

Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)

Ivêta Malachias

André Luiz Guimarães Amorim

Maria Auxiliadora Silva Pinto

Leandro José Barros Lélis

Milton de Siqueira

Colaboradores

Helena Dutra de Almeida

Alcione Elaine da Silva

Igor de Souza da Matta

Jomara de Azevedo

Belo Horizonte, fevereiro/2013

Governador de Estado

Antonio Augusto Junho Anastasiaa

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto

Francisco Antonio Tavares Junior

Chefe de Gabinete

Marta de Sousa Lima

Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Maurício Rodrigues Botelho

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

João Luiz Soares

Subsecretário de Vigilância em Saúde

Carlos Alberto Pereira Gomes

Subsecretária de Regulação em Saúde

Maria Letícia Duarte Campos

Subsecretário de Gestão Regional

Gilberto José Rezende dos Santos

Assessora de Comunicação Social

Gisele Maria Bicalho Resende

**Superintendente de Monitoramento, Avaliação e
Controle dos Serviços de Saúde**

André Luiz Guimarães Amorim

Diretora de Estudos e Análises Assistenciais

Ivêta Malachias

© 2013 **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.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Subsecretaria de Regulação

Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais

Rodovia Prefeito Américo René Gianetti, s/nº, 12º andar, Torre Minas – Bairro Serra Verde

CEP.: 31.630-900

Tel.: 39159981

URL: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr

E-mail: smac@saude.mg.gov.br

Equipe Responsável:

Coordenação Técnica, organização e redação do PDR/MG:

Ivêta Malachias

André Luiz Guimarães Amorim

Leandro José Barros Lélis

Maria Auxiliadora Silva Pinto

Milton de Siqueira

Colaboradores:

Luiz Cláudio Fraga de Andrade

Felipe Bittencourt de Alencar

Alcione Eliane da Silva

Helena Dutra de Almeida

Igor de Souza da Matta

Jomara de Azevedo

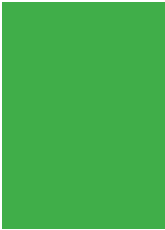
Ficha Cartográfica

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Regulação

Citação Bibliográfica

MALACHIAS, I.; AMORIM, A. L. G.; LÉLIS, L.J.B.; PINTO, M. A. S.; SIQUEIRA, M. *Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.





SUMÁRIO

Siglas e Abreviaturas	7
Prefácio	13

PARTE I

Apresentação	19
Introdução	27
Capítulo I – O Estado – Território e População das Minas Gerais	31
Capítulo II – Histórico	37
Capítulo III – Objetivos, Princípios, Diretrizes e Estratégias	43
Capítulo IV – Critérios Operacionais	54
Capítulo V – O Modelo Assistencial e o Modelo de Regionalização – Níveis de Atenção à Saúde/Níveis de Regionalização.....	58
Capítulo VI – Metodologia	71
Capítulo VII – O Desenho Espacial de 1999 a 2002 e o Desenho Espacial Vigente a Partir de 2003	78
Capítulo VIII – Outros Conceitos	86
Considerações Finais	88
Anexos: Tabelas, Quadros, Gráficos e Mapas	92
Referências	110

PARTE II

Adscrição de municípios e população por região	114
Mapas do Estado, Macro e Microrregiões	174



SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Alta Complexidade
AGE	Assessoria de Gestão Estratégica
AGEI	Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação
AGR	Assessoria de Gestão Regional
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
CP	Centro de Planejamento
DADS	Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DEAA	Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais
DRS	Diretoria Regional de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPM1	Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 1
EPM2	Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 2
EPM3	Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 3
GRIS	Gerência de Regionalização e Informações em Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MC	Média Complexidade
MCH1	Média Complexidade Hospitalar 1
MCH2	Média Complexidade Hospitalar 2
MCHB	Média Complexidade Hospitalar Básica
MCHE	Média Complexidade Hospitalar Especial
MG	Minas Gerais

MS	Ministério da Saúde
NARS	Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PABA	Piso da Atenção Básica Ampliada
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROHOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hosp. do SUS/MG
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAH	Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMACSS	Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUBGR	Subsecretaria de Gestão Regional
SUBREG	Subsecretaria de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS/MG	Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UF	Unidade Federativa
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

DESTAQUES PELA PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL

- Agradecemos efusivamente ao CES, ao COSEMS/MG e à Comissão SES/COSEMS do Pacto pela Saúde pela participação e compromisso na construção deste importante instrumento de Gestão do SUS/MG.

DESTAQUES PELA PARTICIPAÇÃO E ORIENTAÇÕES

- Dr. Eugênio Vilaça Mendes – consultor estratégico da OPAS e da SES/MG, pelo suporte teórico, sustentação e articulação do PDR com o processo de planejamento e gestão das Redes de Atenção à Saúde em MG.
- Maria Elmira Alfradique, epidemióloga, pela consultoria no processo inicial de elaboração do PDR, ainda entre 1999 e 2000, quando orientou as pesquisas de fluxos e o primeiro esboço da tipologia de serviços hospitalares e ambulatoriais por níveis de atenção.

DESTAQUE NA PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL E PROFISSIONAL

- Dra. Helidéa de Oliveira Lima, pelos incentivos, orientações e zelo pela qualificação da rede.
- Dra. Myriam Araújo Coelho, por sua participação como presidente do COSEMS/MG na fase inicial de elaboração desta versão do PDR, de 1999 a 2002, e ainda nos processos de revisão e ajuste a partir de 2003, na condição de superintendente de Regulação desta SES/MG.
- Dra. Maria Leticia Duarte Campos, Subsecretária de Regulação em Saúde, e Dr. Gilberto José Rezende dos Santos, Subsecretário de Gestão Regional, no processo de ajuste do PDR em 2011.

- Sr. Geraldo Heleno Lopes, vice-presidente do CES/MG, em sua atuação sempre atenta e vigilante.
- Sr. Mauro Guimarães Junqueira, presidente do COSEMS/MG, especialmente nas discussões e utilização da tipologia, mas também nos processos de ajuste do PDR-SUS/MG.
- Dr. Luiz Felipe Almeida Caram Guimarães, nos processos de revisão e ajuste, como presidente do COSEMS/MG e como subsecretário de Vigilância à Saúde da SES/MG.
- Dr. Nicodemus de Arimathea e Silva Júnior, especialmente como membro representante do CES/MG e em sua participação nas discussões iniciais do modelo/tipologia, ainda entre 1999 e 2003.
- Dra. Veneza Berenice de Oliveira, mestre em Demografia, doutora em Saúde Pública, professora da Escola de Medicina da UFMG, nas discussões conceituais e acadêmicas do PDR.
- Dr. José Veloso Souto Junior, como Secretário Municipal de Saúde e presidente do COSEMS/MG, especialmente nas discussões e divulgação da tipologia assistencial constante do PDR.
- Genesi Batista de Castro, que, com seu conhecimento, permitiu a adequação do software Tabwin às necessidades de pesquisa mais detalhadas e categorizadas para estudo dos fluxos e elaboração da tipologia de serviços do SUS/MG.
- Felipe Bittencourt de Alencar e Leandro José Barros Lélis, por auxiliarem na incorporação de tecnologias da imagem na produção dos mapas e cartografia, quando a equipe ainda não contava com ferramentas próprias para essa produção.
- Sr. Marcílio Dias Magalhães, Superintendente de Redes de Atenção à Saúde, e Dr. Marco Antônio Bragança de Matos, Assessor-Chefe de Normalização de Serviços de Saúde; Dr. Razível dos Reis, Coordenador Estadual de Urgência e Emergência, Dr. Antônio Meira, epidemiólogo, Dra. Maria Cristina Cançado Viegas, Coordenadora Estadual de Regulação, Srs. Tiago Lucas da Cunha, Coordenador do ProHosp, Bruno Reis Oliveira, Diretor de Gestão de Políticas

Hospitalares e Renata Melgaço, Coordenadora de Terapia Intensiva, pela participação nos processos de ajuste do PDR em 2011, e da sua respectiva tipologia de serviços.

E AINDA DESTAQUES E RECONHECIMENTO PELA SUSTENTAÇÃO DADA AO PDR-SUS/MG NOS TRABALHOS DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS CIBS MICRO E MACRO, NOS PROCESSOS DE ARTICULAÇÃO DA COMISSÃO SES/COSEMS/MG DO PACTO PELA SAÚDE E NA DIVULGAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DESTE INSTRUMENTO:

- À Dra. Márcia Faria Moraes e Silva, epidemióloga, Assessora-Chefe da AGE, entre 2003 e 2007.
- Ao Sr. André Luiz Guimarães Amorim, Administrador Público, Superintendente de Monitoramento, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde e ao Sr. Fernando Antônio Gomes Leles, Administrador Público, pelos esforços na consolidação e divulgação.
- À Anaíde Oliveira da Silva, secretária-executiva da CIB-SUS/MG.
- Ao Ivan Chebli, que, desde 1999, tem contribuído com o PDR-SUS/MG como representante do COSEMS/MG e da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora.

AGRADECEMOS, AINDA, À EQUIPE E COLABORADORES DIRETOS DO PERÍODO 1999 A 2002:

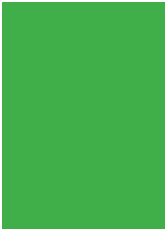
Maria Elmira Alfradique
Maria Auxiliadora Silva Pinto
Ana Simoa de Almeida
Flávio José Fonseca de Oliveira
Kátia Fagundes Moura e Silva
Marccone Pereira da Costa

E À EQUIPE E COLABORADORES DIRETOS DO PERÍODO 2003 A 2012:

Alcione Elaine da Silva
Darlan Tomaz Venâncio
Felipe Bittencourt de Alencar
Genesi Batista de Castro
Helena Dutra de Almeida
Kátia Fagundes Moura e Silva
Luiz Cláudio Fraga de Andrade
Maria Auxiliadora Silva Pinto
Milton de Siqueira
Leandro José Barros Lélis
Igor de Souza da Matta

Aos consultores, participantes, colaboradores,
equipe técnica e colegas da SES/MG,

**Os agradecimentos de Ivêta Malachias, coordenadora
técnica: 1999 a 2012.**



PREFÁCIO

Eugênio Vilaça Mendes

As ações do Governo de Minas Gerais têm sido orientadas pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). A visão do PMDI é “tornar Minas Gerais o melhor estado para se viver”, o que implica um conjunto de estratégias e de áreas de resultados. As ações de saúde estão concentradas na área de resultados Vida Saudável.

O mapa estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, construído em consonância com o PMDI, apresenta a visão de “ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o estado onde se vive mais e melhor”. A visão do mapa estratégico na perspectiva da sociedade apresenta duas dimensões: viver mais e viver melhor. Para definir as implicações estratégicas dessas duas dimensões, procurou-se questionar, a partir da análise da situação de saúde do estado, de que morrem e adoecem os mineiros.

A análise da situação de saúde dos mineiros evidenciou uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular em que convivem, coetaneamente, as doenças infecciosas e parasitárias e as condições ligadas à reprodução humana, as causas externas e as doenças infecciosas, com forte predomínio relativo das doenças crônicas, que são responsáveis por 66% da carga de doenças no estado.

As evidências internacionais indicam que situações de tripla carga de doenças convocam, para seu enfrentamento consequente, uma resposta social por meio da estruturação de redes de atenção à saúde com base numa atenção primária à saúde fortalecida. Assim, para que os mineiros vivam mais e melhor, definiram-se quatro redes prioritárias. A situação-problema da elevada mortalidade por doenças do aparelho circulatório e diabetes: a Rede Hiperdia de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes e a Rede de Urgência e Emergência; a

situação-problema da mortalidade infantil em queda, mas com 70% de causas evitáveis e fortes desigualdades regionais: a Rede Viva Vida de atenção integral às mulheres e às crianças; a situação-problema de elevada mortalidade por causas externas: a Rede de Urgência e Emergência; e a situação-problema da elevada incapacidade funcional das pessoas idosas: a Rede Mais Vida de atenção às pessoas idosas.

A opção pela construção social de redes de atenção à saúde exige a articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde em territórios sanitários para que os serviços de saúde sejam prestados com eficiência, efetividade e com qualidade, o que só pode ser feito com um Plano Diretor de Regionalização (PDR) construído na lógica da população e de seus fluxos em busca de atenção à saúde e nos princípios basilares das redes de atenção à saúde. O PDR mineiro, especialmente na sua segunda versão, procurou incorporar esses fundamentos.

O espaço territorial mineiro dos 853 municípios foi recortado em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde. Dessa forma, a proposta de regionalização da saúde encontra-se com os princípios de economia de escala, qualidade e acesso. É sabido que os equipamentos de saúde de densidades tecnológicas médias e altas são suscetíveis ao princípio da escala para que operem com eficiência. Além disso, há evidências robustas de relações entre escala e qualidade. Por exemplo, hospitais que fazem grande número de procedimentos cirúrgicos apresentam menores taxas de mortalidade em relação aos que fazem pequeno número de cirurgias. Por outro lado, quando se manifesta um conflito entre escala e acesso, há de predominar, sempre, o princípio do acesso. Essas relações dialéticas entre escala/qualidade e acesso foram contempladas no desenho do PDR mineiro.

O PDR cria a base territorial para uma distribuição ótima dos equipamentos de saúde. A atenção primária à saúde deve estar presente em todos os municípios e próxima às residências das famílias. Diferentemente, as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, devem ser relativamente concentradas: as unidades secundárias (média complexidade) nas microrregiões e

as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões. Esse desenho é que permite constituir redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade.

Além disso, os territórios sanitários constituem uma plataforma espacial de gestão cooperativa do SUS, permitindo a instituição das Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais e Microrregionais que irão exercer, nesses espaços regionais, a governança das redes de atenção à saúde.

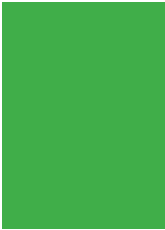
Um PDR bem desenhado permite subordinar os territórios político-administrativos das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) aos territórios sanitários. Ou seja, os espaços das GRSs são construídos por subconjuntos de microrregiões de saúde porque o que importa não é a dimensão territorial da burocracia estatal, mas os fluxos e contrafluxos da população na demanda de serviços prontos, eficientes e de qualidade. Na mesma lógica, territórios de entes complementares de prestação de serviços no SUS, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde, devem ajustar-se às microrregiões de saúde.

O PDR mineiro está sendo construído para constituírem-se em territórios sanitários de organização das redes de atenção à saúde, numa perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da população do estado. É um processo rico e singular no país que merece ser registrado e debatido aqui e alhures. Esse é o mérito deste livro escrito com boa fundamentação e com alma pelos seus autores.



PARTE I





APRESENTAÇÃO

“Um primeiro instrumento gerencial, fundamental para a governança das redes de atenção à saúde, é o processo de territorialização que se expressa em Planos Diretores de Regionalização (PDRs).” (MENDES, 2009).

PDR – Plano Diretor de Regionalização – instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários, considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala.

O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de cogestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial.

Enquanto ferramenta, o PDR foi institucionalizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) e tem sido utilizado para orientar a organização das redes de atenção à saúde, fornecer as bases para os cálculos dos recursos e monitoramento dos indicadores de saúde, da equidade e da integralidade. Em Minas Gerais o PDR foi elaborado e tem ainda subsidiado o alcance da economia de escala, buscando a organização dos serviços em redes, mesmo no caso da assistência hospitalar cujo atendimento ainda é, predominantemente, voltado para a demanda ainda não ordenada. O aproveitamento, a expansão e o melhoramento da capacidade instalada desses recursos foram, em Minas Gerais, direcionados pelos investimentos feitos através do PROHOSP

A estruturação de qualquer plano diretor – e em especial do PDR-SUS – pressupõe a adoção de critérios técnicos que, sem perda dos princípios básicos, também sejam compatíveis com os objetivos governamentais, com a estratégia macroinstitucional e com os resultados esperados. O PDR/MG levou em conta os princípios organizativos do SUS (Lei nº. 8.080) para estabelecer os eixos ou linhas de trabalho que, além da definição territorial e para esta finalidade, preconizam a necessidade da hierarquização dos serviços.

A definição prévia de um modelo assistencial direciona os níveis de agregação de territórios municipais em regiões conforme sejam os níveis de atenção à saúde que, por sua vez, consideram as viabilidades de agregação de tecnologias e da alocação destas com economia de escala e escopo – o serviço certo, na escala e organização certas, no território certo, o que pressupõe articulação entre os elencos por nível de atenção/regionalização, conforme as necessidades da população e a eficácia e eficiência no uso dos recursos.

A elaboração de um plano diretor de saúde pressupõe a adoção de princípios e critérios técnicos, mas também estratégias de comunicação e negociação entre gestores e demais atores do SUS. Os critérios técnicos adotados, no caso do PDR/MG, estão embasados na literatura técnica internacional, em estudos e pesquisas de avaliação da distribuição (atual e potencial) espacial dos serviços e na análise das condições de saúde da população do estado. Consideraram-se ainda as normas técnicas ministeriais e os objetivos e planos do governo estadual.

A partir destes estudos, estabeleceu-se uma nova racionalidade para regionalização do território da unidade federada estadual, uma lógica voltada para o ordenamento de fluxos e redes de serviços conforme densidades tecnológicas, o que diferencia o PDR dos territórios político-administrativos predefinidos pela SES/MG em anos anteriores. Assim, o PDR/MG estabeleceu bases para direcionar uma organização mais eficiente e eficaz das redes de atenção ao construir uma “tipologia” de serviços com observância das economias de escala e escopo. Essa tipologia orienta a definição dos territórios para a descentralização, promoção da equidade e organização de redes,

uma vez que a economia de escala direciona também qualidade e efetividade das ações de saúde e dos sistemas gerenciais.

Os trabalhos de concepção, elaboração e implementação do PDR/MG, de 1999 a 2012, deram-se sob uma única coordenação técnica, o que é relevante para a avaliação dos processos de trabalho, na medida em que estes mantêm continuidade. Ao longo desse período, a estrutura organizacional da SES/MG foi alterada, mas mantidos alguns membros da equipe, além da coordenação. Entre 1999 e 2002, a coordenação do PDR estava vinculada ao Centro de Planejamento (CP) da Assessoria de Gestão Estratégica (AGE) da SES/MG. Com a criação da Assessoria de Gestão Regional (AGR) em 2007, desmembrada da AGE, instituiu-se a Gerência de Regionalização e Informações em Saúde (GRIS), que incorporou o CP, que, após a reorientação estratégica empreendida em meados de 2009, passou a ser denominada Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde (NARS). Tal núcleo passou a integrar a estrutura orgânica da Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde da Subsecretaria de Regulação, criada em 2011. Desde então, o NARS tornou-se a Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais (DEAA).

Para troca de experiências, avaliação comparativa, análise da evolução das instituições, dos instrumentos de planejamento e de políticas públicas, é de interesse da SES/MG que a metodologia e a implementação do PDR sejam registradas e divulgadas. A esse interesse agregam-se os de outros estados e municípios, escolas de saúde pública e universidades, que têm procurado conhecer a experiência de Minas Gerais, atualmente considerada exitosa.

Este trabalho pretende divulgar a experiência do PDR/MG, o que será feito em duas partes: a primeira apresenta os aspectos históricos, conceituais e metodológicos; a segunda, os resultados espaciais apurados e ilustrados em mapas.

É importante situar, logo de início, que as Superintendências e Gerências Regionais de Saúde (SRSs e GRSSs), anteriormente denominadas Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde (DADS), implantadas anteriormente à concepção do PDR, são uma divisão

político-administrativa, e algumas delas não coincidem exatamente com a divisão assistencial resultante da elaboração do PDR. Aliás, as SRSs e GRSs devem ser entendidas como extensão de gestão regionalizada, devendo ter sua organização com vistas às atividades fim da saúde, hoje com características mais ampliadas, em face da evolução institucional da SES/MG e do SUS.

A SES/MG tem procurado diminuir a distância entre a gestão político-administrativa e a gestão das redes de atenção à saúde, causada pela divisão territorial das Regionais de Saúde. Diante das dificuldades encontradas, porém, esse objetivo ainda não foi totalmente alcançado, em que pesem os esforços da SES/MG. A título de exemplo, tivemos a recente reestruturação orgânica da SES/MG, que transformou, em 2011 algumas Gerências Regionais de Saúde em Superintendências Regionais de Saúde, com adscrições atreladas ao desenho macrorregional do PDR. Conforme acordado entre os atores envolvidos, a diretriz é que os ajustes não afetem a lógica e o propósito estruturador do PDR, devendo, no médio prazo, os territórios das SRSs e das GRSs se adequarem aos territórios assistenciais do PDR. Outra questão semelhante a essa refere-se à compatibilização dos territórios dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, voltados para o reforço local de equipamentos de saúde e para o fortalecimento e a dinamização da gerência dos sistemas logísticos regionais, especialmente o transporte em saúde. Para tal, há importantes questões a serem superadas, entre as quais a descontinuidade geográfica dos municípios de grande parte dos consórcios. Contudo, os significativos avanços alcançados na prestação de serviços de transporte em saúde através dos consórcios apontam e reforçam a necessidade dessa compatibilização e o estabelecimento de parcerias.

Tem crescido a conscientização dos aspectos técnicos e políticos da regionalização por parte dos atores envolvidos, o que inclui o fato de o PDR não se referir apenas a uma distribuição espacial/geográfica, e a interesses parciais, de cunho loco-regional. A concepção atual é que a regionalização deve direcionar e refletir processos que levem em conta o âmbito estadual e metas de serviços a serem ofertados com equidade, o que é de grande importância para o fortalecimento do SUS e de seus instrumentos de planejamento e gestão.

Cabe um alerta para os futuros ajustes territoriais e as avaliações: o fortalecimento do âmbito estadual como um todo, com enfoque de um modelo de organização solidária e complementar passível de financiamento por parte do ente federado. Tal concepção e consciência são difíceis de serem alcançadas, mas são agregadoras, e não diluidoras. Portanto, não devem ser perdidas, uma vez que fortalecem o SUS como política de Estado. Espera-se que a sustentação dada ao PDR/MG não seja perdida, especialmente no que diz respeito aos seus princípios, que não haja quebra de continuidade, uma vez comprovada sua contribuição como instrumento das políticas públicas de saúde. O entendimento das partes e de sua relação com o todo é fundamental para discussão dos aspectos técnicos, administrativos e políticos das questões de saúde pautadas.

Cumpre ressaltar que com a publicação do Decreto 7508/2011, o conceito de regiões de saúde adotado no PDR de Minas Gerais é fortalecido e torna-se ainda mais importante registrar as ideias e ideais balizadores deste instrumento.

Essas ideias e ideais estão postos e não se espera perdê-los, mas aprofundá-los de forma refletida. Cabe registrar que as relevantes diretrizes de regionalização/descentralização aqui abordadas para a unidade federada a ela não se restringem. Aliás, podem ser aplicadas a um município que terá sua regionalização própria, principalmente no caso de municípios de grande porte.

O propósito desta publicação é o registro da experiência de um grupo técnico em instituição do governo, no tempo institucional disponível e predeterminado, o que em si aponta limitações. Não é uma publicação acadêmica, mas técnica. Contudo, como se poderá depreender ao longo das exposições, as questões e o embasamento teórico não foram desconsiderados e poderão e deverão, assim, ser retomados oportunamente.

Ao longo dos últimos sete anos, as produções científicas e acadêmicas relativas à regionalização da saúde têm se multiplicado, o que confirma a relevância do tema, menos comum na década de 1990 e no momento inicial de elaboração do PDR/MG, por volta do ano 2000.

Esse fato remete para outro aspecto: a maioria das instituições e, no caso, a SES/MG, não estava equipada em termos tecnológicos e em número de recursos humanos para as tarefas propostas. Mesmo sem as ferramentas de geoprocessamento, foram utilizadas, em detalhes e especificidades, análises georreferenciadas e multivariadas para estabelecimento de padrões espaciais de distribuição e concentração de serviços. Destes trabalhos resultaram o modelo de atenção, a tipologia e, na sequência, o desenho espacial do PDR/MG. A partir da identificação inicial dos fluxos, estes foram reavaliados, em âmbitos estadual e regionais, conforme a especificidade do modelo. A não disponibilidade de ferramentas para cartografia exigiu a utilização de outros recursos tecnológicos de imagem, o que mais uma vez confirma o esforço e a dedicação da equipe de trabalho.

Assim, da **PARTE I** constam, além deste “**Prefácio**”, a “**Introdução**”, que pretende transmitir de forma mais sintética a lógica utilizada e a linha condutora existente entre os propósitos do PDR/MG e os seus conceitos e resultados; oito capítulos sumariados a seguir; e, finalmente, algumas observações para ajustes futuros, nas “**Considerações Finais**”.

O capítulo I – “**O Estado – Território e População das Minas Gerais**” – situa a unidade federada e as macrorregiões de saúde e aponta alguns aspectos das condições de saúde da população e sua distribuição no território mineiro. Tais aspectos certamente influenciaram, e alguns ainda mais, o desenho espacial das regiões de saúde do Estado, além de condicionar a concepção do modelo de atenção e a definição dos níveis de regionalização, pressupostos do desenho final. Contudo, cabe destacar, a incorporação desses aspectos do diagnóstico em saúde não se caracteriza como **etapa** e, sim, como um **momento** de avaliação que será retomado, para cada região e para o Estado como um todo, nos processos de planejamento que se reiniciam após a definição espacial. O PDR/MG orienta os projetos estruturadores do governo do Estado. Para a SES/MG a regionalização, conceito mais amplo, incorpora também novos enfoques do processo saúde-doença e determina alterações na gestão e organização dos serviços para atendimento de eventos agudos e crônicos.

O capítulo II – **“Histórico”** – registra e aponta os documentos e os aspectos legais constitutivos, os momentos, as estratégias utilizadas e facilitadoras, as circunstâncias dos avanços e as dificuldades encontradas no processo de elaboração e implementação.

O capítulo III – **“Objetivos, Princípios, Diretrizes e Estratégias”** – além de apontar esses elementos traçadores, destaca os conceitos imprescindíveis que possibilitam as bases para a elaboração do PDR, bem como orientam os critérios operacionais, posteriormente detalhados, e as estratégias adotadas. As estratégias apontam as dificuldades e facilidades, os cuidados e as articulações que todo plano requer e que foram efetuados.

O capítulo IV – **“Critérios Operacionais”** –, descreve quais critérios foram utilizados e como foram incorporados, considerando-se as diretrizes e os princípios estabelecidos e a experiência técnica internacional.

O capítulo V – **“O Modelo Assistencial e o Modelo de Regionalização – Níveis de Atenção à Saúde e Níveis de Regionalização”** – procura demonstrar o porquê e em quantos níveis se estruturou a proposta do PDR em Minas Gerais. Indica ainda os conceitos que mais diretamente embasam o modelo adotado e que resultaram no desenho dos espaços territoriais apresentados. Para tais abordagens, foi necessário novo resgate histórico, agora no enfoque específico das questões dos modelos adotados, uma vez que o PDR/MG, pensado entre 1999 e 2001, teve sua estrutura por níveis alterada em 2003, objetivando maior simplicidade e tendo em vista sua adequação aos planos do novo governo.

O capítulo VI – **“Metodologia”** – descreve os processos e cita algumas das técnicas utilizadas para definição dos modelos dos níveis de atenção e regionalização que incorporam o PDR-SUS/MG, como foram realizados estudos e conduzidas discussões com os atores envolvidos. Este capítulo aponta as grandes etapas e os passos desenvolvidos e como estes foram, em linhas gerais, trabalhados, uma vez considerada a realidade do Estado e as possibilidades da equipe. Contudo, não é proposta desta publicação esgotar as abordagens metodológicas, as utilizadas na elaboração do modelo e da tipologia e as utilizadas na

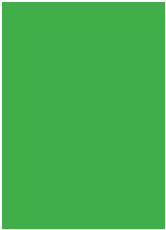
definição final do desenho espacial, o que poderá ser melhor trabalhado oportunamente.

O capítulo VII – “**O Desenho Espacial de 1999 a 2002 e o Desenho Espacial Vigente a partir de 2003**” – comenta, em linhas gerais, os desenhos territoriais resultantes dos modelos apontados no capítulo V. Um grande ajuste foi realizado no PDR em 2003, mas ajustes menores também foram realizados e outros são esperados. Todavia, as pequenas mudanças ocorridas não serão aqui detalhadas. Procurou-se apenas apontar temas e situações que requerem ajustes mais frequentes e que foram efetuados sem alteração do modelo, da lógica e da estrutura básica aprovada para o PDR.

O capítulo VIII – “**Outros Conceitos**” – tornou-se necessário pelo grande número de conceitos utilizados no processo de elaboração do PDR, uma vez que são fundamentais ao entendimento desse plano e não foram abordados nos capítulos anteriores. Na realidade, o capítulo assume a forma de pequeno glossário.

Nas “**Considerações Finais**”, além de se pontuarem algumas reflexões da equipe e da coordenação, foram apontadas questões a serem avaliadas oportunamente. Cabe retomar o PDR como um instrumento não estático, mas também não tão dinâmico que impeça alicerces para construção de entendimentos e negociações voltadas para Políticas de Estado e para análise dos avanços e das dificuldades regionais, inclusive da equidade.

A **PARTE II** informa o desenho espacial atual do PDR/MG: mapas demonstrativos das Micro e Macrorregiões do Estado; a relação dos municípios adscritos aos municípios polo micro e macrorregionais. Faz parte também da descrição nominal dos municípios por micro e macrorregião a informação da população 2009. Cabe esclarecer que a relação dos municípios e população, assim como os conceitos fundamentais do PDR/MG, é anualmente atualizada e disponibilizada no site da SES/MG, link PDR/MG.



INTRODUÇÃO

A regionalização, tema que aqui se pretende abordar como conteúdo do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, e para esse fim específico, deve promover e reforçar a integração entre os sistemas municipais. Deve também reforçar e promover a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde, especialmente no que diz respeito às questões de densidade tecnológica quando estas requerem agregação de escala para maior economicidade e organização da referência da clientela. A concepção é de que cabe ao gestor estadual o papel de coordenador, regulador e mediador da concepção e avaliação das inter-relações entre municípios e regiões, assim como da integração entre atores envolvidos na proposta de organização do SUS no Estado.

Em Minas Gerais, a construção do Plano Diretor de Regionalização definiu espaços regionais apenas dentro dos limites territoriais do Estado, embora seja de conhecimento geral a existência de fluxos assistenciais entre as Unidades Federadas. Não é objeto desta publicação a questão da regionalização intramunicipal, nem da regionalização ou pactuação entre unidades federadas.

A definição de limites territoriais é importante para as questões de planejamento e investimento dentro e fora dos espaços intermunicipais contíguos – micro, macro ou interestaduais. No que se refere a serviços que requerem escala, há aqueles que terão sua referência estabelecida e formalizada em redes, com identificação e controle das unidades, e há outros cujos fluxos só poderão ser confirmados após efetuados, dentro ou fora dos limites regionais. Há também os que poderão, excepcional e conjunturalmente, ser implementados fora dos rígidos limites regionais, a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI), até que se superem os vazios assistenciais de determinada região.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG), aprovado em 2002 pelo CES/MG, pela CIB-SUS/MG e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), 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 então definidos. O modelo

definidor dos níveis assistenciais/regionalização foi aprovado pela CIB-SUS/MG em 2000. A concepção da época, e atual, é que a cada nível de atenção deve corresponder um nível de regionalização – um território sanitário, com um polo cujas unidades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares devem responder por funções específicas na organização dos serviços em rede e conforme necessidades programáticas e de economia de escala.

Os gestores de cada território, portanto, de forma articulada e solidária, têm, além de sua responsabilidade pelo território municipal, uma responsabilidade comum pelos demais níveis de atenção e regionalização – micro e macrorregiões. Isso faz pressupor a institucionalização da cogestão micro e macrorregional. A partir das necessárias adequações a cada realidade, os gestores devem promover a organização do fluxo da demanda, a oferta dos serviços predefinidos como de responsabilidade do território – os vazios assistenciais –, facilitar o acesso dos usuários aos demais níveis, exercer governança das redes, da pactuação programada dos sistemas logísticos.

A oferta de serviços assistenciais de cada nível pode e deve ser adequada às realidades específicas sem que isso gere perda da comparabilidade e das metas comuns. Em termos gerais, como já salientado, a oferta ideal esperada está descrita por procedimentos ambulatoriais e hospitalares em uma tipologia que detalha o modelo de atenção. Este assunto é novamente abordado para esclarecer que a tipologia reagrupa os procedimentos da Tabela SIAH do MS, reordena-os por clínica de especialidade médica conforme o nível de atenção e regionalização. O desenho espacial do PDR/MG 2000/2002 e o do PDR vigente são resultantes de modelos de lógica semelhante, mas com especificidades e níveis diferentes. A tipologia que fundamentou o PDR/MG 2002 constou da sua publicação. A tipologia que orientou o PDR vigente, por sua extensão, será excluída desta publicação, mas consta de outro documento que é normalmente disponibilizado pela SES/MG através de seu site.

A distribuição e delimitação dos espaços regionais do PDR/MG, portanto, está embasada em um modelo de atenção que é detalhado em uma tipologia de serviços, organizada conforme diferentes níveis

de densidade tecnológica e agregação dos serviços que requerem economia de escala.

A tipologia é uma referência geral para as diversas redes – para as prioritárias, formais, reguladas e com agendamento intrainstitucional, e para as demais, os serviços ainda não protocolizados ou de demanda espontânea. A longo prazo, cada macrorregião deve, ou deveria, ofertar serviços de todos os níveis de atenção, por redes prioritárias e para organização da demanda geral, aquela ainda não organizada por redes prioritárias e/ou temáticas. Quanto às redes de atenção à saúde, entretanto, estas podem e devem ser mais específicas que a tipologia básica, original, úteis como referência sobretudo para as redes não prioritárias pelo plano estadual. Enquanto as redes ou os investimentos não são viáveis nestes termos ideais, espera-se que as coordenações técnicas e a CIB-SUS/MG possam melhor estabelecer os fluxos das demandas, as agendadas e as espontâneas, entre micro ou macrorregiões.

O PDR é, portanto, não uma norma rígida, mas uma base para se promover, além da descentralização/regionalização, outro dos princípios do SUS/MG: a equidade, uma vez que permite avaliações comparativas entre as diversas regiões e ainda a integralidade. A resolubilidade é um dos indicadores para avaliação da promoção da equidade e da descentralização/regionalização. É aqui entendida como resultado da capacidade de atendimento do residente na própria região, no que for definido como esperado ou de responsabilidade, missão ou função do nível de regionalização/atenção, municipal, micro ou macrorregional.

De 2002 até a data atual, o PDR/MG tem sido ajustado em seus dois componentes: a tipologia de serviços estabelecida como “ideal” a ser atingido em cada nível e a descrição do espaço territorial a ela correspondente e por ela responsável.

A tipologia de serviços assistenciais consta também da Carteira de Serviços do SUS/MG. Os ajustes da tipologia ocorrem sempre que se torna necessário detalhar a anterior ou efetuar a sua adequação às novas Tabelas de Procedimentos do Ministério da Saúde (MS).

A utilização dos procedimentos do MS é importante por ser essa a referência da União para sua participação no financiamento do SUS

e ainda por integrar um sistema de informação de âmbito nacional, o que é de interesse geral.

De acordo com o propósito do Plano Diretor de Regionalização/MG:

REGIÃO – conjunto de municípios circunvizinhos que mantêm entre si inter-relações para as questões de promoção e assistência à saúde do SUS, sendo a maioria periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais, e constituem-se como base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes. Para o PDR/MG, cada região se configura conforme o modelo de atenção adotado; cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte, as inter-relações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não. cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte, as inter-relações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não.

Uma das questões a ser avaliada e planejada numa região é o alcance da função esperada para ela e de sua relação com as demais regiões e demais níveis do modelo adotado. Cada nível de agregação de municípios – o espaço supra e intermunicipal, e o espaço inter e suprarregional – pressupõe uma agregação de serviços, portanto têm uma responsabilidade, uma função a ser operacionalizada através das unidades prestadoras de serviços nele localizadas. Essas responsabilidades são, no caso do modelo de regionalização aprovado pela CIB-SUS/MG, geralmente definidas por nível através da descrição de elencos de serviços. Um município polo pode assim, no caso específico de assistência hospitalar, ainda que em uma única unidade hospitalar, cumprir e exercer diversas funções – a do próprio município, a da microrregião, a da macrorregião –, no que se refere à assistência hospitalar ou ambulatorial, o que significa ofertar serviços dos elencos dos diversos níveis.

No caso da necessidade de internações, o desempenho da função de nível macro ou a do nível microrregional poderá ser mensurado nas unidades hospitalares localizadas, sobretudo e respectivamente,

no polo de cada macro ou de cada microrregião. A mensuração a ser efetuada terá como referência a tipologia de serviços descrita para cada nível. Mas há ainda outros elementos caracterizadores da função a serem quantificados e observados na avaliação regional – micro ou macro –, ou em avaliações de unidades hospitalares que respondam pela respectiva função: o âmbito e o volume da cobertura dada aos municípios adscritos para atendimento do elenco de procedimentos descritos na tipologia.

Assim, cabe sintetizar e recuperar que, a cada agregação de território, ou região, corresponde um nível de atenção que, na tipologia assistencial e para correspondência com os sistemas nacionais, tem os procedimentos da Tabela SIAH do MS reagrupados por níveis e clínicas de especialidades, o que se denomina “elencos”.

No PDR/MG, como será detalhado nos capítulos a seguir, atualmente são três os níveis de atenção à saúde/regionalização, e para cada um há um elenco definido a ser alcançado a curto, médio ou longo prazo, conforme a viabilidade econômico-financeira. Isso porque a tipologia assumida para e pelo PDR/MG não decorre da série histórica ou da capacidade instalada e, sim, de uma proposta resultante da análise situacional de saúde do Estado. Essa proposta fixou uma meta de expansão, distribuição, descentralização e desconcentração de serviços, entendida como mais racional e eficiente, uma vez que é baseada na economia de escala.

Os Planos Diretores de Investimento podem nela se basear para elencar prioridades, sendo estas de forma a compor e agregar, ou seja, sem com isso perder de vista os problemas de saúde definidos nos planos e programas de governo como prioritários.

Antônio Jorge de Souza Marques
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais



CAPÍTULO I – O ESTADO – TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DAS MINAS GERAIS

O Estado de Minas Gerais, situado na região Sudeste do Brasil, possui uma extensão territorial de 586.528,293 km² e 853 municípios, com uma estimativa populacional em 2009 de 20.033.665 habitantes (Figura 1).

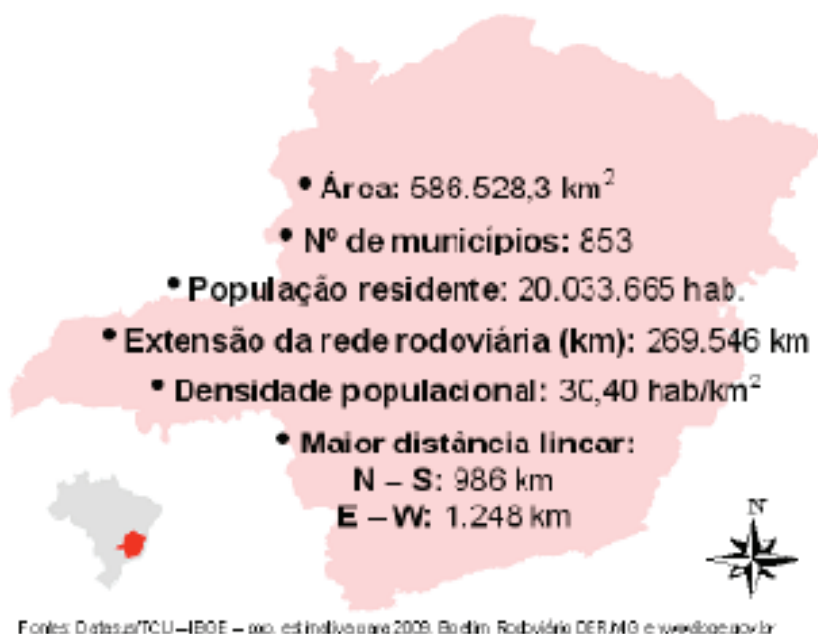


Figura 1

De acordo com os dados da PNAD (IBGE/2008), 23% da população de Minas Gerais está abaixo de 14 anos; 64,9% está entre 15 e 59 anos, e 11,8%, com 60 anos ou mais.

Conforme o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 de Minas Gerais, a estrutura etária da população apresenta alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento da população, e a taxa de fecundidade vem decrescendo de forma continuada nas últimas décadas, sendo registrada em 2008 uma taxa de 1,8 (Figura 2).

A situação de saúde A acelerada transição demográfica

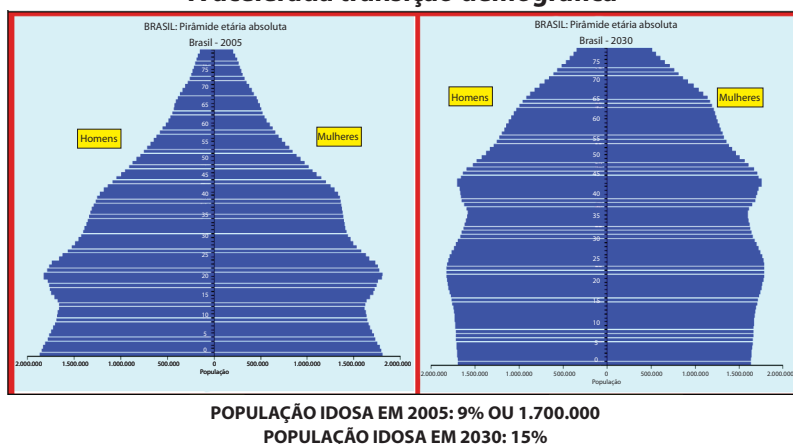


Figura 2

As regiões de Minas Gerais apresentam características distintas quanto a distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. As regiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha/Mucuri e Rio Doce concentram grande parte de municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas. Além disso, as regiões Norte e Nordeste concentram pequena população em grande extensão territorial, resultando em uma baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre os municípios, vindo a seguir as regiões do Alto Paranaíba e Jequitinhonha/Mucuri. Já as regiões Sul de Minas, Zona da Mata e Central concentram grande número de municípios, em sua maioria com pequena extensão territorial e maior proximidade entre eles. Essas regiões detêm a maior parcela da população do Estado, sendo que Belo Horizonte concentra 2.452.617 habitantes.

Enquanto as regiões ao norte do Estado apresentam as maiores carências e mais baixos indicadores de desenvolvimento, tendo como base uma economia mais tradicional, as regiões ao Sul, ao Centro e do Triângulo Mineiro se destacam por seu maior desenvolvimento econômico.

As taxas de mortalidade infantil de 2005 (Figura 3) ilustram as disparidades entre municípios e regiões do Estado: municípios situados em regiões socioeconomicamente menos favorecidas apresentam taxas superiores à média do Estado.

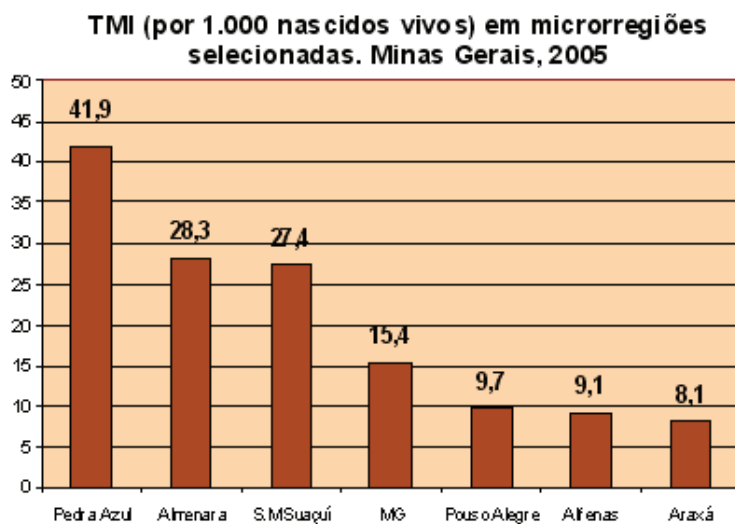
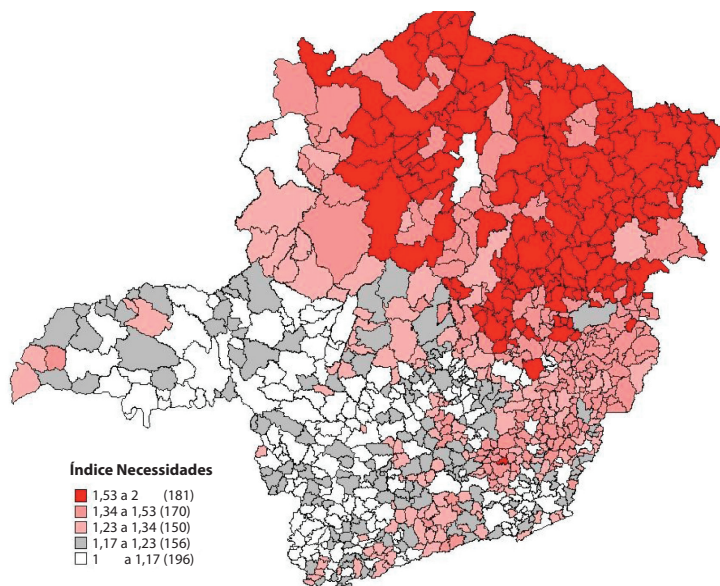


Figura 3

A figura 4 demonstra os grandes desníveis apurados quando se calcularam os índices de necessidades do Estado.



Fonte: SES/MG, Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, 2008-09

Figura 4

Minas Gerais, como já citado, apresenta grande disparidade interna quanto à distribuição de sua população. A maioria dos municípios, aproximadamente 57%, é de pequeno porte e têm uma população menor de 10.000 habitantes, 40% têm população maior que 10.000 e menor que 100.000 habitantes, e apenas 27 (3%) municípios têm uma população com mais de 100.000 habitantes.

As desigualdades regionais têm reflexos semelhantes na área da saúde, ocorrendo maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados nas regiões centrais e ao sul do estado. Em 2007, estavam cadastrados pelo DATASUS 723 hospitais, e destes 555 prestam serviços ao SUS/MG, sendo que 60% deles estão localizados em municípios com população entre 5.001 a 20.000 habitantes. Embora em número significativo, a maioria desses hospitais é de pequeno porte e pouco resolutivos.

A seguir, municípios de Minas Gerais com hospitais prestadores de serviços ao SUS/MG, conforme faixa populacional dos municípios.

Faixa populacional	Quantitativo de Municípios		
	No Estado	Com Hospital	Sem Hospital
até 5.000 hab.	225	21	204
5.001 a 10.000 hab.	264	75	189
10.001 a 20.000 hab.	182	140	42
20.001 a 50.000 hab.	117	108	9
50.001 a 100.000 hab.	38	38	0
100.001 a 500.000 hab.	23	23	0
> 500.000 hab.	4	4	0
TOTAL	853	409	444

Fontes: IBGE/PDR/MG/2009; PERFIL HOSPITALAR NARS/AGR/SES 2007/2008.

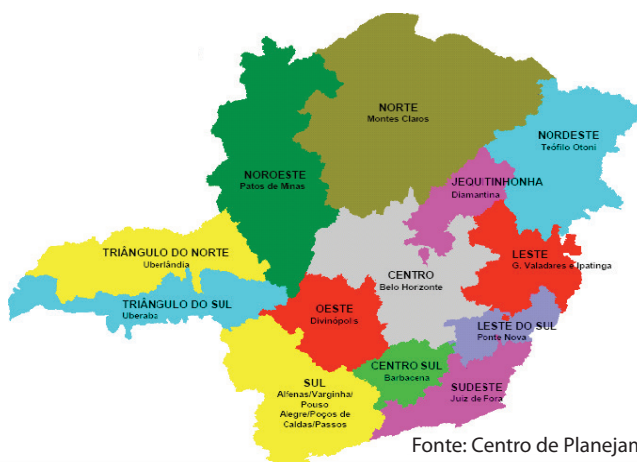
A maior concentração dos hospitais prestadores de serviços ao SUS/MG ocorre nas regiões Sul, Central e Zona da Mata. Os hospitais universitários também se concentram nas regiões mais favorecidas economicamente, sendo que apenas um se localiza na região Norte.

No nível ambulatorial o estado conta com 9.190 unidades prestadoras de serviços ao SUS/MG entre unidades básicas de saúde, policlínicas e ambulatorios de especialidades, entre outros.

Diante das desigualdades regionais e socioeconômicas existentes no Estado, o governo de Minas tem adotado políticas que objetivam reduzi-las através de planos intersetoriais, em especial planos voltados para desenvolvimento econômico, geração de renda e emprego, com ênfase para as regiões do Jequitinhonha/Mucuri e Norte. Na área de saúde têm sido efetuados incentivos financeiros e investimentos que privilegiam a melhoria da qualidade dos serviços nas regiões com maior necessidade.

Os fluxos da população em busca dos serviços de saúde e a distribuição destes no espaço territorial condicionou estudos de descentralização e regionalização do estado para fins de atenção à saúde.

A distribuição espacial da população, das necessidades de saúde, dos recursos, no caso, sobretudo dos recursos hospitalares que garantem o acesso do usuário à atenção terciária, uma vez não resolvidos seus problemas de saúde na atenção primária e secundária, resultou em um Plano Diretor de Regionalização da Saúde com 13 macrorregiões, objeto de estudo e descrição dos próximos capítulos (Mapa 1).



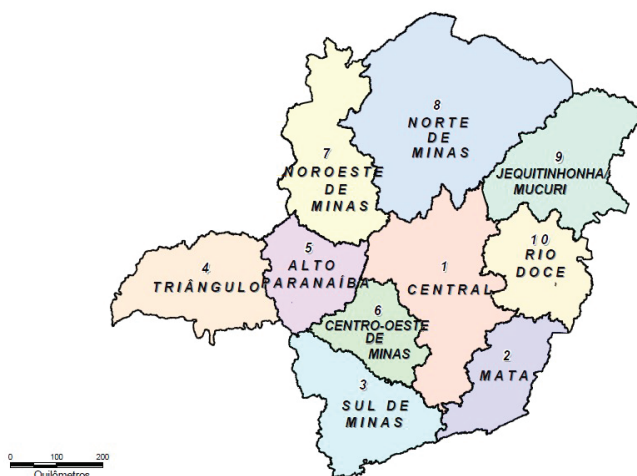
Fonte: Centro de Planejamento – AGE

Mapa 1

Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais

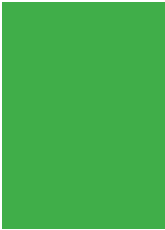
É interessante notar as semelhanças entre a regionalização da saúde e a regionalização efetuada pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais (Mapa 2). Esta considera dez regiões Administrativas de Planejamento. As diferenças se pautam em razão do fluxo da população e das distâncias a serem percorridas para atenção à saúde que exigem critérios para organização em rede

Regiões de planejamento de Minas Gerais



Fonte: Dados básicos: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG-MG), Plano Mineiro de desenvolvimento Integrado (PMDI)

Mapa 2



CAPÍTULO II – HISTÓRICO

Ao longo de 1999 a 2012, a SES/MG tem utilizado o PDR como instrumento de planejamento e gestão nos âmbitos estadual, regional e municipal. No caso destes últimos, e especialmente entre 2004 e 2012, tem utilizado para organização, dentre outras, das redes de atenção prioritárias e para elaboração dos planos diretores da atenção primária. Em âmbito municipal também cabe a concepção e o enfoque da regionalização.

No enfoque do âmbito estadual, entre 1999 e 2002, o PDR/MG teve sua experiência publicada. Após 2003, a oportunidade de publicação surge em 2011.

Contudo, os fundamentos teóricos, conceitos básicos, princípios, critérios operacionais e metodologia têm sido divulgados ao longo de todo esse período. Exposições e palestras com esses conteúdos foram efetuados, e os slides, disponibilizados no site da SES/MG.

A divulgação pelo site mostrou-se interessante pelo retorno trazido de outras unidades da federação e, inclusive, de empresas de consultoria.

A equipe responsável pela elaboração e coordenação técnica do PDR/MG também se sentiu gratificada ao receber convites para exposição e debate, sobretudo por parte de instituições como a ENSP, a Escola de Medicina da UFMG, o INCA, a ESP – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, o Ministério da Saúde, CONASEMS e Secretarias de Estado da Saúde de outras unidades da federação. Em nível interno da SES/MG, junto ao CES/MG e COSEMS/MG, foram diversos os debates, sempre com disponibilização dos slides utilizados, alguns destes transcritos nesta publicação.

O Plano Diretor de Regionalização de MG é, assim, um instrumento de planejamento da saúde que, sem perda de seu propósito, objetivos, princípios e conceitos básicos, tem sido ajustado desde sua elaboração inicial, em 1999, até o momento atual.

A proposição do PDR/MG foi iniciada em 1999 a partir de estudos dos fluxos dos usuários do SUS/MG para a assistência hospitalar e ambulatorial. Ao longo de 1999 e 2000, tais estudos utilizaram os bancos de dados do DATASUS. A equipe de técnicos da SES/MG contou com

assessoria de epidemiólogos. Os levantamentos permitiram a identificação de “clusters” de serviços de saúde distribuídos em condições diferenciadas no estado. A partir da identificação e análise da distribuição espacial de alguns agregados de serviços, com concentração em determinados portes de municípios, pôde-se estabelecer o desenho de um modelo de organização, de serviços assistenciais, por nível de atenção à saúde, identificando os serviços emblemáticos a serem ofertados por porte e nível de agregação de municípios e regiões.

Esse “modelo” foi detalhado por procedimento em uma “tipologia” de serviços que foi discutida com a CIB-SUS/MG e aprovada em 2000 (Anexo I). Posteriormente, essa tipologia foi adequada às exigências da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01) de 2001 (Portaria GM/MS nº 95, de 26/01/01) e a de 2002 (Portaria GM/MS nº 373, de 27/02/02).

A proposta de organização estava fundamentada nas diretrizes de regionalização estabelecidas no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) de 1999/2002. Após extenso diagnóstico da distribuição populacional, de recursos e das condições de saúde, e conforme nomenclatura da época, foi elaborado o “Modelo de Organização dos Serviços Assistenciais segundo Níveis Crescentes de Complexidade Tecnológica”, aprovado pela CIB-SUS/MG, em reunião de 14/11/2000. O diagnóstico e o modelo tinham em vista o desenho do Plano Diretor de Regionalização e, por finalidade, orientar a estruturação de redes assistenciais e dos investimentos necessários à descentralização, o que seria objeto de um Plano Diretor de Investimentos – PDI.

Cabe destacar que a regionalização da saúde estava proposta entre os princípios organizativos do SUS, na Lei nº. 8.080. Contudo, após a ênfase dada à municipalização ou aos livres agregados de municípios, o governo do Estado de Minas Gerais, eleito para o período 1999/2002, estabeleceu como diretriz uma regionalização dos serviços sem perda da visão sistêmica e do propósito de estabelecimento de políticas estaduais, globais.

Entre 2000 e 2002, para utilização do referido “modelo” no processo de desenho dos espaços regionais, foi constituído um Grupo de Nível Central com a função de coordenar e capacitar agentes multiplicadores, encarregados da sua discussão em níveis regionais – as Câmaras Técnicas Regionais. Tais câmaras eram constituídas por representantes

dos Conselhos Municipais de Saúde, de Secretários Municipais de Saúde da região e das Diretorias Regionais de Saúde. Aliás, as discussões regionais estavam sob a coordenação destas últimas, hoje designadas Gerências Regionais de Saúde (GRSs).

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais foi, em sua proposta inicial, elaborado pelo Centro de Planejamento/Assessoria de Planejamento, atual Assessoria de Gestão Regional, sob a coordenação de um grupo-tarefa (GTR) constituído pela Resolução/SES/MG nº 048, de 23/04/2001, após entendimentos com os Diretores Regionais da SES/MG com o COSEMS/MG. Foi, finalmente, aprovado pela CIB-SUS/MG, em 02/10/2001, pelo Conselho Estadual de Saúde, conforme Deliberação CES/MG nº 036, de 14 de outubro de 2002 e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em dezembro de 2002, quando atendeu a um dos requisitos para habilitação do estado em Gestão Plena.

Conforme orientações da NOAS, o PDR deveria servir de base para a PPI 2001/2002. Nesses termos, no mesmo documento de divulgação do PDR, a SES/MG propôs um segundo desenho espacial. Uma vez direcionados novos investimentos às regiões descritas no primeiro desenho, a SES/MG estaria promovendo infraestrutura correspondente ao segundo desenho espacial e bases para nova programação pactuada.

No momento de aprovação do PDR pela CIB-MG, em 11/2000, e dos desenhos espaciais em 10/2001, já havia um indicativo para revisão do desenho espacial após a PPI-Assistencial – 2001/2002. Tal revisão apontava para a necessidade de desconcentração da região polarizada por Belo Horizonte, ou seja, para a reversão sobretudo de fluxos da Média Complexidade (MC) e também de alguns procedimentos da Alta Complexidade (AC), sobretudo através de reforço de investimentos nas regiões do Baixo e Alto Jequitinhonha e do Mucuri.

No entanto, apenas o primeiro desenho foi implementado e ficou vigente até 2003, quando assume novo governo, e novas diretrizes são traçadas. Para as discussões dessa proposta e elaboração final do documento então publicado, foi intensa a participação dos gestores municipais, do CES/MG e das Diretorias Regionais.

Em 2003, com a mudança de governo no estado, foi realizada uma revisão do PDR, e esse processo contou também com a participação do COSEMS/MG, diretores das Gerências Regionais de Saúde, de

gestores municipais, tendo sido seu ajuste, posteriormente, discutido com o Conselho Estadual de Saúde. A revisão foi aprovada pela CIB-SUS/MG, de acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 42, de 17 de novembro de 2003.

Os recursos instalados e os fluxos populacionais, avaliados para o desenho do primeiro PDR, em 2001, foram novamente mapeados e confirmados, bem como os sistemas e as condições viárias de acesso de cada município aos diversos polos micro.

Foram estudadas e efetuadas agregações de microrregiões circunvizinhas, com baixa densidade populacional, mas com possibilidade de acesso dentro dos critérios adotados. Para as propostas de agregação foi também considerada a existência ou não de outros municípios de grande densidade populacional ou com grande força de atração, avaliando-se sua localização geográfica e condições viárias. Algumas microrregiões com baixa escala foram mantidas, uma vez que a agregação resultaria em dificuldade de acesso para a população e, neste caso, o critério de acessibilidade prevaleceu sobre a escala, conforme acordos prévios firmados com o COSEMS/MG, anteriores à aprovação final dos resultados obtidos na reunião da CIB-SUS/MG, em 17/11/2003.

O novo desenho espacial do PDR, aprovado pela CIB-SUS/MG em outubro de 2003, estava fundamentado num modelo que estabelecia três níveis de regionalização – o macrorregional, o micro e o municipal. Algumas microrregiões foram agregadas para ganho de escala e escopo; as mesorregiões assistenciais e as macrorregiões foram ajustadas passando a constituir-se um único nível de regionalização, a macrorregião. Os módulos foram suprimidos. Os municípios polo de micro agregadas permaneceram com essa função constituindo-se, assim, as microrregiões bipolares ou tripolares. O estado foi dividido em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde.

O “Modelo/Tipologia” aprovado em 2001, base para a construção do PDR, foi revisto, e os seis níveis assistenciais foram reduzidos a três e também correlacionados a três níveis de regionalização. A caracterização dos níveis assistenciais, com detalhamento dos serviços e procedimentos da assistência hospitalar e ambulatorial, tem sido objeto de estudos pormenorizados e atualizações frequentes, com a finalidade de se avançar na definição final da Carteira de Serviços do SUS/MG, por Níveis de Atenção à Saúde, conforme agregação de tecnologia.

A CIB-SUS/MG aprovou, na reunião de outubro de 2003, a proposta de realização de ajustes periódicos do PDR. Em 2005, foi efetivado o primeiro ajuste que incluía algumas reivindicações de gestores municipais no que se referia à designação de polos e à da adscrição microrregional de alguns municípios. Em 2008 e 2009, novos ajustes também foram realizados para alteração de adscrições microrregionais. No ajuste de 2011, foi proposta pela SES/MG e acordada com o COSEMS/MG a criação de uma nova microrregião, a partir do desmembramento de outras já existentes, totalizando atualmente, no estado, 77 microrregiões.

Foram então concedidas novas polaridades complementares: ao município de Sete Lagoas, como polo macro na macro Centro, e Timóteo, na microrregião de Coronel Fabriciano, como polo micro. Essas alterações ocorreram, no entanto, sem nenhum prejuízo para o modelo, lógica e estrutura do PDR vigente a partir de 2003, ou seja, mantidos os níveis, a tipologia, a agregação de municípios em micro e de micro em macrorregiões, tendo em vista organização de redes com economia de escala.

Os ajustes, conforme inicialmente previstos, deveriam também ser decorrentes da implantação de projetos de desenvolvimento socioeconômico ou de alterações significativas nos sistemas viários de cada espaço, estes, desde que em paralelo com recursos instalados. Contudo, tais alterações ainda não se registraram. As sugestões efetuadas por parte da equipe coordenadora do PDR para os ajustes da tipologia têm correlação estreita com a necessidade de descentralização e desconcentração dos recursos. As reivindicações dos gestores por ajustes do PDR estão vinculadas à expectativa de financiamento, geralmente decorrentes dos programas de governo voltados para incentivos aos polos micro e macrorregional.

Outro fator de indução para o ajuste da tipologia é a maior disponibilidade de novas tecnologias, o que permite avanço na universalização de seu uso. Contudo, é justamente à tipologia que se propõe o papel de norteador, de servir como referencial para a distribuição equitativa de recursos. A ela cabe orientar e promover avanços, mas também cuidar para que uma região não se privilegie em demasia de alguns investimentos ou avanços tecnológicos em detrimento das demais, o que reforça o papel regulador do Estado, especialmente tendo em vista o princípio da equidade.

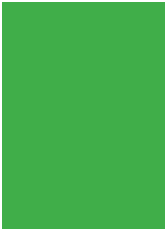
O Anexo I relaciona os principais documentos – Atas de Reuniões e Deliberações da CIB-SUS/MG, referentes à elaboração do PDR, sua aprovação inicial, a revisão de 2003 e seus ajustes. Os ajustes não serão aqui abordados em detalhes, mas estão citadas as reuniões da CIB-SUS/MG e/ou suas deliberações (Anexo I.1). Os assuntos ou objetos de discussão dos ajustes estão abordados no capítulo VI.

Assim, cabe destacar que o histórico entre as versões 1999/2002 e 2003/2010 do PDR não está no processo e na metodologia de elaboração, mas no processo de gestão da SES/MG, que o coloca como instrumento de governo, associando-o a outros instrumentos de planejamento, tais como o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), implantado em todas as microrregiões pelo Projeto Estruturador Saúde em Casa e os projetos e a implementação das redes de atenção à saúde prioritárias. Nesse termos, conforme procura ilustrar a Figura 5 a seguir, o PDR se estrutura para possibilitar as etapas seguintes apontadas no plano de governo para um projeto mais amplo, ou seja, o Projeto Estruturador Regionalização. Assim, uma vez estruturado o PDR, colocados os limites territoriais, estavam criadas as bases para a implantação e capacitação da gestão microrregional e, paralelamente, a implementação de uma nova concepção, uma nova abordagem do modelo de atenção à saúde, que se deve dar com enfoque sobretudo nos eventos crônicos, e não mais pelos eventos agudos, sob a coordenação das equipes do PSF, o que se aborda no capítulo I.



Malachias, I / 2009

Figura 5: O Plano Diretor de Regionalização (PDR) e sua relação com a gestão das redes da atenção à saúde em Minas Gerais



CAPÍTULO III – OBJETIVOS, PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

“Região”, retomando o anteriormente definido, é o espaço de relações intermunicipais do SUS. É um espaço territorial, mas, sobretudo, o território de uma população que é base de cálculos para planejamento de saúde. Contudo, não só para cálculos de recursos financeiros e administrativos, mas também cálculos e estratégias que promovam cogestão, governança, sentimento de pertencimento, de identidade, relações de complementaridade, compartilhamento de problemas e interesses.

Sobre esse território há uma responsabilidade sanitária, em cogestão, a partir da Atenção Primária, por município e no conjunto desses. Isso significa envolver espaços intermunicipais, cuja coordenação é de responsabilidade da esfera estadual, sobretudo no que se refere a promover:

- equidade entre regiões
- integralidade/organização de redes
- acesso aos diversos níveis de atenção intra e inter-regiões
- eficiência e eficácia no uso de recursos
- resolubilidade programática e assistencial micro e macrorregional

Essa concepção de região, fundamentada na Lei nº. 8.080 de setembro de 1990, é ao mesmo tempo direcionadora e decorrente dos objetivos e das estratégias traçados para elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Objetivos

O PDR, projeto estruturador, é base para organização das Redes de Atenção à Saúde, para a descentralização assistencial e gerencial e para o processo de planejamento e avaliação do SUS/MG. Deve possibilitar racionalização de gastos e otimização na aplicação de recursos, com ganho de escala nas ações, serviços e recursos de saúde de abrangência regional.

Nesses termos, tem em vista promover análises comparativas entre micro e macrorregiões, realizar avaliações de equidade e resolubilidade,

subsidiando ações e projetos que visam à superação das desigualdades regionais. É, portanto, um instrumento de promoção da equidade e integralidade da atenção, além de atender aos princípios organizativos preconizados pela Lei nº. 8.080 e a regionalização, a descentralização, a hierarquização dos serviços, bem como promover ou subsidiar o aumento da capacidade resolutiva regional.

Em Minas Gerais, em sua proposta original, o PDR deveria ser também base para constituição das CIBs micro e macrorregionais, instância de gestão colegiada e descentralizada do SUS, espaço de discussão dos problemas comuns, de compartilhamento e pactuação de propostas, projetos e programações e de fortalecimento da identidade microrregional.

Os sistemas logísticos de informação, transporte em saúde e regulação do SUS também deveriam ser constituídos, no Estado, com base no PDR, e viabilizar a construção da governança regional.

Cabe aqui um comentário: traçados no início dos trabalhos, os objetivos têm se efetivado. As CIBs micro e macro estão criadas, e os sistemas logísticos e operacionais têm avançado, estes, sobretudo, através dos Consórcios Municipais, como anteriormente salientado.

Faz parte de um plano diretor sua avaliação. O alcance de seus objetivos tem sido objeto de estudos, seja para ajustes operacionais do próprio PDR, seja na avaliação da resolubilidade regional. É interessante citar, a título de exemplo, um desses estudos, que, como resultado, apontaram a ampliação da resolubilidade de algumas microrregiões (Anexo II) e de algumas macrorregiões (Anexo III), confirmando o direcionamento dos programas de investimento de forma diferenciada por micro e macrorregião, sempre em cogestão com os secretários municipais de saúde.

Em síntese, pode-se esquematizar os objetivos gerais e específicos do PDR:

Gerais

Distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada conforme o modelo de atenção à saúde, tendo em vista a organização das redes e os princípios da equidade, integralidade, economia de escala, escopo e acessibilidade da população.

Específicos

- Identificar e propor novos padrões espaciais de oferta de serviços, de produção, de necessidades, de fluxos, conforme modelo de atenção esperado;
- Implementar e fortalecer a descentralização;
- Subsidiar a organização das redes de atenção à saúde;
- Subsidiar a organização do fluxo, orientação da demanda, a oferta de serviços com equidade;
- Definir os limites territoriais das micro e macrorregiões conforme critérios populacionais e acessibilidade, com base nos fluxos assistenciais, mas tendo em vista sua otimização e a tipologia;
- Estabelecer bases e padrões para os cálculos dos vazios assistenciais e da resolubilidade de cada nível e de cada região;
- Subsidiar a construção de estratégias para ideias de pertencimento regional;
- Subsidiar a construção de estratégias para ampliação de governança e da cogestão;
- Subsidiar a compatibilidade da gestão com as ações da assistência;
- Subsidiar a construção da equidade e da integralidade.

Diretrizes e princípios

Qualidade da atenção

Os serviços de saúde devem ser efetivos, organizados em função das necessidades da população e ter atendimento humanizado.

Para garantir a qualidade, alguns serviços devem ser concentrados, ter abrangência regional e sua oferta ser disponibilizada em municípios de maior densidade populacional, conforme fundamentos necessários às economias de escala e escopo, que, por sua vez, resultam em maior especialização e, portanto, qualidade.

Acessibilidade

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade, de diferentes níveis de densidade tecnológica, deve ser assegurada a todos os usuários do SUS, independentemente do município de residência. Esta garantia pressupõe, portanto, resolubilidade por nível de atenção, conhecimento e informação quanto às necessidades de referência, responsabilidade dos gestores envolvidos nos fluxos e pactuações.

Contiguidade geográfica

As microrregiões que compõem uma macrorregião e os municípios que compõem uma microrregião devem estar próximos de forma contígua.

O princípio de contiguidade geográfica foi um pré-requisito da regionalização; no entanto, no Estado, na construção do PDR, houve registro de algumas exceções. O sistema viário, a proximidade e o fluxo justificaram, em algumas situações, a não contiguidade de um município à sua microrregião.

Organização das Redes de Atenção à Saúde

O propósito da organização de redes é a implantação de serviços de atenção à saúde mais acessíveis e equitativos, com assistência integral e que responda às reais necessidades da população. A regionalização deve induzir e facilitar a formação das redes, já que possibilita a interação dos gestores, num espaço comum, a região, onde se busca resolver os problemas de saúde através de ações conjuntas, racionalização dos recursos e do ordenamento da demanda.

Descentralização

O propósito da descentralização é fortalecer os níveis regionais em sua capacidade de gestão colegiada, no fortalecimento dos sistemas gerenciais regionais da SES/MG tendo em vista as necessidades de saúde locais

Economia de Escala

É a maior produtividade, eficiência e qualidade alcançadas mediante melhor e maior aproveitamento dos recursos e equipamentos, conforme adoção de rotinas e critérios.

Num gráfico de distribuição de frequência, comparando-se a curva de produção dos serviços com a de custos, estes caem proporcionalmente ao aumento do número de atendimentos realizados.

Isso, até um determinado ponto de inflexão das curvas, quando os custos fixos, até então diluídos, voltam a gerar, para novas produções, novas fontes de gastos. Observa-se, então, queda da produtividade e da lucratividade alcançada.

Economia de Escopo

Será a maior e mais ampla utilização de determinados equipamentos, disponibilizando-os num mesmo ponto de atenção, espaço, localidade e tempo integral para diversas ações.

Evita-se, assim, a capacidade ociosa, deslocamentos de usuários ou duplicação de equipamentos de alto custo na mesma região assistencial.

Ênfase na Atenção Primária

A atenção primária assume papel de destaque na assistência, atuando como porta de entrada do sistema, coordenando os cuidados de saúde e responsabilizando-se pela resolução da maioria das necessidades de saúde da população.

Estratégias

A Constituição Federal brasileira preconiza, a partir de 1988, a saúde como processo dependente de múltiplos fatores: alimentação, moradia, lazer e outros; reflexo da relação do ser humano com o meio circundante. A saúde passa a ser entendida como um bem público, e não privilégio de poucos.

A organização do SUS tem em vista três dimensões, quais sejam: política, técnica e administrativa. A dimensão política envolve as questões públicas e, desse modo, a questão da saúde, e exige que se articulem estratégias de ação institucionais. A saúde como direito do cidadão em defesa da vida deixa de ser consumida conforme estratificação social. O modelo do SUS estabelece também mecanismos em que está presente a proposta de se ouvirem atores sociais, dentro das

perspectivas democráticas. Merhy e Onocko (1997) dizem que Matus define o ator social como um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando numa determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que o ator social tenha controle sobre recursos relevantes, tenha uma organização mínima estável e um projeto para intervir nessa realidade, contrapondo-se a pontos de vista que levam em conta unicamente dimensão técnica do processo saúde-doença.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS n°. 01/2001 – publicada pelo Ministério da Saúde, com diretrizes e critérios para regionalização e elaboração do Plano Diretor de Regionalização, estabelecia novos recursos e incentivos financeiros para qualificação das microrregiões, sob a condição de que todos os municípios da micro estivessem habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Avançada. Assim, deveriam estar em condições de ofertar os procedimentos do piso de atenção básica ampliado, da tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS.

Tendo em vista atender às exigências da NOAS, a CIB-SUS/MG adotou a estratégia, no primeiro desenho do PDR, de constituir microrregiões menores, ou seja, com o menor número possível de municípios, objetivando maior rapidez na habilitação dos municípios. Com todos os municípios habilitados, a microrregião estaria apta a ser qualificada e a receber os recursos previstos na NOAS.

A Norma Operacional então vigente induziu àquela estratégia, e a descentralização das discussões sem critérios delimitadores firmes induziu a uma exacerbação na sua aplicação. Como resultado, algumas microrregiões foram propostas pelos grupos de trabalho de nível local/regional com número excessivamente reduzido de municípios e população. Como agravante, algumas dessas microrregiões foram enfaticamente defendidas por aqueles grupos de trabalho, e, portanto, mantidas, ainda que próximas de outros municípios com maior potencial de polarização e oferta mais completa de serviços. O incentivo financeiro proposto pela NOAS para habilitação de municípios, o que, de fato, na maioria das vezes não veio a se concretizar, tornava impossível criar limites à constituição de microrregiões de pequeno porte.

As propostas do nível regional/local, em sua maioria, foram acatadas pela CIB-SUS/MG. Essa decisão logo apontou dificuldades decorrentes do elevado nível de competição na busca de autossu-

ficiência de pequenas microrregiões, gerando perda de eficiência e dificuldade para o alcance da resolubilidade.

A estratégia de maior número de microrregiões levou ainda à adoção de mais um nível na estrutura da regionalização. O PDR deveria servir de base para a PPI Assistencial, e não era possível, a curto prazo, desconsiderar a excessiva concentração de recursos na região central do estado. Um plano de investimentos deveria viabilizar a descentralização desses serviços, e, para tanto, o documento do PDR, na época, foi aprovado com dois desenhos espaciais diferentes. O primeiro deveria atender às programações e pactuações de curto e médio prazo, e o segundo seria o efetivo desenho espacial do PDR/MG e deveria ser alcançado até 2004. Este seria o referencial para os investimentos necessários, que, aplicados, viabilizariam a constituição de novas macrorregiões, sobretudo no Nordeste e no Sudoeste do Estado.

Contudo, na literatura internacional, estudos diversos apontavam vantagens da adoção da economia de escala, seja por razões de maior eficiência no uso de recursos, sempre escassos, seja principalmente pela resultante qualificação dos serviços, alcançada face à possibilidade de se obter, numa escala de produção, maior experiência e especialização.

Em 2003, o desenho vigente do PDR foi, então, reavaliado, e os princípios de economia de escala e escopo e acessibilidade viária e geográfica, incorporados. A estratégia utilizada para ganho de escala foi a agregação de microrregiões, o que resultou na constituição de micro bi ou tripolares. Desta forma, os municípios polo das micro então agregadas mantiveram sua condição de polo, mas a maioria com função complementar ao polo de maior porte. Em algumas poucas microrregiões, os dois polos mantiveram funções equivalentes, dividindo a polarização da micro.

O envolvimento do CES/MG e do COSEMS/MG, tanto no nível central quanto no nível regional, foi fundamental na elaboração do PDR, em 2000, e em sua revisão, em 2003.

A realização de oficinas para estabelecimento de consenso e alinhamento de conceitos e o fortalecimento da capacidade de gestão, através das instâncias microrregionais, foram outras estratégias utilizadas na implantação e consolidação do novo desenho do PDR. Foram, assim, criadas as CIBs micro e macrorregionais, que são as instâncias de gestão compartilhada descentralizadas, do SUS/MG, espaço

para conscientização e discussão dos problemas comuns, definição de responsabilidades, estruturação e capacitação para implementação de redes, programas e projetos prioritários. O Plano Microrregional é o instrumento proposto para coordenação e gerenciamento da programação no âmbito da microrregião, a ser elaborado após capacitação das equipes, pelas CIBs micro, o que permitirá maior consolidação da regionalização e da descentralização.

A existência de uma regionalização administrativa preexistente à elaboração do PDR levou o GT de Regionalização a propor a compatibilização da jurisdição das Diretorias de Ações Descentralizadas (atuais GRSs) aos territórios microrregionais, como estratégia para facilitar o processo de regulação e de supervisão e promover maior integração entre os gestores municipais e os gerentes e técnicos das Gerências Regionais de Saúde (GRSs).

Ao longo de 2000 até a data atual, a lógica, os objetivos e a maioria das diretrizes e princípios foram mantidos. Um grande diferencial se deu, na revisão de 2003, quando se operacionalizou o princípio da escala e, correlatamente, os níveis de regionalização. Outro diferencial marcante que tornou o PDR/MG, de fato, um projeto de governo e efetivamente reconhecido foi a estratégia de financiamento estadual das unidades de referência das redes prioritárias de atenção. Ou seja, o PDR é, e assim deve ser pensado, um dos instrumentos integrantes do plano de governo e, portanto, está inter-relacionado com seus demais elementos.

Nesses termos, também é um plano de âmbito estadual a ser pensado globalmente e implementado, sem perda da visão de conjunto, conforme as inter-relações entre prioridades estaduais e os projetos locais. Não cabem, num plano de governo de responsabilidade estadual, planos locais isolados do todo. Estes, certamente, são de extrema relevância, mas de responsabilidade dos governos locais.

A elaboração do PDR requer sempre um trabalho dinâmico, participativo e eventuais ajustes. Para tal, é necessário, entre outras questões, a adequação desse aos novos planos de governo. Os ajustes podem ser anuais ou bianuais, devendo ser efetuados globalmente e com os prazos fixados em reunião da CIB-SUS/MG. As revisões que se mostram necessárias, inclusive de adscrição de municípios por microrregião, vigoram após deliberação da CIB-SUS/MG, tendo em vista possibilitar

fundamentação legal para os cálculos de necessidade de serviços e de financiamento.

Os processos de revisão e ajustes são fatores que, naturalmente, integram a implementação de qualquer plano e, para tanto, são previstos nas reuniões da CIB-SUS/MG que o aprovam. As mudanças no plano de regionalização, desse modo, são feitas em conformidade e na medida em que os trabalhos de implementação avançam.

O fortalecimento da gestão pode ser entendido como meta do planejamento estratégico, para lidar com diversidade de situação que envolve a administração dos serviços de saúde, de modo que seja possível um ajuste que favoreça a população como um todo, uma vez que é de relevante importância levar em conta as diferenças existentes em nosso sistema público de saúde, que dizem respeito às características culturais, de desenvolvimento econômico e social e de desenvolvimento urbano e regional. E ainda os distintos perfis de morbimortalidade encontrados em nossa população; a desigualdade quanto à distribuição geográfica dos serviços de saúde; a extensa concentração de serviços de maior densidade tecnológica; e as desigualdades quanto à distribuição dos profissionais de saúde pelo território nacional. Certamente, esses fatores, por sua natureza, extrapolam a capacidade de gestão municipal, e, para serem enfrentados, exigem um processo de articulação regional.

As Gerências Regionais de Saúde (GRSs), instaladas anteriormente ao PDR, no Estado de Minas Gerais, buscaram garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde na região, visando assegurar a qualidade de vida da população com uma maior integração Estado/município, o que permite uma assessoria descentralizada, tendo como principais competências: a implementação das políticas estaduais de saúde em âmbito regional, assessoramento da organização de serviços nas regiões, coordenação, monitoramento e avaliação das atividades e ações de saúde em âmbito regional.

Como foi dito anteriormente, as GRSs são uma divisão político-administrativa não coincidente com a divisão de assistência. Assim, o PDR atual objetivou aproximação do desenho administrativo e o desenho assistencial, valendo dizer que há em andamento na CIB-SUS/MG uma discussão referente a essa proposta, de sucessivas tentativas de aproximação. Esse processo ainda não foi concretizado dentro de um plano ideal.

As CIBs microrregionais são instâncias colegiadas de planejamento microrregional, avaliação, negociação, programação, discussão, decisão, pactuação, de acordo com o PDR SUS/MG. São constituídas pelas representações regionais das Secretarias Estaduais de Saúde e dos municípios das microrregiões. É através das CIBs micro que se obtém o consenso quanto às questões que necessitam ser acordadas entre os diferentes atores sociais que a compõem e que se definem as diretrizes regionais que são encaminhadas à Comissão Intergestores Bipartite Estadual, para aprovação e homologação. Fortalece, de fato, o espaço regionalizado, uma vez que todos os problemas da região são discutidos e pactuados nesse fórum.

É importante observar que o funcionamento das CIBs macro mantém a mesma lógica, porém, dentro do espaço macrorregional.

A superação dos obstáculos encontrados na aplicação do modelo de regionalização da assistência pode então ser operacionalizada num processo de negociação com as CIBs micro e macro, especialmente quando correlacionadas com as prioridades estratégicas indicadas no Plano de Governo do Estado.

Em síntese, há semelhanças e diferenças entre as versões 1999/2002 e 2003/2010 do PDR/MG, esquematizadas a seguir:

Modelo – 1999/2002	Modelo – 2003/2010
Princípios:	Princípios:
Integralidade	Integralidade
Universalidade	Universalidade
Equidade	Equidade
Qualidade da Atenção	Qualidade da Atenção
	Economia de Escala
	Economia de Escopo
Acessibilidade	Acessibilidade (prevalece sobre escala)
Diretrizes:	Diretrizes:
Racionalidade técnica	Racionalidade técnica e administrativa
Otimização de recursos	Otimização de recursos
Subsídios ao PDI e à PPI	Subsídios à PPI e aos programas prioritários conforme políticas estaduais
Organização dos Serviços Assistenciais em redes	Definição de Redes Prioritárias

A referência é o município polo, micro ou macrorregional	As referências, além dos municípios polo micro e macrorregional, serão Unidades Hospitalares do PROHOSP e as redes de programas prioritários
PPI - Estabelece teto financeiro municipal por grupos de procedimentos para recursos federais	PPI - Teto financeiro municipal por procedimento para recursos federais. E ainda identifica e financia Unidades de Referência Hospitalar e os programas prioritários por nível e região assistencial, para financiamento estadual Controle e Regulação Microrregional, com contratos de serviços por Unidades de Referência micro e macro
Níveis: 6 níveis de atenção/regionalização	Níveis: 3 níveis de atenção/regionalização
Sem adoção de critérios operacionais	Com definição de critérios operacionais
Estratégias:	Estratégias:
Prioriza a qualificação de micro, o que exige habilitação de todos os municípios em PABA. Assim, promove micro de menor porte e com menor nº de municípios para maior probabilidade de qualificação e reforço financeiro	Acorda manutenção de polos anteriores para agregar micro, tendo em vista escala, escopo e acesso , o que pressupõe microrregiões de maior densidade populacional, exceção para as de grande dificuldade de acesso. Reforça financeiramente as macro e microrregiões através das Unidades de Referência (Mapa 3). Constituem as CIBs micro e macro para descentralização da gestão
Descentralização	Descentralização e cogestão: Criação das CIBs Micro e Macrorregionais
	Coordenação de redes pela Atenção Primária (PSF)

CAPÍTULO IV – CRITÉRIOS OPERACIONAIS

A delimitação das micro e macrorregiões de saúde e a constituição de seus polos orientou-se por critérios de fluxo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de oferta de clínicas, atual e potencial, critérios esses a serem relacionados por nível de densidade tecnológica conforme tipologia inicialmente estabelecida. Aprovado o Modelo de Organização dos Serviços ou Tipologia, em 2000, com seis níveis de atenção, foram novamente realizados levantamentos de fluxo das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, agora com observância de procedimentos específicos tendo em vista o modelo proposto. Baseando-se nessas informações e de acordo com o fluxo predominante, a área de abrangência da região foi delimitada, e os polos, predefinidos para, posteriormente, serem discutidos com os níveis locais. Em 2003, o modelo foi redimensionado para três níveis, objetivando melhor comunicabilidade do modelo e, portanto, do PDR resultante.

A avaliação da acessibilidade foi, também, reavaliada com novos critérios e tendo em vista o atendimento da população em determinados grupos ou perfis de serviços, estes considerados na perspectiva de agregação de tecnologia e escala. Ou seja, os novos levantamentos de distâncias e condições viárias procuravam enfocar a busca por serviços de maior densidade entre os municípios mais distantes e os polos, buscando-se as melhores condições viárias e as menores distâncias para vinculação de municípios a um polo agregador, e consequente desenho da microrregião.

Outras informações sobre capacidade instalada, recursos humanos especializados, condições socioeconômicas e especificidades locais foram agregadas aos dados anteriores, contribuindo para a definição das regiões de saúde e o desenho final do PDR, em seus diversos níveis.

Com o estabelecimento de novas diretrizes e princípios, determinados pelo Plano de Governo, em 2003, os critérios para constituição das microrregiões foram alterados especialmente para permitir a identificação de microrregiões do PDR 2000/2002, que, juntas, pudessem agregar potencial de escala para garantir, com qualidade, racionalidade e eficiência, a prestação descentralizada de serviços da Média Complexidade Ambula-

torial e Hospitalar, incluindo alguns serviços da Alta Complexidade, como, por exemplo a Terapia Renal Substitutiva.

Com a conclusão da Programação Pactuada Integrada (PPI) 2001/2002 e dos estudos de revisão do fluxo hospitalar das internações de 2003, confirmou-se o que já estava previsto no PDR-2000/2002, isto é, a necessidade de ajustes no desenho das macro e microrregiões, observando-se, agora também, os princípios de economia de escala e escopo e as condições viárias. Para incorporação desses princípios ao PDR, os critérios operacionais adotados foram os a seguir discriminados:

Para **Ganho de escala**

Para se adequar ao Plano de Governo proposto para o período 2003/2006 e com base nas novas diretrizes, os princípios de economia de escala e escopo foram incorporados ao PDR, e os critérios de acessibilidade viária e geográfica, revistos. Valendo-se dos estudos desenvolvidos por Aletras & Sheldon (1997),¹ adotou-se o critério populacional de 100.000 a 150.000 habitantes como ideal para dimensionar uma microrregião. Por esse mesmo estudo, um hospital entre 100 e 200 leitos teria viabilidade econômica para garantir qualidade e o elenco de serviços esperados em um polo microrregional. Tais estudos serviram de base para constituição das micro em cujo polo se deveria identificar e fortalecer, através do PDI – Plano Diretor de Investimento, hospitais que seriam unidades de referência para a micro (Figura 6).

Nesses termos, foi acordado na CIB/SUS/MG:

- a) População mínima de 150.000 habitantes para constituição das microrregiões.
- b) Para maior acessibilidade e proximidade da população aos serviços, quando a distância e as condições viárias² se comprovem deficientes, a opção será manter a micro com baixa escala e viabilizá-la com investimentos adicionais, de preferência com custeio estadual, especialmente para os programas prioritários.

¹ Embasamento Técnico: 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.

² Utilizada técnica proposta pelo Prof. e Consultor da OPAS, Ezequiel Paz.

OBJETIVOS	CRITÉRIOS
A – Ganho de Escala	Mínimo 150.000 habitantes para microrregião
B – Acessibilidade geográfica e viária	a) Distância em Relação ao Polo – 150 Km b) Máximo de 2 horas em vias não pavimentadas, ideal 1h e 20 minutos
Desconsidera-se o critério da escala quando as condições de acesso são desfavoráveis	

Fonte: CP/AGE/SES/MG, 2003

Figura 6

Acessibilidade geográfica e viária, até o polo da microrregião:

A acessibilidade viária e geográfica, com base nos estudos e orientações de Dr. Ezequiel Paz, consultor da OPAS/OMS, ficou estabelecida entre 120 km a 150 km como a distância máxima de um município em relação ao polo, ou 2 (duas) horas em vias não pavimentadas. Essa distância, segundo tais estudos, não coloca em risco a população usuária, permite a organização de redes de atenção através de sistemas de transporte em saúde e a estruturação de unidades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, com portes adequados para garantir a sua viabilidade econômica, com eficiência, eficácia e qualidade dos serviços. Baseando-se nesses critérios, as microrregiões foram reavaliadas, e estudadas as possibilidades de agregação entre micro vizinhas, considerando-se:

- a) 1 até 150 km em estrada de asfalto
- b) 2 até 2 horas em condições viárias deficientes

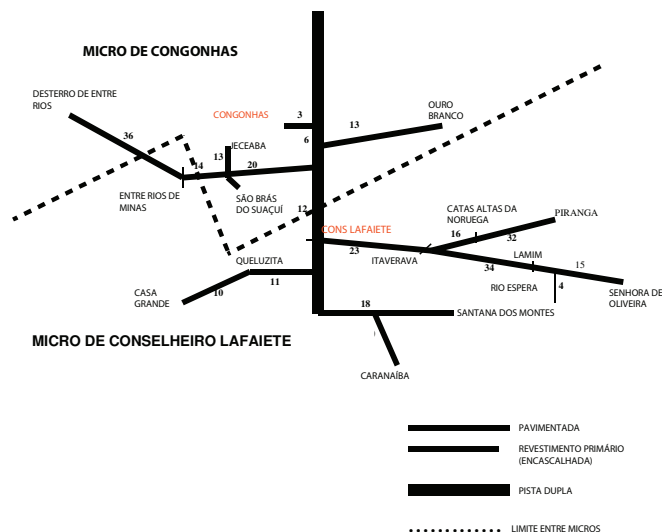
Para delimitação de uma microrregião, conforme nível e elenco, além do fluxo de cada município ao polo, foram avaliadas, além da escala, distância e condições viárias. A identificação final do(s) polo(s) deu-se considerando os equipamentos disponíveis e a avaliação da distância em relação aos eventuais polos microrregionais identificados, os de fato, os alternativos e os complementares. Para tanto, foi efetuado o mapeamento rodoviário de todas as micro e das micro com possibilidade de agregação.

A Figura 7 é um exemplo do estudo sobre acesso viário, efetuado para todas as microrregiões do estado, em 2003. Hoje, com novos recursos tecnológicos incorporados à avaliação do PDR, procura-se manter sempre atualizada essa informação e dizer das condições de

acesso viário em horas. Tal informação ainda é importante para definição das redes assistenciais e foi utilizada sobretudo pela Coordenação do Programa de Urgência/Emergência, em moldes semelhantes ao exemplificado no Mapa 3, constante do capítulo V.

2003: EXEMPLO DO ESTUDO DE AGREGAÇÃO DE MICROS E ACESSIBILIDADE

(Técnica do Consultor da OPAS – Ezequiel Paz)



Distância de Desterro Entre Rios, município mais distante em relação ao polo, Conselheiro Lafaiete = 82 km

Fonte: MALACHIAS, I.

CP/AGE/SES-MG, 2003.

Figura 7

Na mesma lógica da economia de escala, há que se definir e orientar a organização das redes ou, ainda, pode-se regionalizar um município de acordo com seu porte populacional. Portanto, um município de grande porte que de início é responsável pela atenção primária pode, nos termos propostos pelo PDR/MG, mesmo não dando cobertura a outros, ter serviços organizados correspondentes ao elenco de serviços, que é o atribuído a uma microrregião.

Essa observação acima implica retomar, ou deixar mais evidente, que o objeto do PDR-SUS/MG é a unidade federada. Assim, por questões de investimento e maior facilidade na cogestão, as regiões interestaduais serão trabalhadas em projetos específicos e, sobretudo, através da PPI, pelo menos nessa etapa dos trabalhos.



CAPÍTULO V – O MODELO ASSISTENCIAL E O MODELO DE REGIONALIZAÇÃO – NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E NÍVEIS DE REGIONALIZAÇÃO

MODELO ASSISTENCIAL - É a definição dos agrupamentos de serviços esperados para cada nível de regionalização, ou seja, identificação dos serviços considerados emblemáticos para atendimento às necessidades de saúde da população em cada nível de agregação de território sanitário, de forma a subsidiar a necessária articulação, considerando-se a economia de escala.

O “Modelo Assistencial” determina a estruturação geral do PDR e é a descrição de alguns dos procedimentos mais emblemáticos, que, conforme densidade tecnológica e economia de escala, caracterizam cada nível de regionalização

MODELO DE REGIONALIZAÇÃO - É o estabelecimento dos níveis de regionalização que deverão compor um Plano Diretor de Regionalização tendo em vista os níveis de atenção à saúde considerados ideais para a organização, descentralizada e articulada das redes de serviços, reguladas ou não.

O “Modelo de regionalização” adotado é constituído pelo nível ou espaço municipal responsável pela oferta de serviços de atenção primária à saúde; o nível ou espaço microrregional que agrega tecnologias de média densidade e exige escala intermediária para garantir custo-benefício e qualidade; o nível ou espaço macrorregional que agrega procedimentos de demanda ainda mais rarefeita e/ou que requer alta densidade tecnológica, ou alto grau de especialização, e exige, assim, agregação de escala ainda maior do que o nível microrregional, para garantir qualidade e viabilização financeira.

Para a adequação desse “Modelo” às diretrizes preconizadas pelo Plano de Governo, em 2003, a “Tipologia” foi revisada, conforme já mencionado. A Figura 8 procura representar o modelo de regionalização e

sua correlação com o modelo de atenção à saúde, aqui indicando apenas alguns serviços emblemáticos ou caracterizadores do nível respectivo.

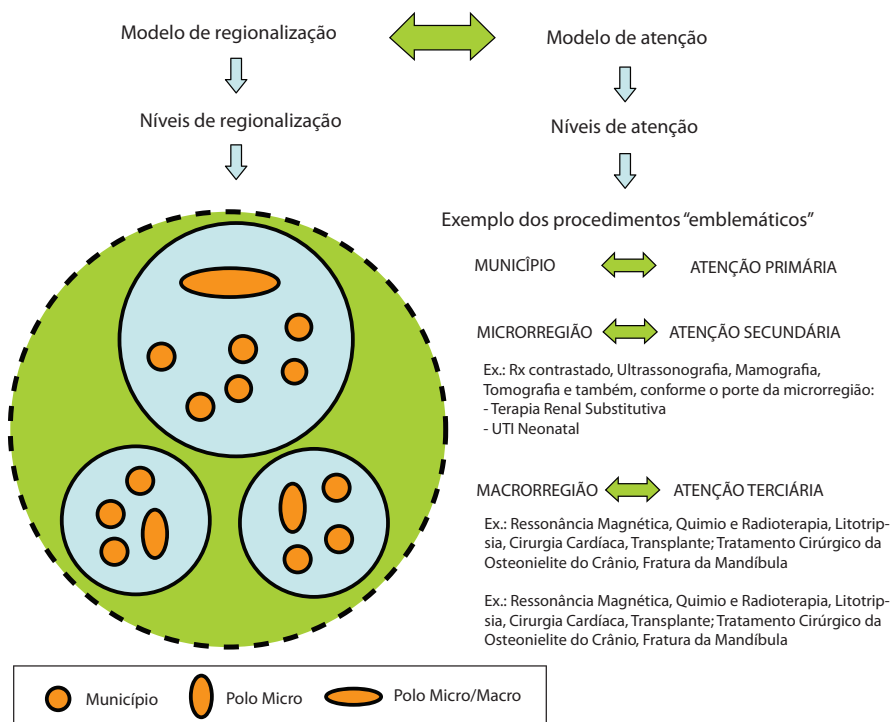


Figura 8

Os procedimentos sumariados no modelo de atenção, Figura 8, referem-se apenas aos emblemáticos de cada nível. Contudo, todos os procedimentos da Tabela SIAH do MS compõem a tipologia que descreve e detalha o modelo.

Sem perder de vista a “Tipologia Assistencial”, o perfil de atendimento requerido para o nível micro ou macro poderá variar entre um mínimo e o ideal, conforme o porte populacional e econômico. Os vazios assistenciais, as clínicas ou os procedimentos não executados, embora esperados conforme tipologia, irão indicar a necessidade de

investimentos a curto ou a longo prazo, uma vez observadas a Tipologia e sua adequação à realidade local.

Os serviços a serem ofertados e que exigem maior proximidade do usuário são, geralmente, os de maior demanda e, concomitantemente, aqueles que não requerem escala, que têm menor custo e maior disponibilidade de recursos e cujo acesso está diretamente relacionado a distância – quanto menor a distância, maior a demanda. O perfil de procedimentos ou serviços a serem ofertados nos espaços microrregionais e macrorregionais serão os de maior densidade tecnológica e custo e que requerem, portanto, maior escala, agregação de demanda. O nível macrorregional terá outro perfil, ou seja, outros serviços ou elenco de clínicas e procedimentos que geralmente têm uma demanda ainda menor, cuja distância não vai interferir no fluxo e que, portanto, vão exigir maior agregação de escala. Um polo macro pressupõe ou incorpora os ofertados em um polo micro e, obviamente, os serviços próprios do município – a atenção primária.

Cabe também considerar que as necessidades de populações mais isoladas prevalecem sobre a racionalidade que propõe o menor custo. A escala não abre mão da qualidade, aliás, garante-a através da repetição, da especialização e da incorporação de tecnologias.

Tipologia - a definição pormenorizada, por nível de atenção/regionalização, de uma “referência ideal” para prestação de serviços assistenciais ambulatoriais e hospitalares. Em outros termos, é a descrição da oferta de serviços esperada por nível de atenção, serviços esses ordenados com base na distribuição lógica e calculada dos procedimentos da Tabela SIA/SIH do MS entre os níveis de regionalização/atenção, considerando os princípios de economia de escala e escopo

Para a definição da tipologia e dos elencos respectivos, foram consideradas:

- as linhas guia do SUS/MG
- a densidade tecnológica/economia de escala
- a análise da viabilidade de investimento e de fixação de RH de grande especialização

Elenco - É a designação atribuída a cada conjunto de procedimentos de serviços ambulatoriais e hospitalares que compõem a tipologia de serviços do SUS/MG, conforme PDR/MG; são os procedimentos da Tabela SIAH do MS descritos por nível de regionalização/atenção, reagrupados por clínicas e especialidades médicas e que compõem a tipologia de serviços.

O “Modelo Assistencial – níveis de atenção e de regionalização” foi minimamente descrito no PDR 2002 e elaborado através de pesquisa da produção de serviços, da capacidade instalada ou do potencial de viabilização de recursos tecnológicos por porte de municípios de MG. A análise desses dados, após confirmação dos fluxos populacionais para esses municípios, por grupos de procedimentos do SIA e SIH, serviu de base para se delinearem os perfis de atendimento esperado por e para agregados populacionais de médio e grande portes. O registro comum de demandas para municípios de portes equivalentes serviram para, dentre outros critérios, caracterizar os níveis dos “Modelos” adotados, o Assistencial e o de Regionalização. Ou seja, o registro de um conjunto de equipamentos pré-listados como mínimo ideal em determinados municípios resultou, no estado, na identificação dos polos e na confirmação do perfil de clínicas ou dos grupos de procedimentos esperados por micro ou macrorregião.

Conforme já citado em capítulos anteriores na versão 1999/2002, o Modelo de Regionalização do PDR/MG Assistencial foi organizado em seis níveis, detalhados no documento publicado à época (vide Anexo IV) e correlacionados aos níveis de atenção:

Município: responsável pela oferta de procedimentos da Atenção Básica e Atenção Básica Ampliada, conforme Anexo I da NOAS/01 de 2001.

Módulo Assistencial: Município ou conjunto de municípios com capacidade de oferta parcial de totalidade de serviços da média complexidade.

Microrregião de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção secundária com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade, constituída por um ou mais módulos assistenciais. Apresenta nível tecnológico de média complexidade e abrangência intermunicipal.

Região Assistencial: Base territorial de planejamento da atenção à saúde no Estado de Minas Gerais, que engloba um conjunto de microrregiões definido de acordo com características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, com oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares da média complexidade e alguns da alta complexidade.

Macrorregião de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção à saúde, que engloba regiões e microrregiões de saúde e oferta de alguns serviços da média complexidade de maior especialização e a maioria de serviços da alta complexidade.

A comprovação de serviços de alguns fatos, tais como a altíssima especialização, em algumas clínicas – à época, a “genética” e a radiologia intervencionista, a grande concentração de serviços na região central do Estado e a impossibilidade de descentralização, a curto prazo, da maioria dessas –, levou à constituição de um polo estadual em Belo Horizonte. Aqui cabe um parêntese: a força desse polo mantém-se ainda hoje apesar dos esforços de descentralização regional ocorridos entre 2003 e 2009.

Assim, a cada agregação de território, espaço de inter-relações e de referências, corresponde um nível de atenção à saúde que, na tipologia assistencial e para diálogo com os sistemas nacionais, tem os procedimentos da Tabela SIAH do MS reagrupados conforme os níveis do modelo de atenção definido para o SUS/MG. A essa descrição designa-se elenco. A título de exemplo, os elencos definidos para a assistência hospitalar são os seguintes:

- 1) Ao município, território sanitário responsável pela atenção primária, cabe ofertar/organizar o elenco Média Complexidade Básica (MCHB);
- 2) À microrregião, em seu polo, de forma solidária e conforme o porte populacional da micro, cabe a organização/oferta dos elencos Média Complexidade Hospitalar 1 e 2 (MCH1 e MCH2);
- 3) À macrorregião, no polo macrorregional, cabe a organização/oferta dos elencos Alta Complexidade/Média Complexidade Especial (AC/MCHE).

Os cerca de 3.000 procedimentos da nova Tabela SIAH estão reinterpretados na tipologia do PDR/MG e relacionados por elenco sem deixar de informar também as categorias do grau de complexidade atribuídas na Tabela do MS. A categoria de complexidade apontada pelo MS não tem correspondência direta com os níveis de regionalização/níveis de atenção à saúde propostos pelo PDR/MG. A descrição dos elencos aponta alguns procedimentos da Alta Complexidade (AC) para o nível microrregional, alguns da Média Complexidade (MC) no elenco de responsabilidade da macrorregião. Tal distribuição está sempre relacionada aos critérios de escala e de distribuição e fixação de recursos humanos superespecializados.

A adequação à Tabela SIAH, efetuada em 2009, não foi mecanicamente processada. Foram criticados e revistos os níveis/elencos daqueles procedimentos agrupados e/ou dos incorporados na nova tabela. O resultado apurado foi novamente submetido à validação por parte dos especialistas médicos, nos mesmos termos da metodologia utilizada para definição da tipologia original.

A revisão do “**Modelo Assistencial/Tipologia**” envolveu também outras definições, e o **Modelo de Regionalização** então adotado com base no novo modelo de atenção à saúde passou a ser composto de três níveis conforme exposto a seguir, e que gerou também redefinição dos conceitos de polos micro e microrregional.

MUNICÍPIO - Base territorial de planejamento da atenção primária à saúde, sendo preferencialmente organizada e ofertada por meio de equipes de PSF.

MICRORREGIÃO DE SAÚDE - Base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de Alta Complexidade (AC), caso da Terapia Renal Substitutiva (TRS). Deve ser constituída por um conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 150.000 habitantes que estão adscritos a um município de maior porte (município polo) com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE - Base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde que engloba microrregiões de saúde (e seus municípios) em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica: a Alta Complexidade (AC) nos termos da Tabela do Ministério da Saúde (MS) – SIA e SIH. Deve ainda ter capacidade de oferta de Procedimentos de Média Complexidade Especial. Esses procedimentos, embora da MC, requerem maior tecnologia, sua oferta é rarefeita no Estado e a demanda requer agregação, ou seja, formação de escala. A abrangência deve ser macrorregional, para uma população em torno de 1.500.000 habitantes.

O **município polo** é caracterizado como aquele que exerce força de atração sobre outros, em número comparativamente significativo, por sua capacidade atual e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados.

Na área da saúde, apresenta capacidade histórica, atual e potencial, de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda espontânea ou referida por serviços médico-assistenciais, que, embora raros, requerem maior incorporação de tecnologia e que, portanto, exigem maior escala para garantir sua oferta com economia e qualidade.

Em termos esquemáticos, podem-se caracterizar os polos conforme avaliações abaixo indicadas.

CARACTERIZAÇÃO DE UM POLO MACRO:

- Município que recebe maior frequência absoluta e relativa de referência dos residentes nas microrregiões da macro para os serviços ambulatoriais e hospitalares, especialmente para alguns serviços estratégicos.
- Âmbito de cobertura – maioria absoluta das micro adscritas.
- Oferta o maior percentual de clínicas/procedimentos do elenco ou da Carteira de Serviços Macrorregional.

CARACTERIZAÇÃO DE UM POLO MICRO:

- Município que recebe maior frequência absoluta e relativa de referência dos residentes na microrregião para os serviços ambulatoriais e hospitalares.
- Âmbito de cobertura – maioria absoluta dos municípios adscritos.
- Oferta o maior percentual de clínicas/procedimentos do elenco ou da Carteira de Serviços Microrregional.
- Município de maior população e desenvolvimento atual e potencial, com capacidade de fixação de RH do nível assistencial (Mapa 4).

Se os níveis de regionalização e atenção estão caracterizados por e para um propósito, os respectivos polos devem concentrar a maioria dos elementos caracterizadores, devem atender ao propósito de organizar a oferta e ordenar a demanda em cada nível para a efetividade da economia de escala. Noutros termos, aos municípios em geral e aos municípios polo em particular cabem a missão ou a função esperada para o nível, conforme tipologia de serviços do PDR-SUS/MG.

FUNÇÃO é uma atribuição do nível de atenção/regionalização tendo em vista a integração vertical das redes de serviços, ambulatoriais e hospitalares, conforme PDR/MG e tipologia, detalhada na Carteira de Serviços do SUS/MG.

A função de um nível, na área hospitalar, pelo princípio da escala e concentração de serviços de maior densidade tecnológica e gerencial, concretiza-se nas unidades hospitalares, conforme critérios predefinidos:

- nos municípios não polo, em um hospital municipal;
- nos municípios polo, em uma ou em diversas unidades assistenciais de referência (UR) ou hospitais regionais (HR).

A função do nível municipal também se pode organizar em um ou mais hospitais municipais (HM), conforme o porte do município.

O Mapa 3 ilustra os resultados apurados com base nesses conceitos em duas das macrorregiões do Estado (a Oeste e a Sul) e suas microrregiões.

COMPONENTES DA FUNÇÃO

A função esperada para um município nos termos do PDR/MG, município polo micro ou macrorregional ou não, na assistência hospitalar é concretizada por um ou mais hospitais, e o alcance ou não da função deverá ser avaliado nos seis componentes e critérios operacionais:

- 1) **Elenco** – oferta acima de 55% das clínicas de especialidades do elenco respectivo – o do nível municipal, o do nível microrregional ou o do nível macrorregional. Para desempate ou para alguma avaliação específica, deverão ser avaliadas algumas clínicas dos níveis micro e macro, pontuando as que requerem maior escala ou as consideradas estratégicas na região.
- 2) **Localização** – municípios conforme porte populacional ou os municípios polo de região, micro ou macro, conforme PDR/MG.
- 3) **Âmbito de cobertura** – atendimento da absoluta maioria dos municípios da micro ou das micro de uma macro.
- 4) **Fluxo de internações** – movimento constante, usual, e geralmente o maior volume proporcional de referências para um município ou unidade prestadora
- 5) **Volume e tipo de internação** – maior frequência por elenco e clínica de especialidade.
- 6) **Porte do hospital** – número de leitos que caracteriza o hospital como pequeno, médio ou grande e, de preferência, Hospital Geral e/ou de Ensino, Hospital Universitário.

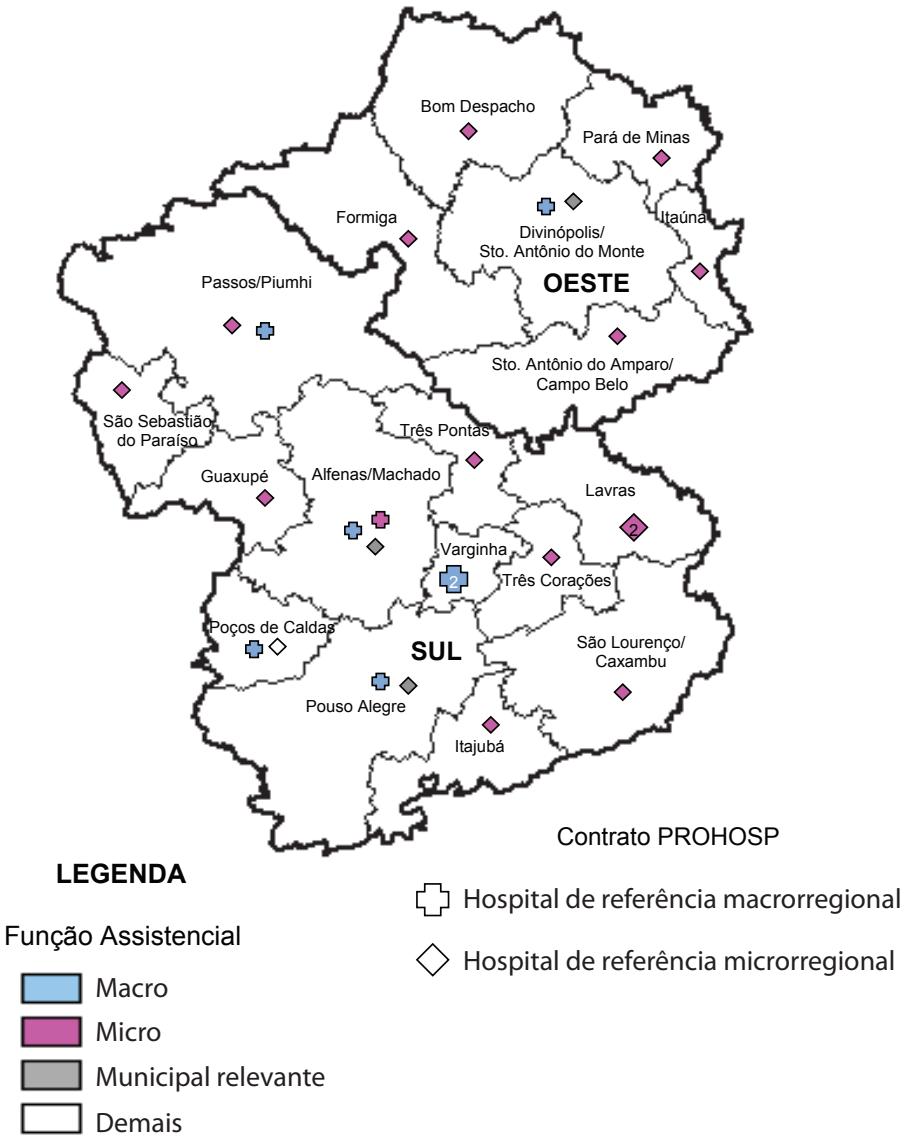
FUNÇÃO DOS POLOS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

- 1) Macro: ofertar, em âmbito macrorregional, para população em torno de 1.500.000 habitantes, os serviços do elenco macro definido para assistência hospitalar – AC/MCHE.
- 2) Micro: ofertar, em âmbito da microrregião, os serviços do elenco micro para a assistência hospitalar:
 - 2.1) elenco total ou completo (MCH1) – esperado para todas as micro, a longo prazo, e/ou curto prazo para micro com maior densidade populacional (cerca de 100.000 hab.);
 - 2.2) um elenco mínimo (MCH2) – esperado para micro em etapa inicial de organização de uma micro/polo ou micro de pequeno porte populacional (abaixo de 100.000 hab., ou em média de 80.000 hab.).

Os elencos se acumulam:

- Num polo e/ou num Hospital Geral de Função Macro, poder-se-ão observar as ofertas dos elencos MCHB + MCH2 + MCH1+ AC/MCHE.
- Num polo micro e/ou num Hospital de Função Micro, poder-se-á observar MCHB + MCH2 + MCH1.

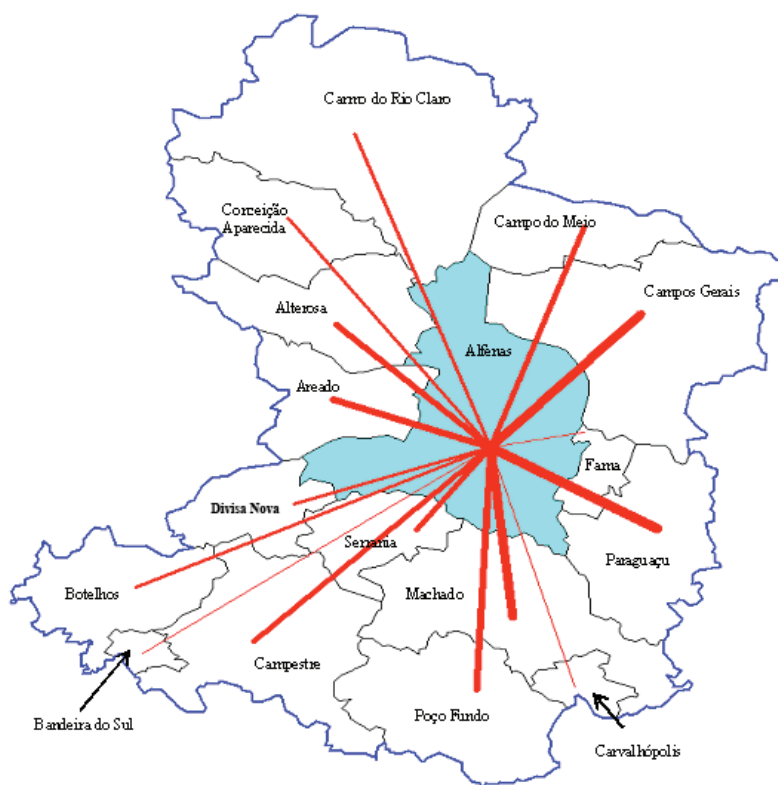
MAPA 3
Distribuição espacial dos hospitais das macrorregiões
Oeste e Sul, segundo função assistencial



Caracterização do município polo com base no exemplo da microrregião Alfenas/Machado

Fluxo e Cobertura de Internações do elenco MCH1 – as esperadas para o nível microrregional, da Micro Alfenas/Machado, com ocorrência no município de Alfenas.

Caracterização de Alfenas, como município polo: maior % do elenco, maior volume, fluxo, maior abrangência e cobertura, dos municípios no elenco, maior porte municipal, o que o torna responsável pela oferta e credor de reforços financeiros para cumprimento da função de polo microrregional. Tal política de incentivos financeiros garante a regionalização e, portanto, a viabilidade da organização dos serviços em rede e conforme economia de escala.

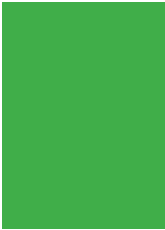


MAPA 4

O Mapa 5 caracteriza outro município da mesma micro que, com os mesmos critérios e numa avaliação comparativa, não se destaca como polo, o caso de Machado: apenas dois municípios efetuam algumas referências; os outros referenciam apenas 1 (uma) interação.



MAPA 5



CAPÍTULO VI – METODOLOGIA

Para elaboração do PDR/MG, foi delimitado o âmbito da unidade federada e foram definidos princípios e conceitos que contemplassem a descentralização sem perda da visão global e sistêmica do SUS e da política estadual de saúde.

Foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos para constituição dos modelos de atenção e de regionalização, com posterior definição dos espaços territoriais. Os estudos estatísticos elaborados usaram as bases de dados do DATASUS, especialmente o SIAH. As avaliações de fluxo, contudo, tendo em vista as análises requeridas pela construção de uma tipologia específica conforme modelo de atenção aprovado para o SUS/MG, exigiram adequação dos programas e softwares disponibilizados pelo MS.

O enfoque qualitativo baseou-se em discussões, entrevistas com especialistas e atores envolvidos no processo, reuniões e oficinas de trabalho, conduzidas desde todo o período de estudos e formatação de propostas até a definição final sob coordenação da SES/MG. Para elaboração dos mapas, foram utilizados e adaptados recursos e técnicas de imagem, técnicas de cartografia foram posteriormente utilizadas para avaliação e distribuição dos serviços por função e para subsidiar a organização das redes de urgência/emergência e do PROHOSP.

Na metodologia adotada para elaboração do PDR, seja para a versão inicial, a de 1999/2002, seja para a revisão que resultou no PDR vigente, foram efetuados levantamentos bibliográficos, estudos na literatura disponível, consulta às normas do Ministério da Saúde e às experiências de outros estados. Após diagnósticos das condições de saúde da população do Estado e análises da distribuição e padrões espaciais de conjuntos de serviços, foram elaboradas propostas de modelos de atenção por níveis de regionalização. Foram posteriormente estabelecidos contatos, discussões e acordos com especialistas, consultores da SES/MG, do CES/MG e COSEMS/MG, para ajustes da proposta e, finalmente, para aprovação dos modelos e do PDR, com publicação em 2002.

Na revisão do PDR efetuada em 2003, a esse processo de trabalho foram agregados critérios operacionais para dimensionamento dos princípios e das diretrizes da economia de escala e escopo. Confirmou-se, então, a necessidade de agregação de algumas das microrregiões estabelecidas anteriormente no período 1999/2002.

Conforme citado anteriormente e como etapa inicial, foi construído, conforme terminologia da época, o “Modelo Assistencial de Organização dos Serviços de Saúde, por Níveis Crescentes de Complexidade Tecnológica”. A mesma lógica e ordenação utilizada para se construir o modelo de 1999 a 2002 foi adotada para a versão 2003 do PDR. A tipologia resultante foi posteriormente aprovada pela Comissão SES/COSEMS/MG do Pacto pela Saúde, com a denominação “Modelo Assistencial de Organização de Serviços por Níveis de Regionalização/Atenção à Saúde, segundo Densidade Tecnológica”.

No primeiro modelo, propunha-se a organização das ações e dos serviços de saúde em seis níveis de atenção, conforme agregação tecnológica e a definição dos “perfis ideais” ou tipologia de serviços esperados, por nível de atenção. Esses perfis, ou relação de clínicas de especialidade médica e procedimentos respectivos, foram definidos a partir de uma sequência de avaliação dos dados do SIA e SIH/SUS.

O diagnóstico elaborado para estudo do PDR apontou informações e aspectos que foram desdobrados posteriormente e correlacionados com as hipóteses de construção de modelos de organização considerados mais racionais.

O padrão de oferta de serviços observados e correlacionados a padrões de municípios ordenados por porte e localização levou à identificação de municípios com maior agregação de serviços e fluxo por suas características socioeconômicas e potencial de expansão; padrões de fluxos de serviços hospitalares por clínica e por procedimentos correlacionados a padrões de fluxos e serviços ambulatoriais e organização dos municípios por porte e localização. Foram, então, organizados perfis de serviços “ideais” e diferentes dos ofertados por nível de atenção. Assim, os grupos e procedimentos da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS-SIA/SIH foram,

após tais levantamentos e análises, reagrupados numa nova lógica e orientaram novas pesquisas de fluxo. Procedeu-se, então, à discussão com especialistas por clínica médica e epidemiólogos voltados para organização de serviços. Tal raciocínio foi montado para a elaboração inicial do PDR e sua revisão em 2003.

Os estudos para a elaboração da versão 1999/2002 buscaram identificar os municípios com potencial para sediar os módulos, como era proposto pela NOAS, e os polos – os das microrregiões, os das mesorregiões e os das macrorregiões. Os municípios foram avaliados no perfil de atendimento dos serviços hospitalares e ambulatoriais em relação ao Modelo de Atenção/Tipologia definido como meta, como referencial de serviços a ter sua oferta expandida. Nessa fase, foram realizados levantamentos da produção ambulatorial e de fluxos das internações hospitalares, através dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SIH/SUS); das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APAC); da capacidade instalada: n° de hospitais e leitos, equipamentos instalados, leitos de UTI; e recursos humanos por especialidade. As condições socioeconômicas e geográficas da região/município também foram avaliadas.

As informações apuradas nesses levantamentos foram correlacionadas com modelo assistencial predefinido, em seus seis níveis, e identificados os municípios que corresponderam aos critérios e perfis de serviços propostos por nível de atenção do modelo. Assim estabelecidos, foram pré-selecionados os possíveis polos de uma região. Os fluxos de usuários, avaliados conforme condições viárias e de acesso, foram novamente analisados, estabelecendo-se, em relação aos polos, a área de abrangência de cada módulo, microrregião, região assistencial ou macrorregião.

Foi assim organizada uma primeira aproximação do que seriam as micro/macrorregiões encaminhadas pelo CP da AGE/SES/MG às Câmaras Técnicas Regionais para análise e sugestões. O Grupo Técnico de Regionalização/Nível Central coordenou a compatibilização das propostas. O processo de discussão do grupo de nível central com as

Câmaras Técnicas Regionais foi desenvolvido durante todo o processo de elaboração do PDR.

Em 2003, com a posse de novo governo no estado, o PDR foi revisado para se adequar às diretrizes constantes do Plano de Governo. O novo “Modelo Assistencial” teve seu detalhamento na “Tipologia de Serviços” redefinido, sendo categorizado como elenco de clínicas/procedimentos por nível de atenção/regionalização. Para essa finalidade, foram atualizados os estudos e as pesquisas anteriormente elaborados objetivando nova avaliação das relações existentes entre os procedimentos por nível, interníveis, densidade tecnológica, a escala e as regiões do estado. Também foram novamente considerados: a distribuição espacial, atual e potencial, da oferta e produção de serviços; a concentração e dispersão dos serviços; a densidade populacional por região; os equipamentos urbanos e as condições de fixação de RH especializados e de especialidades. As descrições do “Modelo/Tipologia”, a mais genérica, como a de 2000, e a mais detalhada, como a de 2005 e a de 2009, estão exemplificadas nos Anexos IV e V.

A de 2009, mais recente, consta do Anexo V com citação de exemplos da assistência hospitalar, uma vez que a transcrição dos cerca de 3.000 procedimentos não se aplica a esta publicação. A tipologia adotada em 2000, embora já superada pela “Tipologia” constante da “Carteira de Serviços” do SUS/MG de 2009, foi aqui inserida (Anexo IV) a título de registro histórico e para fins de comparações futuras, já que se encontra esgotada a publicação original (vide referências bibliográficas). A adequação da tipologia/elencos da assistência ambulatorial à nova Tabela do MS, implantada em 2008, ainda não foi concluída e não está aqui exemplificada. A anterior permanece disponibilizada no site da SES/MG.

Para a primeira definição espacial do PDR ou para a versão de 2003, foram mapeados, além do fluxo das internações hospitalares e da produção ambulatorial dos procedimentos de alta complexidade, os sistemas e as condições viárias de acesso de cada município aos diversos polos microrregionais. A metodologia utilizada para a revisão

foi, portanto, similar à anterior, mas novos critérios e princípios foram operacionalmente incorporados objetivando viabilizar as diretrizes de economia de escala e escopo.

Com a incorporação desses princípios, as microrregiões de pequeno porte, constituídas no PDR-2000/2003, foram reavaliadas, e estudada a possibilidade de agregação de micro vizinhas. Os critérios de acessibilidade viária e geográfica foram alterados, segundo técnicas propostas pelo consultor da OPAS Dr. Ezequiel Paz. O levantamento de distâncias e acesso viário e geográfico das diversas microrregiões foi refeito, e, conforme os critérios de acessibilidade, apontadas microrregiões passíveis de agregação para ganho de escala.

Foram, assim, agregadas microrregiões circunvizinhas, com baixa densidade populacional, mas com possibilidade de acesso dentro dos critérios adotados. Para exemplificar tais situações, cabe citar alguns casos:

- A micro Salinas, com 68.706 habitantes, agregou-se com a micro Taiobeiras, com 114.953 habitantes, totalizando 183.659 habitantes na nova micro.
- As micro de Mantena e Resplendor foram mantidas com baixa escala, por razões de acessibilidade.

Para a realização desse e de outros ajustes, assim como ocorreu durante o processo de elaboração do PDR, o CP/AGE e atual AGR tem contado com ampla participação dos gestores, os dos níveis central, regional e local, da Comissão SES/COSEMS/MG e das CIBs micro e macro, assim como com a colaboração e aprovação do CES/MG e da CIB-SUS/MG.

A incorporação de novos critérios, quando necessários, ocorreu após discussão e aprovação prévias, mantidos os princípios, objetivos e critérios básicos e estruturadores conforme política estadual. A discussão de interesses regionais convergentes ou distintos que envolvem o PDR exige a definição de um momento único para a discussão dos ajustes, o que garante chances iguais e oportunas para as negociações e os entendimentos. Além desse processo democrático de discussão dos interesses com atores diferentes, os ajustes pautados e agendados garantem a ma-

nutenção da lógica do modelo, do plano estadual e a coerência interna das propostas. A visão de conjunto, global, permanece mantida conforme se espera de um plano diretor.

Podem-se sintetizar as etapas e os passos para elaboração do PDR/MG, conforme esquema a seguir. Assim, para a versão 1999/2002 e para a atual, foram implementadas duas grandes etapas, ou melhor, momentos, ambos com o mesmo desdobramento:

- 1º) Definição do Modelo de Atenção/Modelo Assistencial – níveis e serviços emblemáticos por nível.
- 2º) Definição do Modelo de Regionalização – níveis e desenho espacial.

Os passos para cada um desses momentos podem ser sintetizados como a seguir:

1. Levantamentos bibliográficos e de dados de produção.
2. Análise da distribuição e da concentração de serviços/produção por procedimento no espaço territorial do estado e identificação e análise de padrões ou de conjuntos específicos de serviços.
3. Definição dos Modelos de Regionalização e de Atenção à Saúde: níveis e principais conteúdos e serviços emblemáticos.
4. Discussão e aprovação do “Modelo de Atenção/Regionalização” com o COSEMS/MG e o CES/MG.
5. Descrição mais detalhada do modelo de atenção, relacionando os procedimentos por nível de atenção – elencos ou “perfil ideal” de serviços esperado por nível de regionalização: pesquisa e validação pelas áreas técnicas e por programa.
6. Novo levantamento e análise da produção de serviços e fluxos, ambulatoriais e hospitalares, objetivando detalhamento e identificação preliminar dos prováveis municípios polo e municípios na sua órbita ou periféricos, conforme “Modelo de Atenção” aprovado:
 - 6.1. levantamentos e análise dos dados por municípios, conforme porte populacional e situação socioeconômica: produção de serviços; capacidade instalada; internação de residentes e não residentes; fluxos;

- 6.2. análise do perfil de produção dos serviços hospitalares e ambulatoriais em relação ao “Modelo de Atenção” predefinido, com destaque para os serviços mais emblemáticos;
- 6.3. análise dos conjuntos e das associações observadas entre condições sociodemográficas e por porte dos municípios e o perfil de atendimento por porte de municípios esperado, conforme tipologia esperada e localização;
 - 6.3.1. seleção dos municípios polo em potencial;
 - 6.3.2. avaliação do fluxo dos serviços mais emblemáticos por municípios “polo”;
 - 6.3.3. identificação preliminar dos polos e municípios na sua órbita ou periféricos, ou seja, esboço preliminar da composição e número das microrregiões e macrorregiões.
7. Apresentação do esboço preliminar em reuniões de discussão, sucessivas e por níveis de gestão:
 - 1ª) Discussão em nível central com representantes do CES/MG, de Conselhos Municipais de Saúde, das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) e COSEMS/MG.
 - 2ª) Discussão em nível local/regional, sob coordenação das Gerências Regionais de Saúde (GRSs), com participação dos SMS e de representantes dos CMS.
8. Definição final da adscrição dos municípios por micro/macro, após discussão com a Comissão Bipartite de nível central.
9. Elaboração final do documento PDR (modelo assistencial ou de atenção à saúde e a adscrição dos municípios por micro e macro).
10. Aprovação CES/MG e CIB-SUS/MG.
11. Aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).



CAPÍTULO VII – O DESENHO ESPACIAL DE 1999 A 2002 E O DESENHO ESPACIAL VIGENTE A PARTIR DE 2003

O Estado de Minas Gerais com 853 municípios estava dividido, administrativamente, em 26 Diretorias Regionais de Saúde, as atuais Gerências Regionais de Saúde (GRSs), à época da elaboração do PDR. Essa regionalização político-administrativa não foi, no entanto, a referência para a regionalização da assistência. Os critérios adotados para a proposição do PDR foram diferentes dos anteriormente usados na delimitação da jurisdição das Gerências Regionais de Saúde (GRSs). No PDR, priorizaram-se os fluxos, as necessidades assistenciais da população e a organização da oferta em redes de serviços com agregação de densidade tecnológica, economias de escala e escopo e tendo por finalidade promover assistência integral e equânime à população. Às Gerências Regionais de Saúde coube a viabilização técnica, administrativa e política de condições para o melhor atendimento da população.

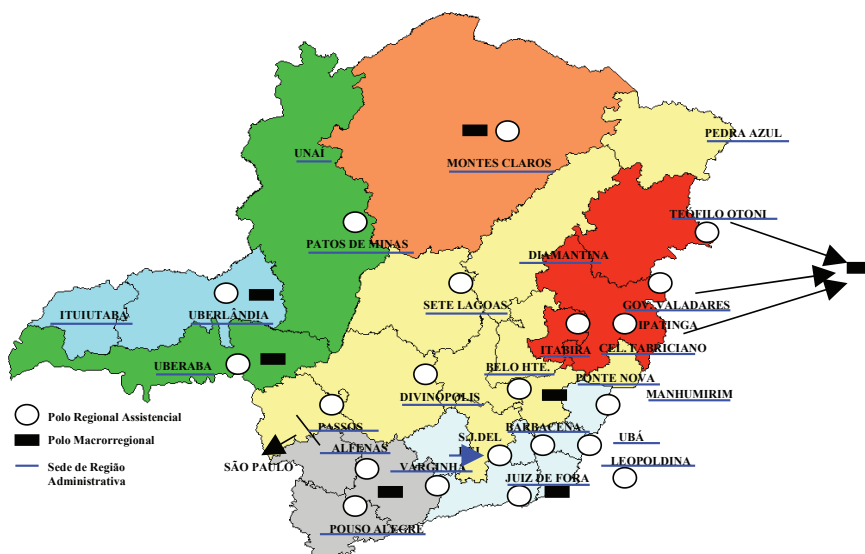
Assim, como resultado do Modelo Assistencial, aprovado pela CIB-SUS/MG, o PDR 2000/2002 dividiu o estado em sete macrorregiões, 21 regiões assistenciais, 95 microrregiões e 265 módulos assistenciais. O Mapa 6 apresenta a conformação final do PDR quanto às macrorregiões.

Esse desenho seria revisto após a PPI 2001/2002, buscando-se desconcentrar a macrorregião de Belo Horizonte, conforme proposta apresentada no Mapa 7, o que de fato não ocorreu, prevalecendo o primeiro desenho até 2003.

MAPA 6

MACRORREGIÕES PDR 1999/2004

1º DESENHO ESPACIAL/ BASE PARA PPI - ASSISTENCIAL 2001 / 2002

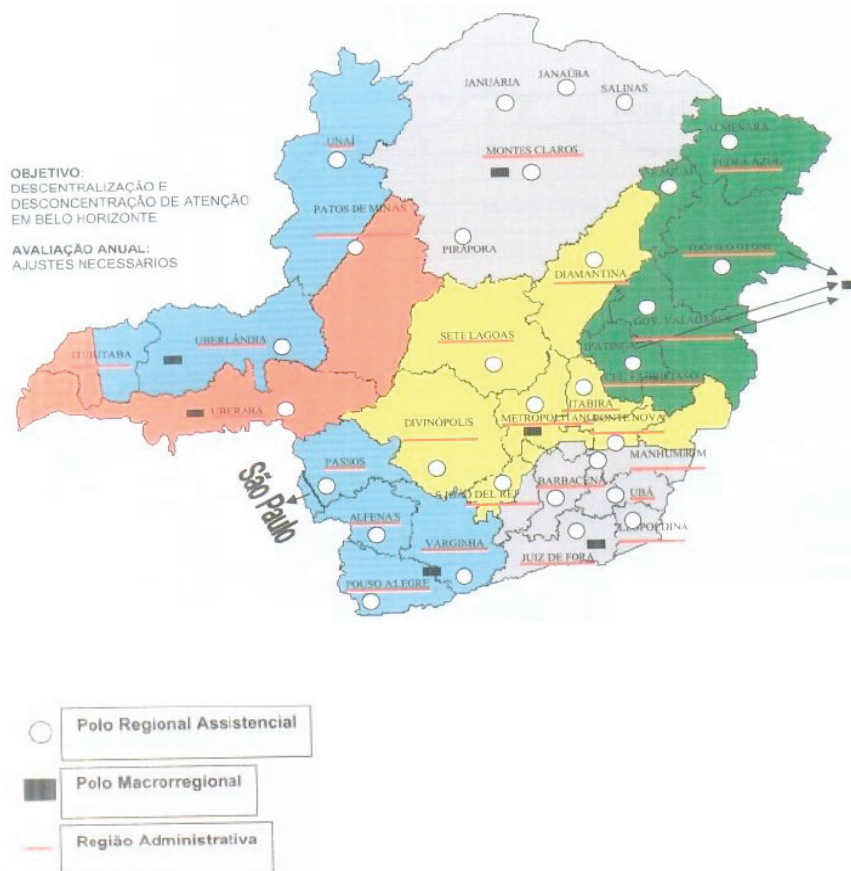


Municípios Polo Macrorregionais:

- * Alfenas/Varginha/Pouso Alegre
- * Belo Horizonte
- * Ipatinga/Gov. Valadares/Teófilo Otoni
- * Juiz de Fora
- * Montes Claros
- * Uberaba
- * Uberlândia
- * Belo Horizonte – Polo Estadual

MAPA 7

MACRORREGIÕES PDR 1999/2004 2º DESENHO ESPACIAL/ PROPOSTA PARA 2004, NÃO IMPLANTADO



Fonte: CP/AGE/SES-MG, 2001/2002

No ano de 2003, ocorre a revisão do PDR; as sete macrorregiões e as 21 regiões assistenciais existentes no PDR-2000/2002 tiveram as funções e os papéis redefinidos, sendo reformuladas e transformadas em 13 macrorregiões, com 18 polos (Mapa 8).

MAPA 8

- Três níveis de atenção:

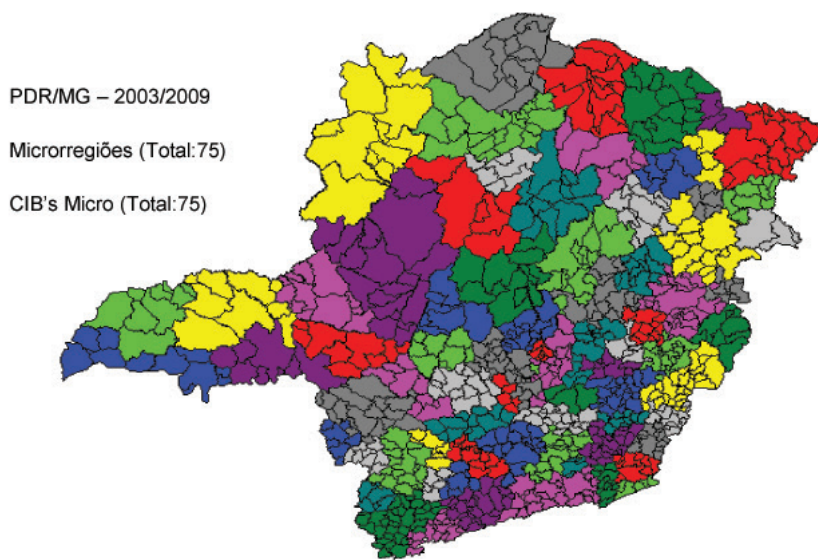
- 13 Macrorregiões
- 75 Microrregiões
- 853 Municípios



Fonte: Centro de Planejamento, 2003; NARS/AGR, 2010

Para as 95 microrregiões, foram atualizados os levantamentos de fluxo hospitalar e efetuados estudos de escala e das malhas viárias, possibilitando a agregação de 20 microrregiões a outras 17, reduzindo para 75 o número de microrregiões. Nas micro agregadas, foram mantidos os polos definidos em 2000/2002, ou seja, tais micro tornaram-se bipolares/tripolares (Mapa 8.1).

MAPA 8.1



Fonte: CP/AGE/SES-MG,2003; NARS/AGR/SES-MG, 2009

A constatação da existência de várias microrregiões que, pela sua população, não garantiriam instalação de serviços que requerem escala implicou a sua agregação à outra, de maior porte, continuando em vigor a referência e o custeio dos serviços existentes em ambos os polos. Cada polo manteria a oferta de serviços à população total da nova micro, desde que em caráter complementar, de forma a realizar, no conjunto, a tipologia definida para o nível de atenção, seja microrregional, seja macrorregional.

No entanto, algumas micro de pequeno porte ainda foram mantidas, quer por sua localização, quer pelas condições viárias e geográficas, onde a agregação resultaria em grande deslocamento da população, dificultando o acesso aos serviços do polo micro. No PDR 2003, após revisão, foram mantidas 13 microrregiões de pequeno porte, com menos de 100.000 habitantes, prevalecendo, nesse caso, o critério de acesso sobre a escala. Há também cerca de três micro e macrorregiões avaliadas como atípicas em razão de características

socioeconômicas, demográficas, mas mantidas por razões de incentivo político à descentralização.

Entre as macrorregiões constituídas, algumas apresentaram “vazios assistenciais” muito significativos, especialmente no elenco de clínicas da alta complexidade – AC (alta tecnologia). Os serviços, na maioria das macro, não estavam, e ainda não estão completamente estruturados. Em cerca de três macro, consideradas atípicas pela escala e condições socioeconômicas, é baixa a oferta de muitas clínicas/procedimentos do elenco, gerando um fluxo significativo para polos maiores de outras macro. A reorganização dessas macro e a reversão dos fluxos estão na dependência da realização de investimentos, de médio ou longo prazos, mas o acesso da população aos serviços de alta complexidade – AC (alta tecnologia), em outros polos, deve sempre ser garantido através do processo de pactuação – a PPI.

O mesmo raciocínio é válido para serviços do elenco micro. Há também microrregiões que devem ter sua manutenção avaliada mais rigidamente em oportunos ajustes do PDR: são de pequeno porte, localizadas próximas a outra micro, cujo polo exerce força de atração suficiente para inviabilizar as menores. Os ajustes ainda que locais se dão na ótica de um todo, de um sistema, e não apenas em razão de questões ou aspectos pontuais e circunstanciais, portanto, em um momento único para discussão de cada parte de um todo. Cada aspecto isolado interfere no todo e, por vezes, gera conflitos, seja regionalmente, seja em relação a critérios gerais e prioridades de âmbito estadual; portanto, as discussões entre os atores envolvidos devem ocorrer de forma conjunta, num momento único.

No processo de ajuste e com base no estudo do fluxo, houve necessidade de se rever a adscrição de alguns municípios à microrregião; desta forma, de 2004 a 2011, alguns municípios sofreram modificação na vinculação às microrregiões, e um município, apesar de o fluxo sugerir mudança, permaneceu na mesma micro, tendo em vista não romper com o princípio de contiguidade geográfica.

Em 2009, tornou-se necessária a criação de mais uma micro por razões de maior acessibilidade e descentralização. Em 2011, foi criada mais uma micro, pelas mesmas razões.

Considerando ainda a diretriz de se adequar a abrangência das então denominadas “Diretorias Regionais” aos limites da rede assistencial microrregional e objetivando melhores condições de gerência,

governança, supervisão e regulação, o Grupo de Trabalho da Regionalização indicou os municípios que deveriam ter sua jurisdição alterada para compatibilizar com os limites das microrregiões. Tal proposta encontrou resistência nos níveis regionais e locais, não sendo possível sua implementação em 2003 nem em 2008. A discussão foi novamente adiada e em 2009 incluída na pauta dos próximos ajustes na tentativa de ampliar os debates e estabelecer consensos sobre essa questão.

Uma das questões mais significativas e a ser oportunamente reavaliada refere-se à microrregião de Guanhães (vide Mapas 9 e 10). Essa é a região com maiores desencontros entre o desenho espacial do PDR e Unidades Regionais de Saúde. Mesmo após adequações realizadas pelo Ajuste de 2011, dos dez municípios remanescentes da micro, seis estão sob a jurisdição administrativa da GRS Itabira, enquanto que os outros quatro estão sob a jurisdição da SRS Diamantina (Sabinópolis, Serra Azul de Minas, Materlândia e Rio Vermelho).

Há ainda outra questão a ser avaliada e discutida com atores envolvidos, oportunamente: a manutenção ou não das micro e macro de pequeno porte populacional.

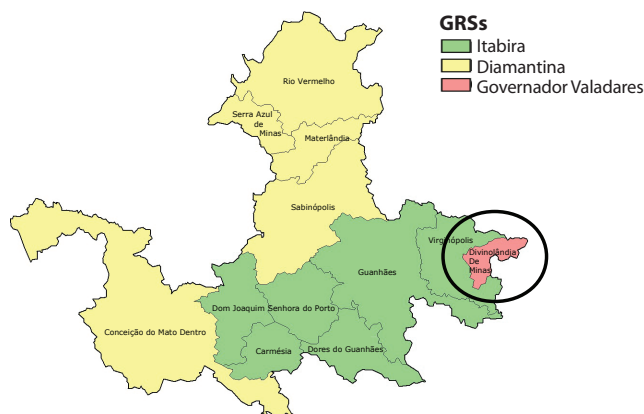
A proposta vigente da Regionalização da Assistência do Estado de Minas Gerais por macrorregião e microrregião de saúde, incluídos os ajustes realizados até o ano de 2009, está representada no volume II. A relação com a adscrição dos municípios por macro e microrregião e sua população também consta do volume II.

A Tipologia dos Serviços foi atualizada nos mesmos termos descritos nos capítulos V e VI, em 2008, em razão da implantação da nova Tabela SIAH, e também detalha os procedimentos por nível e clínica. Alguns exemplos de procedimentos que compõem os elencos de serviços dessa tipologia estão citados no Anexo V.

No Anexo I estão relacionadas as Atas e as Deliberações referentes à elaboração do PDR e dos ajustes, de 2000 a 2009. O Anexo I.1 relaciona deliberações e cita as reuniões da CIB-SUS/MG específicas do processo de ajustes, de 2003 a 2009, nos quais se deu, na maioria das vezes, apenas mudança de adscrição de alguns poucos municípios ou alteração de designação de polos microrregionais. Aliás, estas duas últimas constituem-se as mais comuns reivindicações de ajuste, que, na maioria das vezes, se dão por razões de pouco conhecimento dos conceitos, critérios e cálculos do PDR.

MAPA 9

Sobreposição do limite territorial das GRSs com a Microrregião de Guanhanes



MAPA 10

Adscrição atual da Microrregião Guanhanes após o Ajuste de 2011

MICRORREGIÃO DE GUANHÃES – PDR/MG-2011



GUANHÃES – 20 – PDR/MG-2011



CAPÍTULO VIII – OUTROS CONCEITOS

FLUXO

É a comprovação da movimentação dos usuários de um ponto a outro de atenção, em busca de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares, avaliada numa série histórica de cerca de cinco anos. A mensuração dos fluxos, seu volume absoluto e relativo, total e por clínica, dizem respeito ao somatório dos serviços e internações referidos, ou seja, originados de pontos que não o da residência do usuário.

Considera-se se o elenco de serviços é aquele definido na tipologia para o ponto de destino do usuário. As internações produzidas por referência ou por demanda espontânea, quando de outro ponto de origem, apontam geralmente maior ocorrência no município polo. Os fluxos devem ser, portanto, avaliados, seja em termos absolutos seja em termos comparativos, por elenco, por clínica e no total, sempre em relação ao “esperado”, por nível de regionalização/assistencial. O fluxo pode, ou não, ser decorrente de um movimento esperado para fins de economia de escala.

POLO

É o município que exerce força de atração sobre número significativo de outros, por sua capacidade instalada e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados.

Na área da saúde, apresenta um período de cinco anos, capacidade histórica, atual e potencial, de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda por serviços médico-assistenciais que, embora raros, requerem maior incorporação de tecnologia e que, portanto, exigem maior escala para garantir sua oferta com economia e qualidade.

POLO MICRORREGIONAL

Município de maior densidade populacional na microrregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de média densidade tecnológica, o que requer escala para cerca de 150.000 habitantes; que exerce força de atração sobre outros municípios; e atende o elenco de procedimentos ambulatoriais e hospitalares da atenção secundária, conforme “Tipologia” descrita na Carteira de Serviços do SUS/MG.

POLO MACRORREGIONAL

Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica, o que requer escala para cerca de 1.500.000 habitantes; que exerce força de atração para micro circunvizinhas, polarizando todas ou a maioria das micro da macrorregião. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro.

RESOLUBILIDADE

É a capacidade de atendimento ambulatorial e hospitalar da população residente na própria região – município, microrregião, macrorregião, considerada a tipologia, ou seja, nos elencos de procedimentos/serviços definidos para o nível regionalização/assistencial, conforme PDR/MG.

COBERTURA POPULACIONAL

É a identificação e a quantificação da população passível de atendimento, e/ou atendida, no elenco total de serviços ou por procedimento, ou por equipamento ou ainda por determinada unidade prestadora de serviços ambulatoriais ou hospitalares, considerada, nos termos do PDR, a população residente do município acrescida da população referida de outro município ou região.

ÂMBITO DE COBERTURA

É a abrangência de uma região atendida em termos de assistência hospitalar e ambulatorial por um município ou uma unidade prestadora. Para essa avaliação, considera-se:

- 1) o número absoluto e relativo entre os municípios de uma microrregião, ou de micro de uma macrorregião, cuja população residente é atendida no polo micro ou macro da região, população essa referida para atendimento em procedimentos de maior densidade tecnológica, para ganho de economia de escala, segundo tipologia, ou elencos esperados por nível de atenção e região, conforme PDR/MG;
- 2) o número absoluto e relativo da população residente de um município atendida no próprio município.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de 10 anos, 1999 a 2012, a experiência da implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) demonstrou avanços positivos ao subsidiar a organização por micro e macrorregião: das redes de atenção; dos sistemas de informações epidemiológicas e da assistência hospitalar e ambulatorial; na organização dos sistemas logísticos; na análise dos indicadores do Pacto pela Saúde. Tais informações têm contribuído para negociações e entendimentos com o CES/MG, com o COSEMS/MG, com os coordenadores dos programas de saúde estruturadores e prioritários da SES/MG.

Os espaços territoriais são referência para uma abordagem técnica dos interesses e das diferenças regionais, além de oferecerem uma visualização espacial comparativa dos avanços e dificuldades de regiões por indicadores de saúde, os do Pacto pela Saúde, os da resolubilidade assistencial total e por programas prioritários.

A experiência registrada nesta publicação não indica o PDR atual como definitivo e acabado. Pelo acompanhamento e pela análise que têm sido efetuados pela equipe da Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais DEAA/SMACSS-SES/MG, responsável pela elaboração do PDR e por esta publicação, há ainda o que revisar, negociar e ajustar na distribuição espacial e no modelo vigente. Os ajustes, como muito se salientou, fazem parte da história e integram a proposta e a constituição legal do PDR/MG.

É de grande relevância, e cabe também reiterar, o PDR estar vinculado a um projeto de governo estruturador, o da descentralização, sem que com isso tenha se perdido enfoque do SUS como sistema nacional. Há avanços na coordenação dos serviços da unidade federada, o que é responsabilidade do gestor estadual no que se refere às questões supramunicipais. A descentralização não ficou restrita à municipalização.

O financiamento do SUS é tripartite, e há que se avaliarem as relações interestaduais e intermunicipais, que se analisar a parte e

suas relações com o todo. A lógica do particular requer, também, sua inserção no conjunto, na lógica do todo, assim como é importante considerar a dialética dessa inter-relação. O PDR tem contribuído para esses enfoques, para as discussões de implantação das redes de atenção. A pressão dos prestadores, a competição ou concorrência entre municípios permaneceram e, de qualquer forma, ficam mais transparentes quando mapeadas no PDR.

A análise da resolubilidade das regiões, cuja versão mais recente foi efetuada pela DEAA/SMACSS em abril de 2012, demonstrou a efetividade dos investimentos do governo estadual em uma de suas prioridades, a redução da mortalidade materna. É interessante constatar a expansão gradual dos serviços voltados para a Gestante de Alto Risco (GAR), por macrorregião.

Nos processos já implementados pela SES/MG para ajuste do PDR/MG, algumas pendências permaneceram adiadas para negociação e avaliação oportunas.

Assim é a questão da adoção da bi ou multipolaridade por região, assumida em 2004 como estratégia de agregação das micro de pequeno porte. Tais propostas estavam fundamentadas tecnicamente: os polos deveriam ofertar serviços complementares. A base populacional comum poderia garantir escala para serviços diferentes, num acordo regional e observada a tipologia requerida para o nível, micro ou macrorregional. Contudo, a efetividade desse direcionamento não é positiva em todas as situações.

Os estudos das possibilidades de agregação de microrregiões provocaram de início certo nível de tensão entre os gestores municipal e o estadual e também entre os gestores municipais da própria micro, como era de se esperar.

Alguns casos exemplificam essa questão. Durante cerca de cinco anos após sua agregação, os gestores e outros atores dos polos da Micro Salinas/Taiobeiras ainda resistiam à agregação efetuada em 2004 e apresentavam solicitação de reversão. Em 2009, finalmente, a ideia da complementaridade de serviços entre os polos das micro

agregadas foi absorvida e avaliada positivamente pela CIB-Micro. Assim, hoje, a micro conta com uma base territorial e populacional maior para capacidades instaladas nos dois polos que são complementares e que, em conjunto, atendem à quase totalidade do elenco de ofertas definido para o nível microrregional. A população das duas regiões foi beneficiada, assim como o SUS, com a economia de escala e qualidade resultante.

Os ajustes sempre estarão presentes na implantação de projetos de desenvolvimento socioeconômico, ou em face de grandes alterações nos sistemas viários de cada espaço. Mas os princípios básicos e norteadores de um plano diretor de regionalização deverão permanecer os mesmos, ainda que atualizados e reprocessados, conforme seja a evolução tecnológica disponível e passível de incorporação por nível de descentralização.

Há ainda outras micro que foram agregadas em 2004 e que não se efetivaram como tal até 2012: um dos municípios polo redirecionou seus serviços apenas para a própria população; os fluxos não foram incrementados, e os gestores resistem à cooperação e ao maior aproveitamento dos recursos instalados. Em algum momento, há que se rever tais situações. A expansão populacional e/ou sua retração também precisam oportunamente confirmar ou não a agregação. O mesmo se dá em algumas macrorregiões. Ou seria uma redefinição da tipologia de tal forma a atribuir alguns itens do elenco macro a um subconjunto de microrregiões de algumas macro?

Há aquelas macro ou micro que não se efetivaram: algumas por questões gerenciais e de governança a serem trabalhadas pelas equipes da SES/MG; outras pela força de polarização de algum município polo maior e circunvizinho; outras pela extensão do território e avanço ainda precário das condições socioeconômicas. No caso destas últimas, caberá à SES/MG estar em interação com os planos intersetoriais do governo.

O processo de autoavaliação proposto para o PDR tem sido efetuado e tem demonstrado, até o momento, a confirmação dos critérios adotados. Assim, permanecem confirmadas a maioria das macro e

micro de pequeno porte, criadas conforme o consenso da supremacia do critério do acesso sobre o da escala, em virtude das condições geográficas do estado. Mas, hoje, dentre estas, algumas são objeto de questionamentos: aquelas onde a este critério se agregaram outros, tais como a relevância histórica e a preexistência de algumas unidades assistenciais de referência.

Assim, caberão ser reavaliados, oportunamente, alguns polos complementares e algumas poucas micro e macro de baixa densidade demográfica: as situadas muito próximas a um polo mais forte que impede seu crescimento; as muito distantes e em condições socioeconômicas de pequena expansão. Estas irão requerer maior tempo de efetivação. Enquanto isso, poderiam ser agregadas ou ter o perfil de serviços redefinido para garantir melhor estrutura dos serviços, economia de escala e qualidade?

De qualquer forma, a avaliação do PDR/MG e da regionalização demonstram que, como instrumentos e projetos estruturadores de planejamento e gestão, têm contribuído para a efetivação do SUS e de seus princípios, assim como para a gestão da SES/MG que terá ainda muito a analisar, avaliar e documentar a respeito.

ANEXOS

ANEXO I

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG				
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo	
Ata da 31ª Reunião Extraordinária da CIB-SUS	14.11.2000	Aprova o Modelo de Organização da Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde/MG		
Deliberação CIB-SUS/MG nº 035	6.12.2000	Aprova o Modelo de Organização da Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde/MG		
Deliberação CIB-SUS/MG nº 048	23.4.2001	Criação do Grupo do Nível Central de Coordenação do PDR, conforme aprovado na 65ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG, de 17.4.2001	O grupo em referência, composto por SES/MG, COSEMS/MG e CES/MG, agilizará e discutirá as propostas de elaboração do PDR. A elaboração do PDR foi discutida com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) por microrregiões correspondente às Gerências Regionais de Saúde (GRSs)	

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG			
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo
Ata da 65ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	8.5.2001	Aprova o Modelo de Organização dos Serviços de Saúde, segundo níveis tecnológicos de complexidade da assistência	Propõe a formação de grupos do Nível Central e Regional para desencadeamento do processo de regionalização, com prazos para treinamento e entrega dos projetos pelas Gerências Regionais de Saúde (GRSs)
Ata da 71ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	2.10.2001	Aprova versão preliminar do PDR	Aprova o pleito de habilitação do Estado na condição de Gestão Plena do Sistema a ser encaminhado
Deliberação CES/MG nº 036	14.10.2002	Aprova o Plano Diretor de Regionalização - PDR-2001/2004. Foi criado o GT-Regionalização	PDR-MG 2001/2004 revisto e adequado para elaboração do PDR/MG 2003/2006 com base em princípios e critérios - Aprovado, com previsão de ajuste
Ata da 90ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	16.10.2003	Reunião para discussão e aprovação do PDR 2003/2006	Art. 2º - O PDR deve ser revisto anualmente, com a primeira revisão prevista para outubro/2004
Deliberação CIB/SUS/MG nº 042	17.11.2003	Aprovação do PDR/MG 2003/2006	IX - PDR: fixação da data de 24 de março de 2004 para que os diretores das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) encaminhem as solicitações dos municípios que não se sentiram ajustados ou que gostariam de ter a sua posição revista no PDR
Ata da 95ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	6.4.2004	Ajuste do PDR - Mudanças na adscrição microrregional dos municípios	

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG				
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo	
Ata da 102ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	10.12.2004	Discussão dos ajustes do PDR e elaboração de Cronograma PDR	Prorrogação do prazo estabelecido para confirmação das mudanças - final de março/início de abril. Acordo pela necessidade de assinatura de um Termo de Compromisso/reversão de fluxo pelo SMS. Ajuste emergencial (questões Vale do Jequitinhonha) agendado para o 1º semestre 2005. Proposta de elaboração de Cronograma do PDR para a segunda quinzena de janeiro	
Ata da 103ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	15.2.2005	Aprovação dos Ajustes Emergenciais	PDR - Ajuste Emergencial: Aprovação dos Ajustes Emergenciais; acordo para que as mudanças relativas ao PDR aconteçam em bloco e, após o I Encontro Estadual de Saúde, de acordo com o cronograma do PDR a ser elaborado pelo CP/AGE (GRIS) também, após o Encontro	

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG				
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo	
Ata da 110ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	20.10.2005	Reunião de aprovação do Ajuste do PDR	Ficam aprovados os ajustes do PDR, com exceção das seguintes questões: concessão da polaridade macrorregional a Muriaé e Sete Lagoas e, com relação à solicitação efetuada pelo município de Jequitinhonha (nova estrutura microrregional), as quais serão analisadas por comissões especializadas que deverão apresentar pareceres em um prazo máximo de 90 dias, a contar da data desta reunião	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 387	18.10.2007	Aprova diretrizes e cronograma para o PDR 2007/2008	Faz um histórico sobre o PDR - A coordenação e os estudos técnicos do Plano Diretor de Regionalização/PDR-MG são, conforme competências regimentais, de responsabilidade da Gerência de Regionalização e Informações em Saúde (GRIS/AGR), e o processo de discussão e proposição da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG) deverá ser efetuado em conjunto com a Comissão Bipartite SES/COSEMS/MG para o Pacto pela Saúde	

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG			
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo
Deliberação CIB-SUS/MG nº 402	6/12/2007	Altera o Anexo II da Deliberação anterior, apresentando um novo cronograma para o PDR/MG	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 426	18/3/2008	Altera o art. 1º da deliberação anterior.	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 456	19.6.2008	Aprova as diretrizes e cronogramas para o Ajuste do Plano Diretor de Regionalização/MG 2007/2008	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 483	22.10.2008	Aprova o Plano Diretor de Regionalização - PDR-2008 e anexos	Anexo I - Municípios que trocam de micro; Anexo II - Municípios que trocaram de Gerências Regionais de Saúde (GRSs); Anexo III - Adscrição Macro/Micro e Municípios
Deliberação CIB-SUS/MG nº 618	9.12.2009	Aprova o Plano Diretor de Regionalização - PDR-2009 e anexos	Anexo I - Municípios que trocam de micro; Anexo II - Municípios que trocaram de Gerências Regionais de Saúde (GRSs); Anexo III - Adscrição Macro/Micro e Municípios
Outros documentos referentes à elaboração dos Ajustes do PDR			
Portaria nº 2181/GM	27.11.2002	Habilita o Estado de Minas Gerais em Gestão Plena do Sistema Estadual, conforme NOAS-SUS01/2002	Publica limite do Teto Financeiro referente à média e alta complexidade no valor de R\$ 1.025.046.431,64
Ofício Circular SUB.SPAS nº 001/2004 para as Gerências Regionais de Saúde (GRSs)	23.3.2004	Estabelece prazo até 7.4.2004 para o envio das solicitações referentes ao ajuste do PDR, com encaminhamento de roteiro	De acordo com documento, o ajuste deve ser realizado em outubro/2004, conforme deliberação CIB-SUS/MG

Outros documentos referentes à elaboração dos Ajustes do PDR				
Memos CP /AGE (GRIS) nºs 478 ao 504 e 571 ao 577	22.6.2005 e 12.7.2005	Solicitação aos municípios de confirmação das mudanças já solicitadas	Estabelecimento da data de 30.7.2005 para envio dos Termos de Compromisso e atas das reuniões das CIBs micro à SES/MG. Após encaminhamento da documentação, entre os meses de julho/agosto/2005, o PDR será apresentado à CIB-SUS/MG para aprovação	
Ofício CP/AGR(GRIS) nº 156/2005 ao COSEMS/MG e ao CES/MG	20.9.2005	Encaminhamento dos estudos/documentos que expressam, em síntese, os resultados/decisões até então apurados pelo CP/AGE (GRIS), a partir das solicitações efetuadas	Pré-marcação da reunião de aprovação do PDR para início de outubro	
Memo Circular CP/AGE (GRIS) nº 077/2005 às Gerências Regionais de Saúde (GRSs) com cópia para o Gab/SES-MG, CIB-SUS/MG e GTR	20.9.2005	Encaminhamento dos estudos/documentos que expressam, em síntese, os resultados/decisões até então apurados pelo CP/AGE (GRIS), a partir das solicitações efetuadas	Pré-marcação da reunião de aprovação do PDR para início de outubro	
Reunião do COSEMS/MG	30.9.2005	Apresentação dos ajustes a ser realizados	Prorrogação da reunião de aprovação do ajuste na CIB para final de outubro/2005	
Memo Circular CP/AGE (GRIS) nº 090/2005	5.10.2005	Encaminhamento à CIB-SUS-MG e a outros destinatários dos pareceres CP/AGE (GRIS) e GTR referentes aos ajustes do PDR	Solicitação de avaliação dos pareceres; sugestão para realização de reunião entre GAB/SES-MG, presidente do COSEMS/MG e presidente do CES/MG pautadas conclusões referentes ao ajuste do PDR, anterior à reunião de aprovação pela CIB-SUS/MG	

CIB-SUS/MG

CES/MG

CP/AGE (GRIS) E OUTROS

COSEMS/MG

 CIB-SUS/MG
  CES/MG
  CP/AGE (GRIS) E OUTROS
  COSEMS/MG

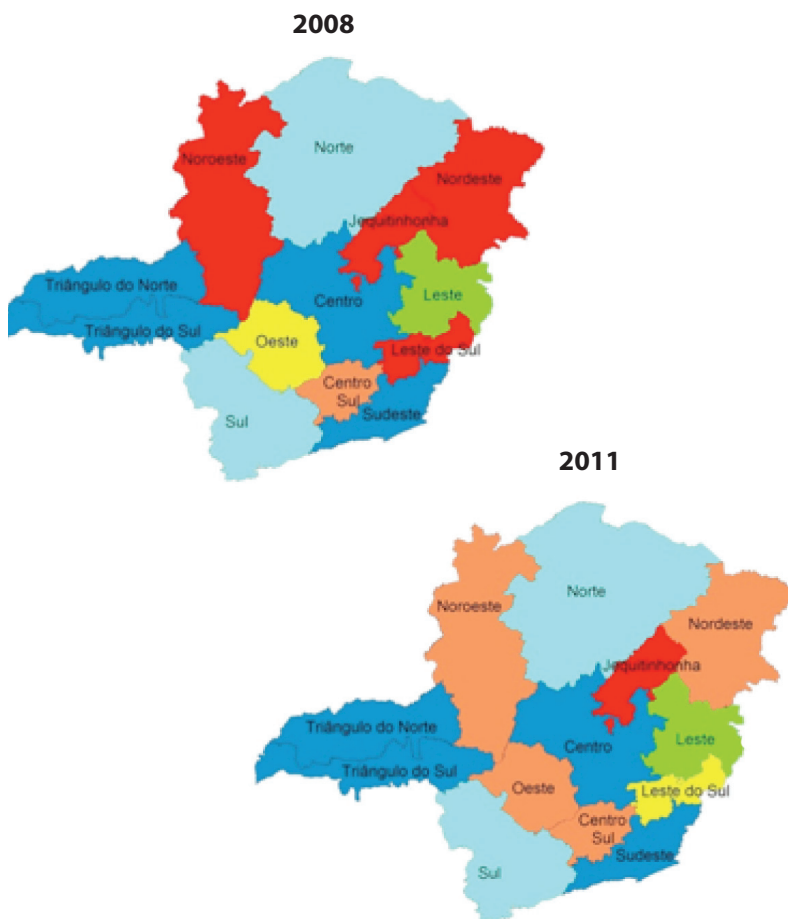
ANEXO I.1

AJUSTES DO PDR 2000/2011

- Deliberação CIB/SUS/MG nº 042, de 17/11/2003
- CIB/SUS/MG em sua 102ª Reunião Ordinária, realizada em 10 de dezembro de 2004
- 103ª Reunião Ordinária da CIB
- Em 20 de outubro, ocorre a 110ª Reunião Ordinária da CIB
- Criado o Grupo Tarefa de Regionalização (GTR)
- CIB-SUS/MG em sua 131ª Reunião
- CIB, em abril de 2008
- CIB/SUS/MG 483, aprovado o ajuste do PDR
- CIB/SUS/MG nº 618 em sua 154ª Reunião Ordinária, ocorrida em 9 de dezembro de 2009
- CIB/SUS/MG nº 978 em sua 175ª Reunião Ordinária, ocorrida em 16 de novembro de 2011

ANEXO II

Evolução da resolubilidade do nível terciário por
macrorregião de saúde de Minas Gerais – 2008; 2011



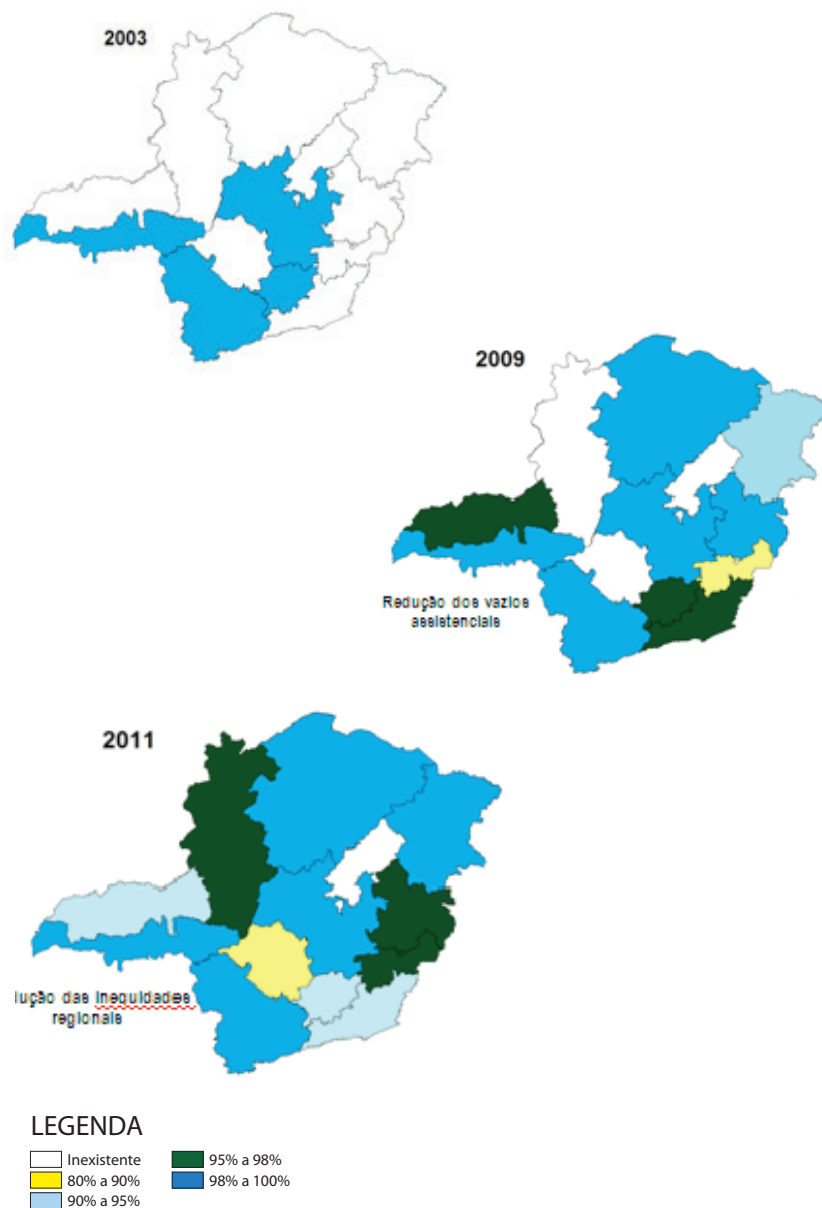
LEGENDA

Crítica: abaixo de 40%	Média: entre 65% e 80%
Baixa: entre 40% e 50%	Boa: entre 80% e 90%
Razoável: entre 50% e 65%	Muito bom: entre 90% e 95%
	Ideal: acima de 95%

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG)

ANEXO III

Evolução indicador de resolubilidade da atenção hospitalar
de nível terciário ao parto às gestantes de alto risco



ANEXO IV

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
I	Procedimentos de atenção básica	☐ Ações executadas por outros profissionais de nível superior. ☐ Ações básicas de odontologia ☐ Ações médicas básicas ☐ Ações exercidas por enfermeiro e/ou profissional de nível superior		
II	Elenco de procedimentos básicos ampliados PABA	Procedimentos anteriores e mais: ☐ Atendimento profissional de nível superior ☐ Pequenas cirurgias ambulatoriais ☐ Odontologia ☐ Patologia Clínica	Clínica Médica Clínica Pediátrica Clínica Obstétrica	

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (continuação)

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
III.1	Equivale ao EPM1 e às Sedes de Módulos	Todos os procedimentos anteriores e mais ☐ Atendimento por profissionais de nível superior EPM1 (1) ☐ Cirurgias ambulatoriais (1) ☐ Procedimentos traumato-ortopédicos (1) ☐ Patologia Clínica (1) ☐ Radiodiagnóstico (1) ☐ Diagnose (1) ☐ Fisioterapia (1) ☐ Terapias especializadas (1)	Clínica Médica Clínica Pediátrica Clínica Obstétrica	Atendimento Médico de Urgência e Emergência Clínica Médica Obstetrícia Pediatria
III.2	Elenco de procedimentos Média Complexidade Nível Microrregional EPM1 mais outros procedimentos	Todos os anteriores e mais: ☐ Anatomocitopatologia (1) ☐ Ultrassonografia (1)	Todos os anteriores e mais: Cirurgia Obstétrica Cirurgia Geral Clínica Ginecológica	Todos os anteriores e mais: Oftalmologia Ortopedia Dermatologia Otorrinolaringologia Neurologia Saúde Mental Urologia Endocrinologia

(1) PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS 1 E 2 COMO EPM1

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (continuação)

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
IV	Bloco de procedimentos de Média Complexidade	Todos os anteriores e mais: ☐ Procedimentos por profissionais de nível superior EPM2 (2) ☐ Cirurgias Ambulatoriais (2) ☐ Procedimentos Traumatológicos ortopédicos (2) ☐ Odontologia (2) ☐ Patologia Clínica (2) ☐ Anatomocitopatologia (2) ☐ Radiodiagnóstico (2) ☐ Ultrassonografia (2) ☐ Diagnóstico (2) ☐ Fisioterapia (2) ☐ Terapias especializadas (2) ☐ Mamografia	Todos os anteriores e mais: Cirurgia Ortopédica Cirurgia Endocrinológica Cirurgia Otorrino Cirurgia Buco-Maxilar Cirurgia de Tórax Cirurgia Oftalmológica Queimados Cirurgia Neurológica Cirurgia de Mama Cirurgia Vascular Saúde Mental	Todos os anteriores e mais: Cirurgia Plástica Gastroenterologia Pneumologia Proctologia Angiologia Hematologia Cirurgia Vascular Homeopatia Neurocirurgia Fisiatria Oncologia Reumatologia Alergiologia Cirurgia Pediátrica Medicina do Trabalho Nefrologia Infectologia
	Nível Regional Equivale no FAE ao EPM2 e inclui grupos do SIASUS de número 22 e 26 e excepcionalmente os grupos 28 e 29 quando o município for polo regional.	Excepcionalmente: ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Tomografia		

(2) PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS COMO EPM2

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (continuação)

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
V	Bloco de Procedimentos de Média Complexidade Nível Macrorregional Equivale no FAE ao EPM3 e inclui litotripsia, blocos 28, 29, 31, 32, 33 e 35, quando polo macrorregional	Todos os anteriores e mais: ☐ Procedimentos por prof. de nível superior EPM3 (3) ☐ Cirurgias Ambulatoriais (3) ☐ Pocedimentos Traumato-ortopédicos (3) ☐ Odontologia (3) ☐ Patologia Clínica (3) ☐ Anatomocitopatologia (3) ☐ Radiodiagnóstico (3) ☐ Ultrassonografia (3) ☐ Diagnose (3) ☐ Fisioterapia (3) ☐ Terapias especializadas ☐ Litotripsia ☐ Anestesia ☐ Hemodinâmica ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Ressonância Magnética ☐ Medicina Nuclear ☐ Tomografia	Todos os anteriores e mais: Cirurgia Oncológica Transplantes Cirurgia Cardíaca Cirurgia Neurológica	Todos os anteriores e mais Cirurgia de Cabeça e Pescoço Imunologia Infectologia Cirurgia Torácica Geriatria Neurologia

(3) PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS COMO EPM3

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (continuação)

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
VI	EEstadual Polo Estadual Inclui bloco 33	Todos os procedimentos anteriores e mais: ☐ Procedimentos por prof. de nível superior ☐ Cirurgias Ambulatoriais ☐ Pocedimentos Traumato-ortopédicos ☐ Odontologia ☐ Patologia Clínica ☐ Anatomocitopatologia ☐ Radiodiagnóstico ☐ Ultrassonografia ☐ Diagnose ☐ Fisioterapia ☐ Terapias especializadas ☐ Anestesia ☐ Radioterapia ☐ Quimioterapia ☐ Ressonância Magnética ☐ Medicina Nuclear ☐ Radiologia Intervencionista	Todas as clínicas e referência macrorregional para cobertura de macrorregiões além de sua capacidade instalada	Todos os anteriores e mais Genética Traumatologia II

FONTE: MINAS GERAIS, 2002, p. 6-8.

ANEXO V

Elencos dos Procedimentos Hospitalares por Nível de Atenção/Regionalização

ALGUNS EXEMPLOS

Elenco de Procedimentos do nível de Atenção Terciária/Macrorregião (AC/MCHE)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
 - Tratamento esclerose generalizada progressiva
 - Cirurgia cardiovascular
 - Cardiorrafia
 - Implante marcapasso cardíaco multisítio
 - Plástica valvar
 - Reconstituição aorta
 - Eletrofisiologia
 - Aneurismectomia
 - Correção de comunicação interventricular
 - Revascularização miocárdio sem uso de...
 - Angioplastia intraluminal dos vasos...
 - Clínica Médica e Outros
 - Contusão miocárdica
 - Anormalidade de proteínas plasmáticas
 - Odontologia
 - Redução (mentofratura do molar com aparelho de contenção)
 - Traumatismo-ortopedia
 - Tratamento cirúrgico coluna vertebral
 - Tratamento cirúrgico da mão
 - Tratamento cirúrgico spina bífida
 - Gastroenterologia
 - Glossorrafia
 - Cirurgia pâncreas
 - Videolaparoscopia
- ... e outras clínicas e procedimentos.

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCH 1)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
 - Tratamento endocardite infecciosa em próteses valvular
 - Tratamento síndrome coronariana aguda
- Cirurgia cardiovascular
 - Tratamento cirúrgico de varizes da safena
- Traumato-ortopedia
 - Redução cirúrgica da fratura do esterno
 - Tratamento cirúrgico do úmero
 - Tratamento cirúrgico de pseudoartrose
- Diversos
 - Tratamento cirúrgico de fístula retal e cutânea
 - Colostomia
 - Uretrorrafia
 - Dengue hemorrágica
 - Doença reumática
 - Anemia aplástica
 - Insuficiência renal crônica
 - Intercorrência obstétrica em atendimento secundário à GAR

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCH 2)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
 - Tratamento doenças esôfago, estômago e duodeno
- Traumato-ortopedia
 - Redução incruenta de luxação femoro-patelar
 - Temorrafia
- Diversos
 - Herniorrafia
 - Histerectomia
 - Colpoperineoplastia
 - Biópsia de lesão mucosa da cavidade oral
 - Cesariana
 - Hemorragias da gravidez
 - Vasculopatias

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCHB)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
 - Tratamento choque anafilático
 - Diversos
 - Exerese de cisto vaginal
 - Parto
 - Dengue clássica
 - Crise hipertensiva
 - Acidentes por penetração de corpo estranho
 - Enteroinfecções
 - Úlcera de perna
- ... e outras clínicas e procedimentos.

Fonte: Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG.



REFERÊNCIAS

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.

ASSIS, L. M. *et al. Desafios da gestão compartilhada no âmbito do SUS; constituição das Comissões Intergestores Bipartite Microrregional (CIBs-MICRO) no Estado de Minas Gerais*. 2005. Monografia (Especialização em Gestão Microrregional de Sistemas e Serviços de Saúde, da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais) – ESP/MG, Belo Horizonte, 2005.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988. 292 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 258, de 7 de janeiro de 1991. Norma Operacional Básica 01/91*. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.

BRASIL. *Lei nº 8.142, 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. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 fev. 2008.

BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080, 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.18.055.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Descentralização das ações e serviços de saúde. A ousadia de cumprir a lei*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

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: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. *Resolução nº 234, de 7 de fevereiro de 1992. Norma Operacional Básica 01/92*. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS de A a Z*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.mg.gov.br/susdeaz/topicos/topico.php>>. Acesso em: 17 nov. 2006.

BRASIL. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Plano Diretor de Regionalização. *Plano Diretor de Regionalização: reorganização dos serviços de saúde/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/2001*. Fortaleza, 2002. v. I. 106 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A força dos Estados na garantia do direito à saúde, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.conass.com.br/pdfs/20anos.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2006.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144 p.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. Buenos Aires: Hucitec, 1997. 385 p.

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. 91 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (Coord.). Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2006.

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

PARTE II

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
MINAS GERAIS		853	580.720,80	19.728.252
CENTRO (BELO HORIZONTE/SETE LAGOAS)		104	58.251,90	6.145.218
BELO HORIZONTE/ CAETÉ/ NOVA LIMA		13	4.696	3.203.821
310620	BELO HORIZONTE		331	2.385.639
310640	BELO VALE		365,4	7544
311000	CAETÉ		541,1	41.092
313460	JABOTICATUBAS		1.113,80	17.411
314230	MOEDA		154,2	4.706
314480	NOVA LIMA		428,4	82.273
313660	NOVA UNIÃO		171,5	5.565
315390	RAPOSOS		71,9	15.423
315460	RIBEIRÃO DAS NEVES		154,2	299.728

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
315480	RIO ACIMA		230,1	9.200	
315670	SABARÁ		303,6	127.096	
315780	SANTA LUZIA		233,8	204.327	
316830	TAQUARAÇU DE MINAS		329,4	3.817	
BETIM		13	3.729,40	633.557	
310670	BETIM		345,9	383.570	
310810	BONFIM		301,2	6.814	
310900	BRUMADINHO		640,2	34.538	
312060	CRUCILÂNDIA		166,5	4.778	
312410	ESMERALDAS		909,6	61.283	
312600	FLORESTAL		194,4	6.673	
313010	IGARAPÉ		109,9	35.620	
313665	JUATUBA		96,8	22.648	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
314015	MÁRIO CAMPOS		35,2	13.396	
314070	MATEUS LEME		302,6	28.141	
315040	PIEDADE DOS GERAIS		260,6	4.668	
315530	RIO MANSO		232,1	5.324	
316292	SÃO JOAQUIM DE BICAS		72,5	26.104	
CONTAGEM		3	329,5	796.126	
311860	CONTAGEM		194,6	608.714	
312980	IBIRITÉ		73	160.943	
316553	SARZEDO		61,9	26.469	
CURVELO		11	15.633,20	175.583	
310480	AUGUSTO DE LIMA		1.250,70	4.945	
310920	BUENÓPOLIS		1.611,00	10.286	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
311910	CORINTO		2.524,50	23.865
312090	CURVELO		3.295,90	74.734
312570	FELIXLÂNDIA		1.553,40	14.224
313110	INIMUTABA		529,1	6.771
314250	MONJOLOS		652,1	2.343
314360	MORRO DA GARÇA		414	2.637
315320	PRESIDENTE JUSCELINO		696,6	3.876
316060	SANTO HIPÓLITO		430,8	3.219
316935	TRÊS MARIAS		2.675,20	28.683
GUANHÂES		10	5357,3	95.774
311380	CARMÉSIA		258,5	2.461
312260	DOM JOAQUIM		406,7	4.522
312310	DORES DE GUANHÂES		381,8	5.211

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
312800	GUANHÃES		1.076,00	31.526	
314060	MATERLÂNDIA		282,3	4.576	
315600	RIO VERMELHO		987,2	13.548	
315680	SABINÓPOLIS		919,4	15.661	
316610	SENHORA DO PORTO		382,3	3.495	
316650	SERRA AZUL DE MINAS		222,7	4.222	
317180	VIRGINÓPOLIS		440,4	10.552	
ITABIRA		13	5.868,00	220.014	
310540	BARÃO DE COCAIS		340,7	28.830	
310770	BOM JESUS DO AMPARO		195,5	5.543	
311535	CATAS ALTAS		240,2	4.892	
312590	FERROS		1.090,20	10.722	
313170	ITABIRA		1.256,50	110.663	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
313280	ITAMBÉ DO MATO DENTRO		381,1	2.260	
314370	MORRO DO PILAR		476,5	3.373	
314750	PASSABÉM		94,5	1.752	
315720	SANTA BÁRBARA		684,2	28.160	
315800	SANTA MARIA DE ITABIRA		509,7	10.568	
316050	SANTO ANTÔNIO DO RIO ABAIXO		107,2	1.773	
316190	SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO		364,6	9.878	
316480	SÃO SEBASTIÃO DO RIO PRETO		127,2	1.600	
OURO PRETO		3	2.981,40	171.411	
313190	ITABIRITO		543	46.028	
314000	MARIANA		1.193,30	54.795	
314610	OURO PRETO		1.245,10	70.588	
JOÃO MONLEVADE		5	1.688,40	133.153	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (km ²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
310600	BELA VISTA DE MINAS		108,6	10.016	
313620	JOÃO MONLEVADE		99,3	74.141	
314470	NOVA ERA		363,2	17.511	
315570	RIO PIRACICABA		370,4	14.150	
316100	SÃO DOMINGOS DO PRATA		746,9	17.335	
SETE LAGOAS		24	14.880,90	413.872	
310020	ABAETÉ		1.816,90	22.715	
310320	ARAÇAÍ		185,8	2.251	
310500	BALDIM		554	7.894	
310700	BIQUINHAS		457,2	2.615	
310960	CACHOEIRA DA PRATA		61,2	3.644	
310990	CAETANÓPOLIS		156,2	10.344	
311250	CAPIM BRANCO		94,1	8.956	
311560	CEDRO DO ABAETÉ		279,9	1.204	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
311890	CORDISBURGO		823,2	8.678
312640	FORTUNA DE MINAS		198,1	2.726
312720	FUNILÂNDIA		201,7	3.899
313100	INHAÚMA		244,3	5.803
313570	JEQUITIBÁ		446	5.155
313970	MARAVILHAS		260,4	7.234
314350	MORADA NOVA DE MINAS		2.084,60	8.305
314640	PAINEIRAS		637,8	4.611
314690	PAPAGAIOS		552,8	14.306
314740	PARAOPEBA		625,1	22.730
314960	PEQUI		204,1	4.104
315200	POMPÉU		2.557,70	29.336
315360	PRUDENTE DE MORAIS		125,8	9.676
315370	QUARTEL GERAL		555,5	3.325
315850	SANTANA DE PIRAPAMA		1.221,00	7.962

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316720	SETE LAGOAS		537,5	216.399	
VESPASIANO		8	3.284,90	301.907	
311750	CONCEIÇÃO DO MATO DENTRO		1.671,50	17.852	
311787	CONFINS		42	6.007	
313760	LAGOA SANTA		232	53.644	
314110	MATOZINHOS		252,9	34.295	
314930	PEDRO LEOPOLDO		291	59.213	
315900	SANTANA DO RIACHO		676,8	4.045	
316295	SÃO JOSÉ DA LAPA		48,6	20.167	
317120	VESPASIANO		70,1	106.684	
CENTRO SUL (BARBACENA)		50	15.104,80	727.516	
BARBACENA		15	4.376,60	226.232	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
310163	ALFREDO VASCONCELOS		126,9	6.150
310210	ALTO RIO DOCE		519	12.029
310290	ANTÔNIO CARLOS		525	11.133
310560	BARBACENA		788	127.217
311220	CAPELA NOVA		111	4.739
311320	CARANDAÍ		486,4	23.522
311630	CIPOTÂNEA		153,4	6.563
312150	DESTERRO DO MELO		142,5	3.000
312940	IBERTIOGA		353,5	5.028
314660	PAIVA		58,3	1.553
315440	RESSAQUINHA		188,7	4.723
315730	SANTA BÁRBARA DO TUGÚRIO		159,9	4.550
315940	SANTA RITA DE IBITIPOCA		324,1	3.563
315870	SANTANA DO GARAMBÉU		202,8	2.253

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316620	SENHORA DOS REMÉDIOS		237,1	10.209	
CONSELHEIRO LAFAIETE / CONGONHAS		18	4.526,40	290.316	
311310	CARANAÍBA		160	3.273	
311490	CASA GRANDE		158	2.242	
311540	CATAS ALTAS DA NORUEGA		143,4	3.475	
311800	CONGONHAS		305,6	49.076	
311830	CONSELHEIRO LAFAIETE		369,5	117.562	
312040	CRISTIANO OTONI		132,9	5.015	
312140	DESTERRO DE ENTRE RIOS		370,1	7.017	
312390	ENTRE RIOS DE MINAS		462,8	14.329	
313390	ITAVERAVA		282,6	5.754	
313540	JECEABA		235,6	5.340	
313790	LAMIM		118,2	3.442	
314590	OURO BRANCO		260,8	35.643	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE				
REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
315080	PIRANGA		657,5	17.249
315380	QUELUZITO		153	1.866
315520	RIO ESPERA		239,7	6.003
315910	SANTANA DOS MONTES		196,4	3.813
316090	SÃO BRÁS DO SUAÇUI		110,4	3.531
316600	SENHORA DE OLIVEIRA		169,8	5.686
SÃO JOÃO DEL-REI		17	6.201,80	210.968
310590	BARROSO		81,7	19.694
311520	CONCEIÇÃO DA BARRA DE MINAS		273	3.949
311970	CORONEL XAVIER CHAVES		141,1	3.310
312300	DORES DE CAMPOS		127,3	9.372
313000	IBITURUNA		158,6	2.875
313740	LAGOA DOURADA		479,6	12.315

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
313910	MADRE DE DEUS DE MINAS		493,6	4.917	
314450	NAZARENO		323,5	8.009	
315030	PIEDADE DO RIO GRANDE		322,7	4.682	
315270	PRADOS		261,4	8.444	
315420	RESENDE COSTA		631,6	10.957	
315610	RITÁPOLIS		391,8	4.887	
315733	SANTA CRUZ DE MINAS		2,9	7.928	
316250	SÃO JOÃO DEL-REI		1.463,60	84.918	
316500	SÃO TIAGO		574	10.585	
316530	SÃO VICENTE DE MINAS		392,1	7.073	
316880	TIRADENTES		83,2	7.053	
JEQUITINHONHA (DIAMANTINA)		29	25.823,60	374.199	
ARAÇUAÍ		6	5.256,80	88.422	
310340	ARAÇUAÍ		2.235,70	36.036	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
310650	BERILO		586,8	12.248
311950	CORONEL MURTA		813,9	9.116
312650	FRANCISCO BADARÓ		463,8	10.243
313545	JENIPAPO DE MINAS		284,9	7.164
317160	VIRGEM DA LAPA		871,9	13.615
DIAMANTINA		15	14.266,10	166.737
310240	ALVORADA DE MINAS		374,9	3.547
311350	CARBONITA		1.454,90	9.162
311680	COLUNA		347,6	8.998
311810	CONGONHAS DO NORTE		483	4.947
312010	COUTO DE MAGALHÃES DE MINAS		484	4.219
312100	DATAS		309	5.224
312160	DIAMANTINA		3.869,80	46.004

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
312540	FELÍCIO DOS SANTOS		358,9	5.097	
312760	GOUVÊA		874,9	11.680	
313250	ITAMARANDIBA		2.736,10	32.388	
315330	PRESIDENTE KUBITSCHKE		189,5	2.960	
316020	SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ		303,9	4.100	
312550	SÃO GONÇALO DO RIO PRETO		313,2	3.063	
316590	SENADOR MODESTINO GONÇALVES		948,6	4.527	
316710	SERRO		1.217,70	20.821	
MINAS NOVAS / TURMALINA / CAPELINHA		8	6.300,70	119.040	
310445	ARICANDUVA		243,5	4.810	
311230	CAPELINHA		965,9	35.090	
311610	CHAPADA DO NORTE		828	15.186	
313652	JOSÉ GONÇALVES DE MINAS		382,9	4.542	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
313835	LEME DO PRADO		281,3	4.809	
314180	MINAS NOVAS		1.810,80	30.823	
316970	TURMALINA		1.153,10	18.221	
317107	VEREDINHA		635,3	5.559	
LESTE (GOVERNADOR VALADARES/ IPATINGA)		85	32.314,10	1.458.884	
CARATINGA		13	3.826,40	193.034	
310780	BOM JESUS DO GALHO		591	15.302	
311340	CARATINGA		1.250,90	85.811	
312385	ENTRE FOLHAS		85,9	5.184	
313055	IMBÉ DE MINAS		199,5	6.463	
313090	INHAPIM		847,8	24.248	
315015	PIADE DE CARATINGA		110,1	7.245	
315725	SANTA BÁRBARA DO LESTE		110,8	7.718	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
315935	SANTA RITA DE MINAS		67,6	6.605
316095	SÃO DOMINGOS DAS DORES		61,2	5.425
316447	SÃO SEBASTIÃO DO ANTA		80,2	5.813
317005	UBAPORANGA		190,9	12.067
317057	VARGEM ALEGRE		116,6	6.455
317115	VERMELHO NOVO		113,9	4.698
CORONEL FABRICIANO/TIMÓTEO		8	2.560,50	218.886
310300	ANTÔNIO DIAS		877,8	9.528
311940	CORONEL FABRICIANO		221	104.173
312000	CÓRREGO NOVO		198	3.088
312180	DIONÍSIO		343,4	8.628
313500	JAGUARAÇU		162	3.000
314030	MARLIÉRIA		546,3	4.010
315053	PINGO D'ÁGUA		66,8	4.466

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316870	TIMÓTEO		145,2	81.993	
GOVERNADOR VALADARES		24	9.451,30	411.580	
310180	ALPERCATA		167,3	7.188	
311265	CAPITÃO ANDRADE		275,6	4.973	
311920	COROACI		576,7	10.229	
312220	DIVINOLÂNDIA DE MINAS		132,8	7.069	
312370	ENGENHEIRO CALDAS		188	10.352	
312580	FERNANDES TOURINHO		152,5	3.066	
312690	FREI INOCÊNCIO		468,2	8.977	
312730	GALILEIA		721,3	6.929	
312750	GONZAGA		210,7	5.937	
312770	GOVERNADOR VALADARES		2.348,10	264.960	
313320	ITANHOMI		488,2	11.878	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
313507	JAMPRUCA		521	5.094
314010	MARILAC		164,1	4.203
317150	MATHIAS LOBATO		170,9	3.349
314420	NACIP RAYDAN		228,6	3.156
315750	SANTA EFIGÊNIA DE MINAS		132,2	4.575
316160	SÃO GERALDO DA PIEDADE		153,5	4.341
316165	SÃO GERALDO DO BAIXIO		280	3.534
316300	SÃO JOSÉ DA SAFIRA		214,5	4.089
316550	SARDOÁ		141,5	5.657
316770	SOBRÁLIA		207	5.795
316840	TARUMIRIM		730,3	14.278
316950	TUMIRITINGA		496,8	6.328
317190	VIRGOLÂNDIA		281,5	5.623
IPATINGA		14	3.634,60	377.380

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
310050	AÇUCENA		811,5	10.183
310630	BELO ORIENTE		336	23.695
310880	BRAÚNAS		377,2	5.001
310925	BUGRE		162,4	3.995
312250	DOM CAVATI		69,1	5.189
312930	IAPU		337,4	10.361
313115	IPABA		114,3	16.875
313130	IPATINGA		165,5	241.538
313610	JOANÉSIA		233,3	5.334
314170	MESQUITA		275	6.015
314435	NAQUE		129,3	6.398
314995	PERIQUITO		227,8	7.005
315895	SANTANA DO PARAÍSO		275,5	27.964
316260	SÃO JOÃO DO ORIENTE		120,2	7.827

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
MANTENA		9	2.421,60	72.948
311570	CENTRAL DE MINAS		203,7	6.789
312083	CUPARAQUE		227	4.704
312210	DIVINO DAS LARANJEIRAS		342,6	4.935
313180	ITABIRINHA DE MANTENA		208,1	10.760
313960	MANTENA		682,8	27.129
314150	MENDES PIMENTEL		303,4	6.334
314467	NOVA BELÉM		148,8	3.673
316105	SÃO FÉLIX DE MINAS		165,7	3.376
316257	SÃO JOÃO DO MANTENINHA		139,4	5.248
RESPLENDOR		7	5.250,50	83.305
310110	AIMORÉS		1.350,00	24.948

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
310220	ALVARENGA		367,3	4.385
311840	CONSELHEIRO PENA		1.408,00	22.281
312737	GOIABEIRA		111,6	3.079
313410	ITUETA		454,9	5.845
315430	RESPLENDOR		1.072,10	17.098
315950	SANTA RITA DO ITUETO		486,5	5.669
SANTA MARIA DO SUAÇUI/ SÃO JOÃO EVANGELISTA		11	5.302,10	101.751
310060	ÁGUA BOA		1.317,80	14.995
311205	CANTAGALO		141,8	4.222
312695	FREI LAGONEGRO		168,8	3.340
313655	JOSÉ RAYDAN		181,4	4.432
314840	PAULISTAS		220,1	4.903
314860	PEÇANHA		995,7	17.266

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
315820	SANTA MARIA DO SUAÇUI		623,7	14.398	
316280	SÃO JOÃO EVANGELISTA		478,8	15.555	
316350	SÃO JOSÉ DO JACURI		345,9	6.535	
316410	SÃO PEDRO DO SUAÇUI		308,8	5.531	
316450	SÃO SEBASTIÃO DO MARANHÃO		519,3	10.574	
LESTE DO SUL (PONTE NOVA)		53	15.168,40	667.926	
MANHUAÇU		23	7.580,20	325.166	
310030	ABRE CAMPO		471,1	13.308	
310205	ALTO CAPARAÓ		104,6	5.345	
315350	ALTO JEQUITIBÁ		152,7	8.307	
311290	CAPUTIRA		188,1	9.045	
311600	CHALÉ		212,5	5.644	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
311740	CONCEIÇÃO DE IPANEMA		254,5	4.462
312352	DURANDÉ		217,8	7.455
313120	IPANEMA		458,6	18.315
313770	LAJINHA		429,3	19.615
313867	LUISBURGO		146,1	6.229
313940	MANHUAÇU		627,3	80.530
313950	MANHUMIRIM		183,6	21.486
314053	MARTINS SOARES		112,9	7.287
314090	MATIPÓ		277,1	17.742
314400	MUTUM		1.255,80	26.659
315190	POCRANE		691,5	8.920
315415	REDUTO		151,3	6.619
315790	SANTA MARGARIDA		256,2	15.111
315890	SANTANA DO MANHUAÇU		347	8.580

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316255	SÃO JOÃO DO MANHUAÇU		142,5	10.362	
316360	SÃO JOSÉ DO MANTIMENTO		54,5	2.608	
316760	SIMONÉSIA		487,9	18.407	
316805	TAPARUBA		190,8	3.130	
PONTE NOVA		21	5.689,60	211.913	
310040	ACAIACA		100,9	3.922	
310230	ALVINÓPOLIS		599,3	15.236	
310250	AMPARO DO SERRA		145,8	5.020	
310570	BARRA LONGA		386,1	6.035	
312170	DIOGO DE VASCONCELOS		165	3.838	
312270	DOM SILVÉRIO		195	5.194	
312820	GUARACIABA		348,5	10.220	
313550	JEQUERI		547,8	12.786	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
314585	ORATÓRIOS		89,2	4.503
315020	PIEDADE DE PONTE NOVA		84	4.065
315210	PONTE NOVA		470,3	57.550
315400	RAUL SOARES		771,5	23.782
315490	RIO CASCA		384,2	14.120
315500	RIO DOCE		112,3	2.476
315740	SANTA CRUZ DO ESCALVADO		258,3	4.962
316010	SANTO ANTÔNIO DO GRAMA		129,8	4.063
316340	SÃO JOSÉ DO GOIABAL		185,2	5.607
316400	SÃO PEDRO DOS FERROS		400,7	8.288
316556	SEM-PEIXE		176,4	2.822
316630	SERICITA		166,7	7.139
317050	URUCÂNIA		139,2	• 10.285
VIÇOSA		9	1.898,60	130.847

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
310370	ARAPONGA		304,4	8.170	
311020	CAJURI		83,4	4.036	
311170	CANAÃ		175,1	4.616	
314830	PAULA CÂNDIDO		268,7	9.289	
314880	PEDRA DO ANTA		163,8	3.322	
315230	PORTO FIRME		285	10.489	
316380	SÃO MIGUEL DO ANTA		152,3	6.769	
316850	TEIXEIRAS		166,5	11.371	
317130	VIÇOSA		299,4	72.785	
NORDESTE (TEÓFILO OTONI)		63	56.641,10	811.856	
ÁGUAS FORMOSAS		9	4.896,00	68.487	
310090	ÁGUAS FORMOSAS		817,7	18.528	
310660	BERTÓPOLIS		425,6	4.503	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
312015	CRISÓLITA		969,8	6.104	
312705	FRONTEIRA DOS VALES		317,8	4.670	
313890	MACHACALIS		329,8	6.981	
314535	NOVO ORIENTE DE MINAS		754,1	10.367	
314850	PAVÃO		599,4	8.564	
315765	SANTA HELENA DE MINAS		276,9	6.078	
317030	UMBURATIBA		404,9	2.692	
ALMENARA		16	15.452,40	180.198	
310170	ALMENARA		2.300,80	39.035	
310520	BANDEIRA		484,7	4.962	
312245	DIVISÓPOLIS		566,1	9.165	
312560	FELISBURGO		594	6.926	
313470	JACINTO		1.390,50	12.138	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
313580	JEQUITINHONHA		3.517,50	24.225	
313600	JOAÍMA		1.667,70	14.971	
313650	JORDÂNIA		549,2	10.359	
314055	MATA VERDE		230,2	7.935	
314315	MONTE FORMOSO		383,8	4.675	
314675	PALMÓPOLIS		436,5	6.781	
315510	RIO DO PRADO		479,4	5.204	
315660	RUBIM		968,7	9.938	
315710	SALTO DA DIVISA		943,6	6.865	
315810	SANTA MARIA DO SALTO		442,1	5.272	
316030	SANTO ANTÔNIO DO JACINTO		497,4	11.747	
ITAOBIM		5	5.632,30	75.965	
311700	COMERCINHO		656,6	8.152	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
313330	ITAOBIM		679,9	20.980	
313400	ITINGA		1.640,70	14.446	
314140	MEDINA		1.440,00	20.979	
315217	PONTO DOS VOLANTES		1.215,20	11.408	
NANUQUE		3	4.929,40	69.125	
311370	CARLOS CHAGAS		3.198,90	19.921	
314430	NANUQUE		1.515,40	40.774	
316670	SERRA DOS AIMORÉS		215,2	8.430	
PADRE PARAÍSO		4	2.686,00	59.940	
311300	CARAI		1.240,20	22.448	
311545	CATUJI		421	6.660	
313230	ITAIPÉ		480,9	11.878	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
314630	PADRE PARAÍSO		543,9	18.954
PEDRA AZUL		4	3.668,50	51.602
310100	ÁGUAS VERMELHAS		1.257,60	12.787
310270	CACHOEIRA DE PAJEÚ		673,8	8.992
312235	DIVISA ALEGRE		118,5	5.966
314870	PEDRA AZUL		1.618,70	23.857
TEÓFILO OTONI / MALACACHETA / ITAMBACURI		16	14.119,80	306.539
310285	ANGELÂNDIA		184,9	8.044
310470	ATALEIA		1.838,40	14.279
311080	CAMPANÁRIO		441,4	3.575
312675	FRANCISCÓPOLIS		715,9	5.752
312680	FREI GASPAR		628,3	5.872

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
313270	ITAMBACURI		1.418,60	22.820	
313700	LADAINHA		865,2	17.083	
313920	MALACACHETA		719,3	18.740	
314490	NOVA MÓDICA		377	3.766	
314530	NOVO CRUZEIRO		1.700,60	30.746	
314620	OURO VERDE DE MINAS		175	6.000	
315000	PESCADOR		317,6	4.135	
315240	POTÉ		632,7	15.735	
316330	SÃO JOSÉ DO DIVINO		326,2	3.832	
316555	SETUBINHA		535,7	11.007	
316860	TEÓFILO OTONI		3.242,80	135.153	
NOROESTE (PATOS DE MINAS)		33	79.594,30	657.378	
PATOS DE MINAS		18	24.546,50	334.482	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
310380	ARAPUÁ		172,5	2.777
311430	CARMO DO PARANAÍBA		1.307,10	29.756
312070	CRUZEIRO DA FORTALEZA		185,5	3.950
312860	GUARDA-MOR		2.065,60	6.558
312890	GUIMARÂNIA		370,8	7.333
313710	LAGAMAR		1.472,70	7.592
313750	LAGOA FORMOSA		844,5	17.228
314120	MATUTINA		259,7	3.755
314800	PATOS DE MINAS		3.189,00	139.848
315340	PRESIDENTE OLEGÁRIO		3.531,20	18.638
315550	RIO PARANAÍBA		1.353,40	11.912
315970	SANTA ROSA DA SERRA		296,3	3.232
316170	SÃO GONÇALO DO ABAETÉ		2.687,40	6.328
316210	SÃO GOTARDO		853,7	32.140

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316680	SERRA DO SALITRE		1.297,80	10.638	
316890	TIROS		2.093,20	6.855	
317075	VARJÃO DE MINAS		652,8	6.158	
317100	VAZANTE		1.903,10	19.784	
JOÃO PINHEIRO		3	14.442,20	68.705	
313630	JOÃO PINHEIRO		10.717,00	45.559	
310855	BRASILÂNDIA DE MINAS		2.515,30	14.437	
313753	LAGOA GRANDE		1.219,90	8.709	
UNAI		12	40.605,70	254.191	
310450	ARINOS		5.322,80	17.671	
310820	BONFINÓPOLIS DE MINAS		1.778,20	5.821	
310930	BURITIS		5.219,50	22.917	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
310945	CABECEIRA GRANDE		1.026,00	6.494	
311615	CHAPADA GAÚCHA		3.214,70	11.076	
312247	DOM BOSCO		821,8	3.796	
312620	FORMOSO		3.691,50	8.304	
314437	NATALÂNDIA		471,4	3.279	
314700	PARACATU		8.232,20	85.447	
315445	RIACHINHO		1.774,90	8.010	
317040	UNAÍ		8.463,60	78.143	
317047	URUANA DE MINAS		589,2	3.233	
NORTE (MONTES CLAROS)		86	117.072,10	1.585.946	
BRASÍLIA DE MINAS/SÃO FRANCISCO		16	17.620,80	235.623	
310860	BRASÍLIA DE MINAS		1.398,60	31.286	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
311115	CAMPO AZUL		506,5	3.692
312965	IBIRACATU		359,2	6.126
313005	ICARAÍ DE MINAS		616,6	10.856
313535	JAPONVAR		376,4	8.314
313865	LONTRA		257,2	8.452
313868	LUISLÂNDIA		424,7	6.421
314200	MIRABELA		720,8	13.080
314795	PATIS		444,6	5.611
315057	PINTÓPOLIS		1.238,40	7.231
316110	SÃO FRANCISCO		3.299,80	54.007
316240	SÃO JOÃO DA PONTE		1.849,20	25.307
316420	SÃO ROMÃO		2.431,70	10.467
317000	UBAÍ		820,9	11.751
317052	URUCUIA		2.072,30	13.910

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
317090	VARZELÂNDIA		803,9	19.112
CORACÃO DE JESUS		5	5.514,30	46.977
311880	CORACÃO DE JESUS		2.236,20	26.056
313560	JEQUITAI		1.268,30	7.948
313730	LAGOA DOS PATOS		599,4	4.207
316225	SÃO JOÃO DA LAGOA		989,9	4.676
316265	SÃO JOÃO DO PACUÍ		420,5	4.090
FRANCISCO SÁ		6	10.557,40	71.226
310850	BOTUMIRIM		1.571,80	6.471
311270	CAPITÃO ENÉAS		970,3	14.290
312030	CRISTÁLIA		840,7	5.774
312670	FRANCISCO SÁ		2.749,40	25.016

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
312780	GRÃO MOGOL		3.889,60	15.085	
313657	JOSENÓPOLIS		535,6	4.590	
JANAÚBA/MONTE AZUL		15	18.545,50	266.723	
311547	CATUTI		286	5.084	
312430	ESPINOSA		1.876,40	31.123	
312733	GAMELEIRAS		1.733,40	5.129	
313505	JAÍBA		2.740,30	34.071	
313510	JANAÚBA		2.188,80	67.198	
313925	MAMONAS		290,3	6.335	
314085	MATIAS CARDOSO		1.938,40	10.085	
314100	MATO VERDE		474,4	12.646	
314290	MONTE AZUL		991,6	21.853	
314505	NOVA PORTEIRINHA		121	7.399	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
314655	PAI PEDRO		785,1	5.942	
315220	PORTEIRINHA		1.806,30	37.607	
315450	RIACHO DOS MACHADOS		1.308,60	9.360	
316695	SERRANÓPOLIS DE MINAS		553,1	4.455	
317103	VERDELÂNDIA		1.451,90	8.436	
JANUÁRIA		5	14.981,90	110.733	
310825	BONITO DE MINAS		3.900,60	9.812	
311783	CÔNEGO MARINHO		1.617,90	7.149	
313210	ITACARAMBI		1.252,10	17.740	
313520	JANUÁRIA		6.691,20	65.606	
314915	PEDRAS DE MARIA DA CRUZ		1.520,10	10.426	
MANGA		5	5.807,50	57.500	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
313695	JUVENÍLIA		1.076,90	5.702	
313930	MANGA		1.968,10	19.648	
314225	MIRAVÂNIA		603	4.577	
314270	MONTALVÂNIA		1.484,40	15.744	
316245	SÃO JOÃO DAS MISSÕES		675,1	11.829	
MONTES CLAROS / BOCAIUVA		11	15.341,20	459.387	
310730	BOCAIUVA		3.232,70	46.949	
311650	CLARO DOS POÇÕES		706	7.743	
312380	ENGENHEIRO NAVARRO		632	7.125	
312660	FRANCISCO DUMONT		1.553,30	4.892	
312735	GLAUCILÂNDIA		145,6	2.977	
312825	GUARACIAMA		392,1	4.737	
313200	ITACAMBIRA		1.788,10	5.021	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
313640	JOAQUIM FELÍCIO		791,1	4338	
313680	JURAMENTO		432	4.129	
314330	MONTES CLAROS		3.582,00	366.134	
314545	OLHOS-D'ÁGUA		2.086,40	5.342	
PIRAPORA		7	17.599,80	139.036	
310940	BURITIZEIRO		7.225,60	27.000	
312960	IBIAÍ		870,5	7.884	
313810	LASSANCE		3.213,60	6.479	
315120	PIRAPORA		575,5	53.603	
315213	PONTO CHIQUE		602,4	3.990	
315760	SANTA FÉ DE MINAS		2.916,70	3.951	
317080	VÁRZEA DA PALMA		2.195,70	36.129	
SALINAS / TAIOBEIRAS		16	16.911,20	198.741	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
310665	BERIZAL		493,3	4.401
312087	CURRAL DE DENTRO		570,5	6.985
312707	FRUTA DE LEITE		758,4	5.876
313065	INDAÍABIRA		1.008,20	7323
314345	MONTEZUMA		1.133,70	7.532
314465	NINHEIRA		1.114,20	9.850
314537	NOVORIZONTE		264,1	4.990
314625	PADRE CARVALHO		450	5.881
315560	RIO PARDO DE MINAS		3.118,70	29.242
315650	RUBELITA		1.109,20	7.586
315700	SALINAS		1.897,20	39.367
315737	SANTA CRUZ DE SALINAS		587,3	4.366
316045	SANTO ANTÔNIO DO RETIRO		796,9	6.978
316270	SÃO JOÃO DO PARAÍSO		1.921,20	22.419

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316800	TAIOBEIRAS		1.194,20	31.191	
317065	VARGEM GRANDE DO RIO PARDO		494,1	4.754	
OESTE (DIVINÓPOLIS)		55	29.257,90	1.201.980	
BOM DESPACHO		7	5.725,40	101.388	
310740	BOM DESPACHO		1.209,10	46.060	
312320	DORES DO INDAÍÁ		1.110,60	13.731	
312470	ESTRELA DO INDAÍÁ		635,4	3.510	
313880	LUZ		1.171,70	17.536	
314050	MARTINHO CAMPOS		1.060,30	12.672	
314240	MOEMA		202,7	7.068	
316660	SERRA DA SAUDADE		335,6	811	
DIVINÓPOLIS / SANTO ANTÔNIO DO MONTE		13	6.601,70	433.990	
310390	ARAÚJOS		245,6	8.011	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
310420	ARCOS		510	36.897	
311420	CARMO DO CAJURU		455	20.231	
311660	CLÁUDIO		630,3	26.020	
312230	DIVINÓPOLIS		708,9	215.246	
313350	ITAPECERICA		1.042,10	21.388	
313530	JAPARAÍBA		172,1	3.975	
313720	LAGOA DA PRATA		439,7	46.539	
314890	PEDRA DO INDAÍÁ		349,1	3.880	
314970	PERDIGÃO		249,8	9.158	
316040	SANTO ANTÔNIO DO MONTE		1.129,40	26.167	
316180	SÃO GONÇALO DO PARÁ		265,6	10.584	
316460	SÃO SEBASTIÃO DO OESTE		404	5.894	
FORMIGA		9	6.520,60	126.974	
310510	BAMBUÍ		1.455,40	22.814	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
311980	CÓRREGO DANTA		644,9	3.369	
311995	CÓRREGO FUNDO		105,4	5.837	
312610	FORMIGA		1.502,40	65.298	
313030	IGUATAMA		627,8	8.011	
314130	MEDEIROS		939,1	3.475	
314650	PAINS		418	8.031	
315050	PIMENTA		415,1	8.268	
316820	TAPIRAÍ		412,4	1.871	
ITAÚNA		4	1.482,00	115.011	
313220	ITAGUARA		410,7	12.454	
313370	ITATIAIUÇU		295,1	10.036	
313380	ITAÚNA		495,9	86.123	
315060	PIRACEMA		280,4	6.398	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
PARÁ DE MINAS		8	2.678,50	212.234
311760	CONCEIÇÃO DO PARÁ		249,4	5.186
313020	IGARATINGA		219,3	9.411
313830	LEANDRO FERREIRA		355,2	3.203
314520	NOVA SERRANA		283,1	76.482
314580	ONÇA DE PITANGUI		247,1	3.060
314710	PARÁ DE MINAS		551	85.075
315140	PITANGUI		568,3	25.544
316310	SÃO JOSÉ DA VARGINHA		205,1	4.273
SANTO ANTÔNIO DO AMPARO / CAMPO BELO		14	6.249,70	212.383
310080	AGUANIL		235	4.092
310800	BOM SUCESSO		706,2	17.257

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
311040	CAMACHO		222,2	3.125	
311120	CAMPO BELO		526,8	51.725	
311190	CANA VERDE		212,4	5.583	
311200	CANDEIAS		720,7	14.605	
311400	CARMO DA MATA		356,7	10.967	
311450	CARMÓPOLIS DE MINAS		400,6	17.255	
312020	CRISTAIS		627,7	11.422	
314560	OLIVEIRA		896,5	39.636	
314770	PASSA TEMPO		429,4	8.175	
315880	SANTANA DO JACARÉ		107,4	4.622	
315990	SANTO ANTÔNIO DO AMPARO		491,7	17.440	
316120	SÃO FRANCISCO DE PAULA		316,4	6.479	
SUDESTE (JUIZ DE FORA)			94	24.664,70	1.575.629

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE
REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011

MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				

ALÉM PARAÍBA		5	1.246,10	55.871
310150	ALÉM PARAÍBA		511,2	34.406
312460	ESTRELA DALVA		131,9	2.454
315110	PIRAPETINGA		192,2	10.389
316000	SANTO ANTÔNIO DO AVENTUREIRO		201,9	3.540
317210	VOLTA GRANDE		208,9	5.082

CARANGOLA		11	2.414,60	124.193
311010	CAIANA		106,5	5.014
311210	CAPARAÓ		130,1	5.225
311330	CARANGOLA		352,5	32.325
312200	DIVINO		338,7	19.188
312420	ESPERA FELIZ		325	23.035

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
312530	FARIA LEMOS		165,7	3.358
312595	FERVEDOURO		357,3	10.401
314587	ORIZÂNIA		121,6	7.347
314875	PEDRA BONITA		163,5	6.706
314900	PEDRA DOURADA		70,4	2.219
316920	TOMBOS		283,5	9.375
JUIZ DE FORA / LIMA DUARTE / BOM JARDIM MINAS		25	8.757,50	642.353
310280	ANDRELÂNDIA		1.004,50	12.162
310360	ARANTINA		89,4	2.817
310610	BELMIRO BRAGA		392,3	3.401
310680	BIAS FORTES		284,3	3.747
310720	BOCAINA DE MINAS		501,4	5.009
310750	BOM JARDIM DE MINAS		395,3	6.490
311590	CHÁCARA		152,9	2.824

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
311620	CHIADOR		252,3	2.772
311960	CORONEL PACHECO		130,3	2.989
312500	EWBANK DA CÂMARA		103,8	3.764
312738	GOIANÁ		153,2	3.685
313670	JUIZ DE FORA		1.436,90	520.810
313850	LIBERDADE		402,2	5.312
313860	LIMA DUARTE		848,1	16.183
314080	MATIAS BARBOSA		156,7	13.520
314540	OLARIA		178,5	1.951
314780	PASSA VINTE		245,6	2.072
314940	PEDRO TEIXEIRA		113,1	1.785
315010	PIAU		191,4	2.828
315540	RIO NOVO		207,6	8.724
315590	RIO PRETO		347,1	5.304

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
315727	SANTA BÁRBARA DO MONTE VERDE		416,1	2.820	
315930	SANTA RITA DE JACUTINGA		437,6	4.976	
315860	SANTANA DO DESERTO		182,2	3.867	
316750	SIMÃO PEREIRA		134,7	2.541	
LEOPOLDINA / CATAGUASES		10	2.834,90	174.569	
310440	ARGIRITA		159,3	2.880	
310460	ASTOLFO DUTRA		159,1	13.144	
311530	CATAGUASES		482,3	70.200	
312290	DONA EUZÉBIA		54,5	6.050	
313260	ITAMARATI DE MINAS		118,3	4.101	
313800	LARANJAL		204,2	6.491	
313840	LEOPOLDINA		942,3	51.209	
314670	PALMA		318	6.544	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
315410	RECREIO		234,2	10.308
315840	SANTANA DE CATAGUASES		162,5	3.642
MURIAÉ		11	2.630,90	164.833
310310	ANTÔNIO PRADO DE MINAS		85	1.662
310550	BARÃO DE MONTE ALTO		199,1	5.681
312490	EUGENÓPOLIS		310,5	10.599
314210	MIRADOURO		301,5	10.288
314220	MIRAI		320,6	13.910
314390	MURIAÉ		843,3	101.430
314820	PATROCÍNIO DO MURIAÉ		108,5	5.320
315645	ROSÁRIO DA LIMEIRA		112,3	4.276
316140	SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA		164	5.138
316443	SÃO SEBASTIÃO DA VARGEM ALEGRE		73,7	2.815

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
317140	VIEIRAS		112,2	3.714	
SANTOS DUMONT		3	854,1	50.422	
310330	ARACITABA		105,9	2.056	
314570	OLIVEIRA FORTES		110,9	2.121	
316070	SANTOS DUMONT		637,4	46.245	
SÃO JOÃO NEPOMUCENO / BICAS		9	1.568,00	69.509	
310690	BICAS		139,5	13.719	
312130	DESCOBERTO		213,2	4.786	
312850	GUARARÁ		88,6	3.911	
313980	MAR DE ESPANHA		372,1	11.840	
314020	MARIPÁ DE MINAS		77,7	2.803	
314950	PEQUERI		90,9	3.176	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
315620	ROCHEDO DE MINAS		79,6	2.132
316290	SÃO JOÃO NEPOMUCENO		407,9	25.155
316560	SENADOR CORTES		98,4	1.987
UBÁ		20	4.358,70	293.879
310870	BRÁS PIRES		223,4	4.601
311670	COIMBRA		106,8	7.095
312190	DIVINÉSIA		118,4	3.301
312330	DORES DO TURVO		231,3	4.436
312400	ERVÁLIA		357,1	18.017
312840	GUARANI		264,8	8.690
312880	GUIDOVAL		159	7.184
312900	GUIRICEMA		294,4	8.665
314160	MERCÊS		352,8	10.392
315130	PIRAÚBA		144	10.841

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
315310	PRESIDENTE BERNARDES		236,9	5.513	
315580	RIO POMBA		251,8	17.168	
315630	RODEIRO		72	6.982	
316150	SÃO GERALDO		187,4	10.458	
316570	SENADOR FIRMINO		166,2	7.279	
316730	SILVEIRÂNIA		157,5	2.196	
316790	TABULEIRO		211,4	4.041	
316900	TOCANTINS		174	15.886	
316990	UBÁ		407,7	102.782	
317200	VISCONDE DO RIO BRANCO		242	38.352	
SUL (ALFENAS/ POUSO ALEGRE/ POÇOS DE CALDAS/ PASSOS/ VARGINHA)		153	53.766,30	2.625.589	
ALFENAS / MACHADO		17	6.988,20	306.766	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
310160	ALFENAS		848,3	74.297
310200	ALTEROSA		366,1	13.774
310430	AREADO		280,8	13.846
310530	BANDEIRA DO SUL		46,9	5.372
310840	BOTELHOS		333,7	14.906
311100	CAMPESTRE		577,2	20.696
311130	CAMPO DO MEIO		273,8	11.479
311160	CAMPOS GERAIS		769,2	27.681
311440	CARMO DO RIO CLARO		1.064,80	20.479
311470	CARVALHÓPOLIS		80,7	3.360
311710	CONCEIÇÃO DA APARECIDA		349,5	9.854
312240	DIVISA NOVA		216,7	5.780
312520	FAMA		86,1	2.350
313900	MACHADO		583,8	38.981

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
314720	PARAGUAÇU		425	20.345	
315170	POÇO FUNDO		474,2	16.021	
316690	SERRANIA		211,5	7.545	
GUAXUPÉ		9	2.808,40	155.102	
310410	ARCEBURGO		162,5	9.622	
310950	CABO VERDE		367,5	13.830	
312830	GUARANÉSIA		294	18.721	
312870	GUAXUPÉ		285,9	49.614	
313690	JURUAIA		219,5	9.358	
314300	MONTE BELO		421,3	13.055	
314410	MUZAMBINHO		409	20.418	
314510	NOVA RESENDE		390,2	15.488	
316390	SÃO PEDRO DA UNIÃO		258,5	4.996	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
ITAJUBÁ		15	3.108,10	196.693
310890	BRASÓPOLIS		361,2	14.622
311720	CONCEIÇÃO DAS PEDRAS		101,6	2.752
311850	CONSOLAÇÃO		85,9	1.729
312110	DELFIN MOREIRA		408,2	7.966
312740	GONÇALVES		187,6	4.227
313240	ITAJUBÁ		290,5	91.159
313990	MARIA DA FÉ		203,8	14.186
314040	MARMELÓPOLIS		107,9	2.943
314730	PARAISÓPOLIS		331,5	19.523
314910	PEDRALVA		217,3	11.425
315090	PIRANGUÇU		206,4	5.236
315100	PIRANGUINHO		130,3	8.063

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316320	SÃO JOSÉ DO ALEGRE		89,2	4.011	
316540	SAPUCAÍ-MIRIM		284,8	6.301	
317220	WENCESLAU BRAZ		102	2.550	
LAVRAS		10	3.707,70	171.012	
311460	CARRANCAS		727,8	3.953	
313040	IJACI		105,4	5.920	
313080	INGAI		305	2.639	
313430	ITUMIRIM		234,6	6.120	
313450	ITUTINGA		372,5	3.896	
313820	LAVRAS		564,5	93.231	
313870	LUMINÁRIAS		498,7	5.417	
314460	NEPOMUCENO		582	25.803	
314990	PERDÕES		277	20.191	
315470	RIBEIRÃO VERMELHO		40,2	3.842	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
PASSOS / PIUMHI		18	11.393,00	275.208
310190	ALPINÓPOLIS		459	18.600
310760	BOM JESUS DA PENHA		209,1	3.915
311240	CAPETINGA		296,7	7.063
311280	CAPITÓLIO		522,1	8.217
311510	CÁSSIA		643,9	17.422
311640	CLARAVAL		210,7	4.565
312120	DELFINÓPOLIS		1.375,00	6.849
312340	DORESÓPOLIS		153,1	1.447
312630	FORTALEZA DE MINAS		218,9	4.124
312810	GUAPE		934,6	13.891
312970	IBIRACI		598,8	12.325
313375	ITAÚ DE MINAS		154	15.041

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
314790	PASSOS		1.339,20	106.987	
315150	PIUMHI		902,3	32.121	
316220	SÃO JOÃO BATISTA DO GLÓRIA		553,3	6.934	
316294	SÃO JOSÉ DA BARRA		312,5	6.834	
316430	SÃO ROQUE DE MINAS		2.100,70	6.714	
317060	VARGEM BONITA		409,1	2.159	
POÇOS DE CALDAS			5	2.295,90	217.421
310260	ANDRADAS		467,4	37.600	
311030	CALDAS		713,6	13.700	
312990	IBITIÚRA DE MINAS		68,4	3.388	
315180	POÇOS DE CALDAS		544,4	153.725	
315920	SANTA RITA DE CALDAS		502	9.008	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
POUSO ALEGRE		33	8.008,60	500.859
310140	ALBERTINA		57,6	2.919
310790	BOM REPOUSO		229,8	10.453
310830	BORDA DA MATA		300,1	17.324
310910	BUENO BRANDÃO		355,2	10.889
310970	CACHOEIRA DE MINAS		305,4	11.071
311050	CAMANDUCAIA		527,6	21.122
311060	CAMBUÍ		242,9	26.758
311360	CAREAÇU		181,3	6.335
311780	CONCEIÇÃO DOS OUROS		182,7	10.500
311790	CONGONHAL		205,8	10.602
311990	CÓRREGO DO BOM JESUS		123,3	3.723
312440	ESPÍRITO SANTO DO DOURADO		263,8	4.449
312450	ESTIVA		245,3	10.882

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
312510	EXTREMA		243,1	29.319
312920	HELIODORA		153,9	6.157
313060	INCONFIDENTES		149,5	6.941
313150	IPUIÚNA		298,9	9.564
313360	ITAPEVA		178	8.764
313490	JACUTINGA		347,3	23.061
314340	MONTE SIÃO		290,2	21.434
314380	MUNHOZ		190,6	6.226
314440	NATÉRCIA		190,4	4.659
314600	OURO FINO		533,8	31.733
315250	POUSO ALEGRE		543,9	132.445
315960	SANTA RITA DO SAPUCAÍ		350,9	38.252
316230	SÃO JOÃO DA MATA		120,5	2.729
316440	SÃO SEBASTIÃO DA BELA VISTA		166,9	4.997

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
316557	SENADOR AMARAL		151,1	5.226
316580	SENADOR JOSÉ BENTO		94,6	1.829
316740	SILVIANÓPOLIS		312	6.040
316905	TOCOS DO MOJI		114,9	3.960
316910	TOLEDO		136,1	5.806
316980	TURVOLÂNDIA		221,3	4.690
SÃO LOURENÇO		24	6.340,40	251.407
310120	AIURUOCA		650,1	6.138
310130	ALAGOA		161,6	2.702
310490	BAEPENDI		751,7	18.367
311410	CARMO DE MINAS		323,3	13.842
311480	CARVALHOS		282,6	4.542
311550	CAXAMBU		100,2	21.672

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
311770	CONCEIÇÃO DO RIO VERDE		370	13.001
312050	CRISTINA		311,9	10.200
312080	CRUZÍLIA		523,5	14.654
312280	DOM VIÇOSO		113,2	2.991
313300	ITAMONTE		430,6	14.142
313310	ITANHANDU		143,9	14.272
313590	JESUÂNIA		153,3	4.764
313780	LAMBARI		213,1	19.654
314190	MINDURI		220,4	3.840
314550	OLÍMPIO NORONHA		53,9	2.555
314760	PASSA QUATRO		276,6	15.638
315260	POUSO ALTO		261,2	6.178
316370	SÃO LOURENÇO		57,1	42.020
316490	SÃO SEBASTIÃO DO RIO VERDE		91,9	2.120

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316640	SERITINGA		114,5	1.793	
316700	SERRANOS		212,5	1.989	
316780	SOLEDADE DE MINAS		196,9	5.716	
317170	VIRGÍNIA		326,4	8.617	
SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO		6	2.551,30	120.410	
313290	ITAMOGI		236,5	10.320	
313480	JACUÍ		409,7	7.511	
314320	MONTE SANTO DE MINAS		590,9	21.236	
315290	PRATÁPOLIS		214,3	8.776	
316470	SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO		822,3	65.490	
316510	SÃO TOMÁS DE AQUINO		277,5	7.077	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
TRÊS CORAÇÕES				
311070	CAMBUQUIRA	6	2.363,60	124.666
311090	CAMPANHA		245,8	12.607
311390	CARMO DA CACHOEIRA		336	15.535
316080	SÃO BENTO ABADE		505,9	11.854
316520	SÃO THOMÉ DAS LETRAS		80,4	4.641
316930	TRÊS CORAÇÕES		369,5	6.690
			825,9	73.339
TRÊS PONTAS				
310710	BOA ESPERANÇA	5	2.393,40	120.739
311870	COQUEIRAL		858,7	38.627
313050	ILICÍNEA		296,6	9.264
315830	SANTANA DA VARGEM		376	11.561
			172,7	7.209

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
316940	TRÊS PONTAS		689,4	54.078	
VARGINHA		5	1.807,70	185.306	
311900	CORDISLÂNDIA		179,2	3.441	
312360	ELÓI MENDES		498,4	25.471	
314260	MONSENHOR PAULO		216,5	8.203	
316200	SÃO GONÇALO DO SAPUCAÍ		518	24.029	
317070	VARGINHA		395,6	124.162	
TRIÂNGULO DO NORTE (UBERLÂNDIA)		27	42.783,70	1.190.043	
ITUJUBA		9	13.558,70	185.166	
310980	CACHOEIRA DOURADA		202,7	2.520	
311110	CAMPINA VERDE		3.663,40	19.341	
311180	CANÁPOLIS		845,2	11.421	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
311260	CAPINÓPOLIS		621,2	15.358
311580	CENTRALINA		322	10.268
312910	GURINHATÃ		1.844,40	6.080
313140	IPIAÇU		469,7	4.113
313420	ITUJUTABA		2.587,30	97.791
315980	SANTA VITÓRIA		3.002,80	18.274
PATROCÍNIO / MONTE CARMELO		9	10.496,80	184.184
310010	ABADIA DOS DOURADOS		894,5	6.724
311930	COROMANDEL		3.296,30	27.554
312350	DOURADOQUARA		313,4	1.845
312480	ESTRELA DO SUL		820,3	7.489
312790	GRUPIARA		192,6	1.373
313160	IRAÍ DE MINAS		357,6	6.510

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011					
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)	
MICRORREGIÃO					
314310	MONTE CARMELO		1.353,70	45.916	
314810	PATROCÍNIO		2.866,60	83.188	
315640	ROMARIA		402	3.585	
UBERLÂNDIA / ARAGUARI		9	18.728,10	820.693	
310350	ARAGUARI		2.730,60	110.402	
310375	ARAPORÃ		298,5	6.208	
311500	CASCALHO RICO		367,7	2.875	
313070	INDIANÓPOLIS		833,9	6.252	
314280	MONTE ALEGRE DE MINAS		2.593,20	19.743	
314500	NOVA PONTE		1.105,80	13.067	
315280	PRATA		4.856,60	25.973	
316960	TUPACIGUARA		1.826,00	24.270	
317020	UBERLÂNDIA		4.115,80	611.903	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
TRIÂNGULO DO SUL (UBERABA)		27	35.534,70	706.088
ARAXÁ		8	9.926,60	169.609
310400	ARAXÁ		1.165,20	94.798
311150	CAMPOS ALTOS		719,1	14.312
312950	IBIÁ		2.707,60	23.385
314920	PEDRINÓPOLIS		357,7	3.500
314980	PERDIZES		2.450,20	14.561
315300	PRATINHA		619,3	3.294
315770	SANTA JULIANA		727,4	11.587
316810	TAPIRA		1.180,20	4.172
FRUTAL / ITURAMA		11	13.175,80	162.113
311455	CARNEIRINHO		2.060,70	9.514

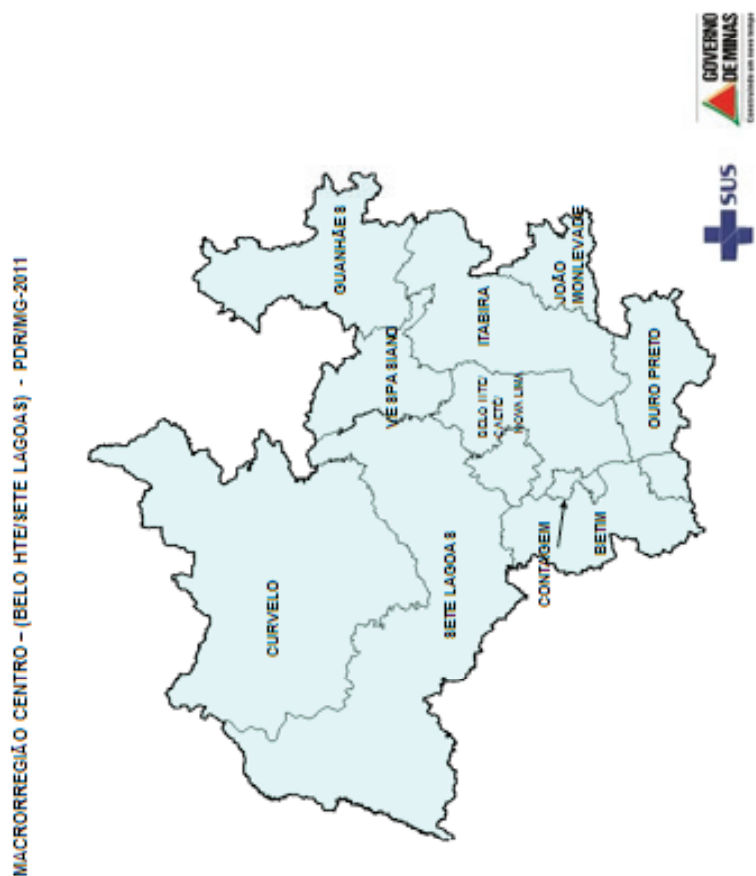
ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
311690	COMENDADOR GOMES		1.042,90	2.982
312700	FRONTEIRA		199,2	14.426
312710	FRUTAL		2.429,70	53.998
313340	ITAPAGIPE		1.795,40	13.796
313440	ITURAMA		1.401,20	34.889
313862	LIMEIRA DO OESTE		1.317,50	6.945
315070	PIRAJUBA		331,8	4.803
315160	PLANURA		318	10.544
316130	SÃO FRANCISCO DE SALES		1.128,80	5.815
317043	UNIÃO DE MINAS		1.150,60	4.401

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE REFERÊNCIA: DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 978, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2011				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	EESTIMATIVA DA POPULAÇÃO (IBGE/TCU 2011)
MICRORREGIÃO				
UBERABA		8	12.432,30	374.366
310070	ÁGUA COMPRIDA		489,5	2.020
311140	CAMPO FLORIDO		1.261,70	6.988
311730	CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS		1.348,20	23.495
311820	CONQUISTA		616,2	6.559
312125	DELTA		104,5	8.321
315690	SACRAMENTO		3.071,50	24.093
317010	UBERABA		4.512,10	299.360
317110	VERÍSSIMO		1.028,60	3.530

Minas Gerais: divisão assistencial por macrorregião



Macrorregião Centro: divisão assistencial por microrregião



Microrregião Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté

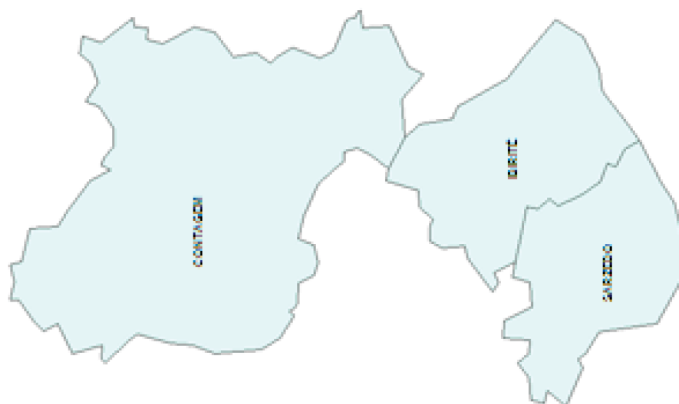


BOLO INTEGRACIÓN LIMA - ILO - PUNTA-1011



Microrregião Contagem

MICRORREGIÃO DE CONTAGEM - PDR/MG-2011



CONTAGEM - 10 - PDR/MG-2011

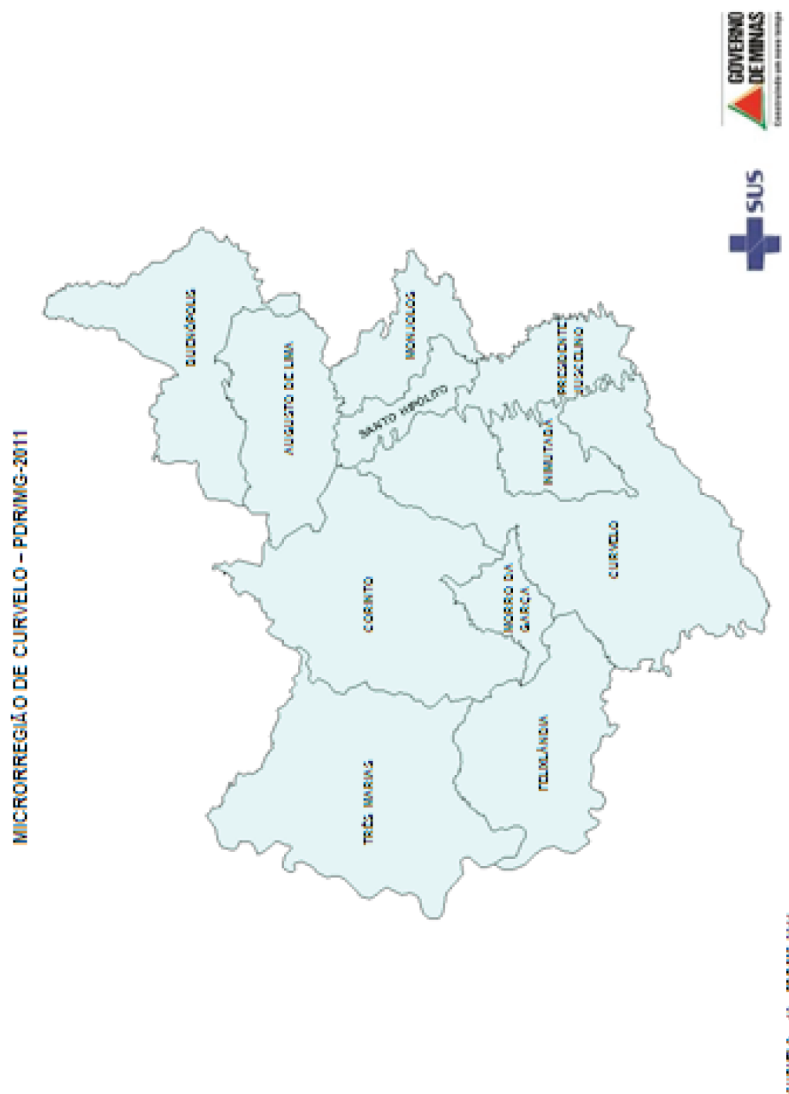
Microrregião Betim

MICRORREGIÃO DE BETIM – PDR/MG-2011



BETIM – 17 – PDR/MG-2011

Microrregião Curvelo



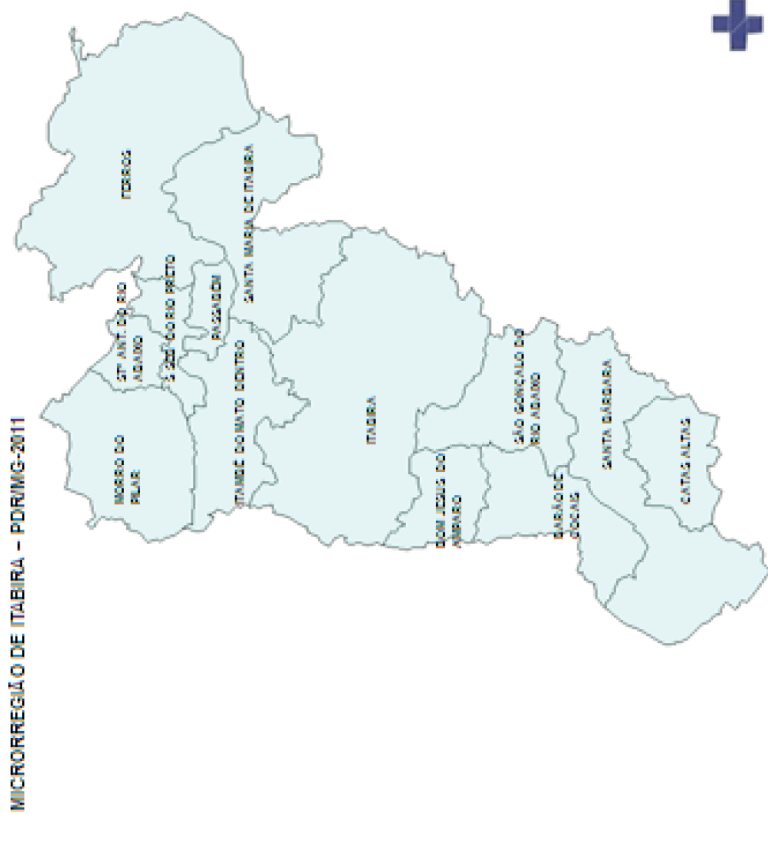
Microrregião Ganhães

MICRORREGIÃO DE GUANHÃES – PDR/MG-2011



GUANHÃES - 20 - PDR/MG-2011

Microrregião Itabira



Microrregião Ouro Preto

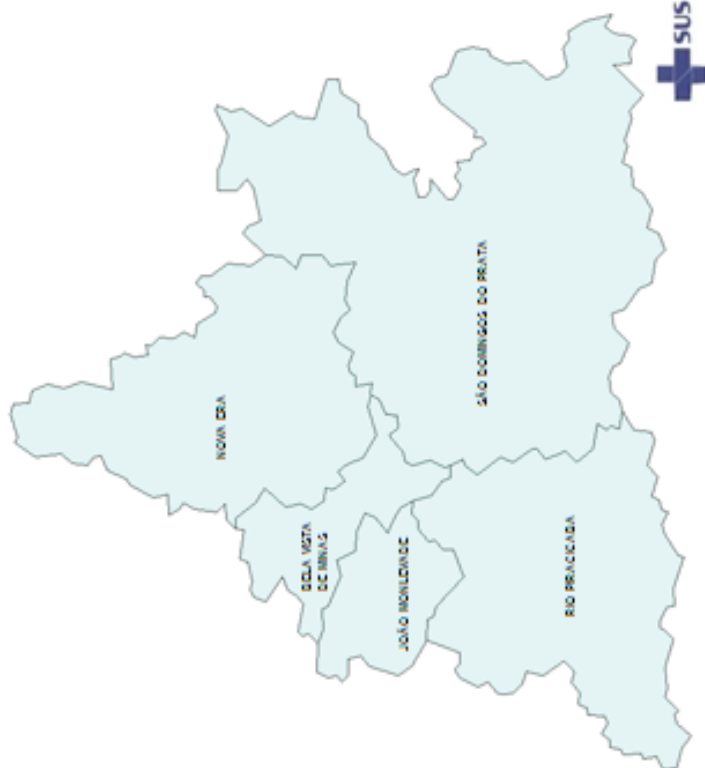
MICRORREGIÃO DE OURO PRETO – PDR/MG-2011



OURO PRETO-33 – PDR/MG-2011

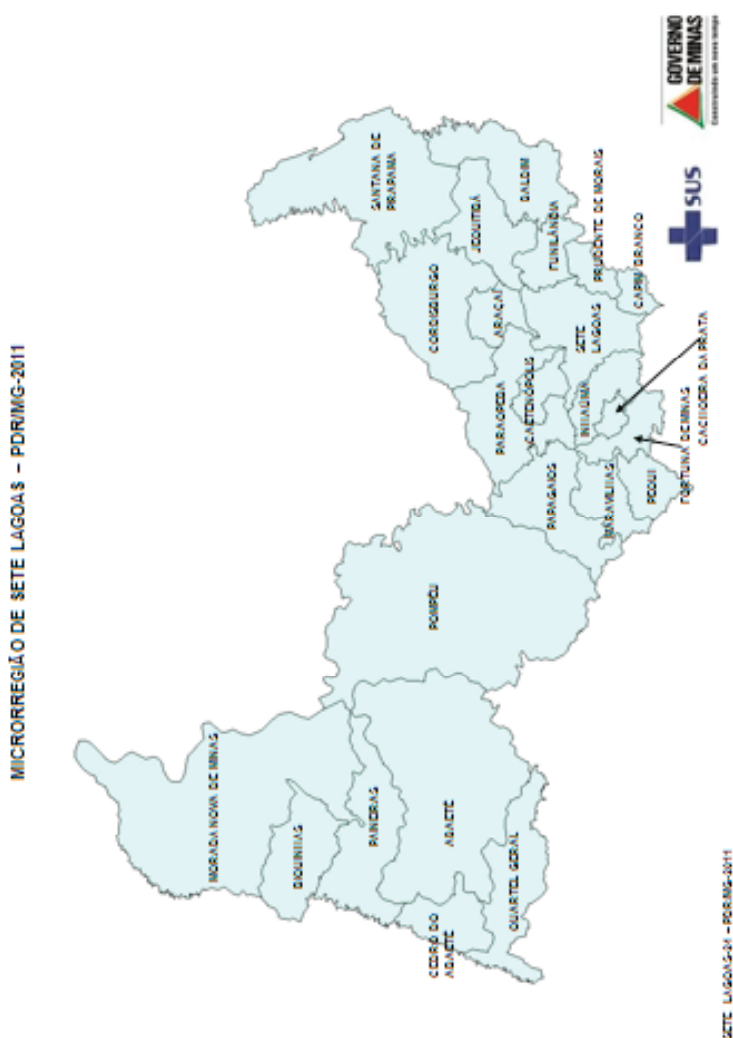
Microrregião João Monlevade

MICRORREGIÃO DE JOÃO MONLEVADA – PDR/MG-2011



J MONLEVADA-2011 – PDR/MG-2011

Microrregião Sete Lagoas



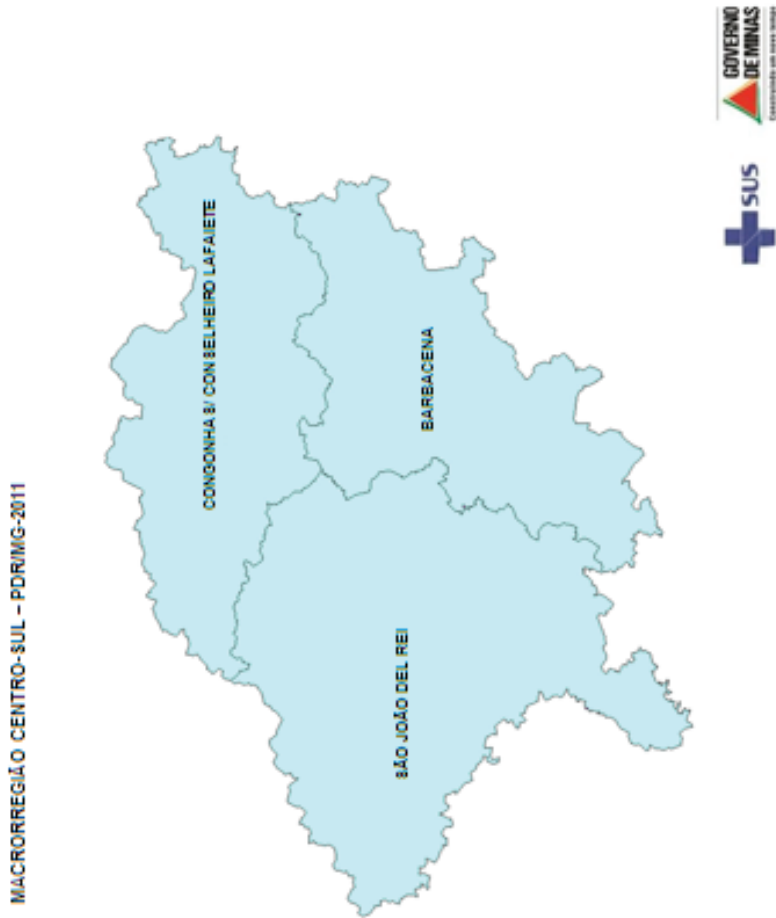
Microrregião Vespasiano

MICRORREGIÃO DE VESPASIANO – PDR/MG-2011



VESPASIANO-25 – PDR/MG-2011

Macrorregião Centro-Sul: divisão assistencial por microrregião



Microrregião Barbacena

MICRORREGIÃO DE BARBACENA – PDR/MG-2011



BARBACENA-13 – PDR/MG-2011

Microrregião Conselheiro Lafaiete/Congonhas

MICRORREGIÃO DE CONGONHAS/CONS. LAFAIETE - PDR/MG-2011



GOVERNO
DE MINAS



CONGRATULAZIONE LAUREA - 14 - FORM 2014

Microrregião São João del-Rei



Macrorregião Diamantina: divisão assistencial por microrregião

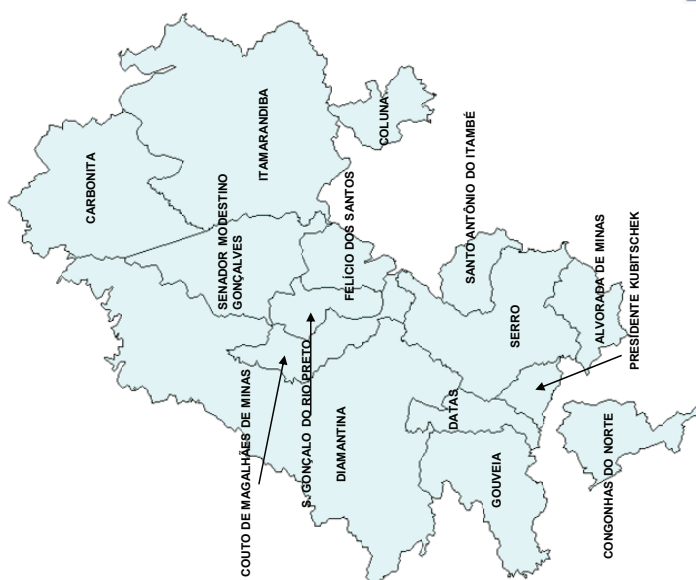
MACRORREGIÃO JEQUITINHONHA – (DIAMANTINA) – PDR/MG-2011



JEQUITINHONHA – PDR/MG-2011

Microrregião Diamantina

MICRORREGIÃO DIAMANTINA – PDR/MG-2011



DIAMANTINA-26 – PDR/MG-2011

Microrregião Minas Novas/Capelinha/Turmalina

MICRORREGIÃO CAPELINHA/MINAS NOVAS/ TURMALINA – PDR/MG-2011



CAPELINHA/MINAS NOVAS/ TURMALINA-27 – PDR/MG-2011

Microrregião Araçuaí

MICRORREGIÃO DE ARAÇUAÍ - PDR/MG-2011



ARAÇUAÍ - PDR/MG-2011

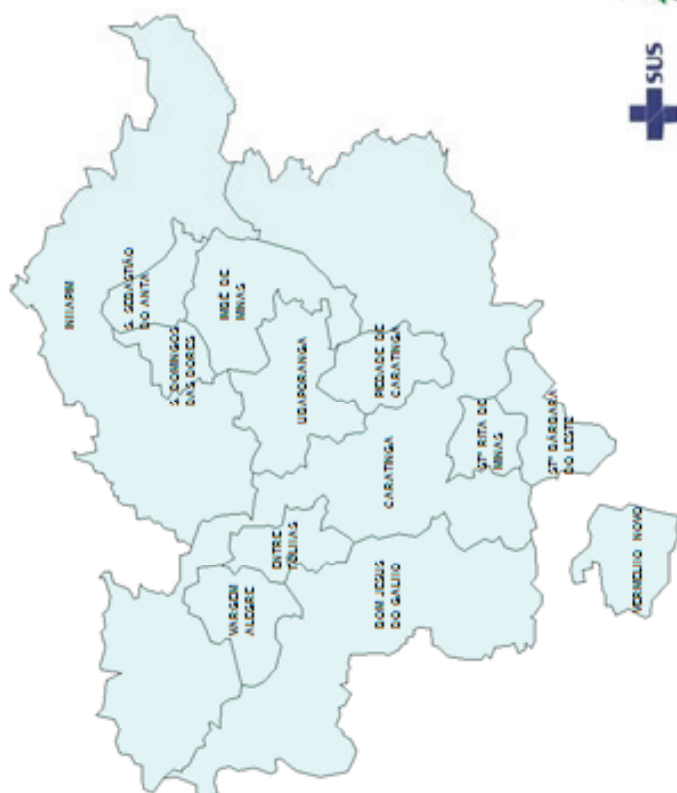
Macrorregião Leste: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO LESTE – (GOV. VALADARES/IRATINGA) – PDR/MG-2011



Microrregião Caratinga

MICRORREGIÃO DE CARATINGA - PDR/MG-2011



CARATINGA - PDR/MG-2011

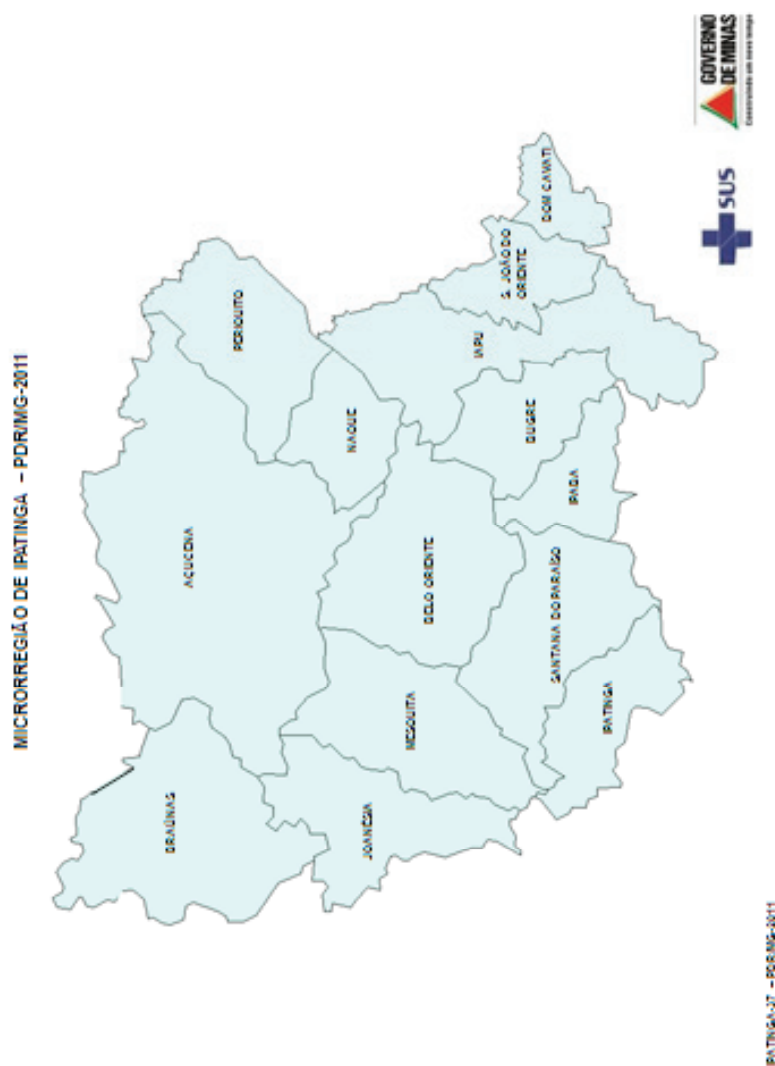
Microrregião Coronel Fabriciano/Timóteo

MICRORREGIÃO DE CORONEL FABRICIANO/TIMÓTEO - PDR/MG-2011

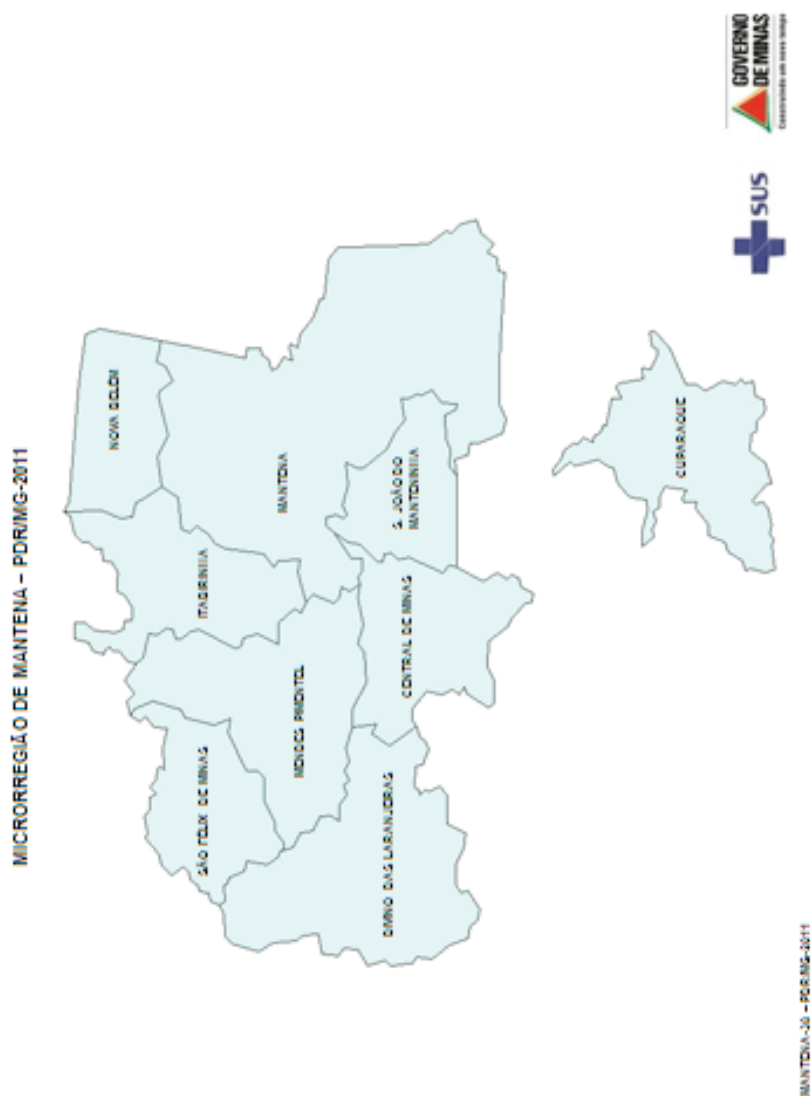


CORONEL FABRICIANO/TIMÓTEO -125- PDR/MG-2011

Microrregião Ipatinga



Microrregião Mantena



Microrregião Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista

MICRORREGIÃO SANTA MARIA DO SUAÇUI/SÃO JOÃO EVANGELISTA – PDR/MG-2011



5ª RM DO SUAÇUI, SÃO JOÃO EVANGELISTA-38 – PDR/MG-2011

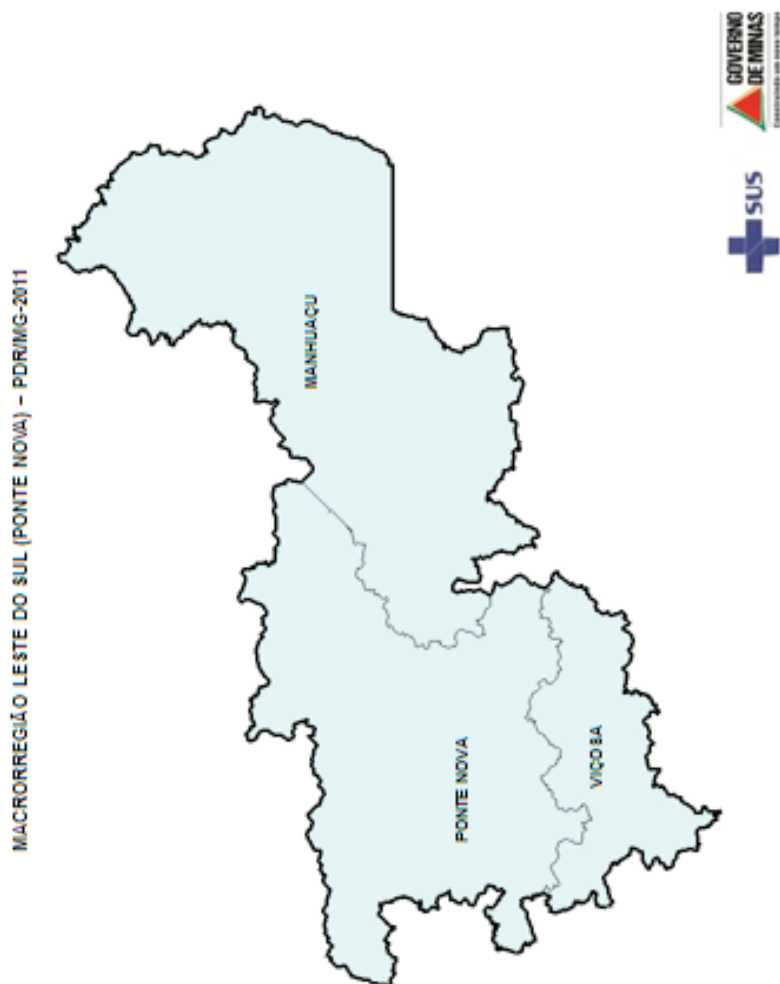
Microrregião Resplendor

MICRORREGIÃO DE RESPLENDOR – PDR/MG-2011



RESPLENDOR-10 - PDR/MG-2011

Macrorregião Leste do Sul: divisão assistencial por microrregião



Microrregião Ponte Nova



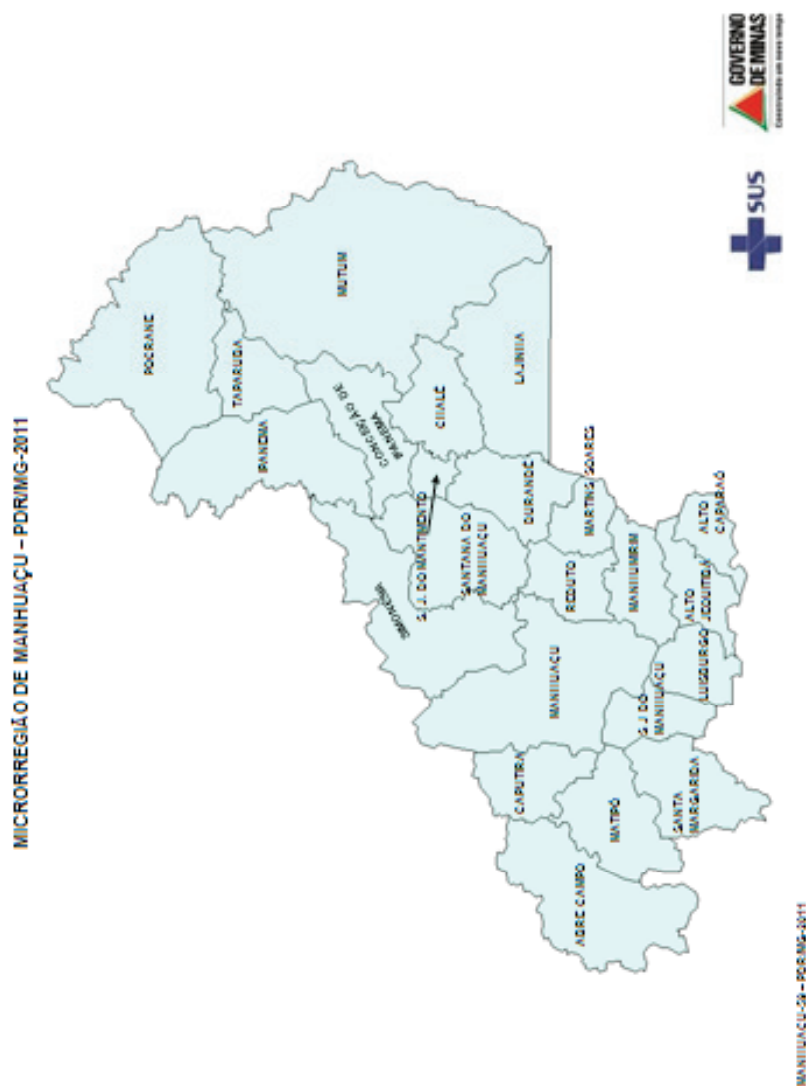
Microrregião Viçosa

MICRORREGIÃO DE VIÇOSA – PDR/MG-2011



VIÇOSA-41 – PDR/MG-2011

Microrregião Manhuaçu



Macrorregião Nordeste: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO NORDESTE (TEÓFILO OTONI) - PDR/MG-2011



Microrregião Águas Formosas

MICRORREGIÃO DE ÁGUAS FORMOSAS – PDRMG-2011



ÁGUAS FORMOSAS-43 – PDRMG-2011

Microrregião Almenara



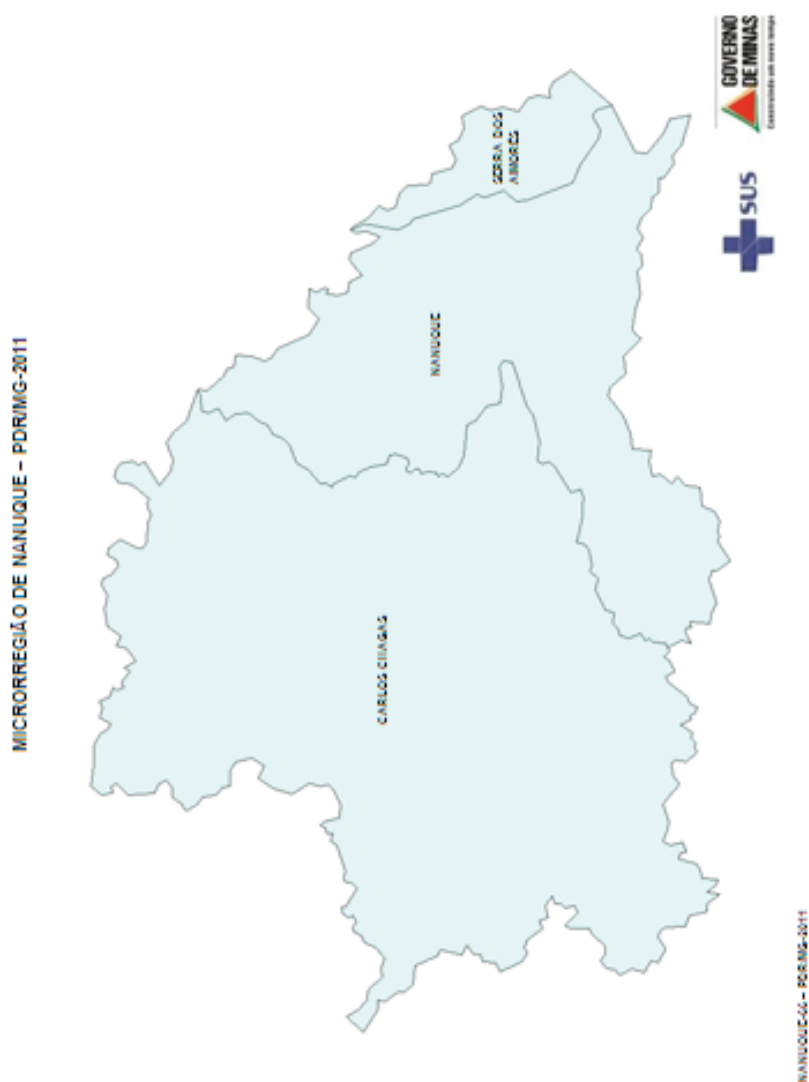
Microrregião Itaobim

MICRORREGIÃO DE ITAOBIM – PDR/MG-2011



ITAOBIM-03 – PDR/MG-2011

Microrregião Nanuque



Microrregião Padre Paraíso

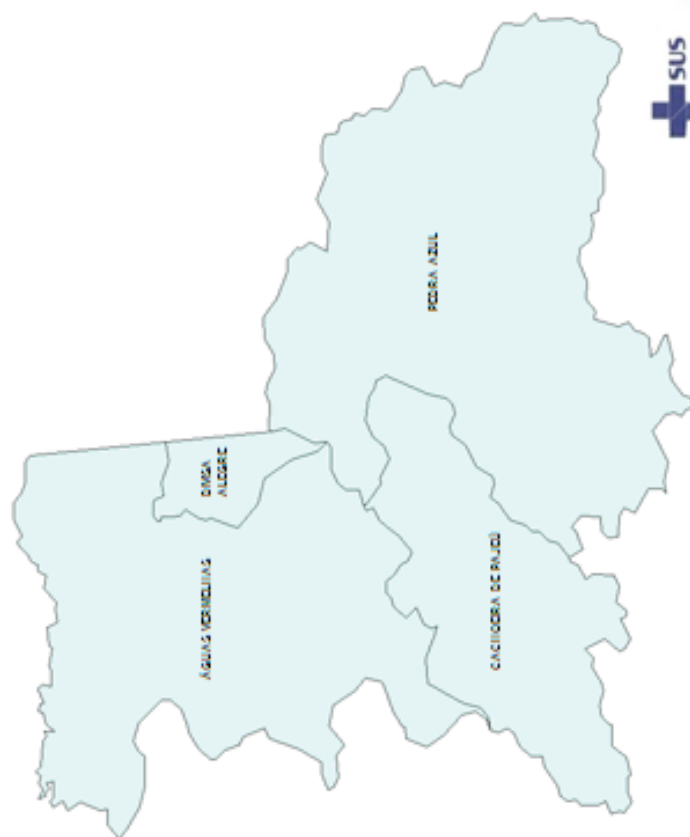
MICRORREGIÃO DE PADRE PARAÍSO – PDR/MG-2011



PADRE PARAÍSO-07 – PDR/MG-2011

Microrregião Pedra Azul

MICRORREGIÃO DE PEDRA AZUL – PDR/MG-2011



PEDRA AZUL-03 – PDR/MG-2011

Microrregião Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri

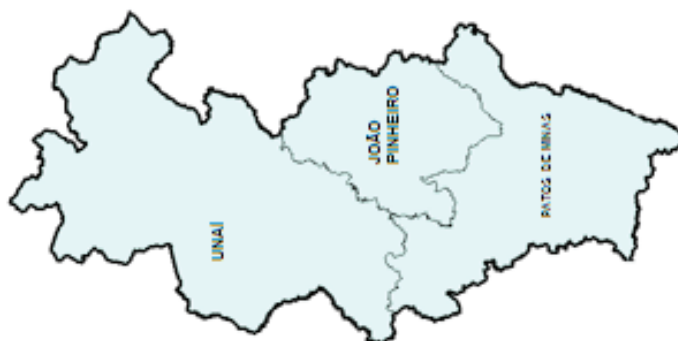
MICRORREGIÃO DE TEÓFILO OTONI/MALACACHETA/ITAMBACURI – PDR/MG-2011



TEÓFILO OTONI-48 – PDR/MG-2011

Macrorregião Noroeste: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO NOROESTE (PATOS DE MINAS) – PDR/MG-2011



Microrregião Patos de Minas

MICRORREGIÃO DE PATOS DE MINAS – PDR/MG-2011



PATOS DE MINAS-GO – PDR-MG-2011

Microrregião João Pinheiro

MICRORREGIÃO DE JOÃO PINHEIRO – PDR/MG-2011



JOÃO PINHEIRO-TT – PDR/MG-2011

Microrregião Unaí

MICRORREGIÃO DE UNAÍ – PDR/MG-2011



UNAÍ-20 – PDR/MG-2011

Macrorregião Norte: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO NORTE (MONTES CLAROS) – PDR/MG-2011



Microrregião Brasília de Minas/São Francisco

MICRORREGIÃO DE BRASÍLIA DE MINAS/SÃO FRANCISCO – PDR/MG-2011



BRASIL DE MINAS-19 – PDR/MG-2011

Microrregião Coração de Jesus

MICRORREGIÃO DE CORAÇÃO DE JESUS – PDR/MG-2011



CORAÇÃO DE JESUS-2011 – PDR/MG-2011

Microrregião Francisco Sá

MICRORREGIÃO DE FRANCISCO SÁ – PDR/MG-2011



FRANCISCO SÁ-21 - PDR/MG-2011

Microrregião Janaúba/Monte Azul

MICRORREGIÃO JANAÚBA/MONTE AZUL – PDR/MG-2011



JANAÚBA/MONTE AZUL-2011 – PDR/MG-2011



Microrregião Januária

MICRORREGIÃO DE JANUÁRIA – PDR/MG-2011



JANUÁRIA-03 – PDR/MG -2011

Microrregião Manga



Microrregião Pirapora

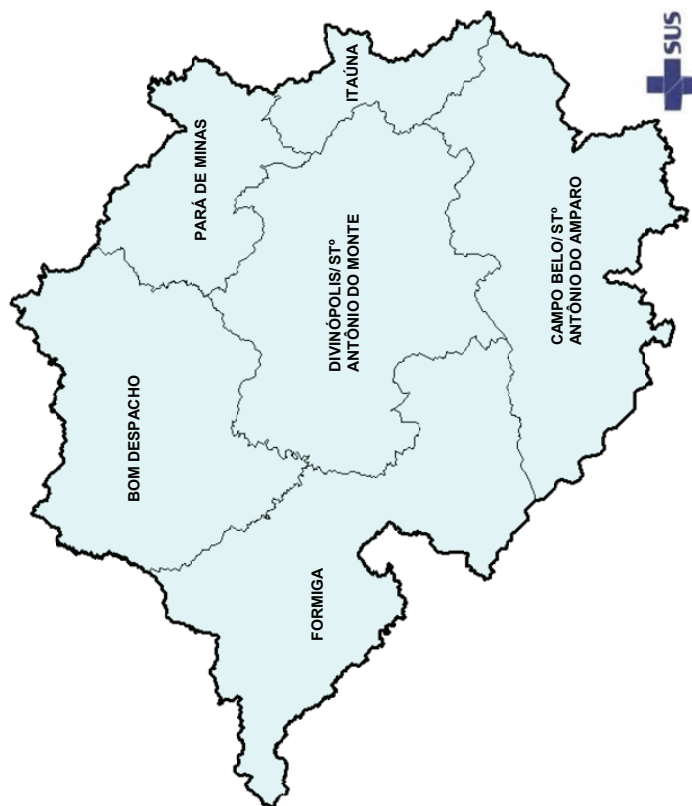
MICRORREGIÃO DE PIRAPORA – PDR/MG-2011



PIRAPORA-25 – PDR/MG-2011

Macrorregião Oeste: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO OESTE (DIVINÓPOLIS) – PDR/MG-2011



Microrregião Bom Despacho

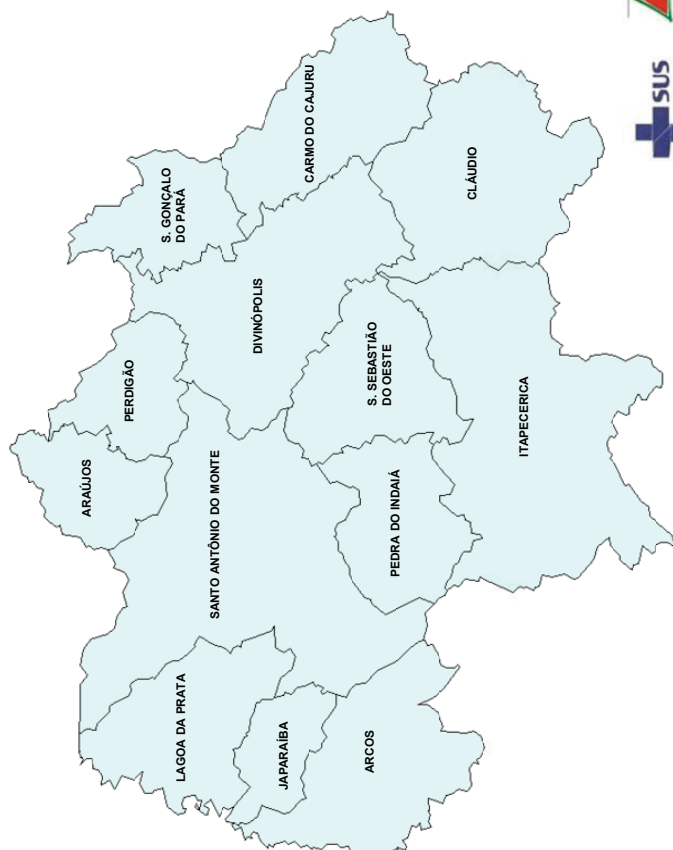
MICRORREGIÃO DE BOM DESPACHO – PDR/MG-2011



BOM DESPACHO-28 – PDR/MG-2011

Microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte

MICRORREGIÃO DIVINÓPOLIS/SANTO ANTÔNIO DO MONTE – PDR/MG-2011



DIVINÓPOLIS/ANT. MONTE-29 – PDR/MG-2011

Microrregião Formiga

MICRORREGIÃO DE FORMIGA – PDR/MG-2011



FORMIGA-30 – PDR/MG-2011

Microrregião Itaúna

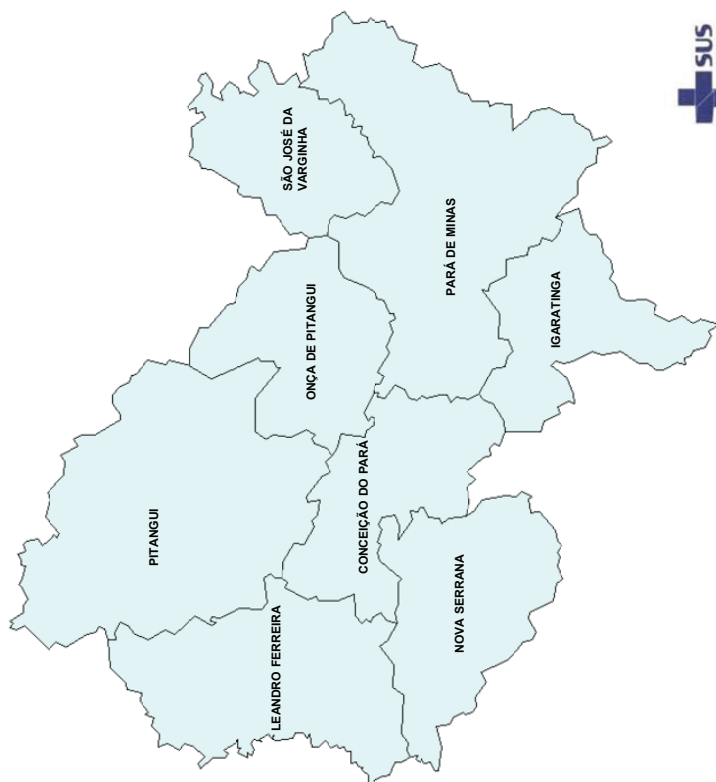
MICRORREGIÃO DE ITAÚNA – PDR/MG-2011



ITAÚNA-31 – PDR/MG-2011

Microrregião Pará de Minas

MICRORREGIÃO DE PARÁ DE MINAS – PDR/MG-2011



PARÁ DE MINAS-32 – PDR/MG-2011

Microrregião Santo Antônio do Amparo/Campo Belo

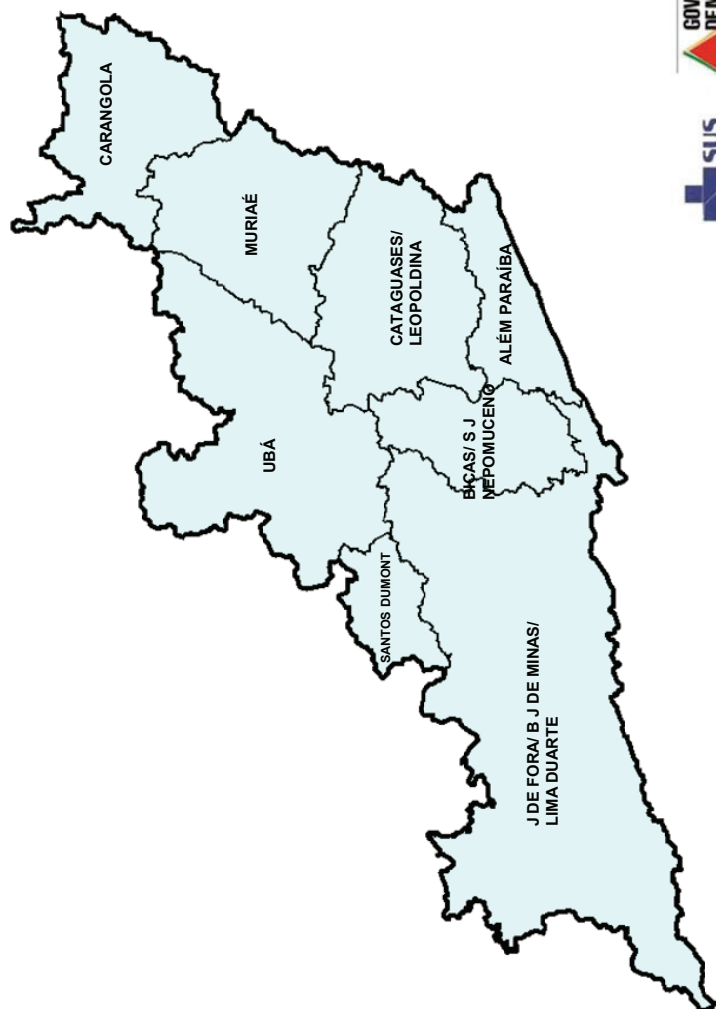
MICRORREGIÃO DE CAMPO BELO/SANTO ANTÔNIO DO AMPARO – PDR/MG-2011



CAMPO BELO/STº ANT DO AMPARO-33 – PDR/MG-2011

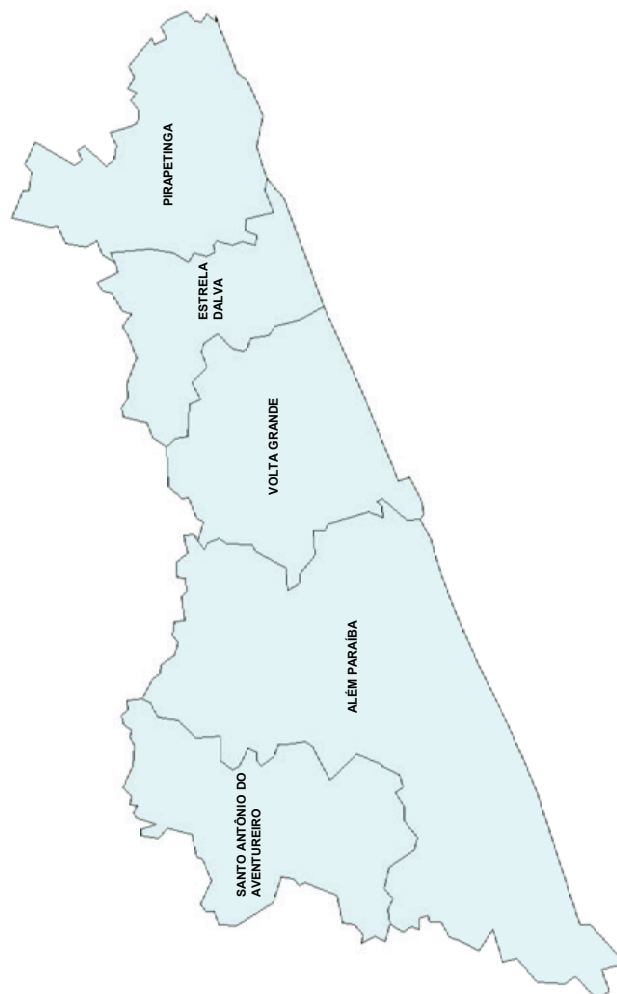
Macrorregião Sudeste: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO SUDESTE (JUIZ DE FORA) – PDR/MG-2011



Microrregião Além Paraíba

MICRORREGIÃO DE ALÉM PARAÍBA – PDR/MG-2011



ALÉM PARAÍBA-41 – PDR/MG-2011

Microrregião Carangola

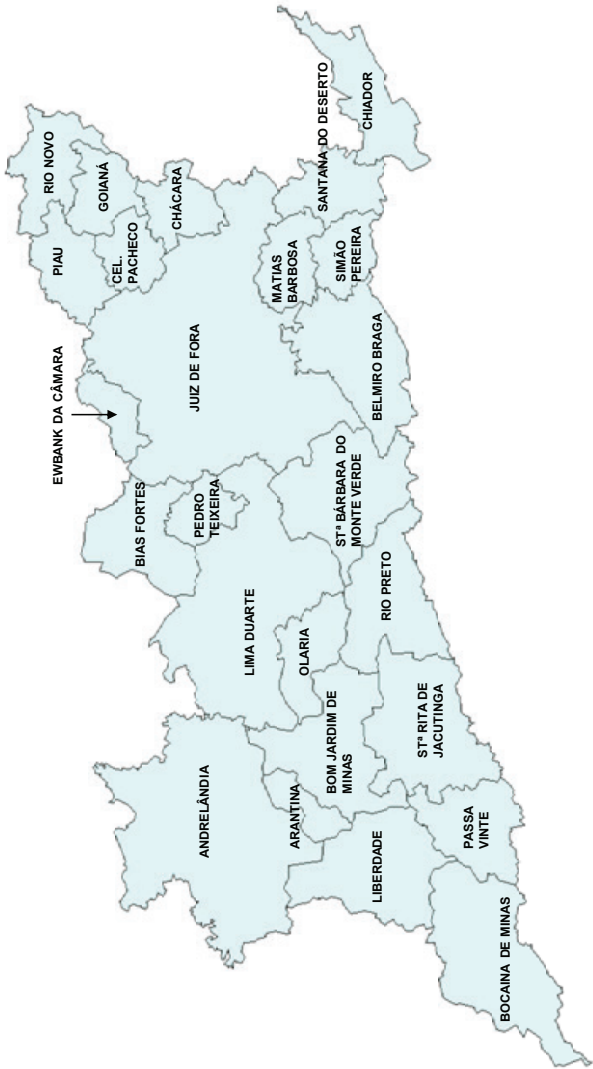
MICRORREGIÃO DE CARANGOLA – PDR/MG-2011



CARANGOLA-42 – PDR/MG-2011

Microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas

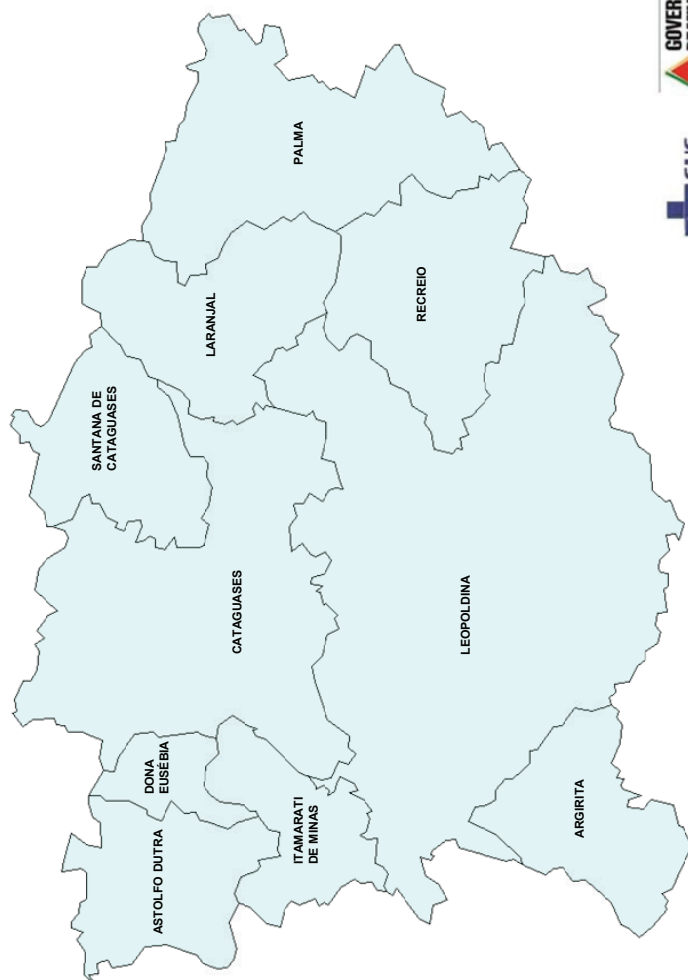
MICRORREGIÃO DE JUIZ DE FORA/BOM JARDIM DE MINAS/LIMA DUARTE – PDR/MG-2011



JUIZ DE FORA/BOM JARDIM DE MINAS/LIMA DUARTE-43 – PDR/MG-2011

Microrregião Cataguases/Leopoldina

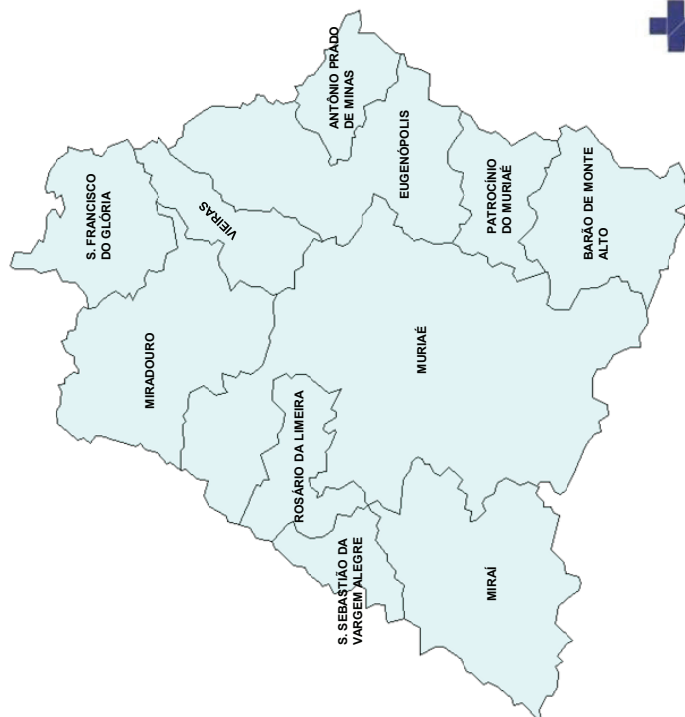
MICRORREGIÃO DE CATAGUASES/LEOPOLDINA – PDR/MG-2011



CATAGUASES/LEOPOLDINA-44 – PDR/MG-2011

Microrregião Muriaé

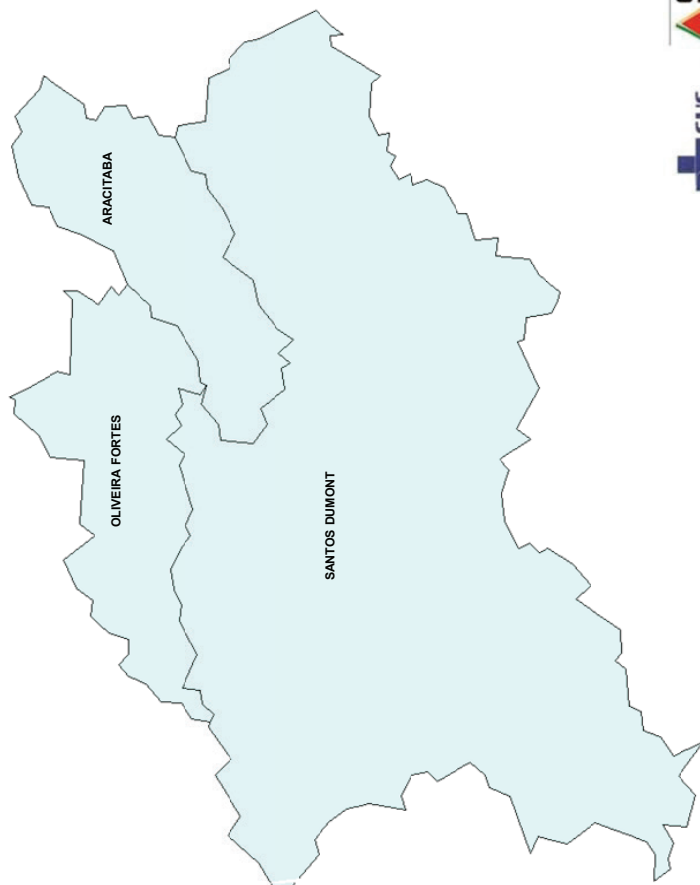
MICRORREGIÃO DE MURIAÉ – PDR/MG-2011



JRIAÉ-45 – PDR/MG-2011

Microrregião Santos Dumont

MICRORREGIÃO DE SANTOS DUMONT – PDR/MG-2011



SANTOS DUMONT-46 – PDR/MG-2011

Microrregião São João Nepomuceno/Bicas

MICRORREGIÃO DE BICAS/SÃO JOÃO NEPOMUCENO – PDR/MG-2011



BICAS/S J NEPOMUCENO-47 – PDR/MG-2011

Microrregião Ubá

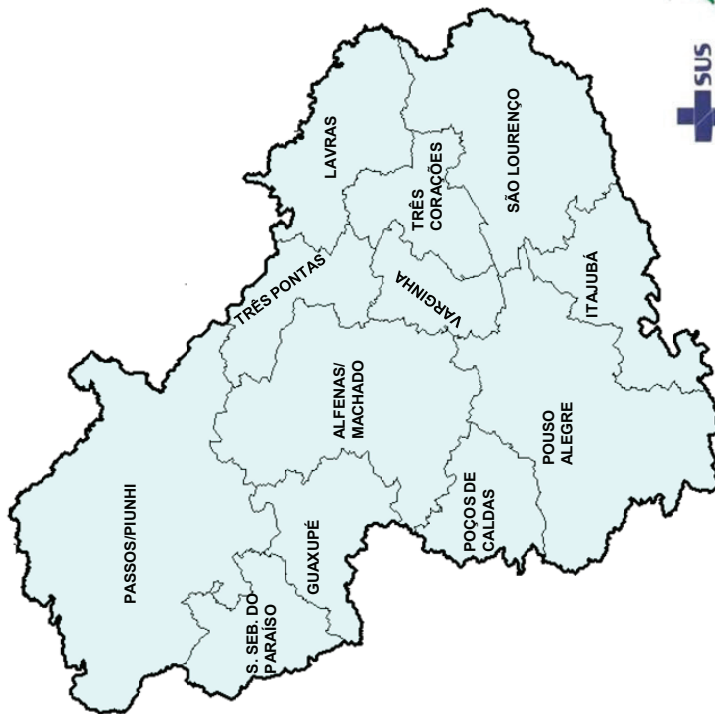
MICRORREGIÃO DE UBÁ – PDR/MG-2011



UBÁ-48 – PDR/MG-2011

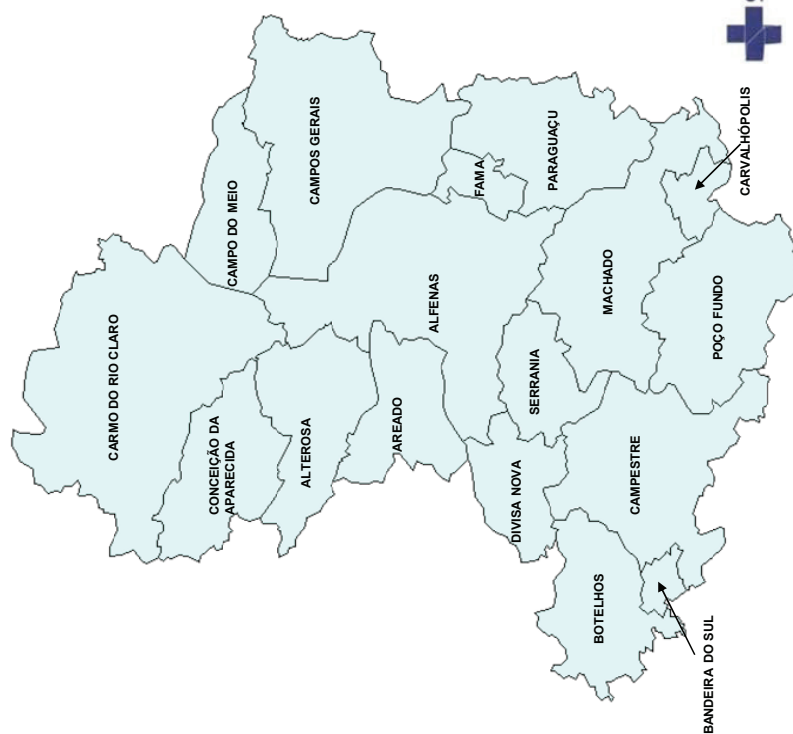
Macrorregião Sul: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO SUL – PDR/MG-2011



Microrregião Alfenas/Machado

MICRORREGIÃO DE ALFENAS/MACHADO – PDR/MG-2011



Alfenas 01

Microrregião Guaxupé

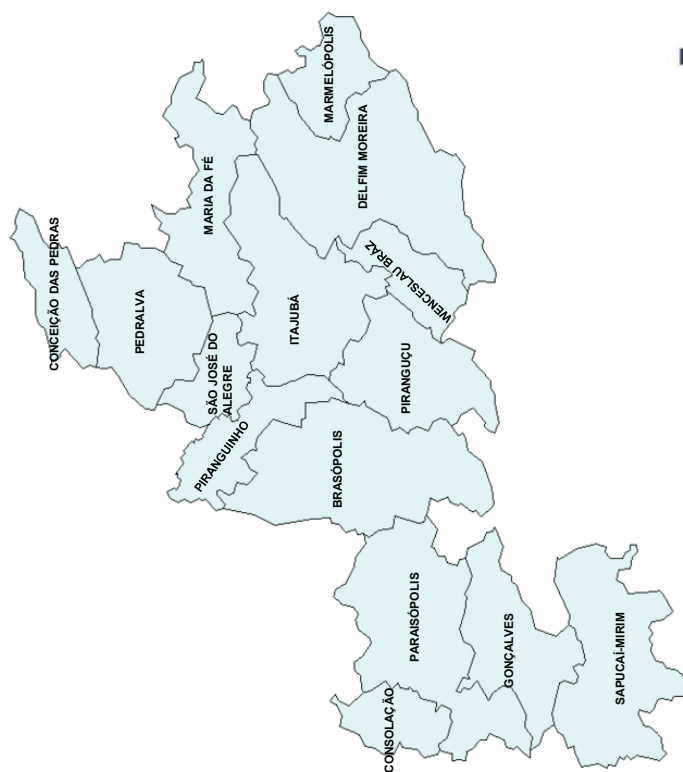
MICRORREGIÃO DE GUAXUPÉ – PDR/MG-2011



Guaxupé 02 – PDR/MG-2011

Microrregião Itajubá

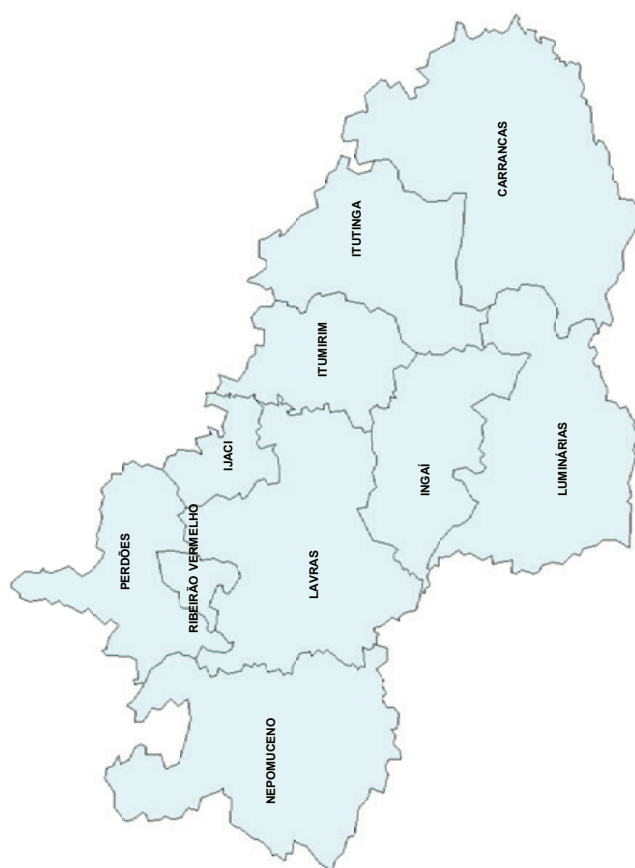
MICRORREGIÃO DE ITAJUBÁ – PDR/MG-2011



ITAJUBÁ 03 – PDR/MG-2011

Microrregião Lavras

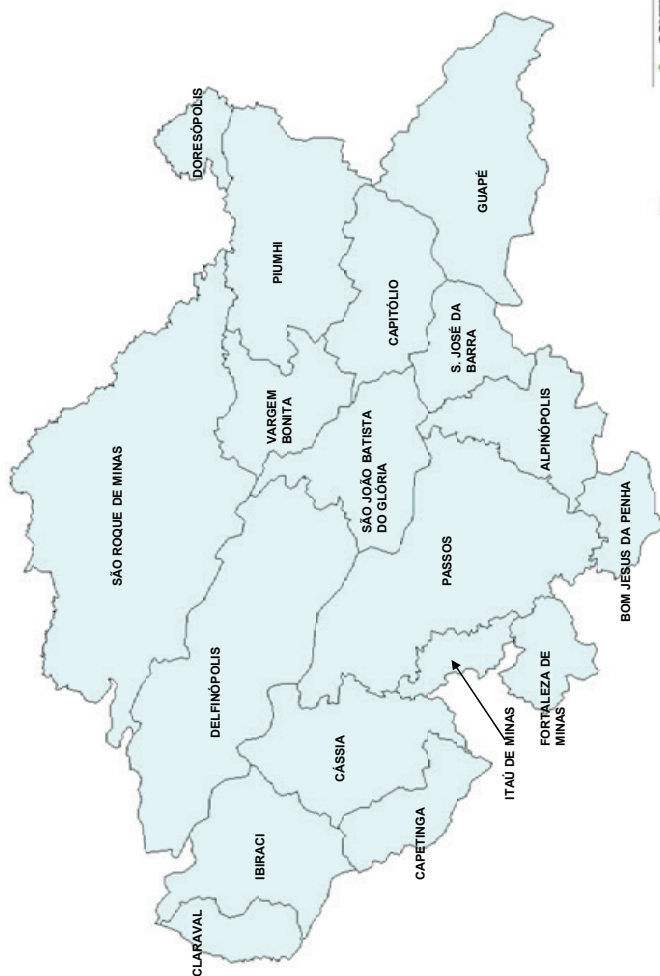
MICRORREGIÃO DE LAVRAS – PDR/MG-2011



LAVRAS 04 – PDR/MG-2011

Microrregião Passos/Piumhi

MICRORREGIÃO DE PASSOS/PIUMHI I – PDR/MG-2011



PASSOS/PIUMHI 05 – PDR/MG-2011

Microrregião Poços de Caldas

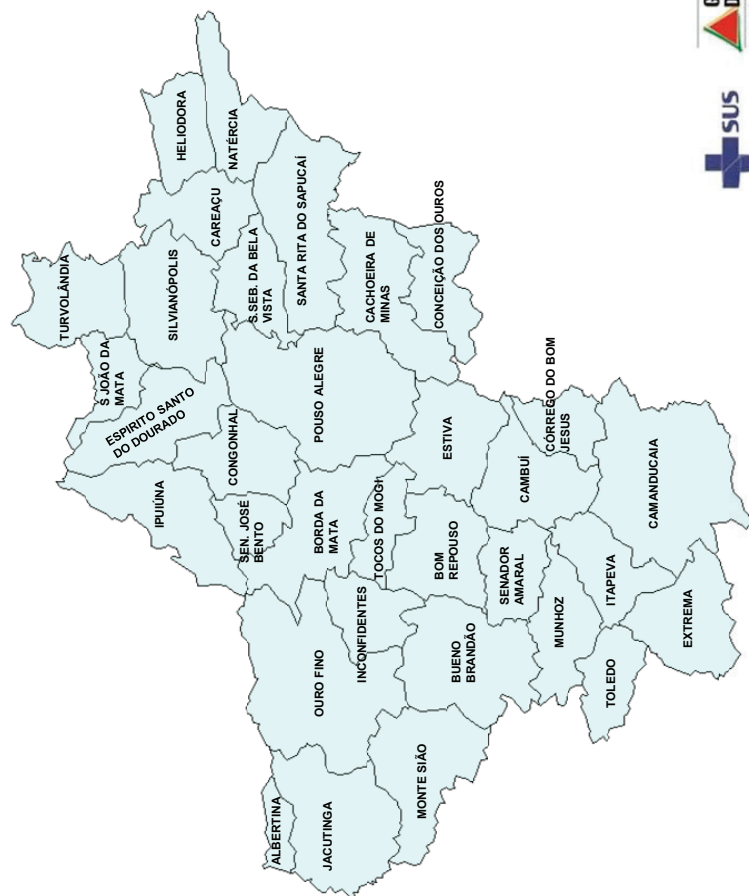
MICRORREGIÃO DE POÇOS DE CALDAS – PDR/MG-2011



Poços de caldas 06 – PDR/MG-2011

Microrregião Pouso Alegre

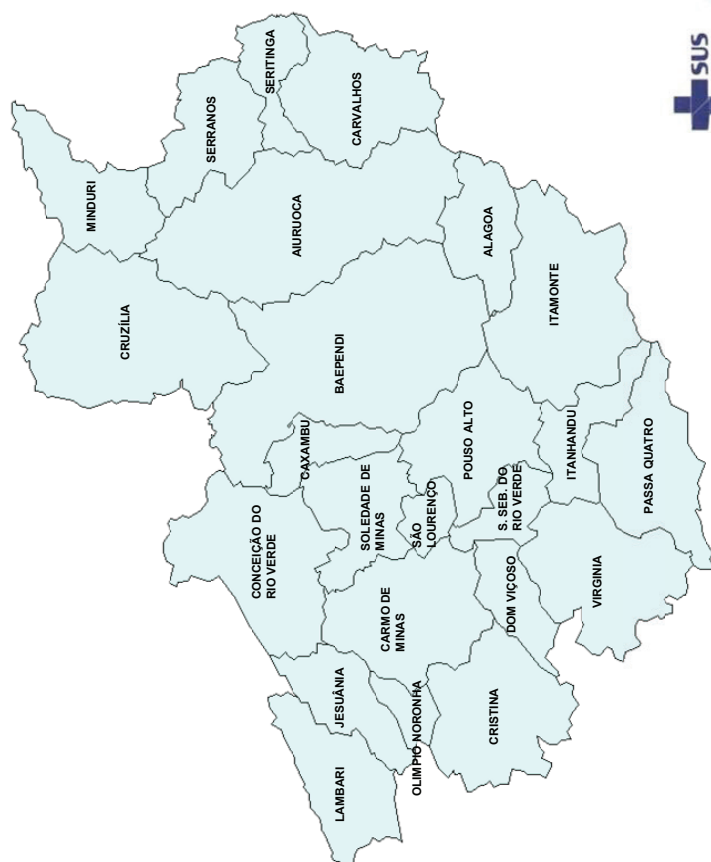
MICRORREGIÃO DE POUSO ALEGRE – PDR/MG-2011



P ALEGRE -07 – PDR/MG-2011

Microrregião São Lourenço

MICRORREGIÃO DE SÃO LOURENÇO – PDR/MG-2011



S LOURENÇO 08 – PDR/MG-2011

Microrregião São Sebastião do Paraíso

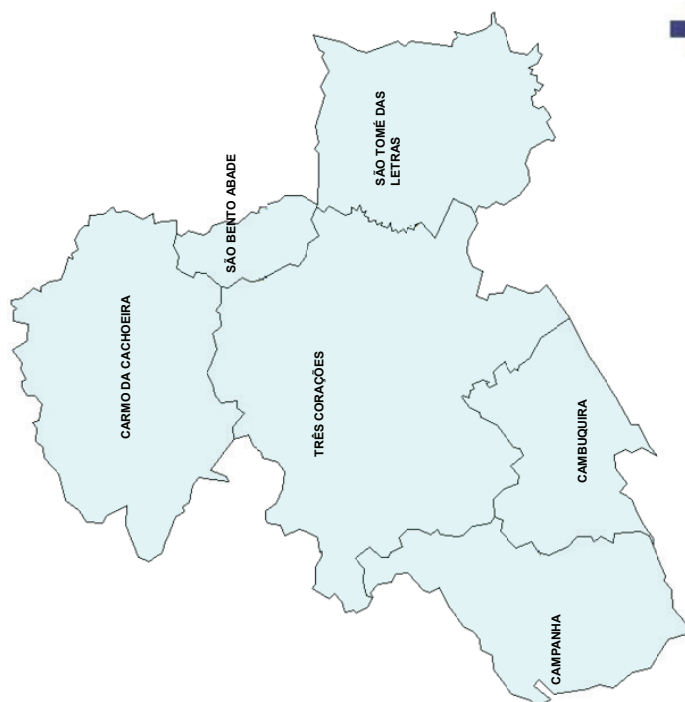
MICRORREGIÃO DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO – PDR/MG-2011



S SEB DO PARAÍSO. 09 – PDR/MG-2011

Microrregião Três Corações

MICRORREGIÃO DE TRÊS CORAÇÕES – PDR/MG-2011



TRÊS CORAÇÕES 10 – PDR/MG-2011

Microrregião Três Pontas

MICRORREGIÃO DE TRÊS PONTAS – PDR/MG-2011



TRÊS PONTAS 11- PDR/MG-2011

Microrregião Varginha

MICRORREGIÃO DE VARGINHA – PDR/MG-2011



VARGINHA 12 – PDR/MG-2011

Macrorregião Triângulo do Norte: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO TRIÂNGULO DO NORTE (UBERLÂNDIA) – PDR/MG-2011



Microrregião Ituiutaba

MICRORREGIÃO DE ITUIUTABA – PDR/MG-2011



ITUIUTABA-73 – PDR/MG-2011

Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo

MICRORREGIÃO DE PATROCÍNIO/MONTE CARMELO – PDR/MG-2011



PATROCÍNIO/MONTE CARMELO – 74 – PDR/MG-2011

Microrregião Uberlândia/Araguari

MICRORREGIÃO DE UBERLÂNDIA/ARAGUARI – PDR/MG-2011



UBERLÂNDIA/ARAGUARI-75 – PDR/MG-2011

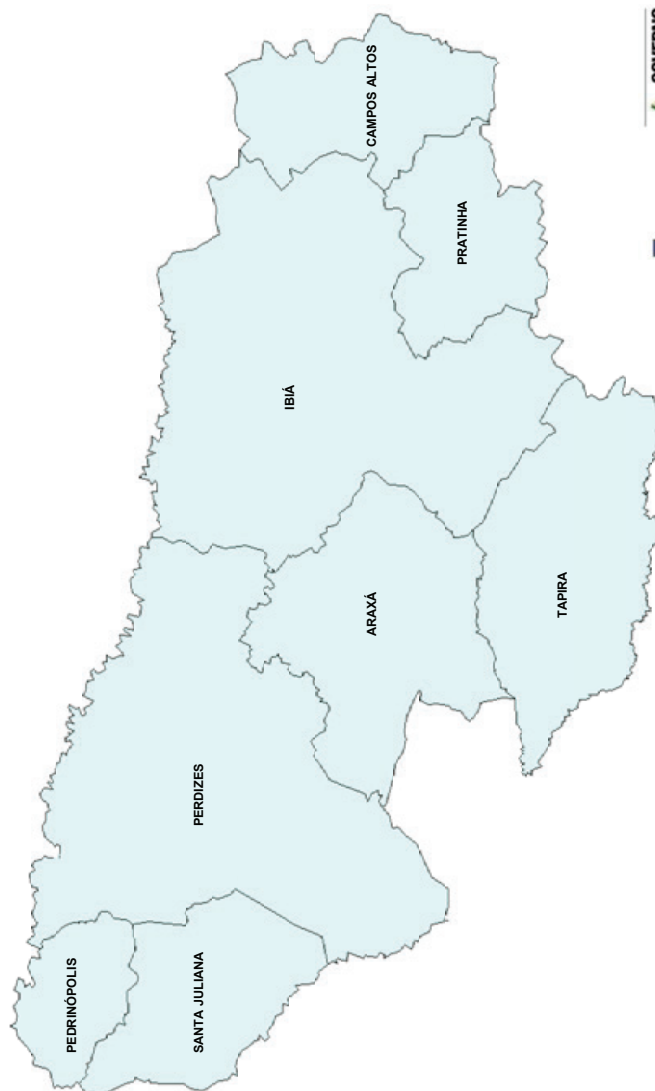
Macrorregião Triângulo do Sul: divisão assistencial por microrregião

MACRORREGIÃO TRIÂNGULO DO SUL (UBERABA) – PDR/MG-2011



Microrregião Araxá

MICRORREGIÃO DE ARAXÁ – PDR/MG-2011



ARAXÁ-70 – PDR/MG-2011

Microrregião Frutal/Iturama

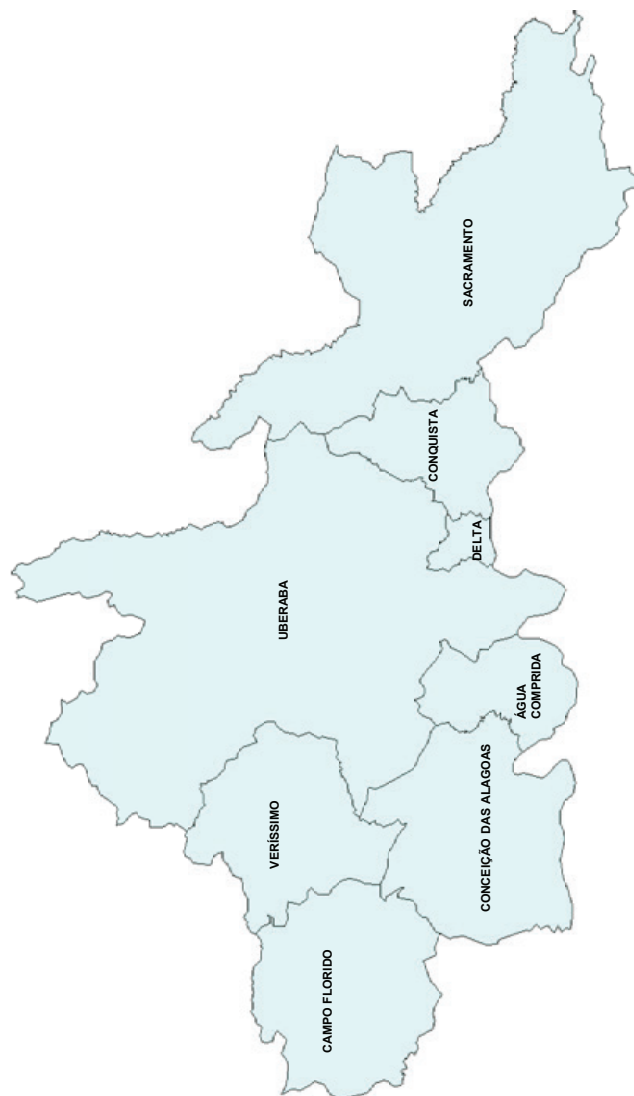
MICRORREGIÃO DE FRUTAL/ITURAMA – PDR/MG-2011



FRUTAL/ITURAMA-71 – PDR/MG-2011

Microrregião Uberaba

MICRORREGIÃO DE UBERABA – PDR/MG-2011



UBERABA-72 – PDR/MG-2011

Cidade Administrativa
Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº, Serra Verde
CEP: 31.630-900