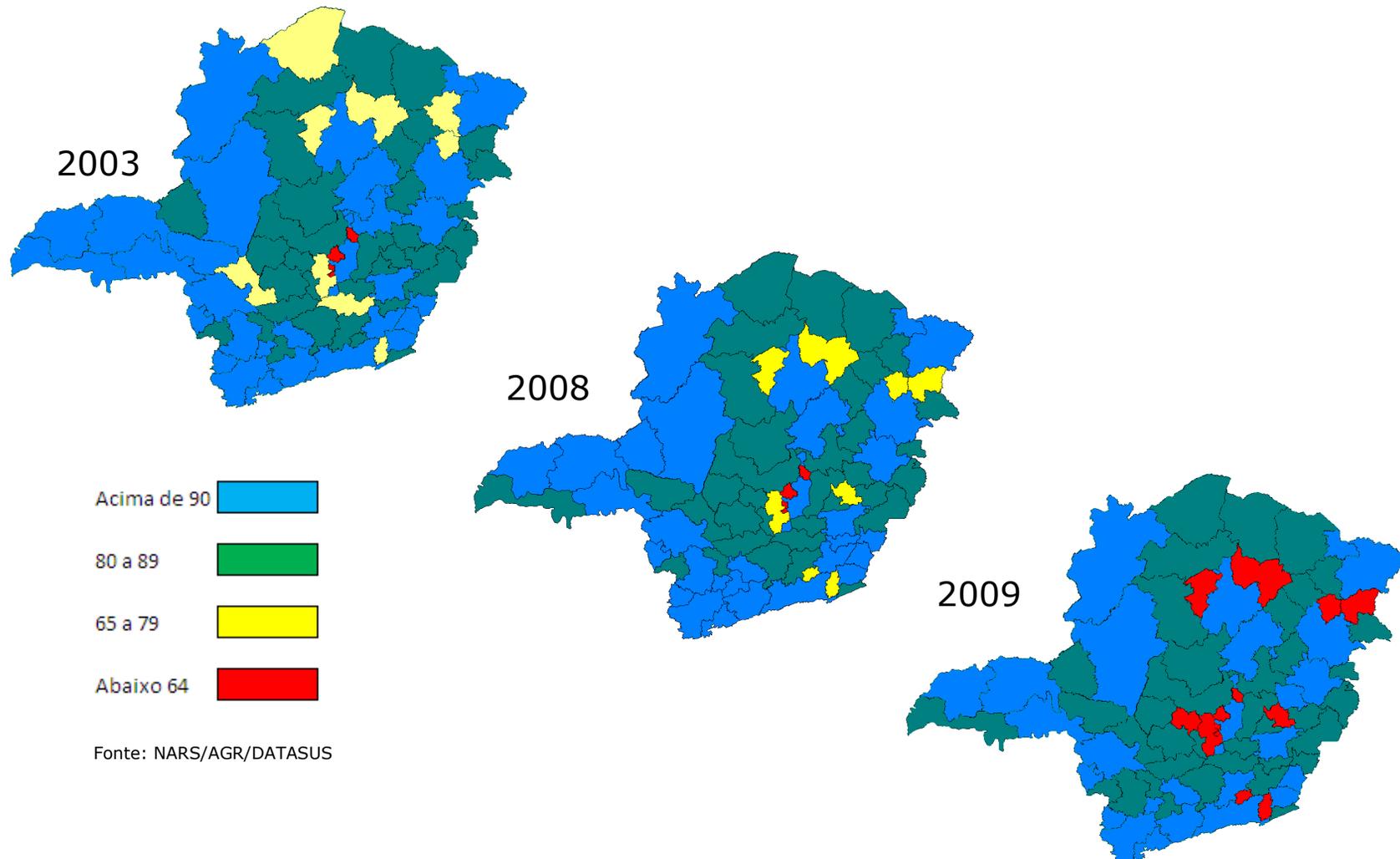


GRÁFICO XXII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Centro, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

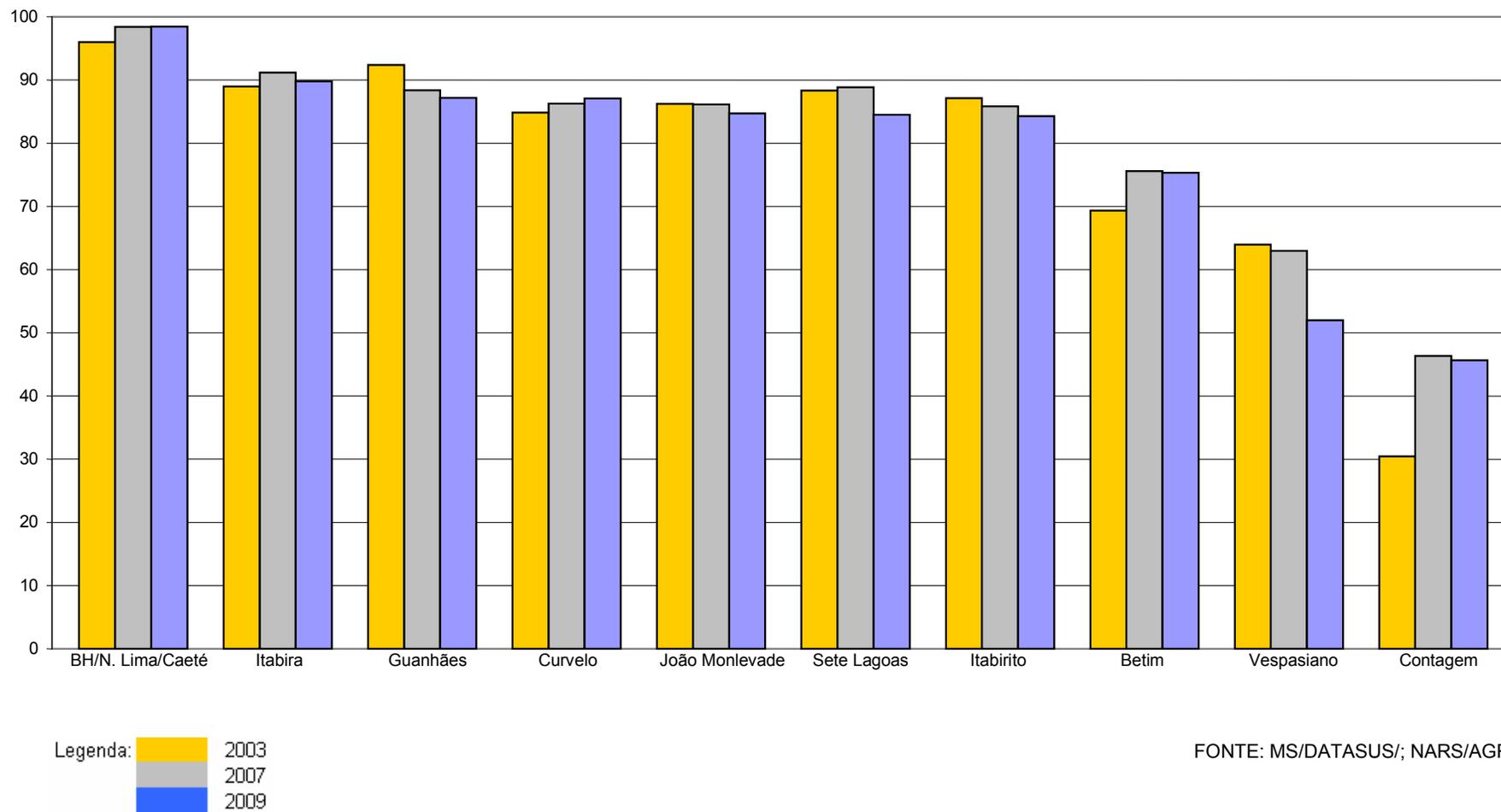


GRÁFICO XXIII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Centro Sul, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

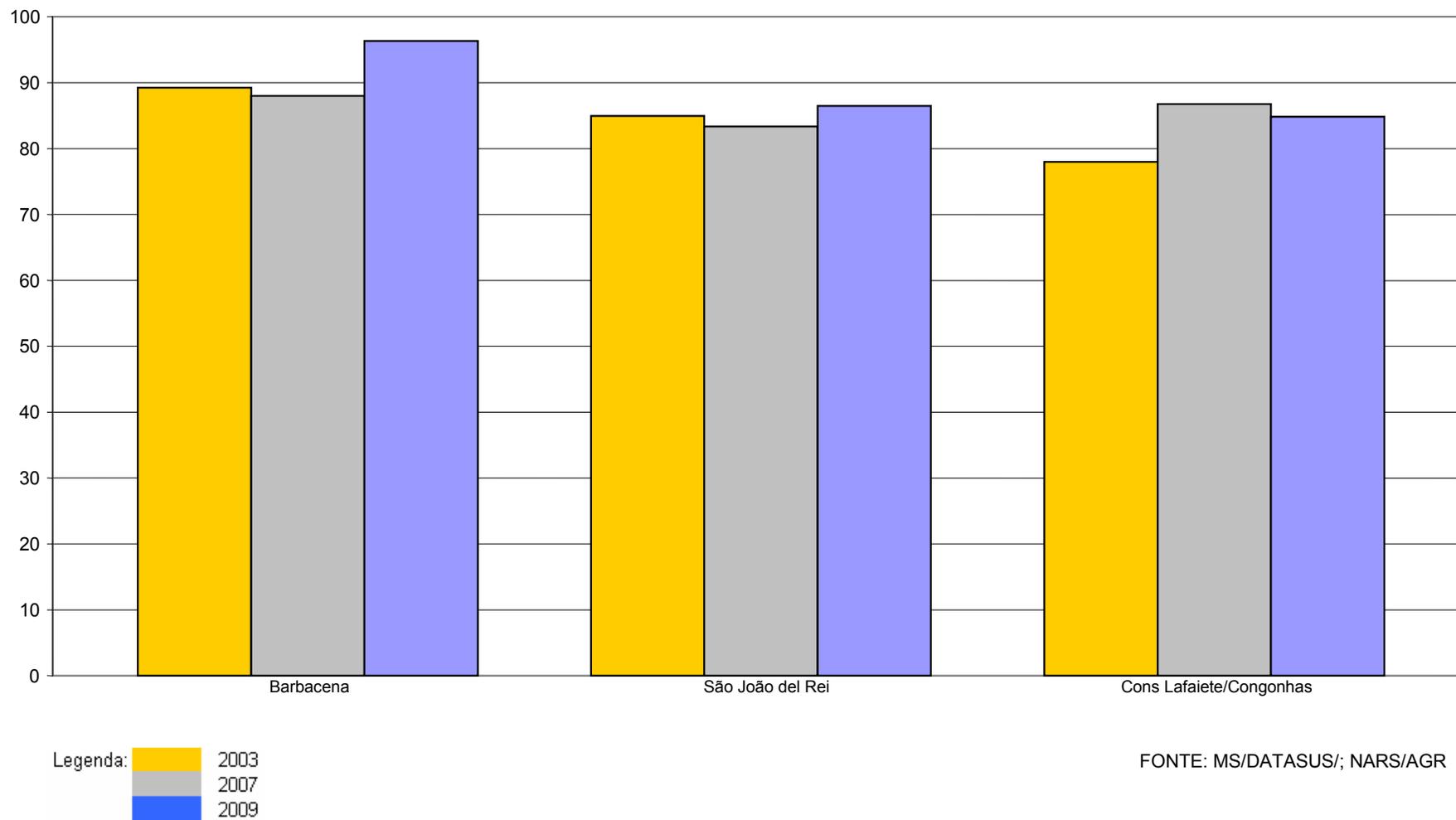
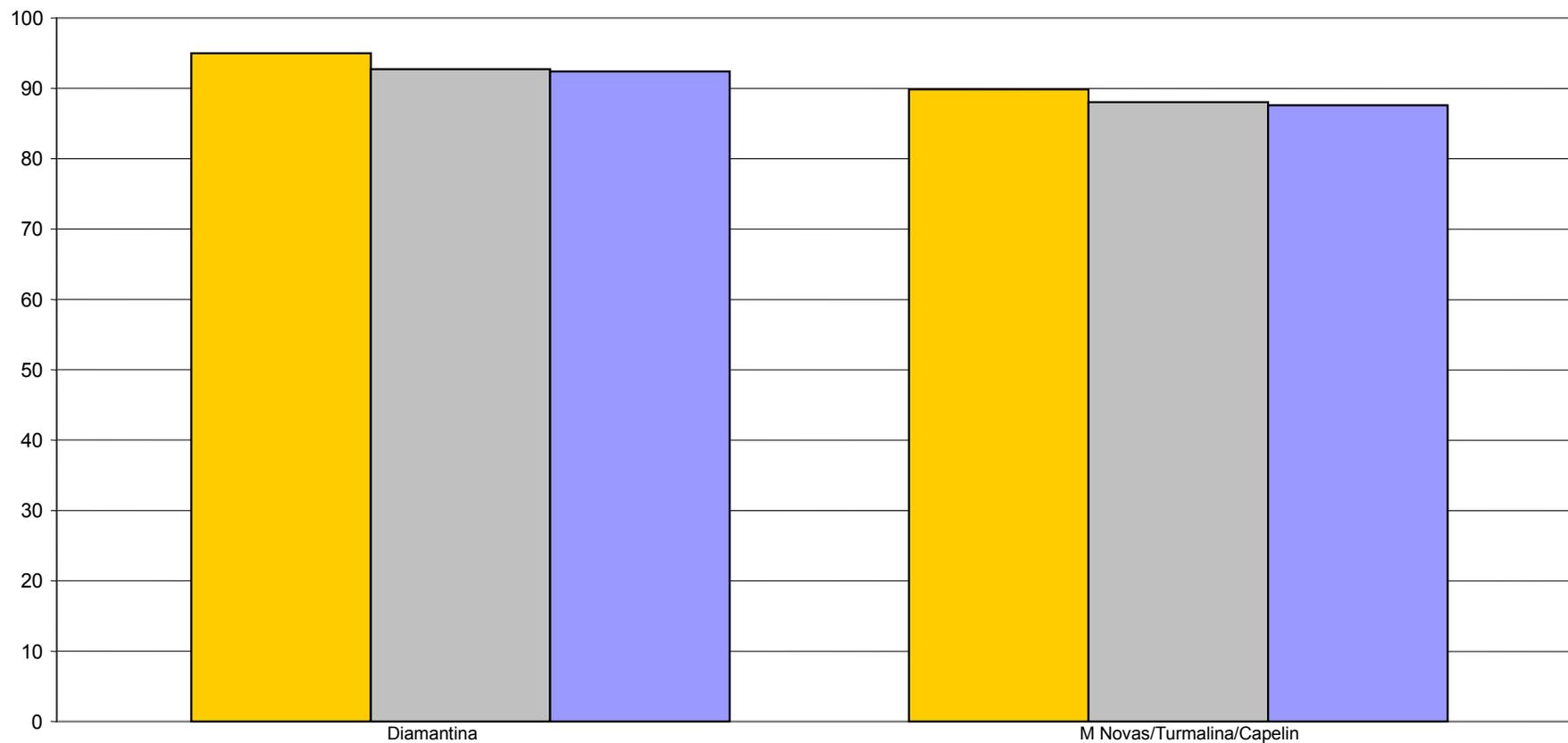


GRÁFICO XXIV - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Jequitinhonha, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)



Legenda:  2003
 2007
 2009

FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

GRÁFICO XXV - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Leste, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

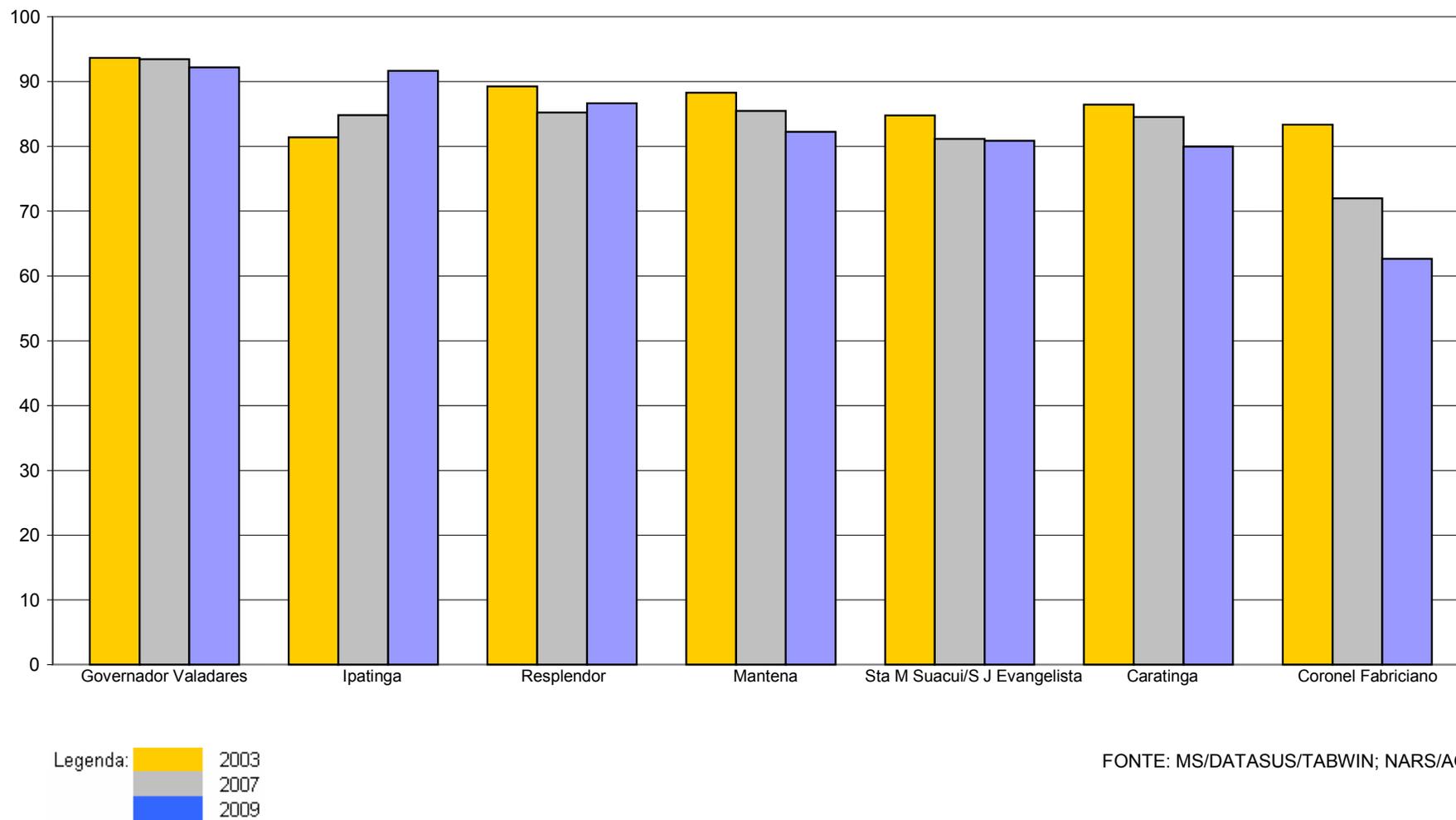
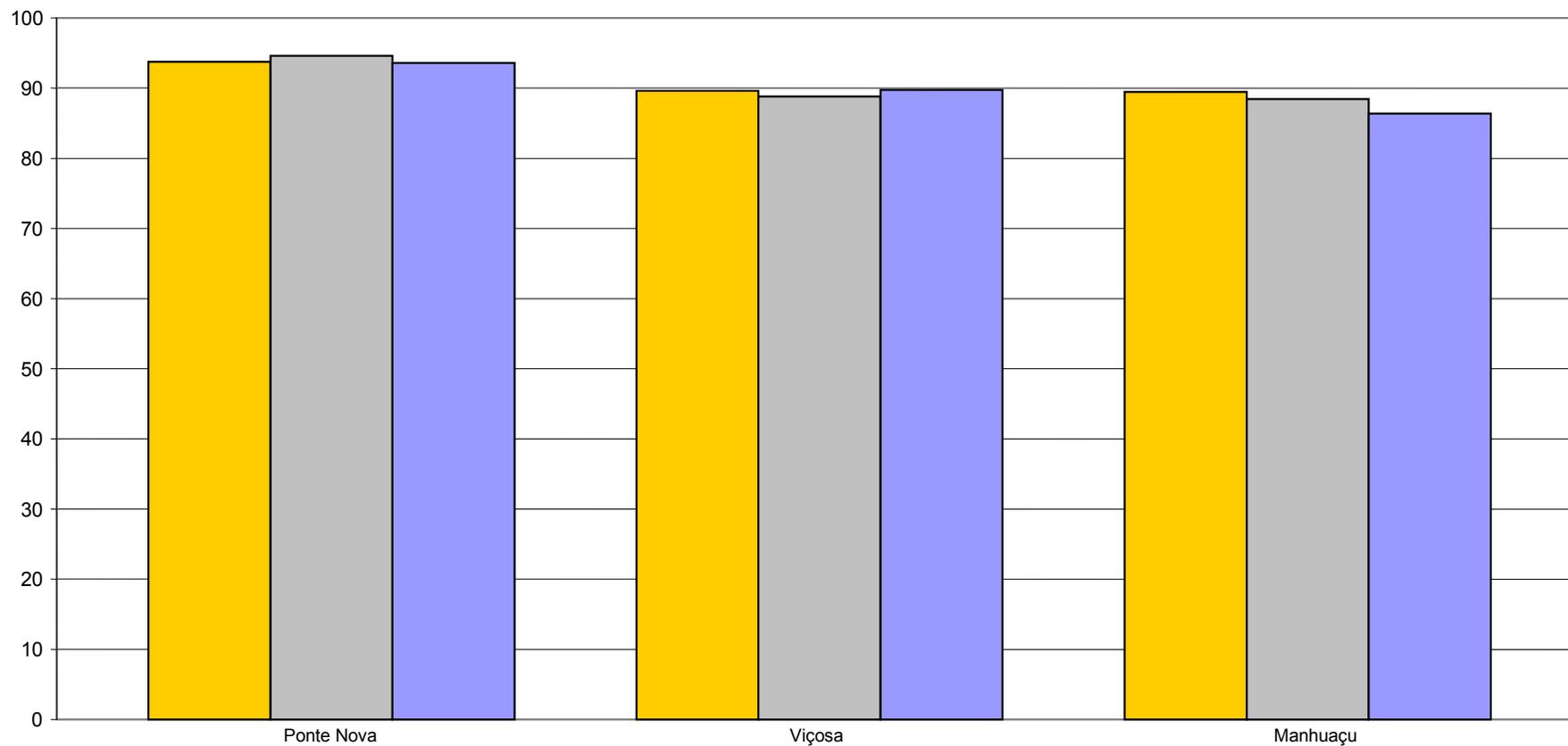


GRÁFICO XXVI - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Leste do Sul, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)



Legenda:  2003
 2007
 2009

FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

GRÁFICO XXVII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Nordeste, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

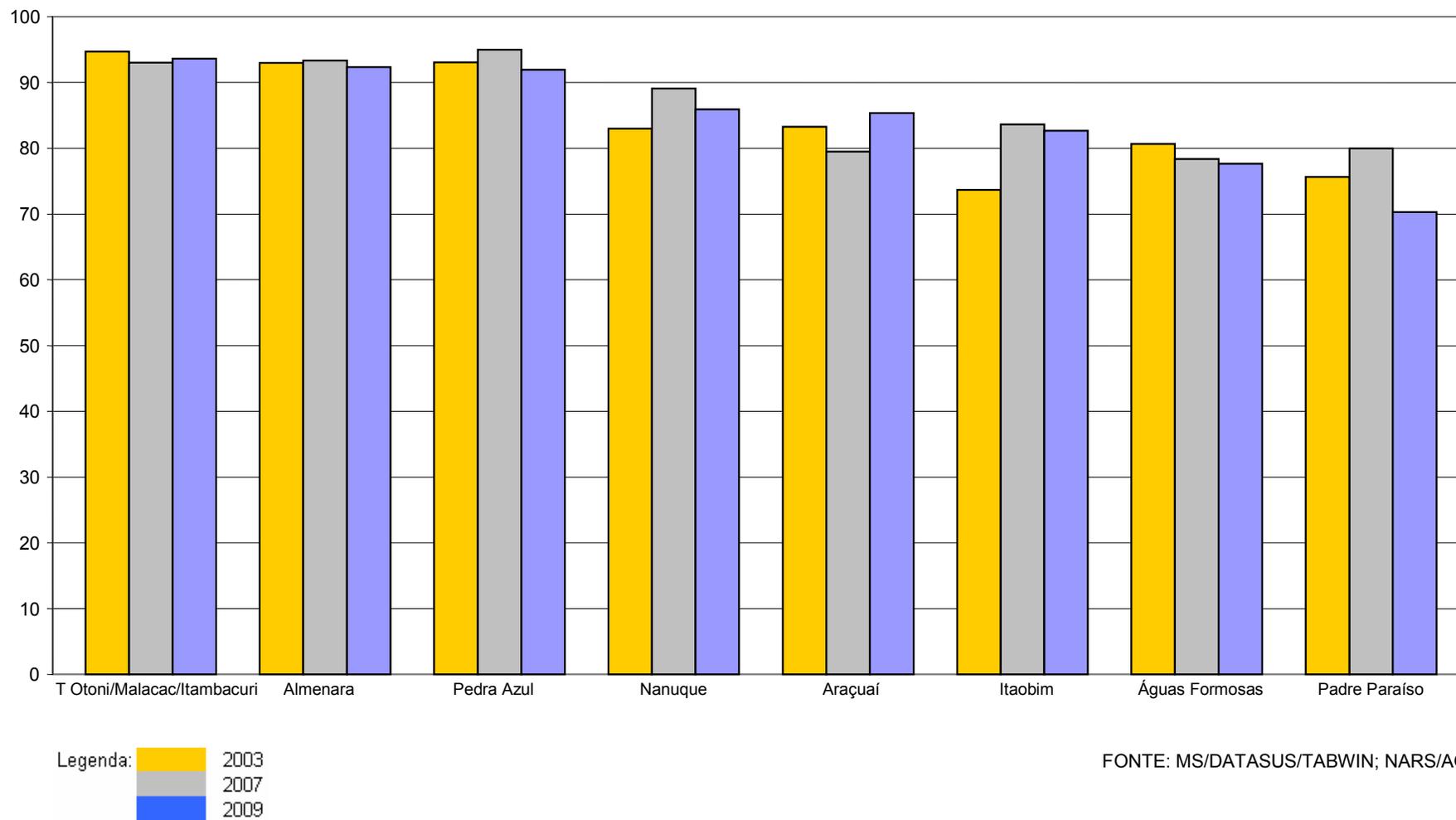


GRÁFICO XXVIII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Norte, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

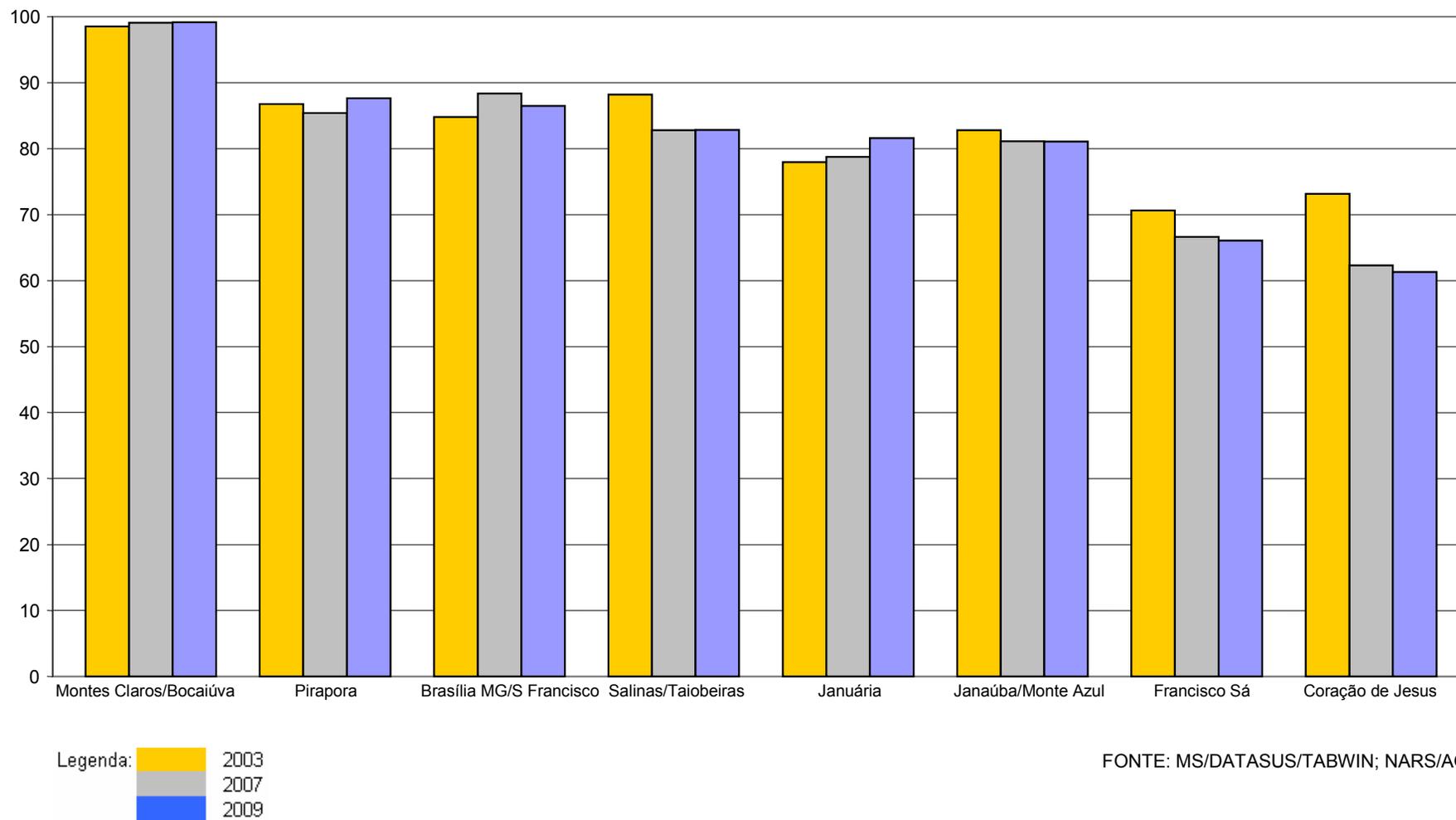


GRÁFICO XXIX - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Noroeste, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

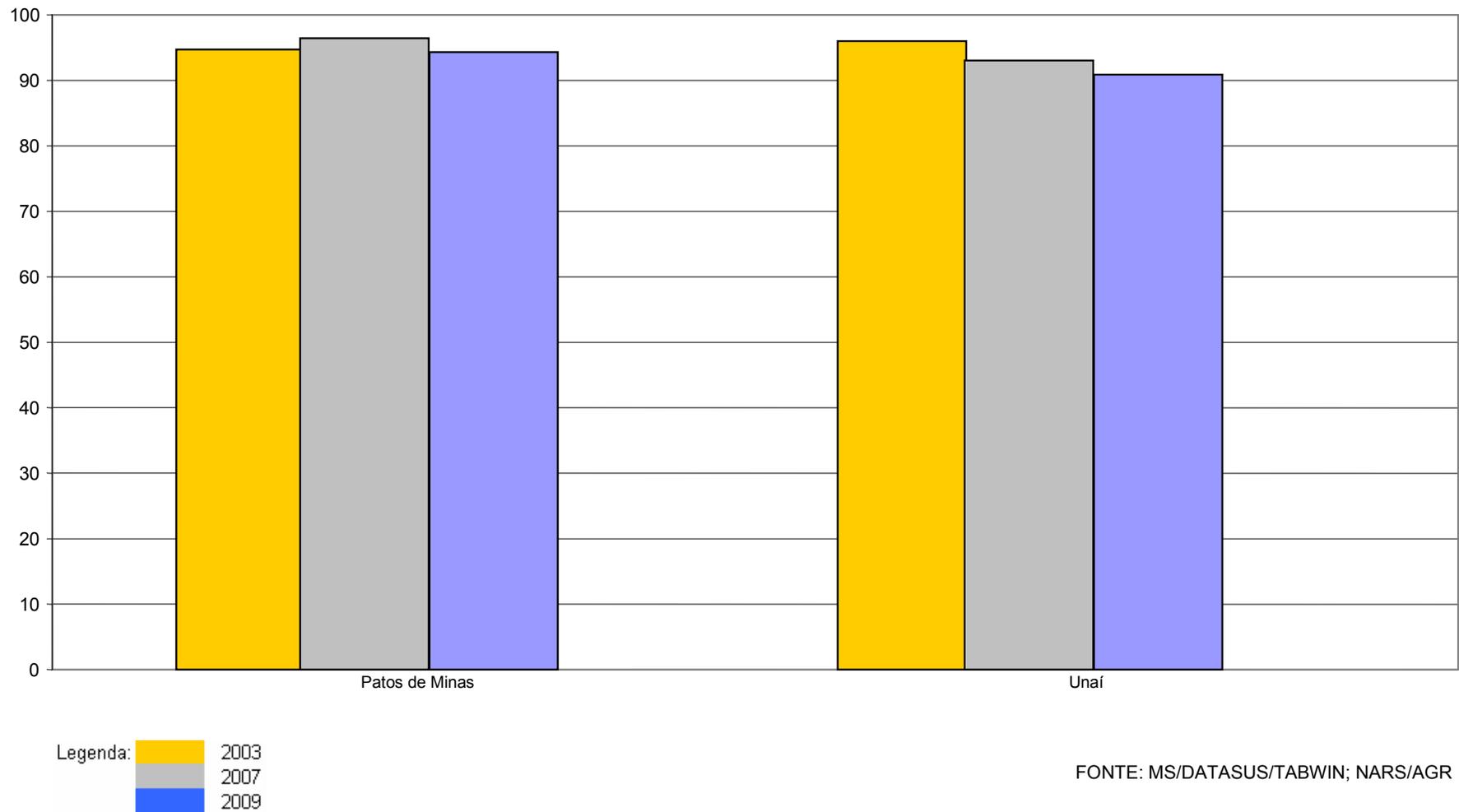


GRÁFICO XXX - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Oeste, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

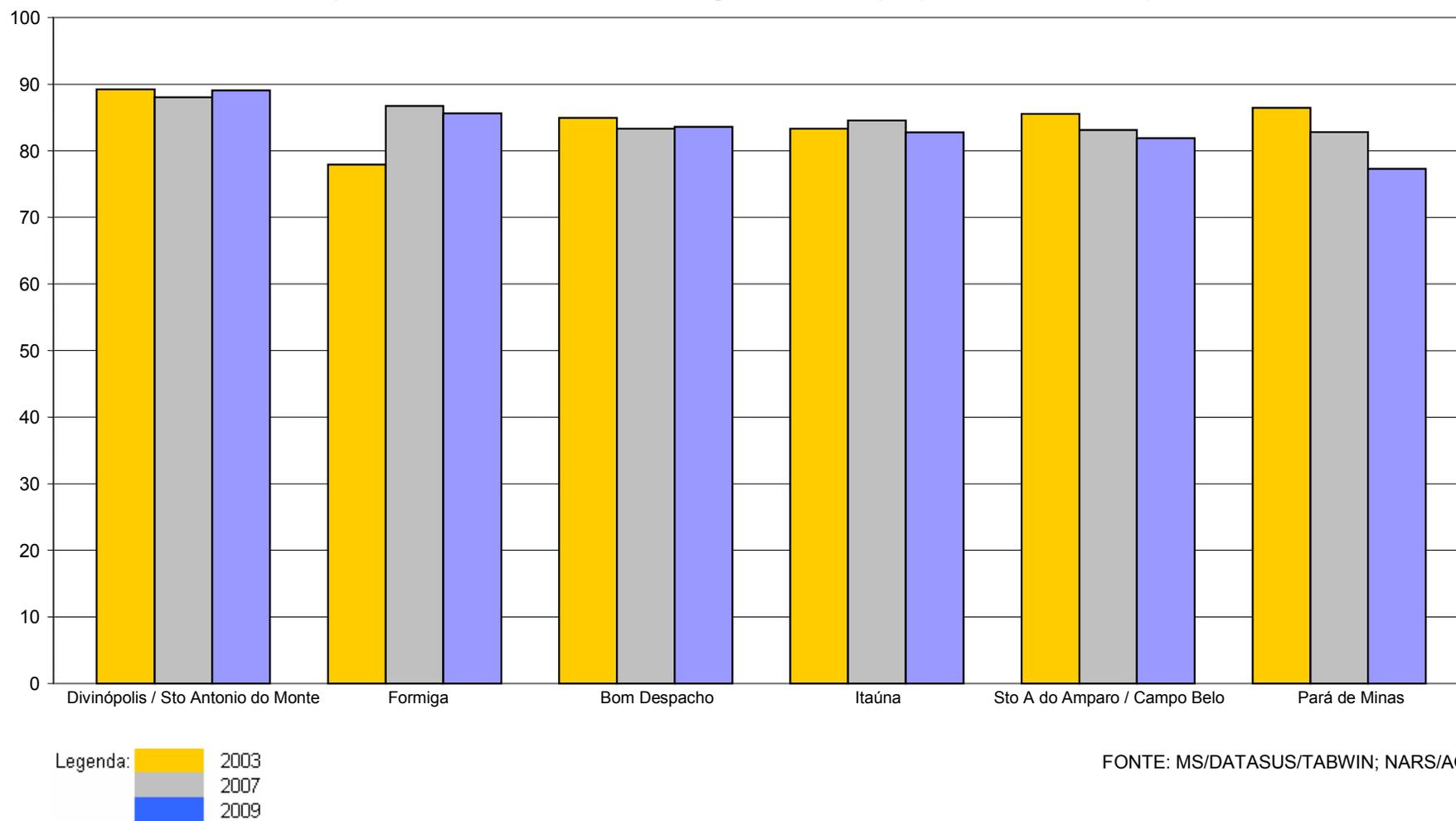


GRÁFICO XXXI - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Sudeste, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

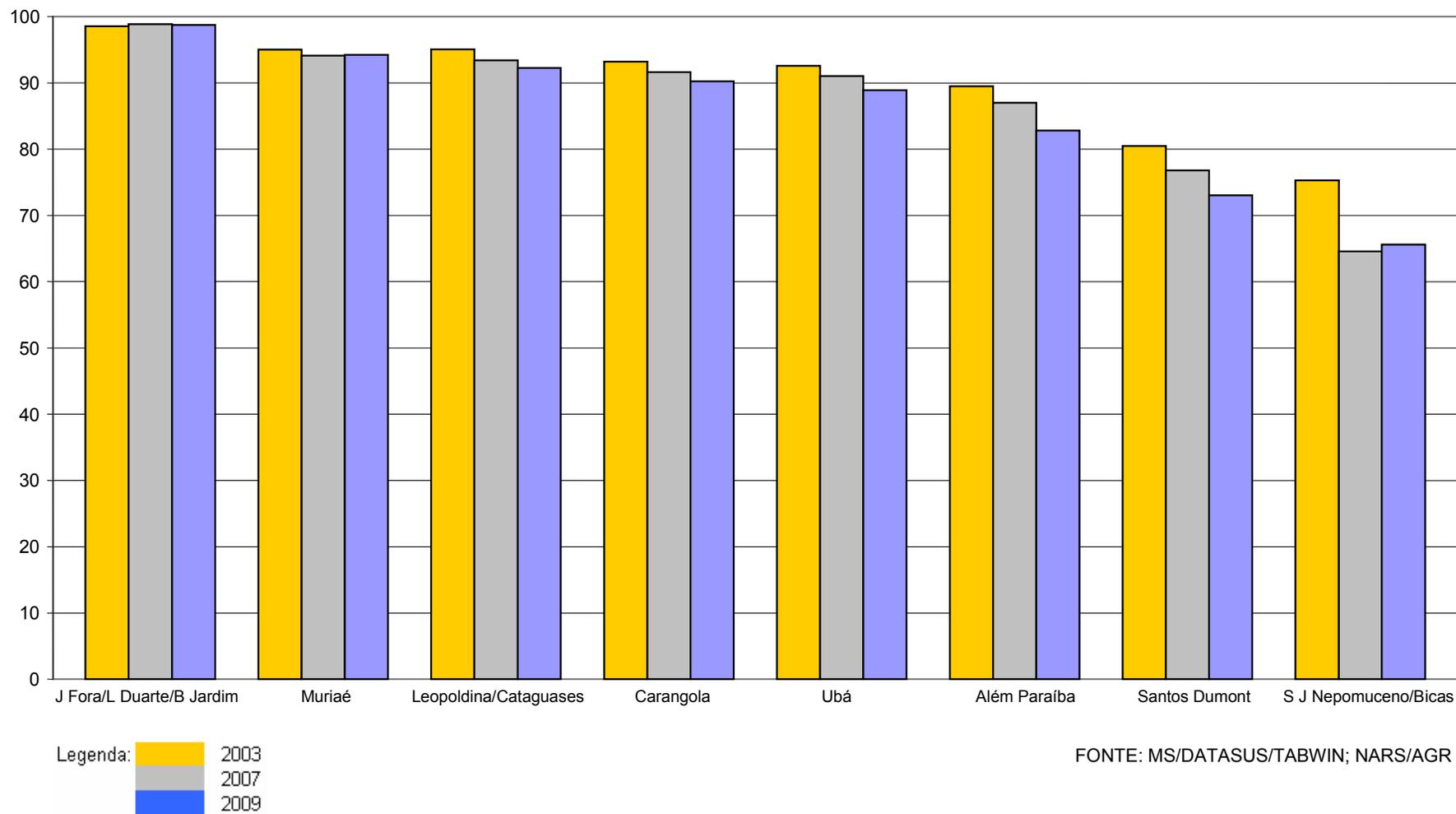
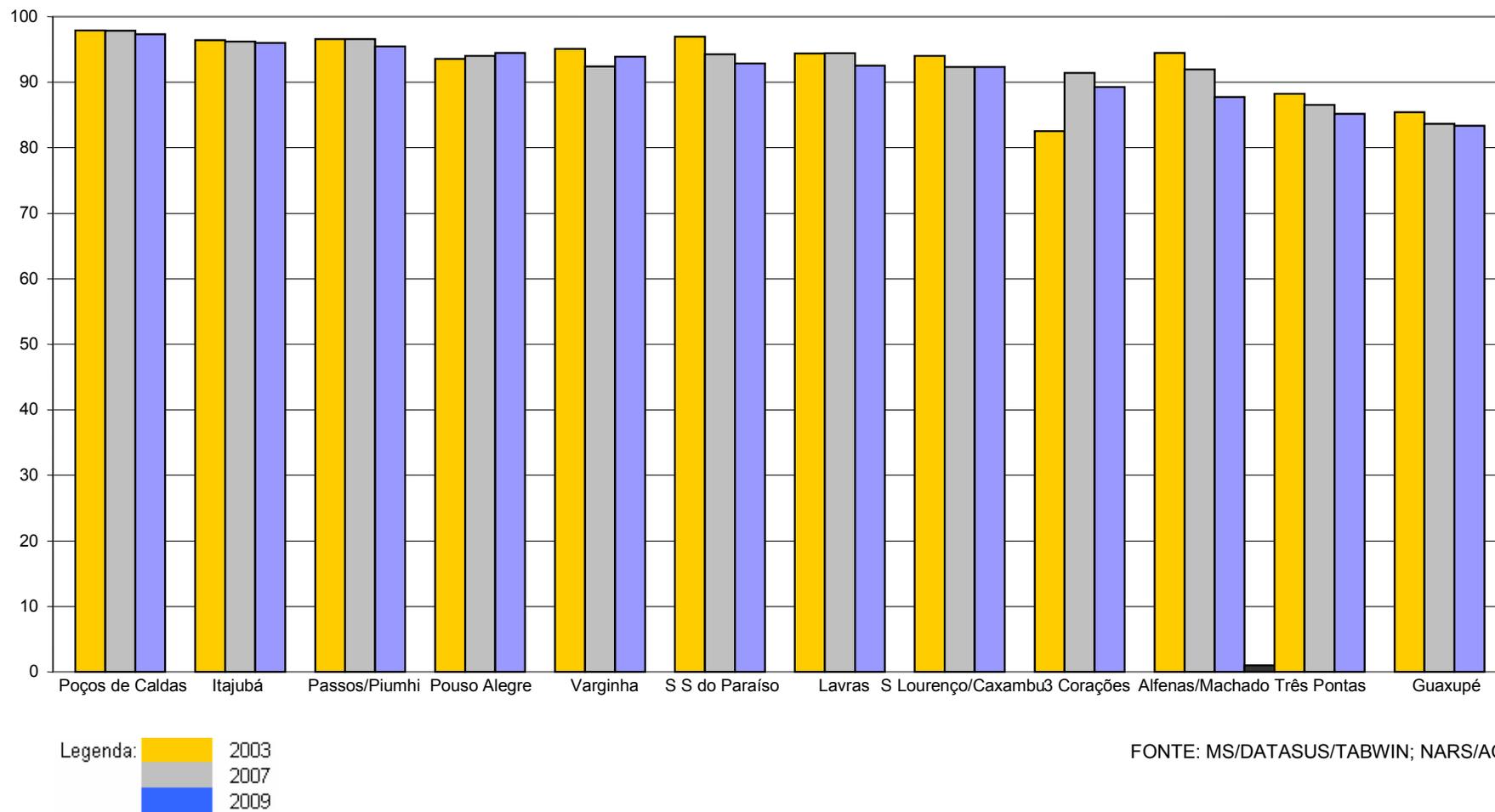


GRÁFICO XXXII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Sul, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)



FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

**GRÁFICO XXXIII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Triângulo Norte, no conjunto dos
elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)**

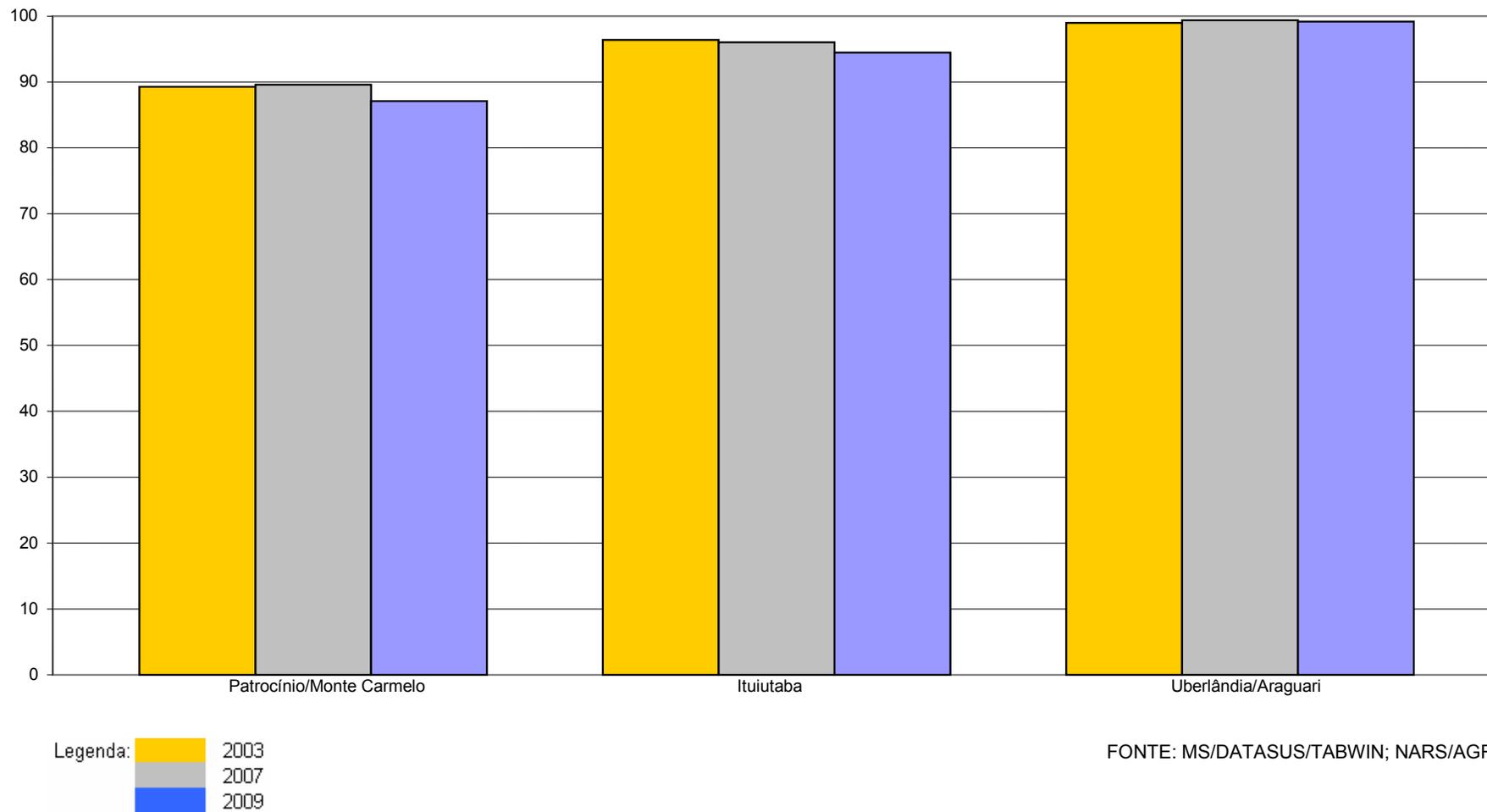
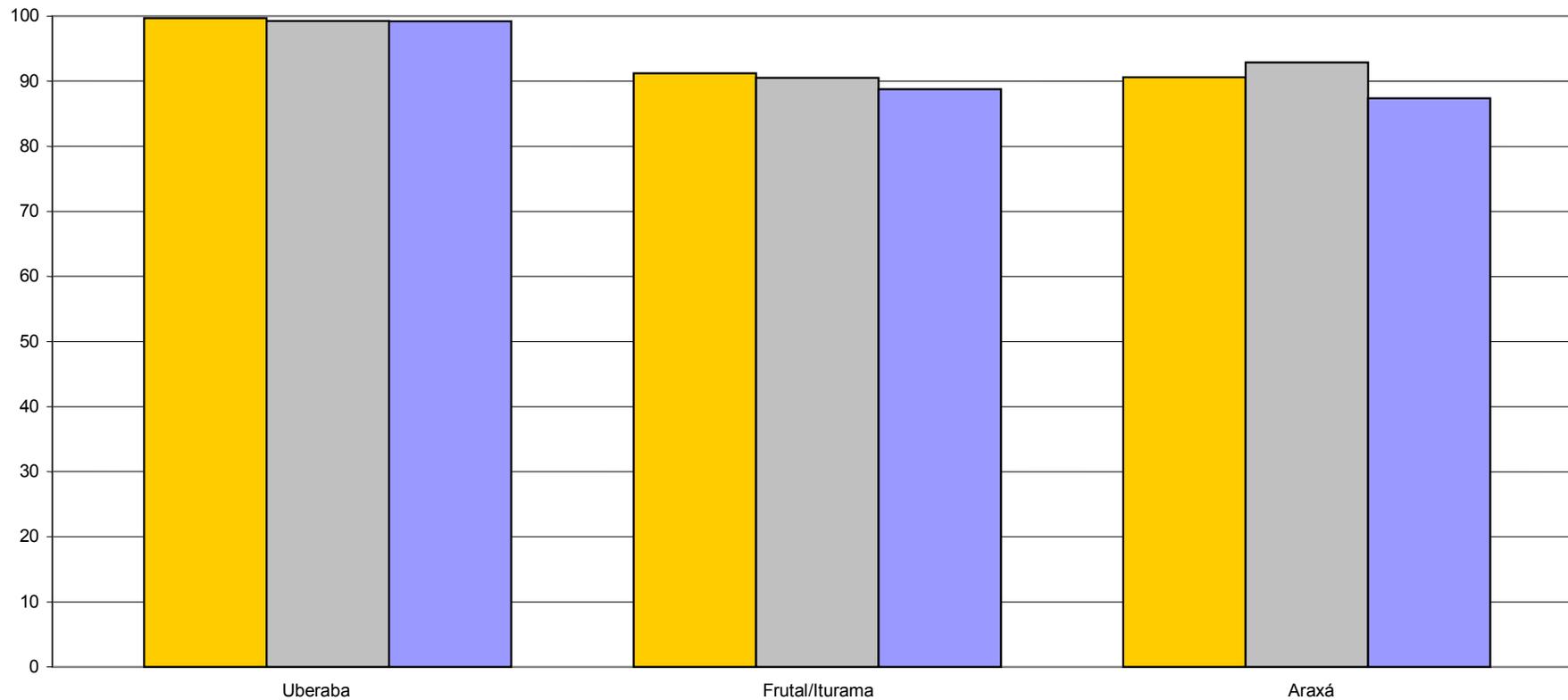


GRÁFICO XXXIV - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões da Macro Triângulo Sul, no conjunto dos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)



Legenda:  2003
 2007
 2009

FONTE: MS/DATASUS/TABWIN; NARS/AGR

GRÁFICO XXXV - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões de pequeno porte populacional no elenco de procedimentos de maior densidade tecnológica do nível microrregional (MCH1)

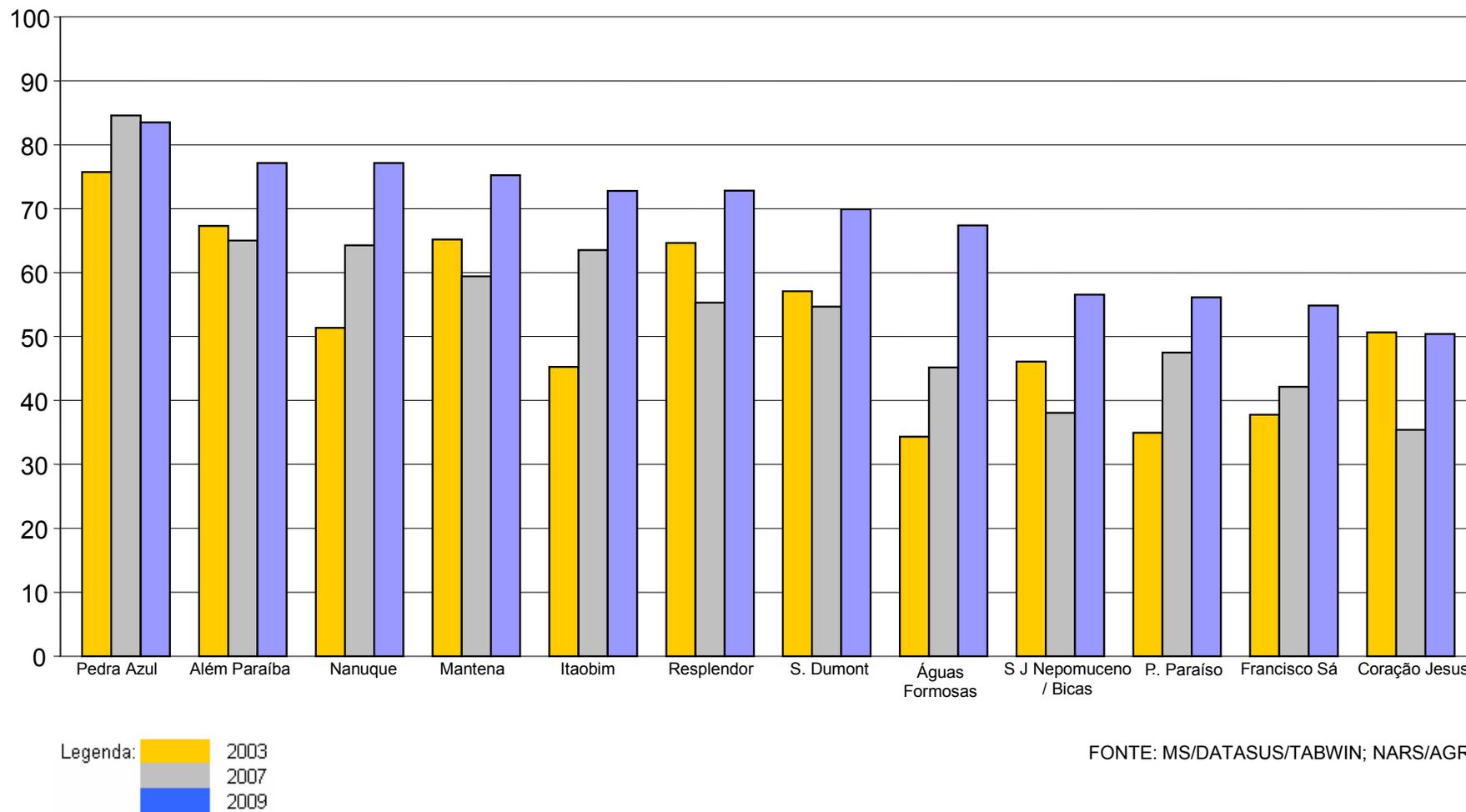


GRÁFICO XXXVI - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões de pequeno porte populacional no elenco de procedimentos de menor densidade tecnológica do nível microrregional (MCH2)

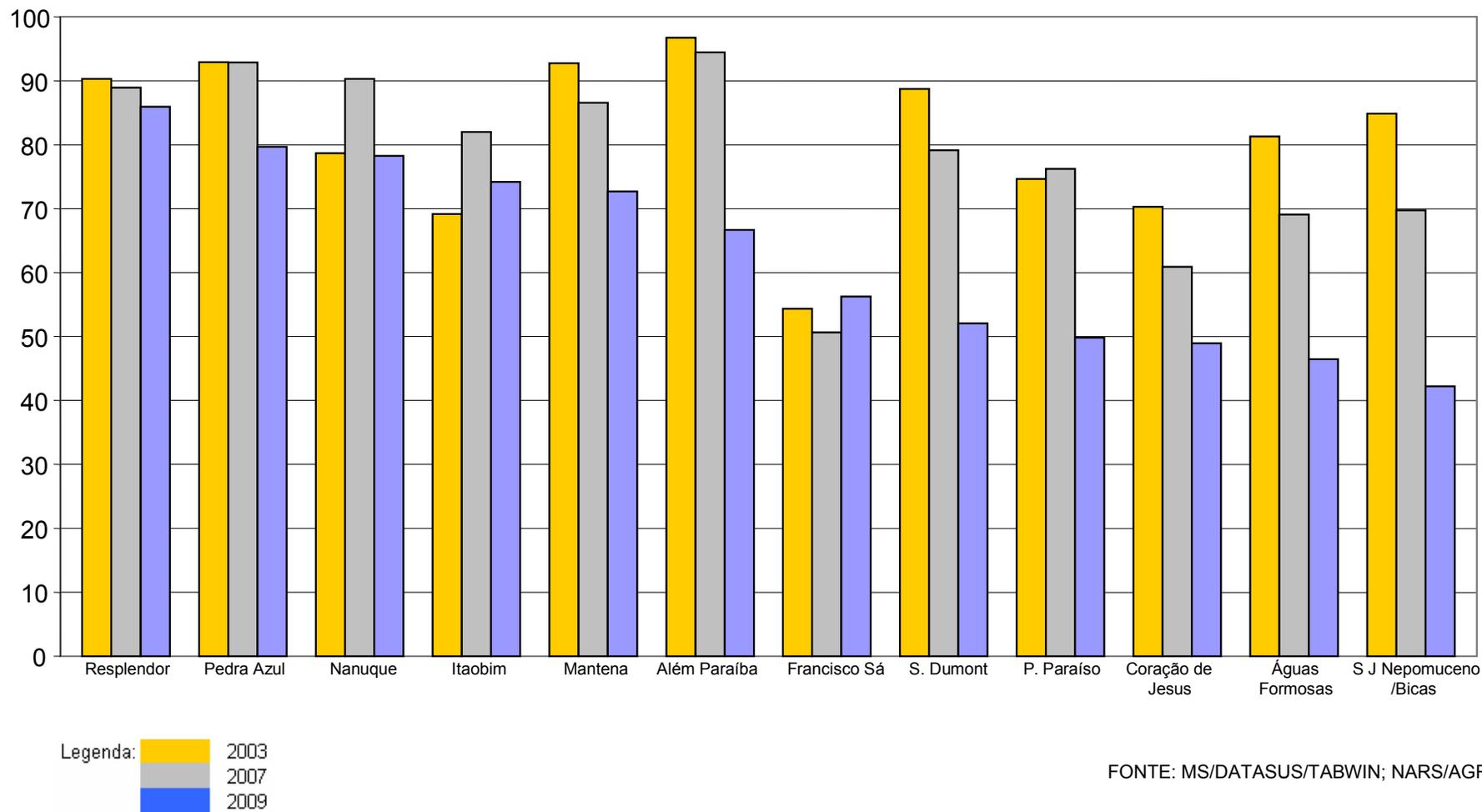


GRÁFICO XXXVII - Resolubilidade da assistência hospitalar das microrregiões de pequeno porte populacional nos elencos de procedimentos dos níveis microrregional e municipal (MCH1, MCH2, MCHB)

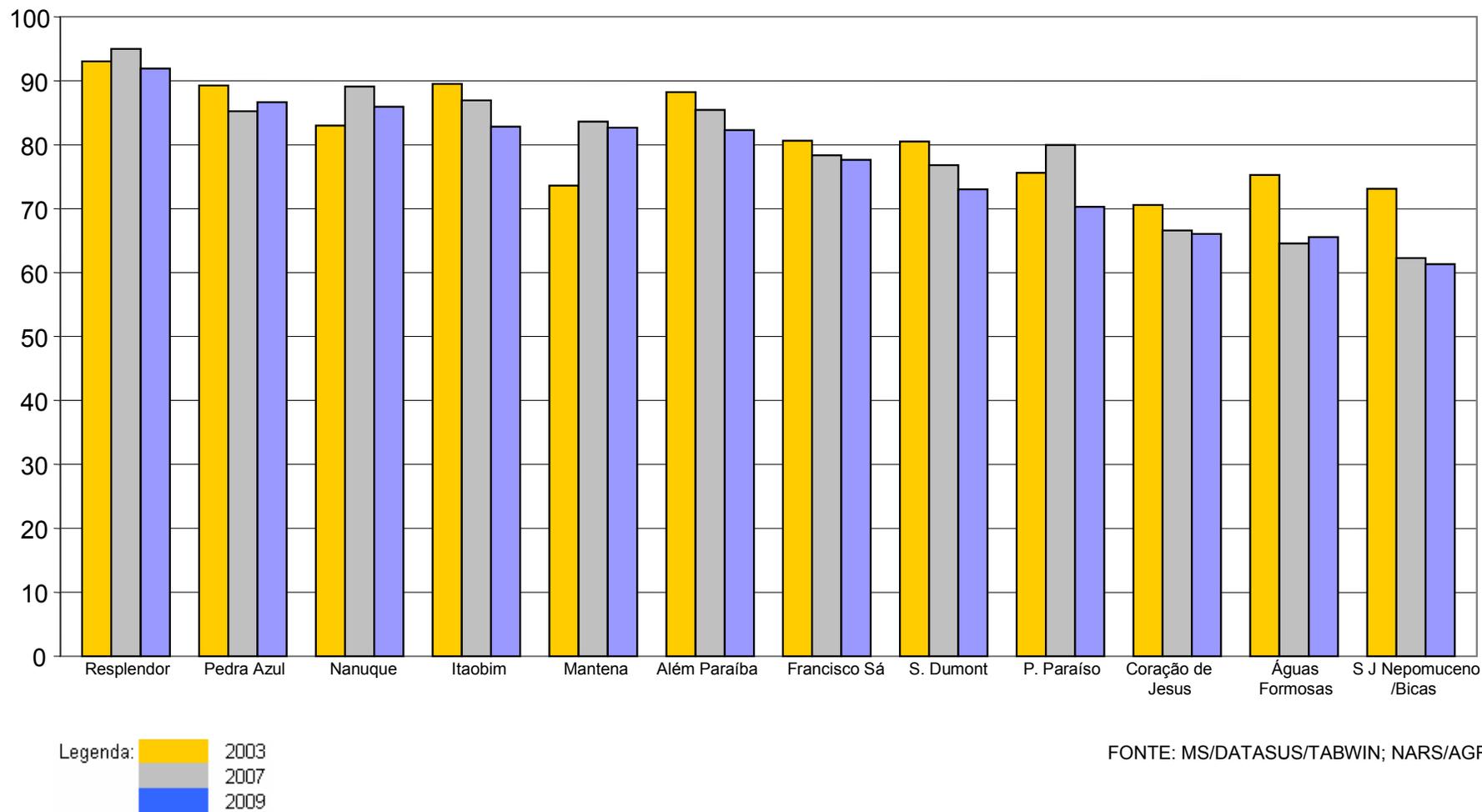
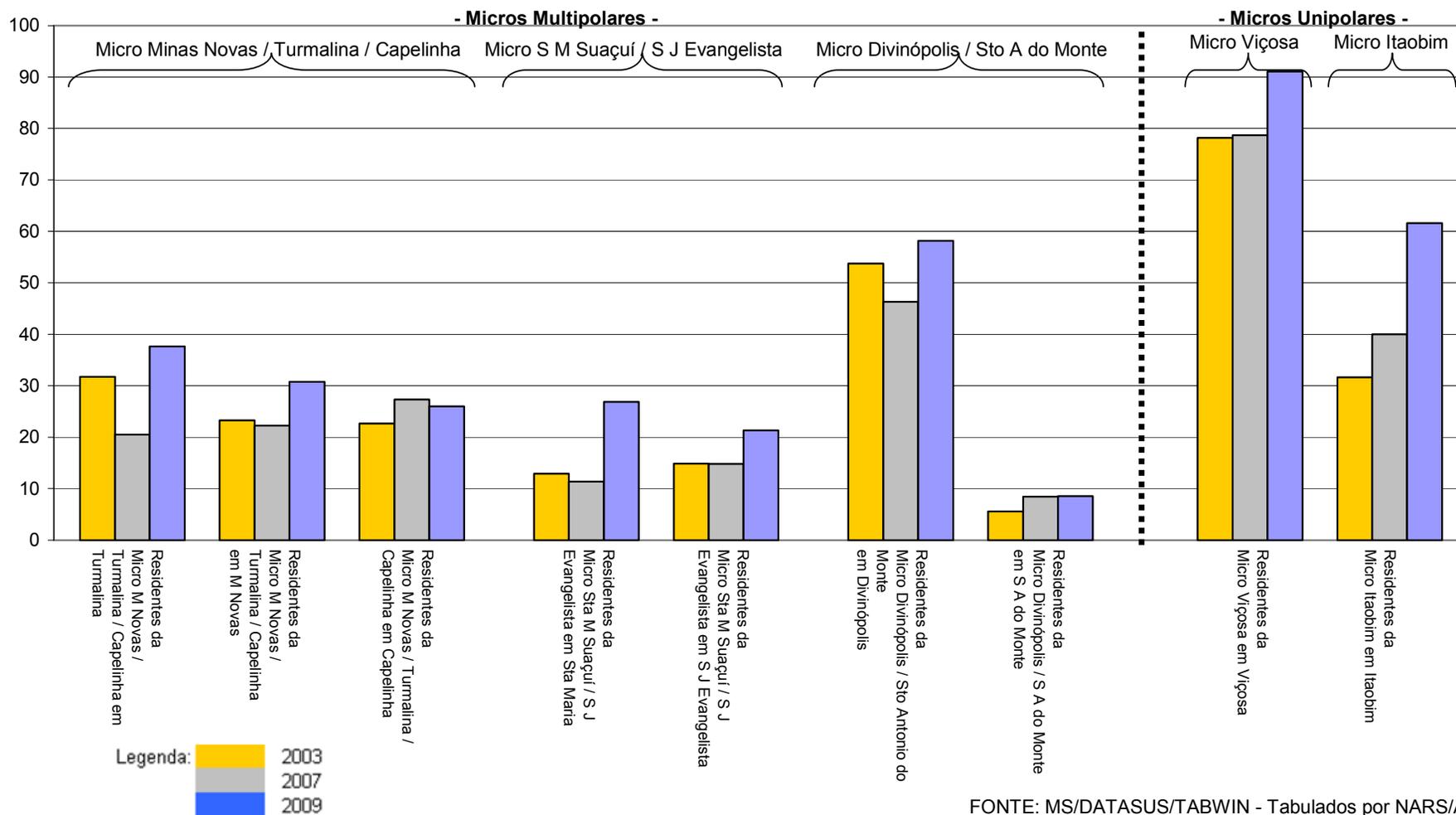


GRÁFICO XXXVIII - Resolubilidade de polos complementares (complementares concorrentes?) de algumas micros multipolares e de algumas unipolares, no conjunto dos elencos do nível microrregional (MCH1 e MCH2)



FONTE: MS/DATASUS/TABWIN - Tabulados por NARS/AGF

GRÁFICO XXXIX - Resolubilidade dos polos complementares e/ou de certos municípios de algumas das micros, bipolares ou não, no elenco de procedimentos de maior densidade tecnológica (MCH1)

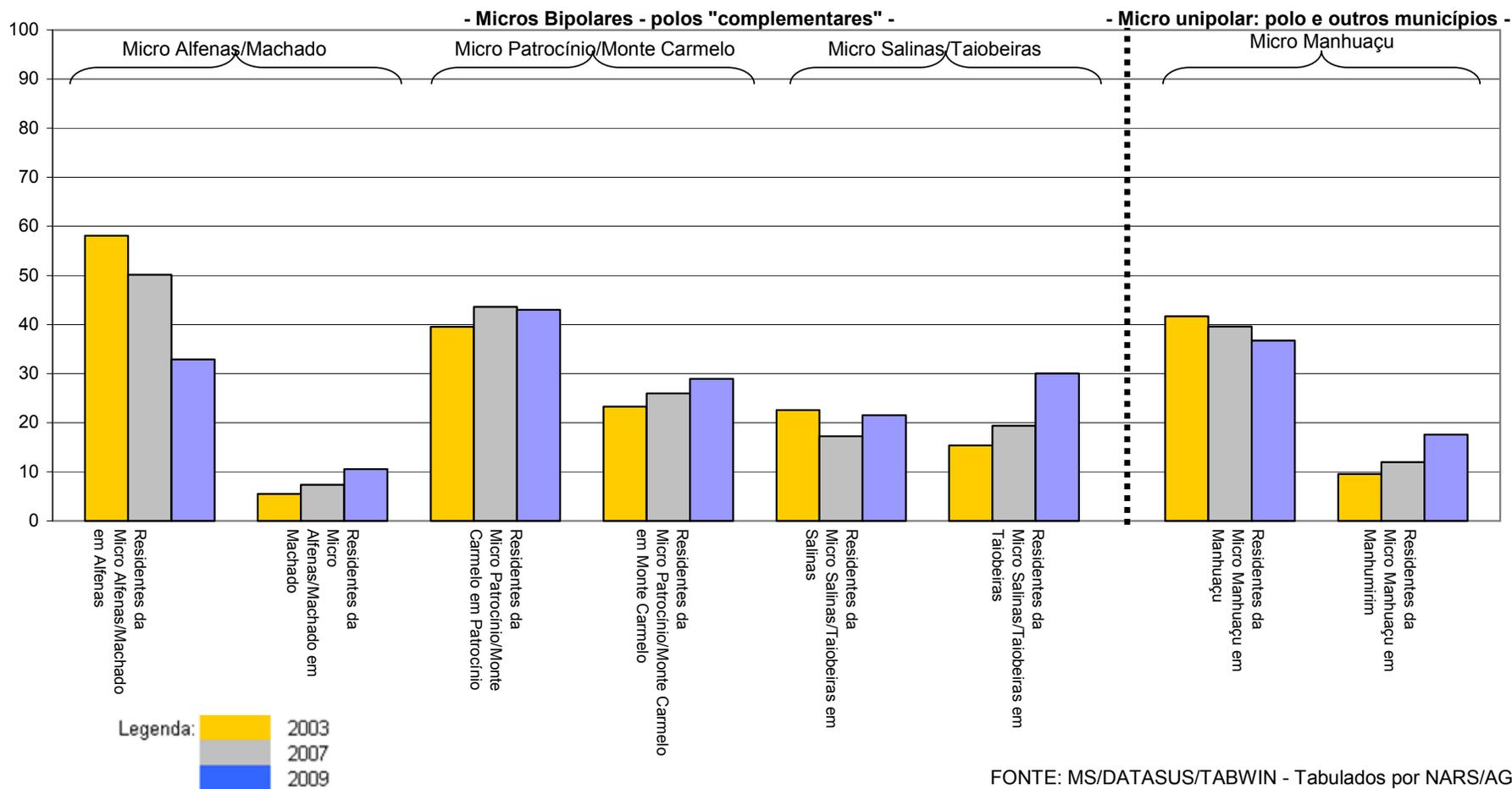
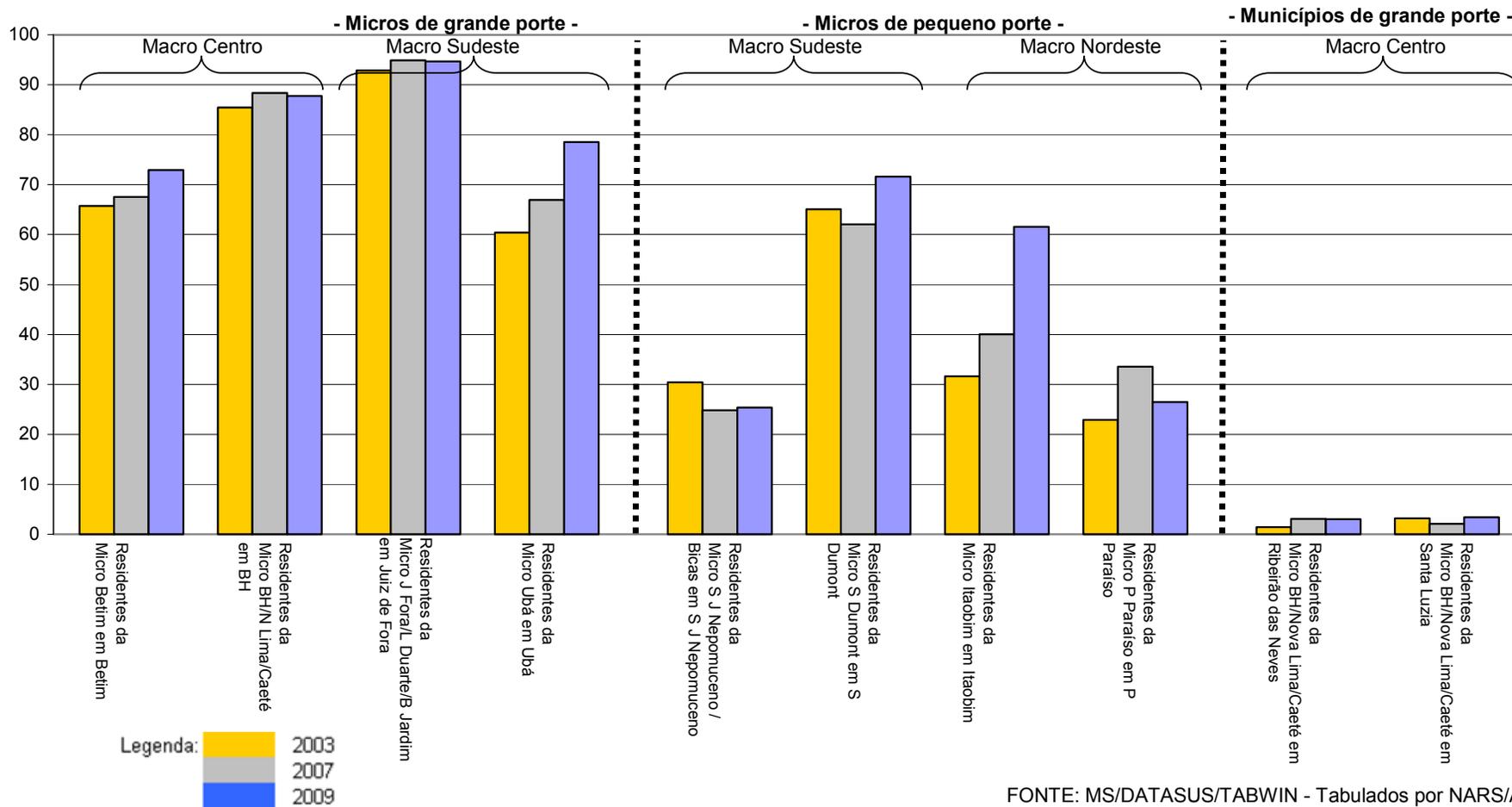


GRÁFICO XLI - Resolubilidade de alguns municípios de grande porte e de alguns polos microrregionais na função e no conjunto dos elencos de nível microrregional (MCH1 e MCH2)



Referências Bibliográficas

ALETRAS, V.; JONES A & SHELDON, T.A. *Economies of scale and scope*. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T.A. & POSNETT, J. *Concentration and choice in health care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 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. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

BRASIL. **Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 10 de fevereiro de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006.

MALACHIAS, I; PINTO, M.A.S.; et al. O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, 2003, Relatório Técnico – GRIS/SES-MG. Belo Horizonte 2003.

MALACHIAS, I; PINTO, M.A.S.; Perfil Hospitalar, 2005, Relatório Técnico - GRIS/SES-MG. Belo Horizonte 2005.

MALACHIAS, I; PINTO, M.A.S.; Perfil Hospitalar, 2007, Relatório Técnico - GRIS/SES-MG. Belo Horizonte 2007.

MALACHIAS, I; LELES, F.A.G; ANDRADE, L.C.F.; O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, 2010, Relatório Técnico – AGR/SES-MG. Belo Horizonte 2010.

MALACHIAS, I; LELES, F.A.G; ANDRADE, L.C.F.; CASTRO, G.B. A Resolubilidade Na Gestão: Descentralização E Redução Das Iniquidades, EXPOGEP 2010, AGR/SES-MG. Belo Horizonte 2010.

MENDES, L.V. As Redes de Atenção à Saúde. ESPMG. Belo Horizonte, 2009. 847p

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. **Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais**. 2001 /2004. Belo Horizonte: Coopmed, 2002. 91p.

MINAS GERAIS, **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Plano Estadual de Saúde 2003-2007. Belo Horizonte, 2003.

MINAS GERAIS, **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Belo Horizonte, 2008.

PESTANA, M.V.C.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, 2004. 80 p.