

## **A RESOLUBILIDADE NA GESTÃO: DESCENTRALIZAÇÃO E REDUÇÃO DAS INIQUIDADES**

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

Belo Horizonte, Maio/2010

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

## 1 - INTRODUÇÃO

O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é estruturar um dos pilares para descentralização e organização dos serviços em redes de atenção à saúde, tendo em vista possibilitar o direcionamento integral e equitativo das políticas públicas e programas prioritários. Assim, é um dos instrumentos de planejamento e, portanto, de gestão em saúde que estabelece a base territorial e populacional para cálculos, possibilita melhor identificação loco-regional e estadual das necessidades e a priorização para alocação dos recursos de saúde, a organização das informações para avanços da governabilidade regional, gerência dos sistemas de informação e de apoio à co-gestão.

As economias de escala e escopo são princípios que induzem maior eficiência e qualidade dos serviços. O PDR/MG foi elaborado com base nestes princípios e possibilitado a avaliação da resolubilidade, por região – micro e macro, ao construir uma “tipologia” de serviços como referência ideal para a organização das redes.

A utilização da resolubilidade como um dos indicadores de resultado regional possibilita análise de cada região no todo, em particular, e associada à sua localização e condições socioeconômicas. Os resultados apresentados cartograficamente permitem uma visualização instantânea e comparativa da situação entre as diferentes regiões, por período e série histórica, o que indica a evolução positiva ou negativa. Relacionada a outras variáveis e técnicas além destas, tais como os estudos de viabilidade técnica, o percentual de evolução estará indicando a agilidade gerencial no cumprimento da agenda de superação dos vazios assistenciais e iniquidades em geral, por região, nível e programas prioritários.

As grandes distâncias geográficas do estado de Minas Gerais são de conhecimento geral. A atenção hospitalar às gestantes de alto risco, em 2003, apresentava-se deficitária no Estado e altamente concentrada em uma das treze macrorregiões do estado, a Macro Centro. O reforço e/ou expansão da atenção hospitalar foi uma das ações apontadas como necessárias para redução da mortalidade infantil e materna, prioridade nos planos de governo de 2003-2007 e 2008-2011.

Uma vez estabelecidos nos Planos de Governo do Estado metas e prioridades, a monitoria e avaliação do alcance dos resultados é, teoricamente, o passo subsequente. Este fato, por si, justifica o estudo aqui apresentado, que também responde, no específico, quanto ao

papel do PDR/MG e do indicador resolubilidade regional na gestão e na avaliação, com foco na atenção hospitalar às Gestantes de Alto Risco - GAR.

Para implementação do plano plurianual de governo, uma vez conhecidas as metas e a prioridade do programa Viva Vida, voltado para redução da mortalidade materna e expansão do atendimento à GAR, tornou-se necessário efetuar análise da viabilidade técnica e política para estabelecer cronograma estadual de implantação dos serviços. A SES/MG priorizou macrorregiões localizadas em áreas com maiores deficiências socioeconômicas mas também com potencial para habilitação de serviços a curto e médio prazos. Dentre estas, a primeira prioridade coube a Macro Norte de Minas e, na seqüência, Noroeste, Nordeste e Jequitinhonha. Contudo, todas as macros que apontassem vazios assistenciais deveriam ser contempladas.

## **2 - OBJETIVOS**

Neste contexto e termos, o objetivo é avaliar os resultados obtidos na descentralização e superação dos vazios assistenciais hospitalares e das iniquidades regionais no atendimento às gestantes de alto risco residentes, por macrorregião do estado. Para tanto, dentre as ações que constam da tipologia de serviços para atendimento às gestantes de alto risco no nível terciário, caberá avaliar o quanto da expansão foi alcançado e para quais macros houve a pretendida e efetiva descentralização. Em termos mais específicos, propõe-se avaliar o alcance destas propostas, por macrorregião do Estado, nos aspectos quantitativos da resolubilidade.

Como indicador, a resolubilidade é a medida percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população residente em sua própria região - micro ou macro, considerada a tipologia definida como referência ideal para o nível regionalização/atenção à saúde, conforme PDR/MG, na assistência em geral e/ou no programa.

## **3 - METODOLOGIA**

Para avaliação dos aspectos quantitativos da resolubilidade, e para coleta, interpretação e análise dos dados, divulgação e discussão dos resultados, foram utilizados métodos estatísticos e cartográficos.

Tornou-se necessário, primeiramente, a validação da tipologia de serviços proposta no PDR/MG para o nível terciário de atenção à saúde, ou seja, os procedimentos hospitalares de

responsabilidade do nível macrorregional para atendimento à gestante de alto risco. Nos termos do PDR-SUS/MG, a tipologia reagrupa os procedimentos hospitalares da Tabela SIAH-SUS, do MS - Ministério da Saúde por especialidade e nível de regionalização/agregação de tecnologia - nível de atenção à saúde, a partir de análises da distribuição espacial e viabilidade de expansão e da equidade. Os especialistas técnicos da Coordenação do programa Viva Vida da SAS/SES-MG<sup>1</sup>, consultados pelo NARS<sup>2</sup>, confirmaram a tipologia elaborada anteriormente, conforme metodologia específica para estruturação do PDR/MG.

Na sequência, utilizando-se como fonte os bancos de dados DATASUS, foram efetuados levantamentos e cálculos para se aferir onde e quanto os residentes de cada macrorregião são atendidos, numa série histórica de sete anos. O sistema Tabwin do Datasus foi adequado para este geo-processamento conforme tipologia e regiões do PDR-SUS/MG.

#### 4 – RESULTADOS

O Gráfico I e o Mapa 2003, o Anexo 1, demonstram que, até 2003, apenas quatro das treze macrorregiões para atenderem às GAR residentes e, já então, com resolubilidade acima de 98%.

Em 2004, 2005 e 2006, o atendimento à GAR foi descentralizado respectivamente para as macrorregiões Norte, Leste e Sudeste. As duas primeiras estão localizadas em regiões menos favorecidas, considerados o acesso viário e as condições socioeconomicamente. Até 2008, o serviço foi estendido às demais regiões do Estado, inclusive àquelas em condições ainda mais precárias e, eventualmente, com menores condições de fixação de equipes multiprofissionais e intensivistas: Noroeste, Jequitinhonha e Nordeste, o que faz pressupor, à médio prazo, certa dependência de outra macrorregião.

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

---

<sup>1</sup> Superintendência de Atenção a Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais

<sup>2</sup> Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde

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

Estas macros, seja pela baixa capacidade instalada e gerência como é o caso da Oeste, seja pela escala populacional baixa e dificuldade de fixação de equipes multiprofissionais de grande especialização, como é o caso da Macro Jequitinhonha, possivelmente ainda demandarão garantia de referência das gestantes a outras macros (Gráfico I e Mapas 2003, 2006 e 2009, do Anexo 1).

Apesar de localizadas em áreas socioeconomicamente favorecidas, as Macros Oeste, Centro-Sul e Leste do Sul registram menor resolubilidade, entre 78 e 88%, e têm efetuado referências de gestantes para atendimento na Macro Centro. Certamente algumas destas podem ser revertidas (Gráfico I), a curto prazo, especialmente as das Macros Centro-Sul e Leste do Sul.

No que diz respeito à cobertura da necessidade, com identificação e cadastro das GAR ou não, a resolubilidade aqui dimensionada diz respeito à capacidade de atendimento da demanda atendida pelo SUS. Não se refere à identificação real das gestantes por região. A necessidade real, provavelmente diferente por macrorregião, no futuro poderá ser melhor dimensionada, o que requer investigação e revisão dos parâmetros hoje adotados.

Pelos parâmetros atualmente utilizados pela equipe técnica da coordenação do Viva Vida, sobre 1,8 da população há uma expectativa de demanda de atendimento à GAR da ordem de 15%. Tais parâmetros podem estar indicando uma demanda não identificada e/ou não atendida no SUS/MG da ordem de 50 a 60% nas regiões Jequitinhonha, Nordeste e Oeste (Gráfico II). A Macro Noroeste também apresenta situação similar, contudo, é atípica por sua proximidade com Brasília, o que gera fluxo de atendimento para fora do estado.

## **5 – CONCLUSÃO**

A resolubilidade é um dos instrumentos de mensuração dos serviços de assistência numa região e tem permitido, em Minas Gerais: monitorar o cumprimento das metas e a expansão e descentralização regional de serviços; apontar regiões que requerem reforços de investimentos ou monitoria técnica e administrativa.

Em relação à atenção às GAR, o cálculo da resolubilidade e a utilização das técnicas de cartografia têm permitido retratar as evoluções cronológicas e relativas entre regiões, o que tem facilitado e subsidiado decisões de investimentos, repactuações, ampliação da governabilidade. Como quaisquer e necessárias avaliações globais, esta não dispensa medidas e ações particulares: ampliar e agilizar a capacidade operacional dos hospitais envolvidos, rever as quotas de internação pactuadas, a capacidade de identificação e cadastramento das GAR's por parte das equipes do PSF em determinada região, ações de governabilidade regional articuladas com as de nível estadual.

O indicador e a metodologia utilizados permitiram identificar, em sete anos consecutivos, resultados positivos no alcance das metas de implantação dos serviços nas diversas macros, na descentralização do atendimento para todas as macrorregiões do Estado, na priorização de investimentos para o atendimento à GAR nas regiões menos favorecidas, como foram observados especialmente nas macros Norte de Minas, Noroeste e Nordeste. Apenas em uma das macros houve recuo da resolubilidade deste atendimento, e em quatro necessidades de reforços. Tais necessidades foram apontadas às equipes responsáveis, objetivando novos desdobramentos e monitorias.

Este estudo de avaliação, voltado para um enfoque global, não se propunha esgotar o assunto. Assim, tornou-se útil como gatilho para acionar outros estudos, promover contatos e integração entre as diversas equipes envolvidas no assunto.

Os espaços territoriais, bem estruturados, confirmaram-se como referências que ilustram e facilitam abordagens técnicas para diversas avaliações. A visualização dos avanços por região através de mapas, ou dos não avanços, facilita a comunicação e a abertura de discussões.

O PDR tem favorecido à AGR em sua missão de subsidiar, por região, o monitoramento e as discussões a serem promovidas pelas CIB's Micro e Macro, o que tem sido efetuado quanto aos indicadores de saúde, os do Pacto pela Saúde e os da resolubilidade assistencial - a total e a dos programas prioritários.

## Referências Bibliográficas

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

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

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

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

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

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

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

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