

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA**

BRUNA ANDRADE LAUGHTON

**SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: considerações sobre a oferta
dos serviços e os fluxos de internações na Macrorregião de
Saúde Norte de Minas Gerais**

**MONTES CLAROS/MG
JULHO/2018**

BRUNA ANDRADE LAUGHTON

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: considerações sobre a oferta dos serviços e os fluxos de internações na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Geografia.

Área de Concentração: Dinâmica e Análise Espacial

Linha de Pesquisa: Território, Cultura e Meio Ambiente

Orientador (a): Prof^a. Dr.^a Anete Marília Pereira

Coorientador (a): Prof. Dr. Carlos Alexandre de Bortolo

MONTES CLAROS/MG
JULHO/2018

L374s Laughton, Bruna Andrade.
Sistema Único de Saúde [manuscrito] : considerações sobre a oferta dos serviços e os fluxos de internações na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais / Bruna Andrade Laughton. – Montes Claros, 2018.
124 f. : il.

Bibliografia: f. 118-124.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Geografia/PPGEO, 2018.

Defesa: 30/07/2018.

Orientadora: Profa. Dra. Anete Marília Pereira.

Coorientador: Prof. Dr. Carlos Alexandre de Bortolo.

1. Saúde pública. 2. Sistema Único de Saúde (SUS). 3. Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais. 4. Geografia da Saúde. I. Pereira, Anete Marília. II. Bortolo, Carlos Alexandre de. III. Universidade Estadual de Montes Claros. IV. Título. V. Título: Considerações sobre a oferta dos serviços e os fluxos de internações na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr.^a Anete Marília Pereira (Orientadora) - Unimontes

Prof. Dr. Carlos Alexandre de Bortolo (Coorientador) - Unimontes

Prof. Dr. Marcos Esdras Leite - Unimontes

Prof. Dr. Adeir Archanjo da Mota - UFGD

MONTES CLAROS/MG
JULHO/2018

Dedico esse trabalho a todos que utilizam o Sistema Único de Saúde, que conhecem os progressos deste sistema, mas que anseiam para a superação dos desafios persistentes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me permitiu concretizar um sonho. Sou grata pela força concedida a mim para conclusão desta pesquisa.

Aos meus pais, Rosemary e Abílio Guilherme, que me ensinaram a ser perseverante, a me esforçar para fazer o melhor e a me dedicar para concretude dos meus sonhos.

Aos meus irmãos Thiago, Larissa, Letícia, Camila e Thais, pelo carinho, confiança, amizade e apoio.

Ao meu amor Raphael, pelas contribuições e indagações que contribuíram para o amadurecimento desta pesquisa. Obrigada também pela presença em todos os momentos, apoio e companheirismo.

A minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Anete Marília Pereira, pelas contribuições e zelo para com esta pesquisa. Agradeço pela confiança depositada a mim e também pela seriedade e compromisso com o qual conduziu este trabalho. Ao meu coorientador Prof. Dr. Carlos Alexandre Bortolo, pelas sugestões na pesquisa.

A minha amiga Thaís, que com um carinho especial sempre buscava saber do caminhar da pesquisa e transmitia força, quando necessário. Não diferente agradeço a minha amiga e colega Ana Cláudia que sempre se fez presente, obrigada por ter sido companheira nos estudos desde o processo seletivo até a conclusão do mestrado. Agradeço também a Nayara e Letícia pelo carinho durante a trajetória.

A todos os professores que agregaram conhecimento para minha formação, contribuindo para o meu crescimento intelectual. Em especial, a Professora Dr^ª Sandra Célia Muniz Magalhães, por ter me inserido na pesquisa científica e ter me ensinado a trilhar este caminho.

A minha amiga Solange Guerra, que muito admiro a sua sensibilidade e preocupação com a vida das pessoas. Atuante no Sistema Único de Saúde, ela sanou muitas dúvidas e permitiu várias reflexões.

A todos os demais amigos e familiares.

A Central de Regulação de Leitos, que disponibilizou parte dos dados da presente pesquisa.

A Manoel Reinaldo Leite e André Medeiros pelo auxílio em alguns mapas.

Enfim, meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram de alguma forma para concretização desta pesquisa.

[...] Só podemos estruturar nosso pensamento geograficamente porque na vida real há uma geografia vivida (RAUL BORGES GUIMARÃES).

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. A sua gênese tem estreita relação com o Norte de Minas, especialmente com a cidade de Montes Claros, pois essa cidade sediou uma experiência em saúde pública, considerada preconizadora do SUS. Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo principal analisar a oferta de serviços de saúde e os fluxos de internações do SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais. De modo específico, buscou-se mapear a oferta de serviços de saúde do SUS na macrorregião, identificar os fluxos de internações, conhecer a dinâmica de organização desses fluxos pela Central de Regulação de Leitos e refletir sobre os progressos e desafios do SUS na referida região. A metodologia adotada privilegiou a pesquisa bibliográfica, coleta de dados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e na Central de Regulação de Leitos, realização de trabalho de campo em alguns municípios, análise das informações e elaboração de mapas. Como resultado, concluiu-se que há dificuldades na operacionalização do serviço de saúde hierarquizado nos três níveis de complexidade na região estudada. A cidade de Montes Claros exerce a centralidade na oferta dos serviços, o que faz com que a população da macrorregião se desloque quando necessita de determinados atendimentos que não encontra no município de origem.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Sistema Único de Saúde. Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais. Geografia da Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (hereby SUS) is one of the biggest public healthcare systems in the world. Its genesis has a close relationship with the north of Minas Gerais, specially with the city of Montes Claros, for this city has hosted a public healthcare experiment considered as a precursor for SUS. In face of the stated above, this study has as its main objective the analysis of the offer on healthcare services and SUS hospitalization flow on the Health Macro-region of the North of Minas Gerais. In particular, it was sought to map the offer on SUS health services on the macro-region was sought, as well as identify the hospitalization flows, to understand the organizational dynamic of these flows through the Bed Regulation Central and consider about the progress and challenges for SUS in the aforementioned region. The adopted methodology prioritized bibliographic research, data collection on SUS Computing Department and Bed Regulation Central, fieldwork in some municipalities data analysis and map elaboration. As a result, it was concluded that there are difficulties in the operationalization of hierarchic healthcare service on the three complexity levels in the studied region. The city of Montes Claros exerts centrality on the offer of services, being necessary that individuals from other municipalities in the macroregion move towards this city in case of need for health care that is not provided by their origin municipality.

Keywords: Public Healthcare. Sistema Único de Saúde (Unified Health System). Health Macro-region of the North of Minas Gerais. Health Geography.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Total de internações (urgência) nos hospitais de Montes Claros/MG via Central de Regulação de Leitos – 2017.....	93
Gráfico 2 - Total de internações (eletiva) nos hospitais de Montes Claros/MG via Central de Regulação de Leitos – 2017.....	96

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Diretrizes e pressupostos do SUS.....	46
Figura 2 -	Hierarquia do SUS.....	48
Figura 3 -	Níveis da gestão do SUS.....	49
Figura 4 -	Correlação entre o modelo de regionalização e os níveis de atenção a saúde.....	55
Figura 5 -	Hospital Universitário Clemente de Faria.....	71
Figura 6 -	Estabelecimentos de saúde de Montes Claros/MG.....	83
Figura 7 -	Estratégia Saúde da Família em Engenheiro Navarro.....	85
Figura 8 -	Secretaria de Saúde de Engenheiro Navarro.....	86
Figura 9 -	Procedimentos por leitos hospitalares.....	91
Figura 10 -	Estabelecimentos de Saúde de Bocaiuva/MG.....	99
Figura 11 -	Progressos e desafios do SUS.....	110

LISTA DE MAPAS

Mapa 1 -	Localização de Montes Claros/MG.....	38
Mapa 2 -	Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais/MG.....	52
Mapa 3 -	Microrregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais/MG, 2017.....	60
Mapa 4 -	Localização da Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais.....	64
Mapa 5 -	Estabelecimentos de Saúde na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais – Dezembro de 2017.....	67
Mapa 6 -	Profissionais de Saúde do SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais – Dezembro de 2017.....	72
Mapa 7 -	Equipamentos de Saúde disponíveis no SUS da Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais – Dezembro de 2017.....	78
Mapa 8 -	Fluxos de Internações da rede SUS (urgência) por entrada hospitalar via Central de Regulação de Leitos na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais – 2017.....	92
Mapa 9 -	Fluxos de Internações da rede SUS (eletiva) por entrada hospitalar via Central de Regulação de Leitos na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais – 2017.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Indicadores socioeconômicos por Polo Macrorregional.....	61
Tabela 2 -	Leitos Hospitalares existentes no SUS em Montes Claros/MG – Dezembro 2017.....	90
Tabela 3 -	Internações em urgência (SUS) por Clínica – Hospitais de Montes Claros/MG.....	103
Tabela 4 -	Internações em eletiva (SUS) por Clínica – Hospitais de Montes Claros/MG.....	105
Tabela 5 -	Classificação das internações por diagnóstico em hospitais de Montes Claros/MG.....	107

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Características do ensino da Medicina Preventiva, segundo os Seminários de Tehuacan e de Viña Del Mar (1955-1956), promovidos pela OPS/OMS.....	33
Quadro 2-	As tipologias da rede PIASS.....	43
Quadro 3-	Pressupostos do SUS.....	47
Quadro 4-	Funções Gestoras no SUS.....	50
Quadro 5 -	Descrição dos municípios da Macrorregião Norte por microrregiões.....	65
Quadro 6 -	Quantidade de estabelecimentos de saúde por tipos – Dezembro de 2017...	68
Quadro 7 -	Quantidade de profissionais de saúde por tipos – Dezembro de 2017.....	73
Quadro 8 -	Quantidade de equipamentos de saúde por tipos – Dezembro de 2017.....	79

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPs - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNRH/IPEA - Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRS - Centro Regional de Saúde

CSN - Companhia Siderúrgica Nacional

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DMPs - Departamentos de Medicina Preventiva

DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAMED - Faculdade de Medicina de Montes Claros

FINEP - Financiadora de Estudos e Projetos

FJP - Fundação João Pinheiro

GTs - Grupos de Trabalhos

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HUCF - Hospital Universitário Clemente de Faria

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

IPEA - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas

IPEDASAR - Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural

MES - Ministério da Educação e Saúde

MG - Minas Gerais

MOC - Montes Claros

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIB - Produto Interno Bruto
PLUS - Plano de Localização de Serviços de Saúde
PMC - Projeto Montes Claros
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
PPA - Plano de Pronta Ação
PPREPS/OPAS - Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde da Opas
RS - Regiões de Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SEPLAN - Secretaria de Planejamento
SES/MG - Secretaria do Estado da Saúde de Minas Gerais
SMS - Secretarias Municipais de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TFD - Tratamento Fora do Domicílio
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFGD - Universidade Federal da Grande Dourados
UNIMONTES - Universidade Estadual de Montes Claros
USAID - *United States Agency for International Development*

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	19
1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	25
1.1 A Saúde brasileira antes da Constituição Federal de 1988.....	25
1.1.1 Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS).....	35
1.1.2 O Projeto Montes Claros (PMC).....	37
1.1.3 Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).....	42
1.2 A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS.....	44
2. A OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE DE MINAS GERAIS.....	52
2.1 A Regionalização da Saúde do Estado de Minas Gerais.....	52
2.2 Considerações sobre a oferta de serviços de saúde do SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais.....	63
2.2.1 A oferta de estabelecimentos e profissionais.....	66
2.2.2 A oferta de equipamentos.....	77
3. FLUXOS DE INTERNAÇÕES DO SUS NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE DE MINAS GERAIS.....	88
3.1 Uma leitura dos fluxos de internações do Sistema Único de Saúde.....	88
3.1.1 Fluxos de Internações (Urgência).....	91
3.1.2 Fluxos de Internações (Eletiva).....	94
3.2 Progressos e Desafios do SUS.....	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS.....	119

INTRODUÇÃO

A sociedade tem participação ativa na construção dos sistemas de saúde ao longo dos anos, e os resultados das ações em saúde no cotidiano das pessoas se expressam quando há envolvimento do governo e mesmo da própria sociedade que se responsabiliza pela saúde de toda a população (LOBATO; GIOVANELLA, 2008). Refletir sobre o atual sistema de saúde brasileiro remete-nos a história da constituição desse sistema, que tem suas raízes nas primeiras ações em saúde pública, por volta do ano de 1808. Para além disso, parte da compreensão que este sistema se firmou com a ajuda da sociedade, que reivindicou por transformações nas práticas de saúde então vigentes, ao liderar movimentos para que a saúde fosse universal, e não somente voltada aos trabalhadores contribuintes com a previdência social, ou aos serviços filantrópicos e as campanhas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde que se restringiam a doenças específicas e, portanto, a uma população assistida direcionada.

Ainda na sua constituição, esse sistema enfrentou obstáculos advindos de uma época de ditadura militar brasileira, quando era incessante a repressão e opressão voltada para aqueles que iam contra ou mesmo que questionavam as práticas desenvolvidas, seja na saúde, educação ou mesmo em outras questões sociais e/ou econômicas. Em meio a esse campo surge a Reforma Sanitária, no início da década de 1970, para trazer a mudança na realidade da situação da saúde, desencadeando a origem de projetos institucionais que seguiam seus ideais voltados a uma saúde de ampla cobertura, que também atendesse as classes com menor poder aquisitivo que necessitavam de assistência à saúde para melhorar as condições de vida. O Sistema Único de Saúde (SUS) nasce em 1988 e tem sua implantação iniciada a partir de 1990 (Lei n.º 8.080), por meio de reivindicações da sociedade que participou de um processo em busca da saúde pública com qualidade e universal.

A origem deste sistema mostra que o Brasil passa a contar com um sistema de saúde com financiamento advindo de recursos públicos, como os impostos pagos pela sociedade. Além do SUS, o país conta com o sistema de saúde privado, cujo acesso implica o pagamento de consultas, a assistência de planos de saúde ou, ainda, contar com vínculos empregatícios que ofereçam convênios de saúde. A oferta dos serviços em saúde, desse modo, é condicionada a escolha entre público e privado.

Conforme Travassos (2000, p. 134), “A disponibilidade, o tipo, a quantidade de serviços e recursos (financeiros, humanos, tecnológicos), a localização geográfica, a cultura médica local, a ideologia do prestador, entre outros, são aspectos da oferta [...]”. Assim, a oferta em serviços de saúde inclui a disponibilidade dos serviços de saúde, bem como dos recursos, sejam eles humanos, financeiros ou tecnológicos. Nessa perspectiva, incluem-se os diferentes médicos, especialistas e profissionais de saúde, os tipos de exames, os recursos tecnológicos, a quantidade de internações e consultas, a localização geográfica dos estabelecimentos, equipamentos e profissionais de saúde. Todos esses fatores envolvem uma rede de oferta de serviços de saúde distribuídos em um território social.

A análise da distribuição espacial de equipamentos e de profissionais de saúde pode ser realizada através do mapeamento, assim como a ocorrência de doenças. Já em 1854, John Snow estudou a distribuição espacial do cólera, mapeando os óbitos pela doença e os poços de água, num estudo de grande importância social, pois identificou o poço contaminado e indicou seu isolamento, contribuindo para a redução da ocorrência da moléstia (JOHNSON, 2008). A partir da década de 1970, nos Estados Unidos da América – EUA, os mapeamentos na ciência geográfica passam a utilizar das geotecnologias, que conforme Rosa (2005, p. 81), “são o conjunto de tecnologias para coleta, processamento, análise e oferta de informação com referência geográfica”, através das quais se obtêm mapas para compreensão espacial das áreas de estudo.

As geotecnologias são muito utilizadas nos estudos de Geografia da Saúde para o conhecimento da situação de saúde de regiões. A Geografia da Saúde ainda realiza estudos que possuem temáticas voltadas ao processo saúde/doença, à promoção da saúde, distribuição de enfermidades, prevenção da saúde, saneamento urbano, à políticas públicas e outros, o que retrata a interdisciplinaridade da ciência geográfica com outras áreas do conhecimento. Guimarães (2015) pontua a importância dos estudos conjuntos de pesquisadores das mais variadas áreas do conhecimento, como da Epidemiologia, Geografia, Ciências Sociais e outros, para que se estabeleça projetos em rede que subsidie políticas de saúde que envolvam a ciência, inovação e tecnologia.

Guimarães (2015, p.11) completa que “[...] um dos compromissos primordiais da Geografia da Saúde no Brasil é contribuir para a consolidação da política nacional de saúde (SUS) e a redução das desigualdades sociais”. Os geógrafos, cada vez mais, dedicam-se a pesquisas sociais, pois se preocupam com a vida humana. Guimarães (2015, p. 42) entende

que esta também pode ser uma tarefa realizada pela Geografia da Saúde, ao afirmar: “Entendemos que a Geografia da Saúde é uma geografia preocupada com a vida das pessoas, uma Geografia que tem o lugar de cada um como ponto de partida para olhar o mundo [...]”. Essa reflexão permite a compreensão desta pesquisa, por tratar de um tema de relevância social que subsidiará conhecimento a população sobre o SUS e sua dinâmica na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais. Além disso, ela poderá auxiliar na implantação de políticas públicas naqueles espaços com maiores necessidades.

Os dados do PNUD; IPEA; FJP (2013) revelam que a região em estudo conta com baixos indicadores socioeconômicos, com significativo percentual de pobres e baixa expectativa de anos de estudo, portanto, esta necessita de investimentos governamentais para que a população alcance melhores condições de vida.

A macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais possui Montes Claros como polo macrorregional. Diante do fato deste município ter sediado uma experiência concreta de um sistema de saúde que preconiza o SUS, ainda na década de 1970, interessa investigar como esse sistema se organiza na região. Nesse contexto, alguns questionamentos constituem a problematização da pesquisa: como ocorre a distribuição espacial da oferta de serviços de saúde do SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais? Como ocorre o fluxo de internações desse sistema na Macrorregião? Qual a dinâmica de organização dos fluxos de internações pela Central de Regulação de Leitos? Quais os progressos e desafios do SUS?

Este trabalho objetiva analisar a oferta de serviços de saúde e os fluxos de internações do SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais. De forma específica, pretende-se mapear a oferta de serviços de saúde do SUS na macrorregião, identificar os fluxos de internações, conhecer a dinâmica de organização desses fluxos pela Central de Regulação de Leitos e refletir sobre os progressos e desafios do SUS na referida região.

O caminho metodológico para construção desta pesquisa deu-se inicialmente por meio da pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica, com a utilização de autores que discutem a implantação do SUS, sua configuração atual, os programas institucionais, a oferta de serviços de saúde, redes e desafios do SUS.

Posteriormente, foram coletados dados da oferta dos serviços de saúde no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Esses dados constituem três grupos: estabelecimentos de saúde, profissionais de saúde e equipamentos de saúde. Tendo em vista que são vários os estabelecimentos, profissionais e equipamentos de saúde, foram selecionados alguns tipos dentro de cada grupo. Dessa forma, em estabelecimentos de saúde, a coleta de dados foi referente à quantidade de hospital geral, pronto socorro geral, unidade básica de saúde e posto de saúde. Em profissionais de saúde, foram coletados a quantidade de médico clínico, pediatra, ortopedista/traumatologista e infectologista, e em equipamentos de saúde foram selecionados os dados de ultrassom convencional, raios X (de até 100 ma, de 100 a 500 ma e mais de 500 ma), eletrocardiógrafo e tomógrafos.

A coleta de dados no DATASUS foi realizada com base no período disponível mais recente, dezembro de 2017, e permitiu o conhecimento da oferta de serviços de saúde na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais. Esses dados foram organizados em uma planilha no *software Excel* que subsidiou a manipulação e organização desse banco de dados. Outra coleta de dados no DATASUS foi realizada para conhecer a quantidade de leitos hospitalares disponíveis em Montes Claros. Também foram coletados dados no Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil referentes às condições socioeconômicas de alguns municípios, para uma leitura das macrorregiões de saúde do Estado de Minas Gerais e de municípios pertencentes à macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais.

Após essa fase, foram levantados dados de internações do SUS nos hospitais de Montes Claros, polo macrorregional. Buscou-se identificar o município de residência do paciente¹, diagnóstico e a clínica/especialidade médica a qual o paciente foi direcionado. A coleta foi referente ao ano de 2017, do dia 1º/1/2017 a 31/12/2017, em internações de eletiva e urgência. Os dados foram disponibilizados pela Central de Regulação de Leitos de Montes Claros/MG e englobaram os seis hospitais existentes da cidade: Hospital Santa Casa de Montes Claros, Hospital Universitário Clemente de Faria (HUCF), Hospital Aroldo Tourinho, Hospital Dilson Godinho, Hospital Prontosocor de Montes Claros e o Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira. Importante ressaltar que o Alpheu Gonçalves

¹ Saito et al (2013, p. 182) diferenciam os termos usuário, paciente e cliente e expõem que “[...] indiferentemente do termo a ser empregado na prática do cuidado, é importante ressaltar que os conceitos comuns de respeito à autonomia e serviços de saúde como um direito devem ser considerados [...]”. Nesse sentido, a presente pesquisa adotou o termo paciente partindo do respeito no cuidado e da humanização, desprezando qualquer significado negativo do termo direcionado as pessoas que recorrem aos serviços de saúde.

de Quadros não entrou na pesquisa, pois ele é uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e não recebe internações. Os dados disponibilizados pela Central de Regulação de Leitos subsidiaram a análise dos fluxos de internações do SUS oriundos dos municípios que compõem a macrorregião para Montes Claros. Partiu-se de uma análise origem-destino entre o município de residência e o município de internação do paciente. Montes Claros foi escolhido como município de internação por se configurar como um polo macrorregional e por dispor da concentração de serviços de saúde, o que permite o fluxo intenso de pacientes para internação advinda dos demais municípios da região. Além dos dados disponibilizados, foi realizada coleta de informações na Central de Regulação de Leitos com o objetivo de conhecer a dinâmica do serviço realizado pela central.

Após a coleta de dados, foram confeccionados os mapas, utilizando o software *ArcGIS 10.2*, licenciado pelo Laboratório de Geoprocessamento da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Foram realizadas visitas a campo, em junho de 2018, em alguns municípios da macrorregião que apresentaram destaques para algumas situações em saúde. Montes Claros foi escolhido devido aos fatos de apresentar a melhor oferta de serviços de saúde da macrorregião, pela função de polo macrorregional e pela centralidade que a cidade exerce em saúde. A visita a Engenheiro Navarro ocorreu por esse município se encontrar entre aqueles que dispõem de menor oferta de serviços de saúde na macrorregião. Bocaiuva foi selecionado por ser o município responsável pelo maior fluxo de internações em Montes Claros. Em Santa Cruz de Salinas, houve coleta de informações por o município se encontrar entre os com menor fluxo. Os trabalhos de campo permitiram conhecer as unidades básicas de saúde (UBS), postos de saúde e hospitais dos municípios. Além disso, possibilitaram a coleta de informações para conhecer a realidade do SUS nesses municípios, os desafios e as possibilidades, numa perspectiva de análise qualitativa.

O texto final está estruturado em três capítulos, sendo que o primeiro traz um breve histórico da evolução da saúde pública no Brasil, de 1808 até 1988. Aborda sua estrutura, as características da saúde filantrópica e da desenvolvida pela Previdência Social. Enfatiza os três projetos institucionais com ideais da Reforma Sanitária Brasileira: o Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), o Projeto Montes Claros (PMC) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

O segundo capítulo enfatiza o SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais. Aborda a oferta dos serviços de saúde, que incluem os estabelecimentos, profissionais e

equipamentos. Traz uma leitura da oferta desses serviços que permitiu constatar as disparidades existentes entre os diferentes municípios que compõem a macrorregião.

O terceiro capítulo apresenta os fluxos de internações na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais, com base nos dados da Central de Regulação de Leitos. Além disso, traz a distribuição das internações por clínica, apresentando quais clínicas/especialidades médicas mais recebem internações. Os diagnósticos que englobam mais internações também são expostos. Ao final são apresentados os progressos e desafios do SUS, com base nas observações e estudos realizados.

1. ASPECTOS HISTÓRICOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Este capítulo traz um breve histórico da evolução da saúde pública no Brasil desde a chegada da Corte Portuguesa no país (1808) até a origem do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988. Aborda ainda as características da saúde subsidiadas pelas instituições filantrópicas e a desenvolvida pela Previdência Social. Enfatiza os principais projetos institucionais desenvolvidos com os ideais da Reforma Sanitária Brasileira.

1.1 A saúde brasileira antes da Constituição Federal de 1988

A história da saúde pública brasileira pode ser descrita desde a chegada da Corte Portuguesa no Brasil, no ano de 1808, quando se iniciou no Rio de Janeiro o controle sanitário. Conforme Escorel e Teixeira (2008), a partir da chegada da Corte no Brasil, a saúde pública passou a se desenvolver, quando foram criadas a Fisicatura-mor e a Provedoria-mor de Saúde, que neste período habilitavam o registro dos que trabalhavam para a saúde, sejam dos médicos e das parteiras. Também trabalhavam para assegurar a salubridade do ambiente por meio da fiscalização dos navios e controle nos portos, pois a mobilidade nesses lugares poderia trazer pessoas enfermas por doenças transmissíveis, o que poderia acometer o restante da população.

Ainda no princípio do século XIX, a realeza ordenou a criação de centros para formação de médicos, ou seja, as academias médico-cirúrgicas, que foram instaladas no Rio de Janeiro e na Bahia (CONASS, 2011). Escorel e Teixeira (2008) completam que, com a Independência do Brasil, vieram as primeiras faculdades médicas, através da criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, em 1829, modificada em 1831 para a Academia Imperial de Medicina, e dos cursos médicos da Bahia e Rio de Janeiro que, transformados em faculdades em 1832, passaram a fornecer diplomas para as parteiras, médicos e também farmacêuticos. Apesar desses avanços, a medicina realizada pelos profissionais que cursavam as faculdades não se expandia muito, pois a sociedade ainda recorria às pessoas comuns que trabalhavam com a saúde e que conseguiam a cura. Além disso, conforme o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011), o controle sanitário era desenvolvido por meio de mínimas ações voltadas a atender a capital do império, fato que permaneceu por aproximadamente um século.

Escorel e Teixeira (2008) apontam que, em meados do século XIX, algumas epidemias surgiram com mais intensidade, como a febre amarela e a varíola. Para mudar o cenário de epidemias, estabeleceu-se a Junta Central de Higiene Pública, entre 1849 e 1851. Essa junta atuava nas atividades sanitárias, vacinação e também na fiscalização dos serviços da medicina. Por se tratar da atuação do Estado no que se refere à assistência por partes dos médicos, Escorel e Teixeira (2008, p.336) pontuam que esta se limitava “à internação de doentes graves em lazaretos e enfermarias improvisadas, em tempos de epidemias, e à internação dos loucos no Hospício de Pedro II, criado em 1841, pelo poder imperial”. Serviços de assistência à saúde eram realizados por instituições filantrópicas, ou seja, a caridade, o amor ao próximo. As ações realizadas por alguns membros da sociedade eram evidentes, uma vez que efetuavam mudanças em seu meio para aqueles que possuíam menor poder aquisitivo e necessitavam da assistência à saúde. Sanglard e Ferreira (2014, p.74) completam sobre a filantropia:

No caso do Rio de Janeiro, capital federal, a relação entre médicos e filantropia resalta aspectos da cultura que se desenvolveu no período e que é um dos meios de entendermos a prática filantrópica que se estabeleceu na cidade. Nos cerca de 40 anos da Primeira República foram vários os exemplos de ações filantrópicas no Rio de Janeiro: o Instituto de Proteção e Assistência à Infância (Ipai, 1889); a Policlínica de Botafogo (1899); a Liga Brasileira contra a Tuberculose (1900); a Policlínica das Crianças (1909) e o Hospital São Zaccharias (1914), ambos obra da Santa Casa de Misericórdia carioca; a ação de Guilherme Guinle na criação do Hospital Gaffrée e Guinle (1924-1929) e do Hospital e Instituto do Câncer (1927-1936).

Carvalho (2013) revela que a filantropia brasileira era exercida por pessoas religiosas, que se preocupavam com a saúde dos indivíduos. A função do Estado não se modificava muito, atuando frente às epidemias, campanhas de vacinação e saneamento, (cita-se como uma dessas campanhas a da varíola), bem como no controle das doenças negligenciadas, ou seja, aquelas associadas a condições de pobreza.

O início do século XX apresentou-se com a situação sanitária instável no Rio de Janeiro, pois, nesse período, algumas graves doenças passaram a assolar a população, o que gerou problemas não só para o setor da saúde, mas também para o de comércio,

[...] No início do século XX, a cidade do Rio de Janeiro apresentava um quadro sanitário caótico, caracterizado pela presença de diversas doenças graves que acometiam a população, como a varíola, a malária, a febre amarela e, posteriormente, a peste. Esse quadro acabou gerando sérias consequências, tanto para a saúde coletiva quanto para outros setores, como o do comércio exterior, visto que os navios estrangeiros não mais queriam atracar no porto do Rio de Janeiro em razão da situação sanitária existente na cidade (CONASS, 2011, p. 12).

Frente a esse cenário, emergem novas ações em saúde no Brasil e há melhoria das condições sanitárias. Entretanto, estas eram resumidas ao controle de endemias, do saneamento urbano e também dos portos, como no século anterior. Essa época contava com a economia da exportação do café centrada no eixo agrário-exportador composto pelos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. As estratégias de atenção à saúde eram efetivadas por meio da vacinação, ações em higiene, notificações quanto à ocorrência de doenças, extinção de vetores e pelo isolamento de pessoas acometidas por moléstias. A varíola, febre amarela e peste bubônica tinham atenção especial pela sua recorrência em meio à população, entretanto, a melhoria das condições sanitárias relacionava-se a uma tentativa de êxito de uma política governamental, que visava trazer mão de obra estrangeira e permanecer com os trabalhadores já inseridos em suas funções (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002).

Este fato revela que, no princípio do século XX, novas ações em saúde foram inseridas para que o comércio do café não fosse prejudicado. Ressalta-se que esse período não diferiu muito do século XIX em cuidados com a saúde, sendo a maioria desenvolvida no Rio de Janeiro e agora em São Paulo. Os cuidados direcionavam-se essencialmente ao controle de endemias, dos portos e por meio do saneamento básico, ficando as ações em cuidado individual sob responsabilidade das pessoas que realizavam a filantropia.

No final dos anos 1920, em São Paulo, a hegemonia cafeeira já não era estável, necessitava do financiamento do Estado para ampliar áreas plantadas e para guardar excedentes, reservando estoques. Além disso, outros ramos da economia haviam se desenvolvido, como a indústria, que trazia novos produtos através de segmentos diferenciados, como o da metalurgia e química, por exemplo. Esse novo segmento industrial ocasionou a expansão da urbanização (CANO, 2015). Conforme Escorel e Teixeira (2008, p.357):

[...] o final da década de 1920 também se caracteriza como um período de profundas mudanças. Embora mantendo sua base agrária, o Brasil de então caminhava decididamente para a urbanização, já apresentando 20% da população vivendo nas grandes cidades. Esse adensamento urbano potencializou o desenvolvimento do movimento operário que, liderado por anarquistas e socialistas, colocou os problemas das camadas operárias na agenda nacional. Também foi responsável pela ampliação das camadas médias urbanas que, cada vez mais, demandavam uma política de cunho liberal, livre das mazelas patrocinadas pelas oligarquias dominantes. Por fim, as grandes cidades foram palco do surgimento do fenômeno político do tenentismo, movimento liderado pela jovem oficialidade militar que também pregava a modernização das estruturas da República.

O Brasil do fim de 1920 possuía a tendência de desenvolvimento de um país industrial, embora ainda agrário, e o aumento da população nas cidades foi impulsionado pelo novo setor que vinha se fortalecendo. Em meio à valorização das atividades industriais e da crise do café, ações em saúde pública foram acontecendo, como evidenciam a atuação de Carlos Chagas, na Diretoria Geral de Saúde Pública, a partir de 1921 (RISI JÚNIOR; NOGUEIRA, 2002). Esse órgão prestava assistência à saúde voltada para as epidemias e atuava na expansão de serviços de saúde, antes restritos ao Rio de Janeiro. Tratamentos e exames poderiam ser ordenados aos doentes, como em suspeitas de lepra, que contavam com o apoio da força policial para realização dos exames que diagnosticavam a doença, ou para o distanciamento dos enfermos.

Em 1930, o Brasil parte de uma economia agrário-exportadora para a urbano-industrial, pois o comércio do café enfrenta uma crise, e o país passa a se desenvolver com suas bases na indústria (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002). Marco também em 1930 foi o novo regime iniciado, o governo Vargas, que se atentava para a situação trabalhista brasileira e dava importância a questões sociais. O governo Vargas ergue-se sobre a saúde pública, mas também sobre a medicina previdenciária, pois criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), pela lei Eloy Chaves, para atender aos trabalhadores do ramo ferroviário. Surge, nesse momento, a previdência social brasileira. Mais tarde, as CAPs se transformaram nos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que reuniam os trabalhadores pelos tipos de atuação. Também ofertavam serviços médicos aos contribuintes. Os valores da previdência alavancaram a industrialização (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Ainda no ano de 1930 surge o Ministério da Educação e Saúde Pública. A gestão de Gustavo Capanema, nesse ministério, entre 1934 e 1945, considerou a saúde pública como política de Estado. O mesmo gestor implantou, a partir de 1937, uma reforma que propunha novos rumos para a saúde pública, adequando-se aos princípios estruturais do Estado Novo, alterando também o nome do ministério, que passou a ser Ministério da Educação e Saúde (MES). Outra reforma ocorreu no ano de 1941, “com a criação dos Serviços Nacionais, que verticalizaram as campanhas de combate a doenças específicas e às grandes endemias” (HOCHMAN, 2005, p.131). Através do MES, expandiu-se o setor de saúde, sendo delegacias de saúde instaladas para subsidiar cobertura a cada distrito do país. Criaram-se também as Conferências Nacionais de Saúde (HOCHMAN, 2005).

Em 1953, cria-se o Ministério da Saúde (HOCHMAN, 2005), que era responsável por subsidiar ações em saúde com o intuito de melhoria das condições de vida e saúde da população brasileira. Esse ministério desenvolvia estratégias que promoviam a saúde, bem como preveniam as doenças que pudessem acometer a sociedade. Ações básicas, como vacinação por campanhas, eram implantadas e redobrava-se a atenção dada às doenças mais frequentes.

O segundo governo do presidente Vargas, de 1951 a 1954, prosseguiu com a política desenvolvimentista, quando foram criadas algumas empresas, como a Companhia Nacional de Álcalis e usinas hidroelétricas, além da ampliação da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN). A rede de eletrificação e as rodovias também se expandiram, a indústria de exploração mineral e a de base foram protegidas pelo Estado. Na área da saúde pública, reinou a opinião do sanitarismo desenvolvimentista, dependente do desenvolvimento econômico do país (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). De acordo com Reis (2015, p. 296):

[...] uma das questões-chave das posições críticas do sanitarismo desenvolvimentista refere-se, como dissemos na introdução, às estratégias de ação alicerçadas no que se torna uma espécie de ideia-força do período, ou seja, o círculo vicioso da pobreza e da doença: a pobreza produzindo doença e a doença produzindo mais pobreza, em um processo de retroalimentação e amplitude descendente ou crescente, consolidando a perspectiva de que a saída para isto – a possibilidade de superação do quadro crítico da saúde pública – só se efetivaria por intermédio de uma aposta decidida no desenvolvimento e progresso econômico.

A ideia do sanitarismo desenvolvimentista visava à melhoria da saúde da população a partir da economia do país, pois a pobreza era peça fundamental para as condições de saúde precárias aliadas ao acometimento das pessoas pelas doenças. De acordo com Escorel e Teixeira (2008), essa corrente iniciou-se no segundo governo do presidente Vargas, tendo como importante figura Mário Magalhães da Silveira². Ainda segundo os autores, o sanitarismo desenvolvimentista “[...] consolidou-se e adquiriu um estatuto de orientação institucional do Ministério da Saúde até o golpe militar em 1964” (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 370).

²Mário Magalhães da Silveira (1905-1986) foi o principal mentor da corrente de pensamento conhecida como ‘sanitarismo desenvolvimentista’ que atinge seu momento de maior influência na III Conferência Nacional de Saúde. Crítico da adoção de modelos norte-americanos da organização sanitária, do centralismo e do verticalismo das campanhas sanitárias e da interferência dos organismos internacionais, o médico sanitarista defendia que por ser a saúde um problema de superestrutura dependia do desenvolvimento econômico industrial, além da necessidade imperiosa de municipalizar a saúde pública para atender as reais necessidades da população brasileira. Pioneiro do cruzamento de variáveis econômicas e demográficas ele pode ser considerado como o precursor da economia da saúde (SCOREL, 2015, p. 2453-2454).

O governo de Juscelino Kubitschek, compreendido entre 1956 e 1960, deu um salto rumo à expansão do desenvolvimento, o que subsidiou grandes transformações econômicas no Brasil. Até o momento desse governo, poucas iniciativas em saúde aconteciam na área rural, fato que foi alterado com a criação do Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), voltado para o controle e a eliminação de doenças. Nesse período, aconteceram alguns sucessos como a erradicação do mosquito transmissor da febre amarela e também da varíola. O departamento também atuou no controle da malária e da lepra (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Ainda de acordo os autores supracitados, o governo de Jânio Quadros (1961) não era populista como foi o de Vargas, pelo contrário, seu governo crescia na impopularidade, ao assumir atitudes contrárias aos anseios da população, como o congelamento de salários. Em agosto de 1961, Jânio Quadros renuncia ao poder. De acordo com Scorel e Teixeira (2008, p. 378), “[...] Há duas versões para seu ato: teria sido deposto pelo comandante-chefe do Exército, general Cordeiro de Farias, ou teria renunciado com esperanças de voltar nos braços do povo, dessa forma, controlando o Congresso Nacional”. Com o fim do Governo Jânio Quadros, seu vice, João Goulart, toma posse em 1961, mesmo com a oposição dos militares (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Wilson Fadul, Ministro da Saúde no governo de João Goulart, solicitou a 3ª Conferência Nacional de Saúde, embasado na Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, que regulamentava a realização de Conferências Nacionais de Saúde. Assim, em 1963, ocorreu, no Rio de Janeiro, a 3ª Conferência que analisou a situação sanitária do país no intuito de atender as necessidades em saúde da população brasileira (BRASIL, 1992). Nessa Conferência foi sugerida a municipalização dos serviços de saúde, a partir da qual os projetos voltados à cobertura de serviços de saúde iriam do atendimento básico ao serviço médico-hospitalar especializado.

O governo João Goulart foi deposto em 1964 por meio de um movimento político que marcou o início da ditadura militar no Brasil. Os dez primeiros anos da Ditadura Militar no país contaram com três presidentes: Humberto Castelo Branco (1964-1967), Marechal Costa e Silva (1967-1969) e General Emílio Médici (1969-1974). Conforme Scorel (2008, p. 388-389):

O saldo dos dez anos de regime militar foi a concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos, o colapso dos serviços públicos de transporte e de saúde, enfim, as precárias condições de vida de uma grande parcela das populações urbanas [...]. Durante toda essa primeira década do regime autoritário-burocrático, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde, caracterizado pela preponderância da lógica e do modelo da previdência social sobre o Ministério da Saúde, que foi enfraquecido normativa e financeiramente. Essa preponderância foi construída a partir da concentração de recursos na esfera da previdência social. A primeira medida foi a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que significou a centralização administrativa e financeira e a uniformização dos benefícios para todos os trabalhadores segurados.

O trecho supracitado revela o modelo previdenciário da saúde ganhando forças, concentrando recursos e o Ministério da Saúde enfraquecido financeiramente. A medicina se ampliava nas bases capitalistas e na concentração de capital. Mostra também que se expande a medicina previdenciária para além do ramo ferroviário, onde todos os trabalhadores segurados passam a contar com a saúde previdenciária. Até então, as ações em saúde pública eram limitadas as campanhas de vacinação, ações em higiene e agora aos trabalhadores contribuintes com a previdência social. Desse modo, a população não contribuinte só possuía acesso à saúde pela caridade ou mesmo quando tinha campanhas de vacinação universais a toda população. Esse quadro mostra que os contribuintes com a previdência social tinham acesso diferenciado a saúde, contando com os serviços médicos que na época eram oferecidos, como as consultas médicas e exames.

O Ministério da Saúde (MS) desenvolvia apenas ações com vistas à saúde pública, voltadas às campanhas de vacinação e de controle a enfermidades específicas. Conforme o CONASS (2011), os orçamentos da saúde pública eram baixíssimos, correspondendo a menos de 2% do Produto Interno Bruto (PIB). A população que era residente em regiões metropolitanas vivia com as condições sociais básicas deficitárias, o que permitia o aumento da mortalidade. Esse período também proporcionou um retrocesso devido ao fechamento de centros de pesquisa e a aposentadoria compulsória de pesquisadores, por ser um período político repressivo.

Em situação diferente a do Ministério da Saúde, a previdência social se expandia. Nos anos de 1970, a previdência social inseriu outros trabalhadores para contar com os benefícios previdenciários. Além dos trabalhadores urbanos, são incluídos os trabalhadores rurais, as domésticas, os autônomos, trabalhadores temporários e também jogadores de futebol na categoria profissional. Os trabalhadores rurais, mesmo sem contribuir com o sistema,

passariam a ter direito de receber o benefício do seguro social, o que alterava o modelo que vigorava da assistência previdenciária para os contribuintes. A previdência social passa, assim, a redistribuir os benefícios aos trabalhadores, de modo que os contribuintes urbanos passam a arcar com as novas despesas inseridas (BATICH, 2004). As categorias ainda não contempladas com essa alteração da previdência, como os que não possuíam vínculo empregatício, recorriam à filantropia, programas de saúde – como da tuberculose, hanseníase e materno-infantil se enquadrassem nestes –, ou arcavam com consultas particulares, caso tivessem condições financeiras (ESCOREL, 2008).

O CONASS (2011) evidencia que movimentos sociais se articulavam para obter mudanças na área da saúde. Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) elaboravam “conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias” (CONASS, 2011, p. 18). Além disso, eles tornaram-se indispensáveis a partir da Lei da Reforma Universitária (1968), que integrou a medicina preventiva no currículo das academias.

Arouca (2003) pontua que a medicina preventiva que se constituía teria que ser realizada na prática dos médicos e que seu desenvolvimento estaria presente na formação científica desse profissional. O referido autor (p.132) acrescenta que “[...] a mudança no ensino médico representava a estratégia fundamental para o desenvolvimento de uma atitude preventivista [...]”. Na tentativa de desenvolver a medicina preventiva, realizaram-se muitos congressos nacionais e internacionais, além de seminários sobre a temática, alguns deles aconteceram antes do início do pensamento preventivista brasileiro, por este modelo ter se difundido anteriormente em outros países (Quadro 1).

Quadro 1- Características do ensino da Medicina Preventiva, segundo os Seminários de Tehuacan e de Viña Del Mar (1955-1956), promovidos pela OPS/OMS

	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Objetivos do ensino de Medicina Preventiva	Dar a oportunidade ao estudante para adquirir os conceitos e métodos de atenção integral ao indivíduo e sua família, ajudando-os a alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou doenças. Criar no futuro médico a consciência da função social de sua profissão, estimular no estudante o interesse nas atividades coletivas relacionadas com a saúde e fomentar as boas relações dos futuros médicos com as autoridades sanitárias.	Dar ao futuro médico uma compreensão sobre os alcances e possibilidades da prevenção, motivando uma mudança de atitude para um conceito mais integral da medicina. Deve proporcionar as noções fundamentais, as normas e as técnicas para proteger e fomentar a saúde dos indivíduos, a fim de que as incorpore à prática diária.
Visão do Homem	Entender o homem como unidade social, tendo em conta suas inter-relações com o meio ambiente, seja físico-químico, biológico, psicológico ou social.	Entender o homem como unidade biológica que está integrada em uma família, e esta, por sua vez, em uma sociedade.
Disciplinas Componentes	Ecologia, Estatística, Epidemiologia, Higiene Materno-Infantil e Escolar. Problemas de Alimentação e Nutrição, Higiene Mental e Ocupacional, Saneamento Ambiental, Educação Sanitária, noções gerais sobre problemas e recursos médico-sociais, econômicos e culturais da região e do país. Organização da Comunidade e Administração Sanitária.	Bioestatística, Epidemiologia, Saneamento, Problemas médico-sociais da família, da comunidade e do país, Antropologia Social e Ecologia, Educação Sanitária, Medicina Ocupacional, Conhecimentos das Organizações Sanitárias e Assistenciais.

Fonte: AROUCA, 2003.

Adaptação: LAUGHTON, 2017.

Os seminários supracitados mostravam que o estudante de medicina deveria ser formado através de padrões éticos que envolviam uma responsabilidade social voltada para a medicina preventiva. Outra ideia reinante nos seminários seria o homem como um ser social que se relaciona com os demais membros da população. Várias disciplinas aliadas à ciência geográfica e da saúde compunham a medicina preventiva e estavam aptas a desenvolvê-la, como a Ecologia, Saneamento Ambiental, Epidemiologia, Saneamento e Educação Sanitária.

Scorel (2008) aborda que a medicina preventiva recebeu estímulos da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), sendo as ciências sociais também engajadas na investigação dos problemas de saúde. A Opas também trouxe aos países latino-americanos a medicina comunitária voltada ao atendimento da população com menor poder aquisitivo. Até o ano

de 1970, muitos programas de medicina comunitária ligavam-se aos DMPs e atuavam na formação dos médicos. Os programas de prática de saúde no âmbito dos DMPs eram experimentais, mas podiam atender a grande demanda de população que necessitava da assistência à saúde. Mais tarde, essas experiências modificaram a saúde pública, inserindo modelos alternativos de atenção à saúde, o que serviu para se pensar no sistema de saúde da década seguinte. Escorel (2008, p.196) esclarece sobre a medicina preventiva:

Em alguns DMPs, principalmente no Estado de São Paulo, questionaram-se o ideário preventivista e sua sustentação filosófica (a sociologia funcionalista), por serem inadequadas ou insuficientes para analisar e transformar a realidade sanitária do país. Alternativamente, construiu-se uma ‘teoria social da saúde’ a partir da abordagem histórico-estrutural, materialista, marxista [...]. Esse novo enfoque considera o caráter político da área da saúde e a determinação social no processo saúde-doença.

No final da década de 1960 e início da década de 1970, época do autoritarismo repressivo no Brasil, inicia-se um pensamento médico-social. Os DMPs adotavam a abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde³ para análise do processo saúde/doença. (ESCOREL, 2008). A teoria social da medicina, conforme Escorel (2008, p. 397):

[...] adotou como conceitos básicos a determinação social da doença, a historicidade do conceito saúde/doença, o processo de trabalho, o poder médico e a medicalização. Como conceitos estratégicos, a abordagem médico/social adotaria a prática política e a consciência sanitária como parte da consciência social, visando, a partir dessa prática, a uma transformação social. Buscando um relacionamento entre a produção do conhecimento e a prática política, as bases universitárias - a academia - tomaram o campo das políticas públicas como arena privilegiada de atuação e, nesse sentido, o movimento sanitário começou a constituir-se como tal.

A abordagem médico/social, desse modo, buscava uma consciência sanitária por parte da sociedade para que fosse real a transformação social. As doenças variavam de acordo com a classe social. O movimento sanitário nasce, assim, das modificações realizadas no campo da saúde, cuja medicina emerge aliada ao social. Nesse movimento, os profissionais de saúde buscavam alterações na saúde brasileira, quando haveria melhores condições de vida/saúde da população.

No governo do presidente Geisel (1974-1979) surgiram espaços institucionais que atuaram no desenvolvimento do movimento sanitário dando-lhe suporte, como a Financiadora de

³ A abordagem histórico-estrutural dos problemas de saúde significa a adoção da teoria do materialismo histórico e dialético, do marxismo, para analisar os processos de saúde e de adoecimento em uma determinada sociedade. Isso envolve considerar a determinação da infraestrutura econômica na distribuição desigual das doenças entre as classes sociais (ESCOREL, 2008, p. 394).

Estudos e Projetos (Finep), o setor de saúde do Centro Nacional de Recursos Humanos do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (CNRH/IPEA) e o Programa de Preparação Estratégica de Pessoal da Saúde da Opas (PPREPS/Opas). Esses espaços institucionais “articularam uma rede de sustentação de projetos e pessoas, financiando pesquisas, contratando profissionais, promovendo a articulação com as secretarias estaduais de Saúde, elaborando propostas alternativas de organização dos serviços de saúde [...]” (ESCOREL, 2008, p.402). Eles, portanto, impulsionaram o movimento sanitário no seu desenvolvimento. Em meio a essas realizações do movimento sanitário, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) formulava planos que, em primeira instância, pareciam saudáveis a toda a população, como a tentativa de universalização do atendimento médico de emergência pelo Plano de Pronta Ação (PPA), criado em 1974. Entretanto, as propostas do PPA eram ilegais e beneficiavam empresas médicas, fato constatado a partir do crescente número de internações desnecessárias realizadas (ESCOREL, 2008).

Conforme a referida autora, além das instituições que surgiram articuladas ao movimento sanitário, houve o nascimento de projetos, na segunda metade da década de 1970, que possuíam princípios da Reforma Sanitária. O Plano de Localização de Serviços de Saúde (Plus), o Projeto Montes Claros (PMC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) traziam inovação por serem alternativos ao sistema de saúde então vigente.

1.1.1 Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS)

A princípio, pode-se dizer que poucas são as referências encontradas que trazem o PLUS (ESCOREL, 1999) e as datas de sua concepção divergem entre si, sendo 1975, 1976 e 1977 para Escorel (1999), Pêsoa (2005) e Vasconcellos (1998) respectivamente. De qualquer modo, todas se conciliam na década de 1970. Segundo Pêsoa (2005), o PLUS foi idealizado por grupos de profissionais e instituições que se uniram para sua articulação, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS)/Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e a Secretaria de Planejamento (SEPLAN)/Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA).

Esse plano, voltado para a localização dos serviços de saúde, “enfoca a regionalização e a extensão de cobertura às populações urbana e periférica das grandes regiões metropolitanas do país” (PACÚ; TEIXEIRA, 1979, p.377). Os princípios desse modelo de regionalização tinham como objetivos:

- 1- Dar prioridade e intensificar as atividades de saúde que proporcionem maiores benefícios por mais baixo custo;
- 2- A racionalização dos recursos físicos, humanos e materiais existentes;
- 3- Atender as necessidades reais da população;
- 4- A hierarquização de serviços em grau de complexidade crescente;
- 5- A integração de atividades prestadas por Instituições de saúde e a universalização da assistência à saúde (PACÚ; TEIXEIRA, 1979, p. 377).

Esses princípios eram estudados por grupos de trabalho (GTs) multidisciplinares que desenvolviam e pensavam o PLUS. De acordo com Pêsoa (2005), esses GTs eram compostos por sanitaristas, geógrafos, urbanistas, economistas, enfermeiros, arquitetos e jornalistas. Pêsoa (2005) chama a atenção pelo trabalho realizado pelo GT de Regionalização Médico-Assistencial, que objetivava desenvolver a proposta de regionalização do PLUS para todos os estados do Brasil. Ainda conforme a autora, esse GT traçou uma metodologia para a melhor disposição territorial pensando nas dimensões de:

- ❖ Estruturação dos sistemas viários existentes à época, buscando as possibilidades de acesso físico;
- ❖ Organização das microrregiões homogêneas preconizadas pelo IBGE;
- ❖ Organização, já regionalizada e descentralizada, das agências do INPS no país;
- ❖ Estudo Piloto, que envolve o Nível de Desenvolvimento dos Municípios, expresso por dez variáveis, das quais cinco quantitativas – identificando o nível de urbanização e infraestrutura de serviços do município – e cinco qualitativas – abrangendo indicadores epidemiológicos e de qualidade de vida da população daquele município. A combinação dessas dez variáveis expressa o nível de desenvolvimento daquele município face ao conjunto de municípios do estado (PÊSSOA, 2005, p. 71).

Ainda de acordo com a autora supracitada, os profissionais dos GTs escolheram um estado que serviria para piloto, a Paraíba, e um estado para iniciar o projeto, o Rio Grande do Sul, entretanto, conforme Escorel (2008), os resultados do PLUS não passaram de teóricos. O PLUS foi pensado para projetar a amplificação de recursos físicos de saúde da previdência social, que num primeiro instante teria abrangência nacional, mas que se readequou para atender as nove regiões metropolitanas. As etapas do PLUS foram três: a primeira deu-se pela constituição de um grupo de trabalho em 1975; a segunda em um acordo com o IPEA, entre 1976 e 1978; e a terceira, em uma tentativa de ligar-se, cada vez mais, na previdência em 1978 e 1979.

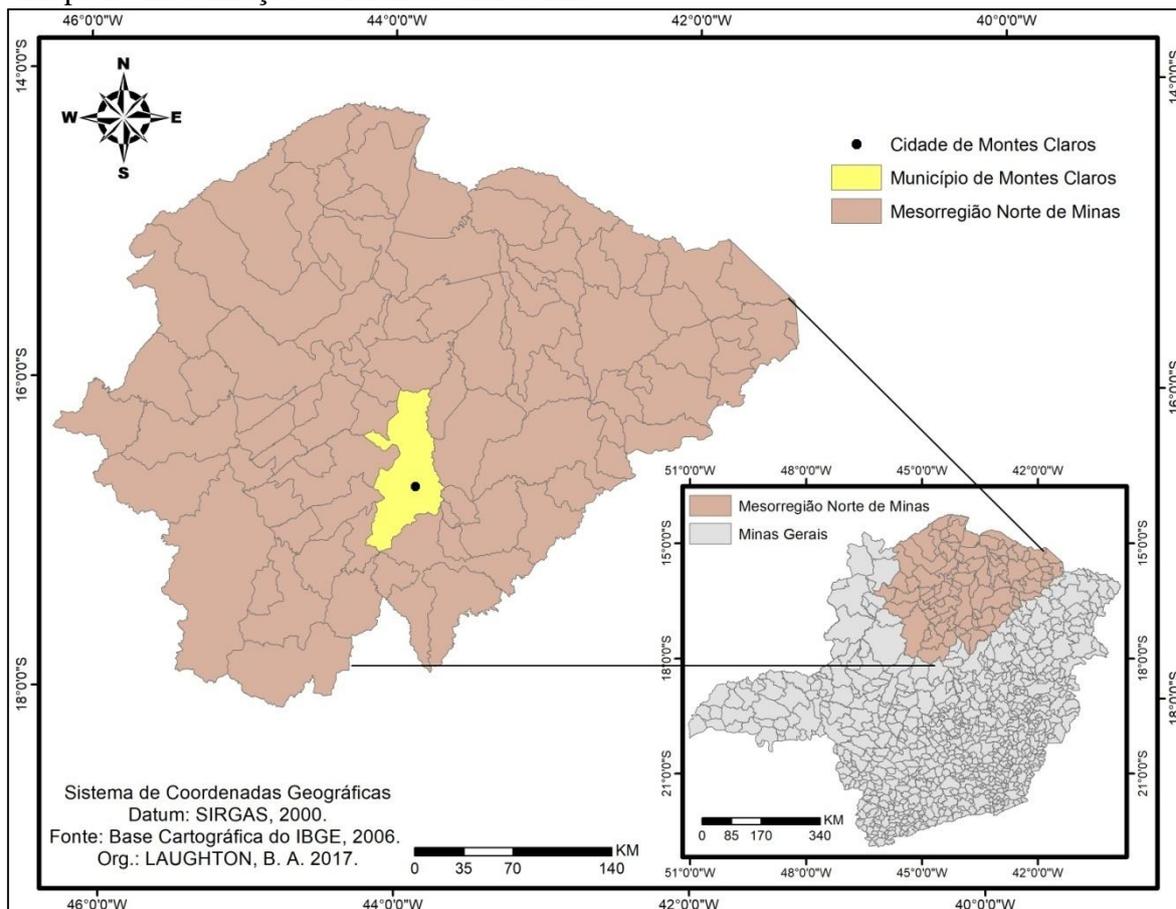
Embora os resultados não tenham passado de teóricos, Escorel (1999, p. 145) ressalta “[...] a importância do PLUS como projeto institucional experimentado pelo movimento sanitário. Foi o primeiro projeto em que um grupo de saúde pública atuou na assistência médica previdenciária e manteve-se como grupo, embora por pouco tempo”. Essa expressão mostra que mesmo os resultados do PLUS não tendo atendido a proposta inicial, de um plano operacionalizado, possuiu grande relevância no que tange a experiência de profissionais de saúde pública, baseados nas propostas do movimento sanitário e, por isso, constituiu um projeto que merece ser destacado.

1.1.2 O Projeto Montes Claros (PMC)

Uma das diferenças entre a proposta deste projeto (PMC) e do anterior (PLUS) encontra-se na operacionalização do PMC, por este ter sido uma experiência concreta (ESCOREL, 1999). De acordo com Pêsoa (2005), o atual município foi denominado de Arraial das Formigas (1768), depois Arraial de Nossa Senhora da Conceição e São José das Formigas, posteriormente Vila de Montes Claros das Formigas (1831) e, por fim, cidade de Montes Claros no ano de 1857.

Tratando-se dos profissionais da área da saúde, o estudo de Pêsoa (2005) evidencia que Manoel Hipólito de Palma veio para o município de Montes Claros, entre 1834 e 1835, enquanto esse ainda se chamava Vila de Montes Claros das Formigas, para exercer a função de cirurgião por meio de uma licença que o fazia apto para o cargo. Somente em 1847 o primeiro médico formado veio para a vila, o Dr. Carlos Versiani (PÊSSOA, 2005). O município de Montes Claros, que designa este projeto, situa-se na Mesorregião Norte de Minas (MAPA 1).

Mapa 1 - Localização de Montes Claros/MG



O Programa de Serviços Integrados de Saúde para o Norte de Minas, ou mesmo o Projeto Montes Claros, denominado posteriormente, surgiu quando um pastor americano, Leslie Charles Scofield Jr, veio para a região Norte de Minas para uma missão de evangelização na década de 1960 (SANTOS, 1995; SILVA et al, 2014). Conforme Silva et al (2014), durante sua missão, o pastor fazia o trajeto de Pirapora/MG a Juazeiro/BA nas margens do Rio São Francisco, percurso no qual eram marcantes as características dos problemas de saúde da população que eram identificadas por Scofield e sua esposa, ambos enfermeiros nos EUA. O pastor, sua esposa e sua equipe começaram a realizar assistência em saúde para a população ribeirinha. De acordo com Santos (1995), essa população foi atendida em um barco por um período de seis anos, mas, depois desse período, Scofield volta aos EUA para realizar seu doutorado em Saúde Pública na Universidade de Tulane - New Orleans.

Scofield retratou a realidade da população ribeirinha com a qual teve contato ao seu professor, mostrando uma região com uma população de baixo poder aquisitivo, com escassa assistência à saúde e muitas mulheres jovens, porém com muitos filhos. Conforme Santos (1995), Joseph Beasley, o professor de Scofield, achou relevante sua pesquisa no

Brasil e o orientou em sua tese, em 1968, denominada de *A Proposal for a Rural Health Auxiliary Training Program Applicable to Rural Brasil*. Após isso, ambos quiseram implantar os estudos de Scofield no Brasil. De acordo com Escorel (1999, p.149):

Em 1971, criou-se o Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR) com o propósito de implantar no norte de Minas Gerais um programa de planejamento familiar que poderia significar um teste-piloto para um projeto continental. Para desenvolver o projeto de Montes Claros, em setembro daquele ano foi assinado um convênio entre o Governo do Estado, o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane (EUA) e a Fundação Universidade Norte Mineira, tendo como órgãos executores o IPPEDASAR, o Centro Regional de Saúde e a Faculdade de Medicina do Norte de Minas.

Desse modo, os investimentos provenientes dos EUA pela *United States Agency for International Development* (USAID) viabilizaram o surgimento do IPPEDASAR (SANTOS, 1995). Conforme Sobrinho (1984⁴ *apud* ESCOREL, 1999), o IPPEDASAR tinha o objetivo de implantar um programa para o planejamento familiar da região, que visava o controle da natalidade. Este seria um teste do que mais tarde poderia ser um projeto de ampla escala, mas um estudo realizado pelo instituto foi negado pela Secretaria de Saúde por ser considerado antinatalista. Conforme Machado (2014), o pastor Leslie Scofield era membro do IPPEDASAR. Essa instituição atuava para que os estrangeiros pudessem implantar o projeto de controle de natalidade e para que essa intenção não fosse amplamente divulgada. A instituição pregava que o seu interesse era uma maior organização voltada aos serviços de saúde, com ampla cobertura e menores recursos. O IPPEDASAR chegou ao seu término em 1973, por não dispor mais de investimentos para o seu desenvolvimento e por estar sob a desconfiança de corrupção (SOBRINHO 1984 *apud* ESCOREL, 1999). Sobre os recursos da USAID, Santos comenta:

É preciso considerar que a sua implantação em 1975 foi possível porque contava com grandes aportes de recursos financeiros internacionais (USAID), que estavam sendo negociados através do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, desde 1972 (Fase IPPEDASAR do projeto). Estes recursos foram destinados à construção da rede física de 40 postos de saúde numa área geográfica de 144.000 Km², aos equipamentos necessários para sua instalação e ao investimento em treinamento de 625 auxiliares de saúde, que foram recrutados massivamente para operar na rede (SANTOS, 1995, p.22).

⁴ SOBRINHO, D. F. **Autoritarismo e Política Social: os programas de ‘medicina simplificada’ no Brasil**. Belo Horizonte: Departamento de Ciências Políticas, Universidade Federal de Minas Gerais. 1984. Dissertação de Mestrado.

Após essa fase, o PMC foi engavetado e Francisco de Assis Machado foi convidado, em 1975, a coordenar a implantação do PMC, desta vez sem as intenções antinatalistas anteriormente propostas. O então coordenador teve ciência dos motivos pelo qual o projeto havia sido engavetado, além disso, teve acesso a um espaço criado para utilização do projeto, em associação com a Faculdade de Medicina de Montes Claros (FAMED) e da Secretaria Estadual de Saúde. Francisco de Assis Machado ficou descontente com a situação real da idealização do projeto inicial, pois acreditava que eram os próprios casais que deveriam controlar a quantidade de filhos (MACHADO, 2014). Nesse caso, para continuação do PMC “[...] depuramos o projeto de intenções contrárias às nossas e o transformamos em importante laboratório para a Reforma Sanitária Brasileira” (MACHADO, 2014, p. 124).

A época do PMC era de ditadura militar, e em Montes Claros havia o controle dos coronéis, a industrialização estava no princípio, encontravam-se na cidade várias pessoas com diferentes ideais, entretanto com vontade de algo novo, de modificação da realidade social do Brasil. Uma época conflituosa, mas que trazia consigo a tentativa de acessibilidade da saúde por meio da experimentação dos principais instrumentos do que se chamou de Reforma Sanitária (TEIXEIRA, 1995a).

A nova direção do PMC preocupou-se inicialmente em fazer parcerias políticas, com os prefeitos e vereadores da região. Posteriormente, foi pensado na ampliação do quadro de funcionários e realizado um levantamento dos equipamentos em condição de uso, bem como dos profissionais que ainda trabalhavam no Centro Regional de Saúde (CRS). O primeiro trabalho da equipe seria a vacinação da população do Norte de Minas, em uma campanha da Meningite B, que visava vacinar mais de 80% da população, em sua maioria na zona rural (MACHADO, 2014). Segundo esse autor, o desenvolvimento do projeto ia acontecendo:

Já de efeito a mais longo prazo, conseguimos a simpatia e o reconhecimento da seriedade de nosso trabalho por parte da população da Região, de suas lideranças políticas e civis e de instituições públicas como as Polícias Militar e Civil, dos representantes regionais e locais da Educação, etc. Parece importante ressaltar que a Campanha de Vacinação teve como produto mais importante para o Projeto a constituição de uma equipe de primeira linha e já bem reforçada e coesa por um espírito de corpo definido, condição absolutamente necessária à condução das atividades de maneira coerente com os propósitos e objetivos do mesmo (MACHADO, 2014, p. 131).

Após a constituição da equipe de trabalho foi adquirido o material necessário aos procedimentos. Iniciaram-se também os deslocamentos para conhecer a realidade regional, assim como os médicos e prefeitos. Um arquiteto ficou encarregado de conseguir residências que pudessem servir de Unidades de Saúde, os equipamentos para sua composição foram adquiridos. Dessa forma, os passos para atender as demandas iniciais do projeto constituíam na construção dos postos de saúde, em parceria com os prefeitos, na obtenção de equipamentos, na sua distribuição entre as unidades de saúde, na contratação e treinamento dos profissionais de saúde e o acompanhamento do funcionamento da estrutura de saúde (MACHADO, 2014).

Conforme Escorel (1995) o PMC foi um dos projetos iniciais que contavam com um modelo diferenciado de arranjo dos serviços de saúde. “[...] O projeto MOC demonstrou a exequibilidade das propostas do movimento sanitário e a capacidade de se articular politicamente para a sua manutenção [...]” (ESCOREL, 1995, p. 151). A articulação do projeto com sanitaristas renomados foi presente, conforme Machado (2014), Montes Claros recebia visitas de Sérgio Arouca, Sônia Fleury e outros. Segundo Teixeira (1995b, p. 252):

Foi, no entanto, no Norte de Minas que se desenvolveu aquele projeto que mais claramente pode ser identificado com as origens institucionais da Reforma, na medida em que foram ali lançados os germens que resultariam posteriormente no arcabouço institucional que foi denominado Sistema Único de Saúde: a unificação dos prestadores públicos em um sistema universalizado, regionalizado e descentralizado, com participação da comunidade na gestão da política pública.

A autora revela que o PMC foi um dos espaços institucionais que iniciou a Reforma Sanitária. Esse projeto serviu para idealização do SUS, já que constituía em uma prática experimentada de alternativa em sistema de saúde. O PMC foi de grande relevância para época, para a população atendida por ele e para a população de todo território brasileiro que hoje conta com o Sistema Único de Saúde (SUS). O projeto contou com a participação de pessoas que formulavam práticas em saúde para a população da região e, conforme Escorel (1995, p. 146), “[...] Essas pessoas e essas experiências, em contato com outras pessoas e experiências, ao final da década haviam se articulado de forma a construir o movimento de pessoas e ideias que chamamos de movimento sanitário”. O PMC, dessa forma, constituiu um palco de suma importância para a Reforma Sanitária.

De acordo com Escorel (1999), o PMC foi incorporado ao Programa de Interiorização de Ações de Saúde e de Saneamento (PIASS), quando, a partir do ano de 1978, este passa a

arcar com os investimentos do projeto no lugar da USAID. Francisco de Assis Machado, coordenador do PMC, foi convidado pelo Ministério da Saúde para assumir a frente do PIASS, proposta parecida a desenvolvida em Montes Claros, mas que se direcionava a toda área de atuação da SUDENE. O Francisco, então, passa a coordenar o PIASS com uma proposta de prosseguimento do PMC.

1.1.3 Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)

O PIASS, constituído no movimento sanitário, foi um projeto que surgiu a partir da experiência concreta do PMC e pode ser considerado como sua expansão (ESCOREL, 1999). Pensado para atender a região Nordeste do Brasil, entre 1976 e 1979, esse projeto visava instalar unidades de saúde pública naqueles espaços da referida região que possuíam o máximo de 20.000 habitantes. O PIASS contava com os membros da própria comunidade para desenvolver as práticas sanitárias e a assistência individual à sociedade, efetivando assim a participação social local (SANTOS; PIERANTONI; SILVA, 2010).

O Decreto n.º 78.307, de 24 de agosto de 1976, aprova o PIASS na região Nordeste do país e estabelece suas diretrizes por meio do Art. 2º:

- I - ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;
- II - ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;
- III - desenvolvimento de ações de saúde, caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia;
- IV - disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;
- V - integração a nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;
- VI - ampla participação comunitária;
- VII - desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente.

O decreto em questão reafirma a participação da população das comunidades assistidas no decorrer do projeto, além disso, inclui as doenças endêmicas, transmissíveis e o atendimento especializado em seu âmbito. Ações em saúde fizeram parte de suas diretrizes, caracterizadas pelo baixo custo, mas que apresentavam a segurança de um bom resultado. Unidades de saúde foram implantadas em pontos ideais, substituindo as de caráter

itinerante. Assim, o funcionamento do PIASS dava-se a partir de níveis de assistência estruturados em rede (Quadro 2).

Quadro 2- As tipologias da rede PIASS

Porte do Município	Porte da Unidade	Nível de atuação	Caracterização da Assistência (as ações de saneamento básico e alimentação e nutrição estavam presentes em todos os níveis de atuação)
500 a 2.000	Mini Posto	Elementar	1ª fase: unidades muito simples operadas por pessoal local.
	Posto de Saúde	Elementar	2ª fase: unidades simples, com tecnologias simplificadas e operadas por duas auxiliares de saúde.
2.000 a 6.000	Posto de Saúde	Intermediário	1ª fase: ações diferenciadas, com alguns exames laboratoriais simplificados e operadas por mais de duas auxiliares de saúde.
	Centro de Saúde	Intermediário	2ª fase: unidades mais complexas, com atendimento médico e odontológico, além de atividades laboratoriais.
6.000 a 20.000	Centro de Saúde	De Apoio	Unidades mais complexas, com atendimento médico, odontológico, exames laboratoriais, supervisão e treinamento.
	Unidade Mista	De Apoio	Nas cidades de maior porte, à infra-estrutura do Centro de Saúde seriam acrescentados leitos de internação, que serviriam de referências para as unidades menos complexas.

Fonte: PESSÔA, 2005, p. 69.

O porte da unidade a ser instalada nos municípios variava de acordo com o número de habitantes da população local, de modo que, quanto menor o número de habitantes, a assistência era mais básica, possuindo ações mais complexas nos municípios que contavam com maior população. Dessa maneira, o porte da unidade variava entre miniposto e uma unidade mista, sendo esta dotada de melhor infraestrutura, por possuir leitos de internação que atenderiam também as unidades menos complexas.

Scorel (1999) esclarece alguns pontos do PIASS desde o seu princípio. Segundo a autora, ele foi desenvolvido para ser efetivado na região Nordeste, principalmente nos povoados (área rural) e nas vilas menores. A rede de serviços contaria com minipostos de saúde e saneamento, uso de mão de obra local e recursos provenientes do INPS para arcar com as despesas, mas “Desde o início, a atuação do PIASS abrangeu mais do que a Região Nordeste, estendendo-se pelo ‘Polígono das Secas’, que incluía, além dos oito estados do Nordeste, o Norte de Minas e o Maranhão” (SCOREL, 1999, p.168). A abrangência

maior do PIASS se deu a partir do decreto n.º 84.219, de 14 de novembro de 1979, que expandiu os serviços oferecidos pelo PIASS de 1980 a 1985.

A trajetória da saúde pública, desse modo, passa a ter novos rumos com o desenvolvimento dos três projetos – PLUS, PMC e PIASS – apresentados, que contribuíram para implantação do Sistema Único de Saúde pela Constituição Federal do Brasil de 1988.

1.2 A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS

Os três projetos apresentados – PLUS, PMC e PIASS – foram originados a partir do movimento sanitário e embasados em seus princípios. Eles traziam modelos alternativos de assistência à saúde, e se desenvolveram no interior de um período de intensa repressão no Brasil, na década de 1970, no regime militar brasileiro. O militarismo no Brasil contou com o General Figueiredo como último presidente militar. Conforme Escorel (2008), o governo Figueiredo (1979-1985) passou por crises econômicas, inflação, altos juros e taxas, dívida externa e instabilidade social, o que também gerou uma crise em âmbito social, marcada pelo desemprego, arrocho salarial e vários outros tipos de desigualdades que refletiam na vida das pessoas. Marco para o setor da saúde foi a crise da previdência em 1981 ocasionada por menores receitas. Os pensamentos sobre a diminuição dessas receitas se estruturavam em duas vertentes: havia aqueles que acreditavam que o motivo de fato seria o déficit de contribuições, pois o país encontrava-se com muitos desempregados, e aqueles que viam o problema pela estrutura médica que a previdência vinha levando, expandindo-se sem controle de despesas. No fim do governo Figueiredo, houve um movimento social, as “Diretas já”, em 1984, que clamava pelas eleições diretas à Presidência da República.

Ainda de acordo com a autora, devido ao adoecimento e falecimento de Tancredo Neves, José Sarney (1985-1990) o substituiu na presidência do país. Sarney buscou uma melhoria nas condições da crise social do país, ao tentar restaurar a democracia. A partir da Constituição de 1988, ocorrem as eleições diretas para presidente da república.

No campo da saúde, ocorreu a VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, com discussões embasadas na luta de pessoas que queriam a reforma do sistema de saúde que vigorava. Dobashi (2011, p.7), na apresentação do “Sistema Único de Saúde”, esclarece:

O Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente, ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania. O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos.

Desse modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi inserido através da Constituição Federal do Brasil de 1988. Essa implantação mostra que várias resistências políticas e sociais ocorreram até a chegada deste momento, quando a saúde pública dá um salto da caridade, filantropia, campanhista, de ensaios para a assistência previdenciária e após isso a um sistema de saúde⁵ gratuito e universal. A Reforma Sanitária e seus ideais foram de suma importância para essa concretização, assim como os projetos desenvolvidos embasados em seus princípios, com ênfase no PMC, por ser a primeira experiência concreta de projeto institucional de saúde alternativo. Os artigos 196, 197 e 198 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, Seção II da Saúde, dispõem:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Dessa forma, essa Constituição, vigente desde o ano de 1988, efetiva a política de saúde universal e garantida pelo Estado. Além disso, remete ao poder público a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde. Ainda estabelece as diretrizes do

⁵Sistema de Saúde: É o conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p.107).

serviço público de saúde, ou seja, a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, conforme Brasil (2003a, p. 12):

- ✓ Descentralização, com administração única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização das ações e serviços de saúde;
- ✓ Atendimento Integral, com definição das prioridades dentro de cada nível de atenção (básica, média e alta complexidade);
- ✓ Participação da Comunidade, por meio dos representantes que integram os Conselhos de Saúde.

Noronha, Lima e Machado (2008) discutem sobre a descentralização do SUS⁶ e pontuam a liberdade do governo estadual e municipal em direcionar as ações e os serviços de saúde necessários, de forma que seja palpável a democratização do sistema e que o governo federal, estadual e municipal possa responder aos problemas de saúde existentes em um território, levando em consideração as suas peculiaridades. Nesse sentido, Brasil (2002) já trazia que a implementação da descentralização do SUS envolve três fatores: as desigualdades acentuadas do Brasil, as especificidades dos problemas e dos desafios na saúde brasileira e as características do federalismo do país. As diretrizes do SUS se articulam com os seus pressupostos, como exposto na figura 1.

Figura 1 - Diretrizes e pressupostos do SUS



Fonte: BRASIL, 2003a, p. 12.

⁶A descentralização do SUS, conforme Noronha, Lima e Machado (2008, p.440) “[...] implica que governos estaduais e, principalmente, os municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde. Ela tem como propósito promover a democratização do processo decisório e aumentar a capacidade de reposta dos governos em relação aos problemas de saúde de uma dada comunidade”.

A figura 1 mostra as diretrizes do SUS integradas com seus pressupostos, que são a essencialidade, a universalização, a integração, a regionalização, a diferenciação, a autonomia, o planejamento, o financiamento e o controle, cada um definido no Quadro 3.

Quadro 3- Pressupostos do SUS

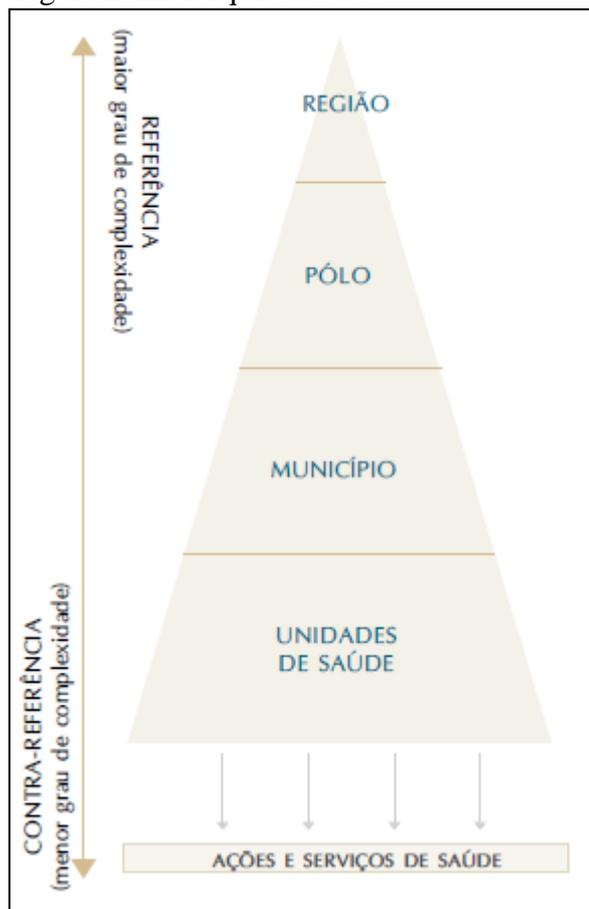
- ✓ Essencialidade, a saúde como direito fundamental do cidadão e como função do Estado;
- ✓ Universalização, a saúde como direito de todos;
- ✓ Integração, participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução;
- ✓ Regionalização, o atendimento realizado mais próximo do cidadão, preferencialmente pelo município;
- ✓ Diferenciação, a autonomia da União, dos Estados e dos Municípios na gestão, de acordo com as suas características;
- ✓ Autonomia, a gestão independente dos recursos nas três esferas de governo;
- ✓ Planejamento, a previsão de que os recursos da saúde devem fazer parte do orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo;
- ✓ Financiamento, garantido com recursos das três esferas de governo;
- ✓ Controle das ações e serviços de saúde.

Fonte: BRASIL, 2003a.

De acordo com Brasil (2002, p.16), “O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população [...]”. O SUS assegura assistência médica simples e de alta complexidade, realiza o tratamento de pacientes com doenças específicas, como câncer, HIV e doenças renais crônicas. O SUS também realiza desde internações básicas a mais complexas, chegando a concretizar internações para cirurgias de transplantes de órgãos. Esse sistema constitucional brasileiro, de caráter universal, trata a saúde como direito da cidadania da população (BRASIL, 2002).

Uma das características do SUS parte da hierarquização desse sistema, ou seja, os serviços de saúde caminham do menor grau ao maior grau de complexidade, de modo que os serviços de menor grau são realizados próximos ao domicílio do paciente, e em caso do problema de saúde ser complexo, o paciente é encaminhado para o atendimento médico especializado, conforme a Figura 2 (BRASIL, 2003a).

Figura 2- Hierarquia do SUS



Fonte: BRASIL, 2003a, p. 11.

Dessa forma, as ações e serviços de saúde do SUS são realizados pelas unidades básicas de saúde, em caso de menor complexidade; em clínicas de pronto-atendimento, em caso de média complexidade; e em hospitais de grande porte, em caso de alta complexidade. À medida que a situação de saúde do usuário do SUS exige serviços mais complexos, ele pode ser deslocado, partindo do seu município de origem para um polo, que conta com serviços de diversos níveis de atenção. Quando o usuário é referenciado, ele é direcionado a um atendimento elevado, especializado. Se o usuário é contrarreferenciado, ele é encaminhado a um nível primário de assistência à saúde (BRASIL, 2003a).

A hierarquização (os níveis de atenção à saúde), ou mesmo a regionalização (distribuição geográfica de serviços), requer que o paciente retorne ao nível básico do sistema para acompanhamento após ele ter, por necessidade, migrado para um nível mais complexo de assistência à saúde. Esse movimento ocasiona um fluxo entre os demais estabelecimentos de saúde que compõem o SUS, como os postos de saúde, hospitais ou mesmo os estabelecimentos privados que são credenciados pelo SUS. Há necessidade de uma articulação entre os diferentes gestores do sistema para que a rede SUS seja interligada

(NORONHA; LIMA; MACHADO, 2008). Os gestores e as esferas de gestão do SUS são mostrados na figura 3.

Figura 3- Níveis da gestão do SUS



Org.: LAUGHTON, 2017.

Os gestores do SUS são o Ministro de Saúde, o Secretário de Estado de Saúde e o Secretário Municipal de Saúde, que representam cada qual uma esfera do governo e são instituídos para atuar nesse âmbito (BRASIL, 2002). Esses gestores devem operar com a atenção direcionada a sociedade por meio da consolidação da saúde “[...] como direito de cidadania mediante o seguimento dos princípios do SUS e da gestão pública, ou seja, o exercício da gestão da saúde voltado para o interesse público e não para interesses particularistas ou privados” (BRASIL, 2002, p.37).

Esses gestores possuem funções associadas cada qual a um nível do governo, onde cada esfera governamental possui um papel voltado a melhoria da saúde da população, atuando também no financiamento da saúde⁷. Completam Noronha, Lima e Machado (2008) que as responsabilidades em saúde pelo Estado, mesmo possuindo cada um seu representante, estabelecem parcerias com demais áreas ou setores do governo, como o desenvolvimento científico e tecnológico, por exemplo. O quadro 4 retrata as funções gestoras do SUS.

⁷ Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a efetiva co-participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde. A exemplo do que vinha ocorrendo com os mínimos exigidos para a educação, a Emenda estabeleceu percentuais mínimos das receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Isso resulta no aumento e maior estabilidade dos recursos destinados à área da saúde em todo o País. Para a União, a regra estabelecida vincula os recursos ao crescimento do Produto Interno Bruto – PIB (BRASIL, 2003a, p.15).

Quadro 4- Funções Gestoras no SUS

	Federal	Estadual	Municipal
1. Formulação de Políticas e Planejamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito nacional. ✓ Papel estratégico e normativo. ✓ Manter unicidade, respeitando a diversidade. ✓ Busca da equidade. ✓ Apoio e incentivo para o fortalecimento institucional e práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito estadual. ✓ Promoção da regionalização. ✓ Estímulo à programação integrada. ✓ Apoio e incentivo ao fortalecimento institucional das SMS. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificação de problemas e definição de prioridades no âmbito municipal. ✓ Planejamento de ações e serviços necessários. ✓ Organização da oferta de serviços públicos e contratação de privados (caso necessário).
2. Financiamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso importante dos recursos federais. ✓ Papel redistributivo. ✓ Busca da equidade na alocação. ✓ Definição de prioridades nacionais e critérios de alocação entre áreas e entre estados. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definição de prioridades estaduais. ✓ Garantia de alocação de recursos próprios. ✓ Definição de critérios claros de alocação de recursos federais e estaduais entre áreas da política e entre municípios. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Garantia de aplicação de recursos próprios ✓ Critérios claros de aplicação de recursos federais, estaduais e municipais.
3. Coordenação, Regulação e Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordenação e regulação de sistemas estaduais. ✓ Apoio à articulação interestadual. ✓ Normas de orientação quanto à regulação de sistemas. ✓ Avaliação do desempenho dos sistemas estaduais. ✓ Avaliação dos resultados das políticas nacionais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Coordenação e regulação de sistemas municipais. ✓ Apoio à articulação intermunicipal. ✓ Implantação de mecanismos de Regulação (centrais). ✓ Avaliação do desempenho dos sistemas municipais. ✓ Avaliação dos resultados das políticas estaduais. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Organização das portas de entrada do sistema. ✓ Estabelecimento de fluxos de referência. ✓ Integração da rede de serviços. ✓ Articulação com outros municípios para referências. ✓ Regulação e avaliação dos prestadores públicos e privados. ✓ Avaliação dos resultados das políticas municipais.
4. Prestação direta de serviços	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Em caráter de exceção. ✓ Em áreas/ações estratégicas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Em caráter de exceção. ✓ Em áreas estratégicas. ✓ Serviços de referência estadual/regional. ✓ Em situações de carência de serviços e de omissão do gestor municipal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peso importante na execução de ações/prestação direta de serviços. ✓ Gerência de unidades de saúde. ✓ Contratação, administração e capacitação de profissionais de saúde.

Fonte: BRASIL (2002); NORONHA; LIMA; MACHADO (2008).

Adaptação: LAUGHTON, 2017.

O quadro 4 evidencia que o SUS tem sua gestão conduzida por três esferas: Federal, Estadual e Municipal, sendo que estas atuam por meio de quatro campos com ações bem delimitadas, são eles: 1º Formulação de Políticas e Planejamento, 2º Financiamento, 3º Coordenação, Regulação e Avaliação e 4º Prestação direta de Serviços. Observa-se que a esfera federal possui relevância na normatização, bem como no diagnóstico de problemas e definição das prioridades na área da saúde nacional. Esta também atua no financiamento de serviços, redistribuindo os recursos federais aos níveis estaduais. A esfera estadual, como a federal, também diagnostica problemas e define prioridades, porém em nível dos estados. Esta também possui grande importância no auxílio do fortalecimento institucional das Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Já a esfera municipal se destaca pelo contato direto com a população. Sendo a porta de entrada da sociedade no programa, ela também diagnostica problemas e define prioridades, como nas demais, porém em âmbito municipal.

Lobato e Giovanella (2008) mostram que têm crescido continuamente a atuação dos municípios frente à atenção à saúde e que este crescimento elevou-se ainda mais a partir do SUS. Conforme as autoras, o SUS também proporcionou na sociedade o conhecimento sobre o direito à saúde, além de ter permitido a noção mais abrangente da saúde, difundida por mais membros da sociedade, o que permite uma participação social no sistema. Esses autores ainda esclarecem:

A relação entre o sistema de saúde e a dinâmica social vai gerando, ao longo do tempo, os valores sociais sobre a proteção à saúde, ou seja, a forma como a sociedade concebe a saúde e o risco de adoecer e como trata os problemas relacionados ao processo saúde-enfermidade. A proteção à saúde será tanto mais ampla quanto mais a sociedade entender a saúde como um problema coletivo, não de cada indivíduo ou família, mas de todos os cidadãos. Na história contemporânea, a proteção à saúde mais ampla está relacionada a sistemas de saúde universais, públicos e que incorporam a proteção à saúde como direito à cidadania [...] (LOBATO; GIOVANELLA, 2008, p.110).

A cidadania retratada pelas autoras parte do princípio da universalidade, ou seja, dos direitos à saúde de forma igualitária entre a sociedade, de forma que não permaneça a distinção de classe social ou mesmo de acesso à saúde entre todos os membros de determinada sociedade. A oferta de serviços de saúde distribuída com um planejamento adequado por um território é uma alternativa para o acesso mais igualitário da população aos serviços de saúde. A oferta dos serviços de saúde do SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais será apresentada no capítulo seguinte.

2. A OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO SUS NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE DE MINAS GERAIS

Este capítulo aborda a regionalização da saúde do estado de Minas Gerais e a macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais. Além disso, retrata a oferta dos serviços de saúde, mapeando-a. Traz uma leitura da oferta desses serviços que permitirá constatar se existem disparidades entre os diferentes municípios que compõem a macrorregião.

2.1 A regionalização da Saúde no Estado de Minas Gerais

Ao longo dos anos, o conceito de região passou por várias mudanças, conforme ocorria a evolução da ciência Geográfica. Contel (2015) mostra que partiu de Herbertson (1905) a inicial definição sistematizada da região, que levava em consideração as características naturais de recortes da superfície terrestre, indicando a regionalização da parte física, geograficamente. Integrando a realidade natural ou física, Vidal de La Blache insere a perspectiva humana em seus estudos regionais, propiciando o conceito de região geográfica. Conforme Contel (2015, p.451), os estudos da região bem como da regionalização se estabeleciam “[...] por uma tradição geográfica de estudos da relação homem-meio [...] e dão ênfase significativa ao peso dos fenômenos “naturais” como elemento de definição dos termos região e regionalização”. Contel cita que Cholley, Sorre, Corrêa e Gomes procuraram trabalhar teoricamente a categoria região.

Com o passar do tempo, os estudos do fenômeno regional se modificaram e aquele advindo de uma geografia tradicional passa a ser questionado devido à alteração na forma de análise do fenômeno. Conforme Santos (1999), a ideia de região foi contestada por ter mudado o seu significado, mas para o autor essa transição não decretaria o seu fim. A modificação da configuração que a região apresentava se deve as mudanças que o mundo passou no pós-guerra. Para Santos:

Agora, neste mundo globalizado, com a ampliação da divisão internacional do trabalho e o aumento exponencial do intercâmbio, dão-se, paralelamente, uma aceleração do movimento e mudanças mais repetidas, na forma e no conteúdo das regiões. O momento atual faz com que elas se transformem continuamente, legando, portanto, uma menor duração ao edifício regional. Mas isso não a elimina, apenas ela muda de conteúdo (SANTOS, 1999, p.16).

A região, portanto, reaparece como elemento mutável no mundo globalizado⁸. As modificações mundiais que se fizeram presentes a partir da globalização implantaram outros tipos de análises regionais que permitiram transformações no conceito de região. Conforme Santos (1999, p. 15), “As regiões existem porque sobre elas se impõem arranjos organizacionais, criadores de uma coesão organizacional, baseada em racionalidades de origens distantes que se tornam o fundamento da sua existência”. Assim, as regiões do mundo globalizado não possuem o mesmo significado daquelas definições embasadas na realidade natural, por exemplo. Hoje muitos recortes regionais são criados para atender principalmente aos setores de planejamento dos estados, como acontece com a saúde, a educação, dentre outros.

Nesse contexto, surgem as Regiões de Saúde (RS) que foram criadas para organização dos serviços de saúde no Brasil no que tange a sua disposição espacial, a oferta, o acesso, bem como os recursos financeiros para operacionalização do SUS. Conforme Silva e Ramires (2010), é importante a construção de unidades de saúde, como os hospitais, postos de saúde e clínicas especializadas, entretanto estes constituem pequena parcela dos investimentos em saúde. Os custos para mão de obra especializada e compra/manutenção de equipamentos requer recursos maiores. Esse cenário torna inviável que todos os municípios disponham de tais serviços. Ainda conforme os autores:

Para tentar diminuir este problema o SUS adotou a regionalização dos serviços de saúde como metodologia para estender estes serviços a uma maior parcela da população. A tentativa se pauta na disponibilização de um conjunto de centros de atendimento com variados níveis de atenção espalhados estrategicamente pelo território com o objetivo de oferecer atendimento especializado a população de uma região predefinida (SILVA; RAMIRES, 2010, p. 61).

Viana et al (2008) esclarecem que a regionalização no Brasil deve levar em consideração a não homogeneidade do país. Além disso, a regionalização deve permitir que as regiões se complementem entre si no que concerne aos serviços de saúde prestados à sociedade. A regionalização permite a criação de pactos entre os municípios e macrorregiões para que as relações sejam solidárias, no intuito de atender a crescente demanda da sociedade que carece de assistência à saúde para a melhoria da qualidade de vida e bem-estar, garantindo o direito de cidadania. Ainda de acordo com os autores, a regionalização foi iniciada na

⁸ “Se existe hoje um resgate ou uma continuidade teoricamente consistente para os estudos regionais e os métodos de regionalização, ele deve se pautar numa reconstrução do conceito de região a partir de suas articulações com os processos de globalização” (HAESBAERT, 1999, p. 32).

década de 2000 e se fortaleceu em 2006 com o Pacto pela Saúde⁹, apesar dela já estar presente desde a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

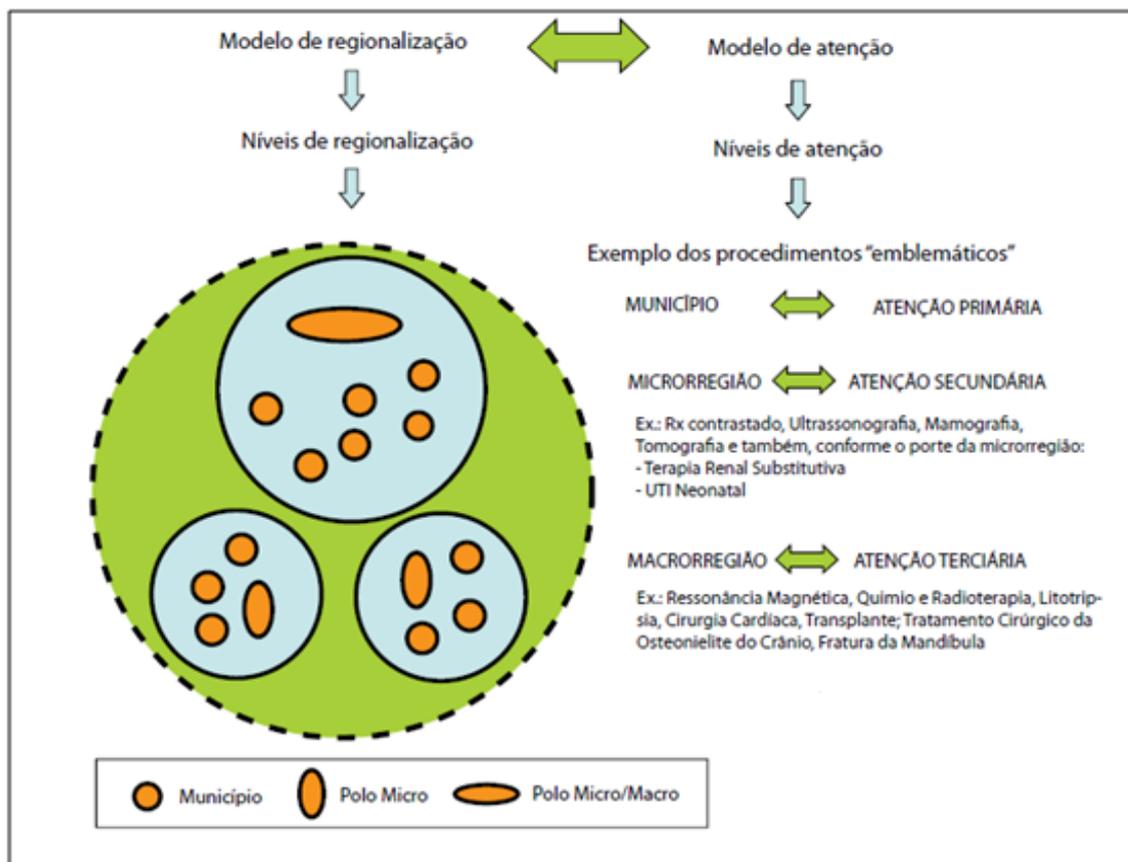
A inserção das regiões e da regionalização da saúde surge para tentar incorporar a integração, minimizar as desigualdades sociais, efetuar a racionalização de despesas e tornar viável o processo de descentralização (CONASS, 2011). De acordo com o CONASS:

As regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em espaços geográficos contínuos. Identificá-los é responsabilidade dos gestores municipais e estaduais, tendo como base a existência de identidades culturais, econômicas e sociais, assim como de redes nas áreas de comunicação, infraestrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender as demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local (CONASS, 2011, p.125).

Dessa forma, a regionalização permite a organização das ações e serviços de saúde nas regiões para atender a demanda da população. Os municípios são vinculados às microrregiões e macrorregiões, obedecendo ao modelo de regionalização que se relaciona com os níveis de atenção a saúde (FIGURA 4). Alguns municípios são designados polos macrorregionais e outros polos microrregionais, estes contam com especificidades que serão apresentadas adiante. Ressalta-se que, na lógica de organização dos serviços de saúde, os distintos procedimentos são realizados em nível de atenção predeterminado.

⁹ O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2006, s/p).

Figura 4 – Correlação entre o modelo de regionalização e os níveis de atenção a saúde



Fonte: MINAS GERAIS, 2011.

Conforme Brasil (2007), existem três níveis de atenção à saúde: a atenção básica que corresponde ao primeiro nível no SUS, detém serviços de saúde mais simples e com menor custo, aqueles que abrangem a maioria dos problemas comuns em uma sociedade. Silva e Ramires (2010) pontuam que a base territorial responsável pela atenção básica é o município e consideram esse nível de atenção o mais importante por dispor de características peculiares, possuindo como centro a prevenção de doenças.

O segundo nível de atenção à saúde possui como base territorial as microrregiões de saúde e ofertam serviços de média complexidade. Conforme Brasil (2009, p. 207), a média complexidade possui "ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico". Dessa maneira, esse nível permite procedimentos mais complexos que o primeiro nível.

O terceiro nível possui as macrorregiões de saúde como base territorial e ofertam serviços de alta complexidade. Conforme Brasil (2009), os serviços oferecidos por esse nível contam com alta tecnologia, além de demandarem alto custo. São exemplos os portadores de doença renal crônica, pois necessitam da hemodiálise; a assistência aos pacientes oncológicos, procedimentos da cardiologia intervencionista, cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático, entre outros. Como exposto no capítulo 1, as unidades básicas de saúde realizam procedimentos de saúde de menor complexidade, as clínicas de pronto atendimento de média complexidade e os hospitais de grande porte de alta complexidade.

No Brasil, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001) regulamenta a assistência à saúde, com vistas à regionalização. Cabe assinalar que essa norma estabelece que as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal são responsáveis pela elaboração de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) para cada estado brasileiro.

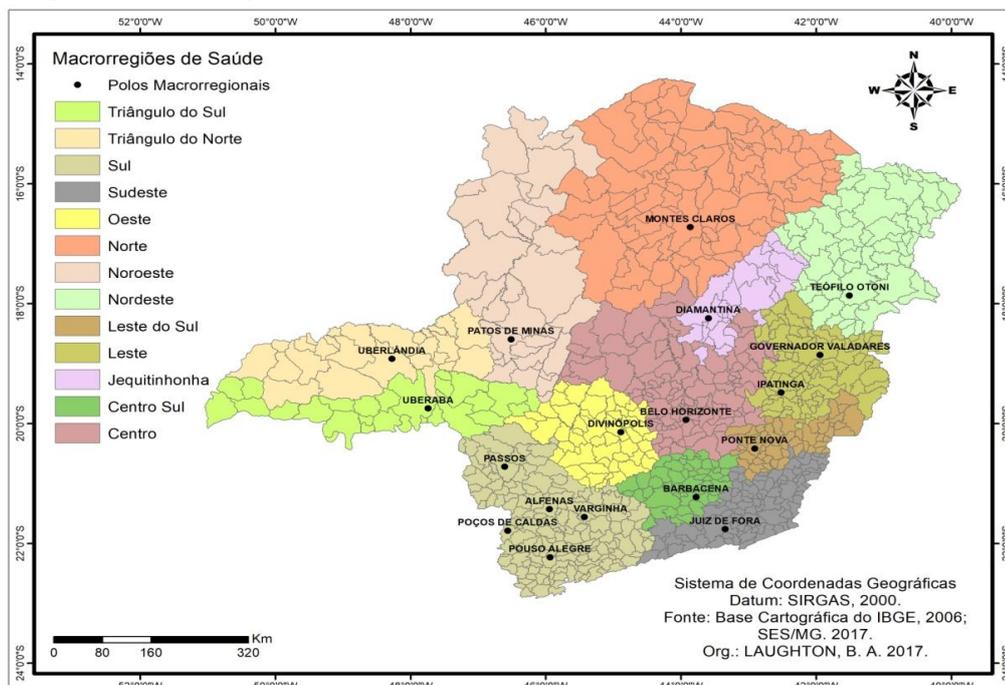
O PDR traz um resumo de cada estado do país depois de identificadas e também reconhecidas as Regiões de Saúde (CONASS, 2011). Ele objetiva “a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos” (CONASS, 2011, p. 129).

Em Minas Gerais, o PDR foi aprovado em 2002. Conforme a SES/MG (2011, p. 27), “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 [...]”. Ou seja, cada macrorregião de saúde possui sua demarcação dentro dos limites territoriais do estado, não os extrapolando, entretanto, o plano diretor reconhece a existência da migração de pacientes entre os estados para utilizar a assistência à saúde. A demarcação dentro dos limites estatais foi inserida pelo PDR, entretanto as portarias do Ministério da Saúde (MS) não definem que a divisão tenha que ocorrer desta maneira, conforme salienta Silva e Ramires (2010, p.74):

Lembre-mos que as portarias do MS não obrigam que os limites das RS sejam moldadas às divisões administrativas dos Estados e nem mesmo da Federação. Ao contrário as NOAS sugerem que as áreas sejam estabelecidas por meio da delimitação de espaços contínuos, mesmo sobre estados federativos diferentes. Apesar disso o que se vê é que diante das dificuldades de acordos interestaduais os entes federados preferem desenvolver seus próprios planos de regionalização somente em seu território, modificando algumas regiões de saúde tradicionalmente já implantadas, sem discussão com outros entes federados, mesmo que isso significasse a melhoria do sistema para a população.

Desse modo, as regiões de saúde, embasadas nas portarias do MS, poderiam englobar outros estados desde que se tenha a delimitação de um espaço geográfico contínuo, mas há a dificuldade em pactuações entre diferentes estados para que isso ocorra. A metodologia da regionalização, além de definir os limites das macrorregiões de saúde, elegeu municípios polo, cuja idealização levou em consideração os recursos que dispõem os municípios, pois muitos deles, como exposto anteriormente, não possuem recursos humanos e técnicos para manter um sistema assistencial (SILVA; RAMIRES, 2010). A Deliberação CIB-SUS/MG, n.º 1.219/2012 no artigo 2º instituiu 13 Regiões Ampliadas de Saúde que correspondem as macrorregiões de saúde¹⁰ instituídas no PDR (MAPA 2) e em 77 microrregiões de saúde compostas por municípios polo. Essa divisão corresponde as alterações mais atuais, tendo em vista que outras propostas de regionalização já foram criadas e adaptadas.

Mapa 2- Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais/MG



¹⁰ Esta pesquisa adotou a nomenclatura macrorregiões de saúde, utilizada pelo Plano Diretor de Regionalização.

Cada macrorregião de saúde conta com polos macrorregionais, que são os municípios que ofertam serviços de saúde de maior complexidade ao comparar com os demais municípios da macrorregião. Para a Secretaria de Estado de Saúde/MG (2011, p.30), o polo pode “[...] 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”. Nesse sentido, ele é definido de acordo com a força de atração que exerce sobre os demais municípios que integram a macrorregião. De acordo com Silva e Ramires (2010, p. 62):

A regionalização da saúde é, desta maneira, uma espécie de plano de logística aplicado à saúde, uma vez que prevê o deslocamento orientado de alguns pacientes residentes de uma região para que iniciem ou continuem seu tratamento especializado num hospital central, teoricamente melhor equipado e preparado para aquele tipo de atendimento naquela região.

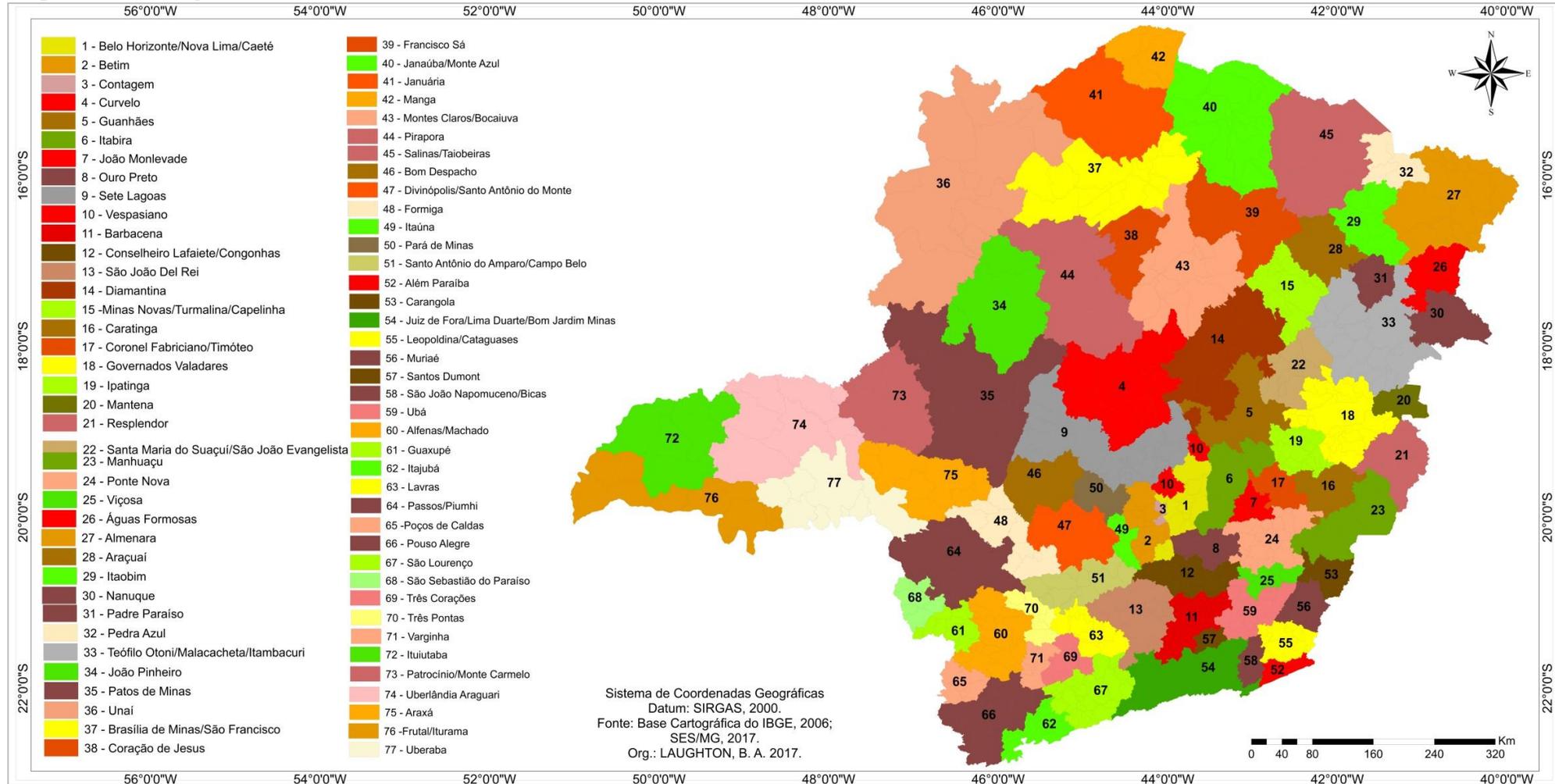
Os polos macrorregionais, dessa forma, são fundamentais na regionalização. Estes são referências nas macrorregiões que se inserem e recebem pacientes para diversos tipos de assistência à saúde. Eles detêm serviços de saúde que vão dos mais básicos aos mais complexos. São os municípios que concentram a melhor infraestrutura em saúde e, portanto, possuem destaque na macrorregião na qual se inserem. Os polos são planejados para possuir equipamentos de saúde diferenciados, além de especialistas e capacidade para realização de exames não presentes em outros municípios.

Além das macrorregiões, o Estado de Minas Gerais também é dividido em microrregiões de saúde. Conforme a SES/MG (2011, p.62), a microrregião de saúde oferta serviços “ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade [...]. Apresenta nível tecnológico de média complexidade e abrangência intermunicipal”. Portanto, difere da macrorregião de saúde que possui os serviços de saúde, em sua maioria, de alta complexidade. As 77 microrregiões de saúde também contam com polos microrregionais, que possuem as seguintes características,

- ✓ 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 (SES/MG, 2011, p. 65).

Desse modo, os polos microrregionais, como os macrorregionais, possuem complexidade diferenciada em serviços de saúde ao se compararem com os demais municípios que compõem as respectivas microrregiões e macrorregiões. Os polos microrregionais correspondem ao município da microrregião que recebe maior quantidade de pessoas para realização de serviços ambulatoriais e hospitalares. Além disso, possui cobertura que integra os municípios pertencentes à microrregião na qual se insere e realiza a maioria dos procedimentos médicos, possuindo o maior potencial para realização de assistência à saúde. Conforme a SES/MG (2011), o polo microrregional é o que possui maior população da microrregião. O mapa 3 apresenta as 77 microrregiões de saúde de Minas Gerais instituídas pela deliberação CIB-SUS/MG n.º 1.219, de 21 de agosto de 2012.

Mapa 3 - Microrregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais/MG, 2017.



O mapa 3 evidencia as microrregiões advindas da subdivisão das macrorregiões de saúde. A Tabela 1 apresenta dados socioeconômicos dos municípios polos: população, mortalidade infantil, porcentagem de pobres e IDHM¹¹. Conforme Silva e Ramires (2010, p. 60), alguns destes estão “diretamente influenciados pela qualidade dos serviços de saúde disponíveis”.

Tabela 1 – Indicadores socioeconômicos por Polo Macrorregional

Município	População (2010)	Mortalidade infantil	% de pobres	IDHM
Alfenas	73.774	14,6	5,53	0,761
Barbacena	126.284	10,53	9,07	0,769
Belo Horizonte	2.375.151	12,95	3,8	0,810
Diamantina	45.880	14,8	16,65	0,716
Divinópolis	213.016	14,59	2,67	0,764
Governador Valadares	263.689	14,66	9,97	0,727
Ipatinga	239.468	13,22	5,92	0,771
Juiz de Fora	516.247	15,42	5,48	0,778
Montes Claros	361.915	13,04	11,99	0,770
Passos	106.290	10,35	4,42	0,756
Patos de Minas	138.710	14,47	4,55	0,765
Poços de Caldas	152.435	11,27	2,93	0,779
Ponte Nova	57.390	14	10,47	0,717
Pouso Alegre	130.615	11,58	4,1	0,774
Sete Lagoas	214.152	14,8	6,11	0,760
Teófilo Otoni	134.745	16,2	17,79	0,701
Uberaba	295.988	14	3,4	0,772
Uberlândia	604.013	10,68	2,98	0,789
Varginha	123.081	12,21	3,83	0,778

Fonte: PNUD; IPEA; FJP, 2013.

Org.: LAUGHTON, 2018.

Os municípios com maior taxa de mortalidade infantil foram Teófilo Otoni e Juiz de Fora, com 16,02 e 15,42, respectivamente. Percebe-se que esses municípios se localizam em diferentes regiões no estado, ficando Teófilo Otoni a nordeste e Juiz de Fora a sudeste. Já as menores taxas de mortalidade infantil apresentadas foram nos municípios de Passos, com taxa de 10,32 e Barbacena com 10,53, localizados ao sudoeste e sul do estado de Minas Gerais, respectivamente. Os três municípios com os maiores percentuais de pobres

¹¹ O PNUD; IPEA; FJP (2013, s/p), define mortalidade infantil como o “número de crianças que não deverão sobreviver ao primeiro ano de vida em cada 1000 crianças nascidas vivas”; A porcentagem de pobres como a “proporção dos indivíduos com renda domiciliar per capita igual ou inferior a R\$ 140,00 mensais em reais de agosto de 2010. O universo de indivíduos é limitado àqueles que vivem em domicílios particulares permanentes” e o IDHM como o “Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Média geométrica dos índices das dimensões renda, educação e longevidade, com pesos iguais”.

são: Teófilo Otoni, Diamantina e Montes Claros, com porcentagem de 17,79, 16,65 e 11,99, respectivamente, localizados ao norte e nordeste do estado. Somente Ponte Nova estava presente entre os quatro municípios que tiveram valor acima de 10% localizado no sudeste do estado. A tabela ainda mostra que os dados com maior variação de valores foram o percentual de pobres, indo de 2,67% em Divinópolis a 17,79% em Teófilo Otoni. Já os dados de taxa de mortalidade infantil vão de 10,35 em Passos a 16,02 em Teófilo Otoni. Quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM)¹², todos os polos macrorregionais apresentados estão na faixa definida como alto, exceto Belo Horizonte com faixa muito alto. A tabela apresentada mostra características do estado evidenciando a pobreza nos polos ao norte e a menor mortalidade infantil nos polos ao sul, fatores que podem ser determinantes no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

A regionalização para organização dos serviços de saúde muito tem contribuído na assistência a sociedade. O estudo de Lima et al (2012, p. 2883) traz a regionalização como facilitador do acesso da população aos serviços de saúde:

[...] considera-se que o avanço do processo de regionalização tende a interferir positivamente no acesso à saúde, pois permite: observar os determinantes sociais de saúde no modo como estes se expressam no território; projetar necessidades de organização dos serviços de forma ampla incorporando diferentes campos da atenção e visão de futuro; atender uma população que não necessariamente se restringe aos territórios municipais; estabelecer portas de entrada e hierarquia tecnológica com base em parâmetros de necessidade e utilização dos recursos disponíveis; utilizar melhor os recursos humanos e tecnológicos presentes na região de forma a desbloquear fluxos e garantir resolutividade na atenção; disponibilizar recursos sociais e políticos que incentivem o compartilhamento de responsabilidades entre os governos nos sistemas de saúde.

A regionalização da saúde, dessa forma, integra uma organização territorial que proporciona grandes avanços ao setor da saúde. Entretanto, esforços podem ser realizados na tentativa de melhoria da proposta de regionalização. Estudos de Guimarães (2005)¹³ já apresentavam a necessidade de repensar a regionalização da saúde. Melhorias na atual proposta de regionalização devem ser propostas para um avanço do SUS em sua totalidade, para isso faz-se necessário conhecer a região que carece de mudanças. Em alguns tópicos seguintes é apresentada a oferta de serviços de saúde na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais.

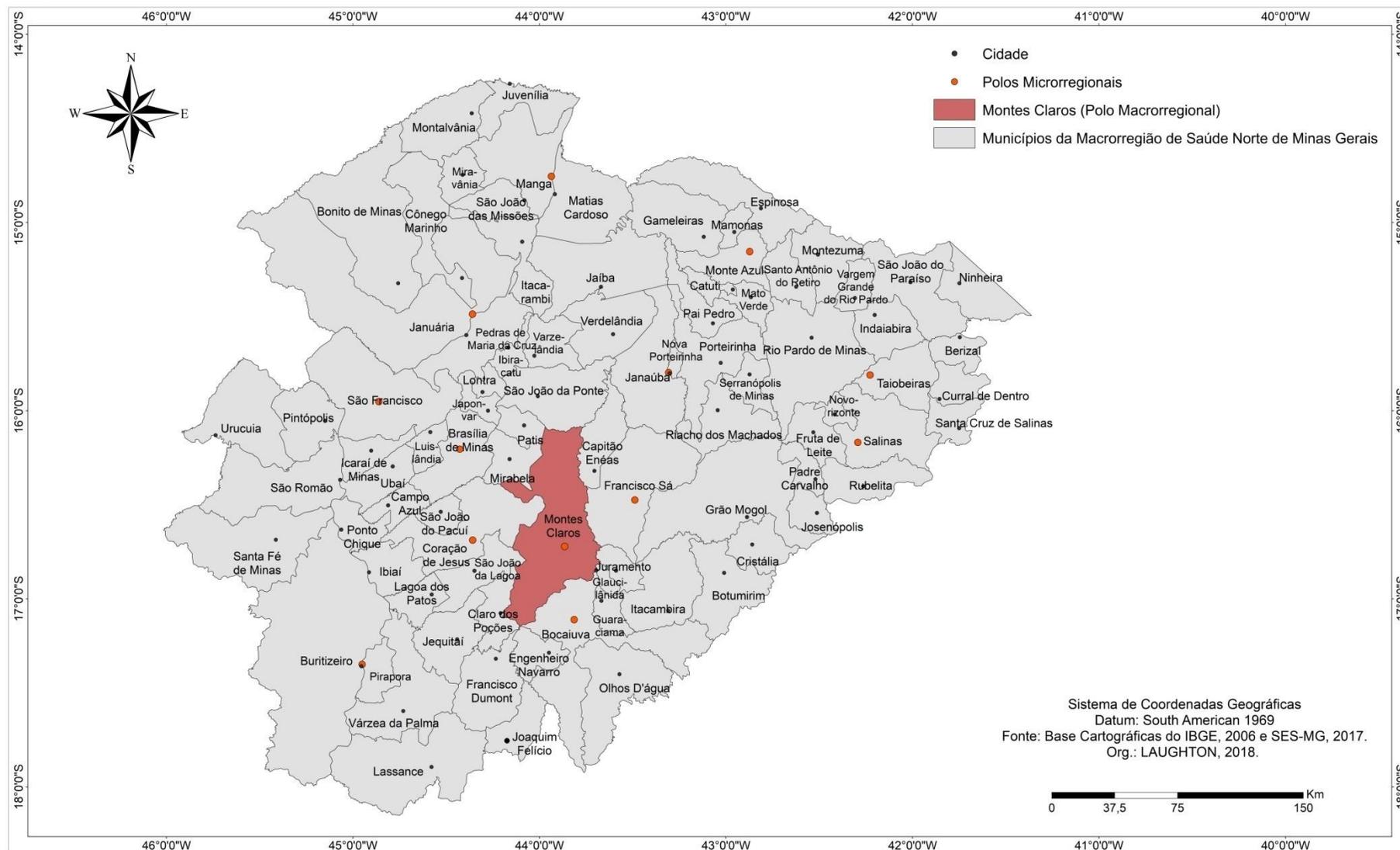
¹² Os valores de referência para leitura do IDHM disponibilizados pelo PNUD; IPEA e FJP (2013) são: 0 à 0,499 muito baixo; 0,500 a 0,599 baixo; 0,600 à 0,699 médio; 0,700 a 0,799 alto e 0,800 à 1 muito alto.

¹³ Vide GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.21. n. 4. 2005.

2.2 Considerações sobre a oferta de serviços de saúde do SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais

A oferta de serviços de saúde inclui, dentre outras variáveis, a disponibilidade dos serviços de saúde, os recursos, sejam eles financeiros, humanos ou tecnológicos e a localização geográfica (TRAVASSOS, 2000). Conforme exposto anteriormente, a oferta dos serviços de saúde será aqui tratada a partir dos profissionais, estabelecimentos e equipamentos de saúde distribuídos na macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais, que possui o município de Montes Claros como polo macrorregional (MAPA 4).

Mapa 4 – Localização da Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais



A macrorregião em questão é composta por 86 municípios (QUADRO 5) e tem sua divisão semelhante a Mesorregião Geográfica Norte de Minas (MAPA 1). Possui uma extensão territorial de 122.880,0 km², onde vive uma população de 1.678.958 habitantes (SES/MG, 2017). Em seus estudos, Pereira (2007) aponta que o Norte de Minas possui alguns contrastes entre os municípios que o integram tanto no que se refere aos aspectos fisiográficos, quanto aos socioeconômicos. Ao se tratar especificamente da infraestrutura dos serviços de saúde, também temos uma região heterogênea, que revela distintas características entre seus municípios.

QUADRO 5 – Descrição dos municípios da Macrorregião Norte por microrregiões

POLO MACRORREGIONAL	POLO MICRORREGIONAL	MUNICÍPIOS
MONTES CLAROS	BRASÍLIA DE MINAS/ SÃO FRANCISCO	1. BRASÍLIA DE MINAS 2. CAMPO AZUL 3. IBIRACATU 4. ICARAÍ DE MINAS 5. JAPONVAR 6. LONTRA 7. LUISLANDIA 8. MIRABELA 9. PATIS 10. PINTÓPOLIS 11. SÃO FRANCISCO 12. SÃO JOÃO DA PONTE 13. SÃO ROMÃO 14. UBAÍ 15. URUCUIA 16. VARZELÂNDIA
	CORAÇÃO DE JESUS	1. CORAÇÃO DE JESUS 2. JEQUITÁI 3. LAGOA DOS PATOS 4. SÃO JOÃO DA LAGOA 5. SÃO JOÃO DO PACUÍ
	FRANCISCO SÁ	1. BOTUMIRIM 2. CAPITÃO ENÉAS 3. CRISTÁLIA 4. FRANCISCO SÁ 5. GRÃO MOGÃO 6. JOSENÓPOLIS
	JANAÚBA/ MONTE AZUL	1. CATUTI 2. ESPINOSA 3. GAMELEIRAS 4. JAÍBA 5. JANAÚBA 6. MAMONAS 7. MATIAS CARDOSO 8. MATO VERDE 9. MONTE AZUL 10. NOVA PORTEIRINHA 11. PAI PEDRO 12. PORTEIRINHA 13. RIACHO DOS MACHADOS 14. SERRANÓPOLIS DE MINAS 15. VERDELÂNDIA
	JANUÁRIA	1. BONITO DE MINAS 2. CONEGO MARINHO 3. ITACARAMBI 4. JANUÁRIA 5. PEDRAS DE MARIA DA CRUZ
	MANGA	1. JUVENÍLIA 2. MANGA 3. MIRAVÂNIA 4. MONTALVÂNIA 5. SÃO JOÃO DAS MISSÕES

	MONTES CLAROS/ BOCAIUVA	<ol style="list-style-type: none"> 1. BOCAIUVA 2. CLARO DOS POÇOS 3. ENGENHEIRO NAVARRO 4. FRANCISCO DUMONT 5. GLAUCILÂNDIA 6. GUARACIAMA 7. ITACAMBIRA 8. JOAQUIM FELÍCIO 9. JURAMENTO 10. MONTES CLAROS 11. OLHOS D'ÁGUA
	PIRAPORA	<ol style="list-style-type: none"> 1. BURITIZEIRO 2. IBIAÍ 3. LASSANCE 4. PIRAPORA 5. PONTO CHIQUE 6. SANTA FÉ DE MINAS 7. VÁRZEA DA PALMA
	SALINAS/TAIOBEIRAS	<ol style="list-style-type: none"> 1. BERIZAL 2. CURRAL DE DENTRO 3. FRUTA DE LEITE 4. INDAIABIRA 5. MONTEZUMA 6. NINHEIRA 7. NOVORIZONTE 8. PADRE CARVALHO 9. RIO PARDO DE MINAS 10. RUBELITA 11. SALINAS 12. SANTA CRUZ DE SALINAS 13. SANTO ANTÔNIO DO RETIRO 14. SÃO JOÃO DO PARAÍSO 15. TAIÓBEIRAS 16. VARGEM GRANDE DO RIO PARDO

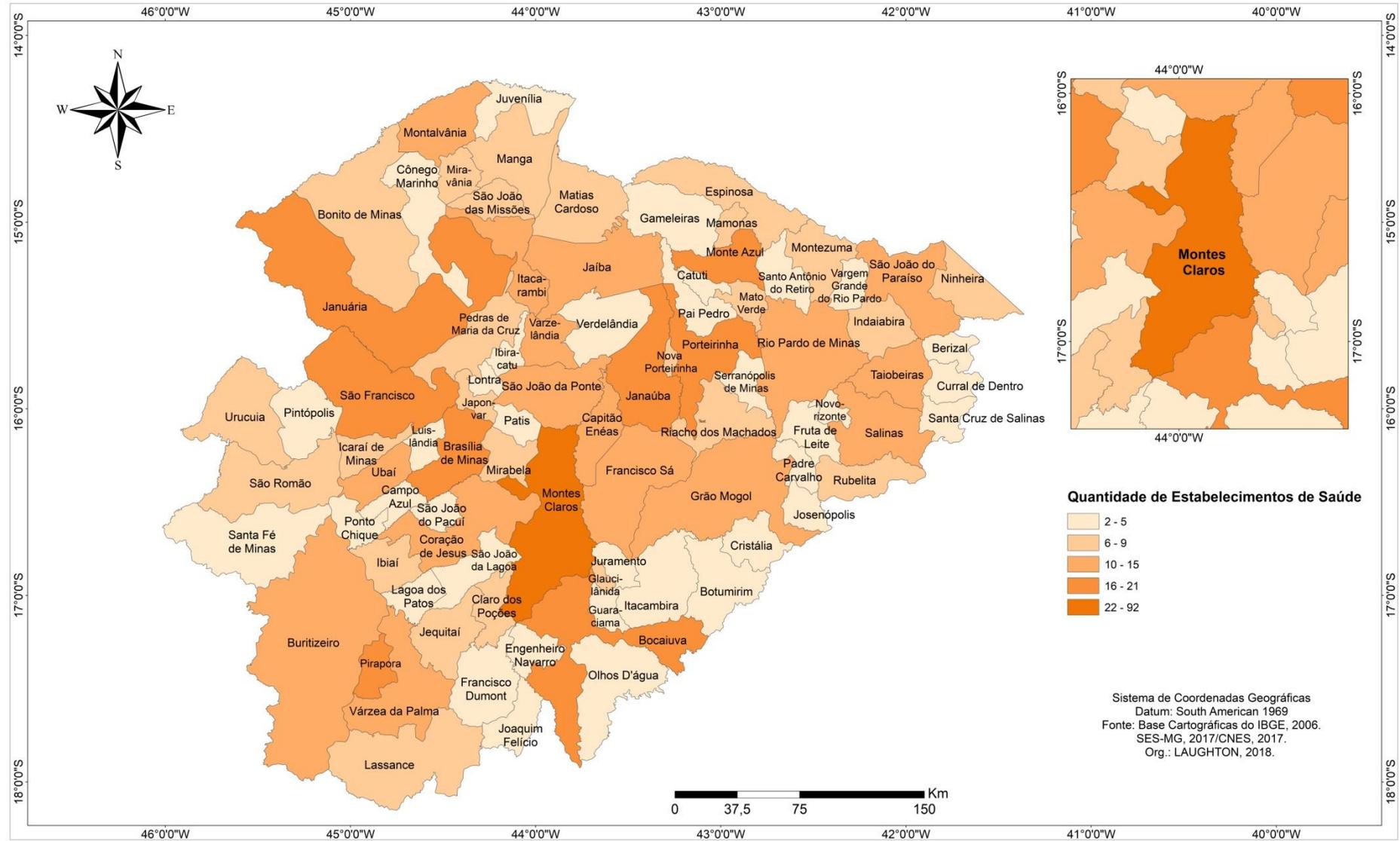
Fonte: SES/MG, 2017.

A macrorregião Norte possui nove microrregiões: Brasília de Minas/São Francisco, Coração de Jesus, Francisco Sá, Janaúba/Monte Azul, Januária, Manga, Montes Claros/Bocaiuva, Pirapora e Salinas/Taiobeiras, estas são integradas por outros municípios que formam a estrutura regionalizada que auxilia na melhor utilização dos recursos disponíveis, sejam eles financeiros ou também de oferta de serviços.

2.2.1 A oferta de estabelecimentos e profissionais

A oferta de estabelecimentos será retratada a partir dos Hospitais Gerais, Pronto-Socorro, Unidades Básicas de Saúde e Postos de Saúde, com profissionais a partir dos Médicos Clínicos, Pediatra, Infectologista e Ortopedista/Traumatologista. O mapa 5 traz a distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde na macrorregião, e o quadro 6 a quantidade de equipamentos de saúde por tipos.

Mapa 5 - Estabelecimentos de Saúde na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais – Dezembro de 2017.



Quadro 6 – Quantidade de estabelecimentos de saúde por tipos – Dezembro de 2017

MUNICÍPIO	HOSPITAL GERAL	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	PRONTO SOCORRO GERAL	POSTOS DE SAÚDE	TOTAL POR MUNICÍPIO
Berizal	0	3	0	0	3
Bocaiuva	1	12	0	4	17
Bonito de Minas	0	6	0	0	6
Botumirim	0	4	0	1	5
Brasília de Minas	1	12	0	6	19
Buritizeiro	1	8	0	6	15
Campo Azul	0	1	0	2	3
Capitão Enéas	1	10	0	2	13
Catuti	0	3	0	2	5
Claro dos Poções	0	5	0	3	8
Cônego Marinho	0	4	0	1	5
Coração de Jesus	1	12	0	0	13
Cristália	0	2	0	1	3
Curral de Dentro	0	4	0	0	4
Engenheiro Navarro	0	4	0	0	4
Espinosa	1	5	0	3	9
Francisco Dumont	0	2	0	2	4
Francisco Sá	1	9	0	0	10
Fruta de Leite	0	4	0	0	4
Gameleiras	0	3	0	0	3
Glaucilândia	0	2	0	4	6
Grão Mogol	1	5	0	4	10
Guaraciama	0	3	0	0	3
Ibiaí	0	4	0	3	7
Ibiracatu	0	4	0	0	4
Icaraí de Minas	0	6	0	0	6
Indaiabira	0	4	0	3	7
Itacambira	0	2	0	2	4
Itacarambi	1	5	0	4	10
Jaíba	0	12	1	0	13
Janaúba	2	16	0	1	19
Januária	1	18	0	0	19
Japonvar	0	6	0	2	8
Jequitaiá	0	5	0	2	7
Joaquim Felício	0	3	0	0	3
Josenópolis	0	3	0	0	3
Juramento	0	3	0	2	5
Juvenília	0	3	0	0	3
Lagoa dos Patos	0	3	0	0	3
Lassance	0	3	0	4	7
Lontra	0	5	0	0	5
Luislândia	0	3	0	1	4

MUNICÍPIO	HOSPITAL GERAL	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	PRONTO SOCORRO GERAL	POSTOS DE SAÚDE	TOTAL POR MUNICÍPIO
Mamonas	0	3	0	3	6
Manga	1	7	0	1	9
Matias Cardoso	0	6	0	1	7
Mato Verde	0	6	0	3	9
Mirabela	1	8	0	0	9
Miravânia	0	4	0	2	6
Montalvânia	1	8	0	2	11
Monte Azul	1	10	0	8	19
Montes Claros	8	84	0	0	92
Montezuma	0	5	0	1	6
Ninheira	0	5	0	3	8
Nova Porteirinha	0	2	0	4	6
Novorizonte	0	3	0	0	3
Olhos D'Água	0	2	0	2	4
Padre Carvalho	0	1	0	2	3
Pai Pedro	0	2	0	2	4
Patis	0	3	0	0	3
Pedras de Maria da Cruz	0	7	0	1	8
Pintópolis	0	2	0	1	3
Pirapora	2	17	0	0	19
Ponto Chique	0	2	0	1	3
Porteirinha	1	15	0	0	16
Riacho dos Machados	0	5	0	1	6
Rio Pardo de Minas	1	11	0	2	14
Rubelita	0	5	0	1	6
Salinas	2	12	0	0	14
Santa Cruz de Salinas	0	3	0	0	3
Santa Fé de Minas	0	3	0	0	3
Santo Antônio do Retiro	0	4	0	1	5
São Francisco	1	14	0	6	21
São João da Lagoa	0	2	0	0	2
São João da Ponte	1	12	0	0	13
São João das Missões	0	6	0	0	6
São João do Pacuí	0	1	0	3	4
São João do Paraíso	1	9	0	1	11
São Romão	1	6	0	0	7
Serranópolis de Minas	0	3	0	0	3
Taiobeiras	1	10	1	2	14
Ubá	0	11	0	0	11
Urucuia	1	3	0	2	6
Vargem Grande do Rio Pardo	0	3	0	1	4
Várzea da Palma	2	10	0	0	12

MUNICÍPIO	HOSPITAL GERAL	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE	PRONTO SOCORRO GERAL	POSTOS DE SAÚDE	TOTAL POR MUNICÍPIO
Varzelândia	1	11	0	0	12
Verdelândia	0	5	0	0	5
TOTAL DE ESTABELECIMENTOS	39	582	2	122	745

Fonte: DATASUS, 2017.

Org.: LAUGHTON, B. A, 2018.

O mapa 5 mostra que todos os municípios possuem algum tipo de estabelecimento de saúde, seja ele hospital geral, pronto-socorro, unidade básica ou posto de saúde. Considerando esses tipos, há um total geral de 745 estabelecimentos de saúde na referida macrorregião. Entretanto, quando se analisa a distribuição espacial dos estabelecimentos, verifica-se que em 71% dos municípios a quantidade de estabelecimentos é inferior a 10. O município de Montes Claros detém o maior número, um total de 92, seguido de São Francisco, com 21 estabelecimentos; Pirapora, Monte Azul, Janaúba, Brasília de Minas e Januária com 19; Bocaiuva com 17 e Porteirinha com 16. Quanto ao tipo dos estabelecimentos, percebe-se que o número de Unidade Básica é expressivo na região, que conta com 582 unidades, seguido pelo número de postos de saúde, que totalizam 122. Nos 86, municípios existem 39 Hospitais Gerais. A menor quantidade é de Pronto-Socorro, sendo existentes apenas dois na macrorregião, o que se justifica pelo fato de a maioria destes serem integrados aos hospitais.

A análise dos tipos por município mostra que somente Taiobeiras apresentou todos os tipos de estabelecimentos, embora com poucas unidades de cada. Muitos municípios contam com apenas as Unidades Básicas e outros com Postos de Saúde e Unidades Básicas¹⁴, ou seja, com as ações e serviços de saúde de menor complexidade. Montes Claros apresentou maior número de Unidade Básica (84) e Hospital Geral (8) em 2017, sendo esse município o que oferta serviços de saúde de maior complexidade, o que o caracteriza como polo (DATASUS, 2017). Atualmente Montes Claros possui seis hospitais, a saber: Aroldo Tourinho, Santa Casa de Montes Claros, Dilson Godinho, Prontosocor, Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro da Silveira e Hospital Universitário Clemente de Faria

¹⁴ O DATASUS (2018, s/p) define Posto de Saúde como: Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico. Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde é Unidade para realização de atendimentos de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas, podendo ou não oferecer Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico e Pronto atendimento 24 Horas.

(FIGURA 5), o único que possui 100% dos atendimentos no SUS, conforme a Central de Regulação de Leitos.

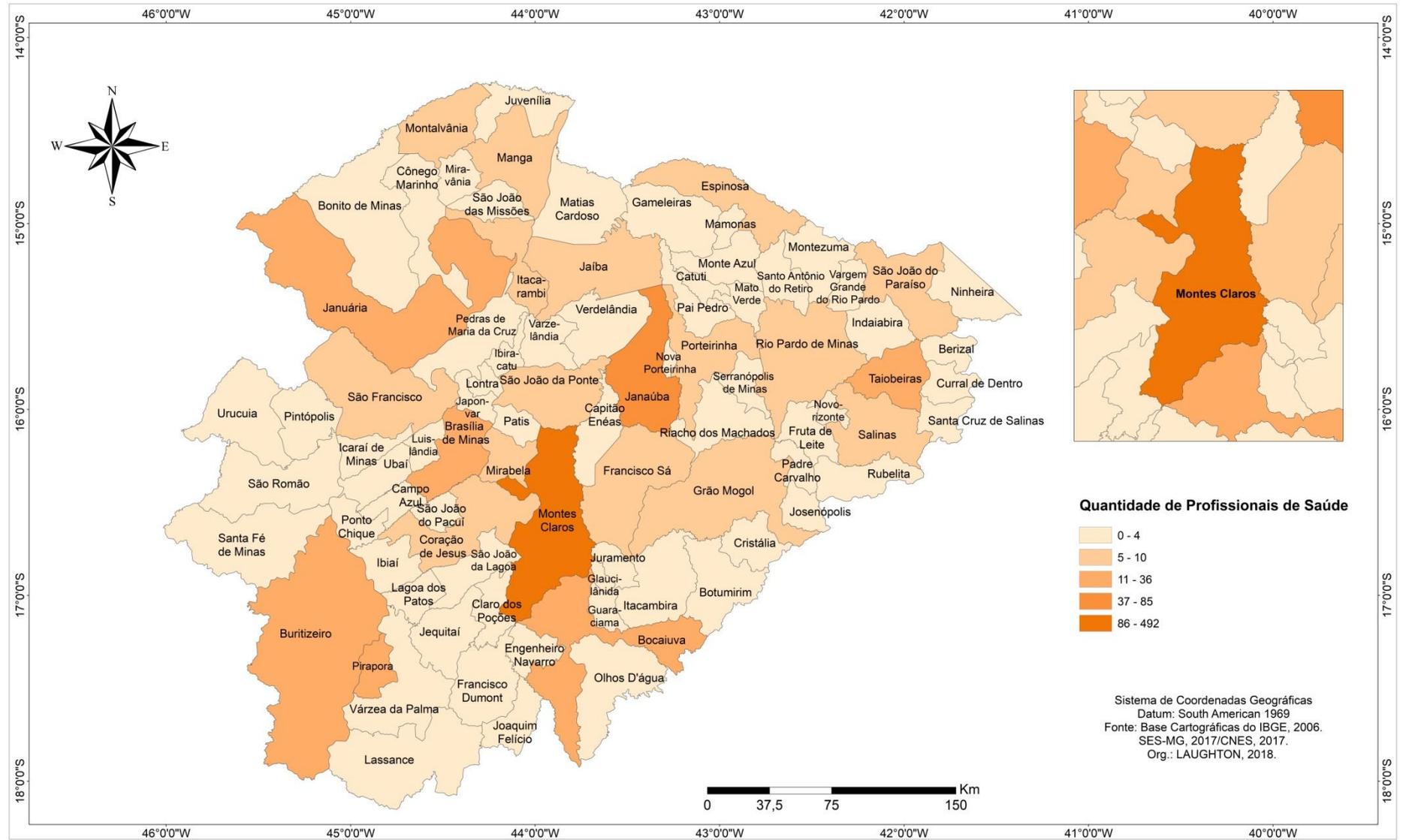
Figura 5 - Hospital Universitário Clemente de Faria



Autor: LAUGHTON, 2017.

O mapa 6 mostra a distribuição espacial da quantidade de profissionais de saúde que atendem no SUS na macrorregião, conforme dados do CNES/DATASUS (2017). O quadro 7 apresenta a quantidade de profissionais de saúde por tipo, são eles: médico clínico, pediatra, infectologista e ortopedista/traumatologista.

Mapa 6 – Profissionais de saúde do SUS na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais – Dezembro de 2017.



Quadro 7 – Quantidade de profissionais de saúde por tipos – Dezembro de 2017

MUNICÍPIO	ATENDE NO SUS			TOTAL POR MUNICÍPIO	
	MÉDICO CLÍNICO	PEDIATRA	INFECTOLOGISTA		ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
Berizal	2	0	0	0	2
Bocaiuva	30	6	0	0	36
Bonito de Minas	1	1	0	0	2
Botumirim	0	0	0	0	0
Brasília de Minas	16	4	0	1	21
Buritizeiro	18	2	0	2	22
Campo Azul	1	0	0	0	1
Capitão Enéas	2	0	0	0	2
Catuti	0	0	0	0	0
Claro dos Poções	0	0	0	0	0
Cônego Marinho	0	0	0	0	0
Coração de Jesus	8	1	0	0	9
Cristália	0	0	0	0	0
Curral de Dentro	0	0	0	0	0
Engenheiro Navarro	0	0	0	0	0
Espinosa	5	2	0	0	7
Francisco Dumont	0	0	0	0	0
Francisco Sá	5	0	0	1	6
Fruta de Leite	0	0	0	0	0
Gameleiras	2	0	0	0	2
Glaucilândia	2	0	0	0	2
Grão Mogol	3	2	0	0	5
Guaraciama	2	0	0	0	2
Ibiaí	1	0	0	0	1
Ibiracatu	0	0	0	0	0
Icaraí de Minas	2	0	0	0	2
Indaiabira	2	0	0	0	2
Itacambira	0	0	0	0	0
Itacarambi	9	1	0	0	10
Jaíba	6	1	0	0	7
Janaúba	75	9	0	1	85
Januária	22	2	0	0	24
Japonvar	0	0	0	0	0
Jequitaiá	1	0	0	0	1
Joaquim Felício	1	0	0	0	1
Josenópolis	0	0	0	0	0
Juramento	0	0	0	0	0
Juvenília	0	0	0	0	0
Lagoa dos Patos	1	0	0	0	1
Lassance	3	0	0	0	3
Lontra	0	0	0	0	0

MUNICÍPIO	ATENDE NO SUS				TOTAL POR MUNICÍPIO
	MÉDICO CLÍNICO	PEDIATRA	INFECTOLOGISTA	ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	
Luislândia	0	0	0	0	0
Mamonas	3	1	0	0	4
Manga	5	0	0	0	5
Matias Cardoso	2	0	0	0	2
Mato Verde	2	0	0	0	2
Mirabela	9	0	0	0	9
Miravânia	1	0	0	0	1
Montalvânia	5	0	0	0	5
Monte Azul	3	0	0	1	4
Montes Claros	387	99	4	2	492
Montezuma	2	0	0	0	2
Ninheira	2	0	0	0	2
Nova Porteirinha	1	0	0	0	1
Novorizonte	0	1	0	0	1
Olhos D'Água	1	0	0	0	1
Padre Carvalho	0	0	0	0	0
Pai Pedro	1	0	0	0	1
Patis	0	0	0	0	0
Pedras de Maria da Cruz	0	0	0	0	0
Pintópolis	0	0	0	0	0
Pirapora	22	4	0	0	26
Ponto Chique	0	0	0	0	0
Porteirinha	8	0	0	1	9
Riacho dos Machados	0	0	0	0	0
Rio Pardo de Minas	8	1	0	0	9
Rubelita	0	0	0	1	1
Salinas	7	1	0	1	9
Santa Cruz de Salinas	1	0	0	0	1
Santa Fé de Minas	1	0	0	0	1
Santo Antônio do Retiro	1	0	0	0	1
São Francisco	8	1	0	0	9
São João da Lagoa	0	0	0	0	0
São João da Ponte	6	0	0	0	6
São João das Missões	1	0	0	0	1
São João do Pacuí	1	0	0	0	1
São João do Paraíso	6	1	0	0	7
São Romão	2	0	0	0	2
Serranópolis de Minas	0	0	0	0	0
Taiobeiras	30	2	0	0	32
Ubaí	1	0	0	0	1
Úrucuia	3	0	0	0	3

MUNICÍPIO	ATENDE NO SUS				TOTAL POR MUNICÍPIO
	MÉDICO CLÍNICO	PEDIATRA	INFECTOLOGISTA	ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA	
Vargem Grande do Rio Pardo	2	0	0	0	2
Várzea da Palma	3	0	0	0	3
Varzelândia	1	0	0	0	1
Verdelândia	0	0	0	0	0
TOTAL DE PROFISSIONAIS	756	142	4	11	913

Fonte: DATASUS, 2017.

Org.: LAUGHTON, B. A, 2018.

Ao somar todos os Médicos Clínicos, Pediatras, Ortopedista/Traumatologista e Infectologista que atendem no SUS nos municípios que compõem a Macrorregião de Saúde, encontrou-se um total de 913 profissionais. Desse total, 756 são Médicos Clínicos, o que representa a maioria desse tipo de profissionais. O mapa 6 mostra que alguns municípios da Macrorregião não possuem Médicos Clínicos, Pediatras, Ortopedista/Traumatologista e Infectologista, como é o caso de Botumirim, Catuti, Claro dos Poções, Cônego Marinho, Cristália, Cural de Dentro, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Fruta de Leite, Ibiracatu, Itacambira, Japonvar, Josenópolis, Juramento, Juvenília, Lontra, Luislândia, Padre Carvalho, Patis, Pedras de Maria da Cruz, Pintópolis, Ponto Chique, Riacho dos Machados, São João da Lagoa, Serranópolis de Minas e Verdelândia. Por outro lado, Montes Claros detém o maior número desses profissionais, 492, seguido por Janaúba com 85, Bocaiuva com 36, Taiobeiras com 32, Pirapora com 26, Januária com 24, Brasília de Minas com 21 e Buritizeiro com 22.

A análise dos tipos por município evidencia que muitos municípios contam apenas com Médico Clínico, como é o caso de Berizal, Campo Azul, Capitão Enéas, Francisco Sá, Guaraciama, Lagoa dos Patos e outros. Já Novorizonte conta apenas com Pediatra, embora seja apenas um profissional. Além desses dados, 90% dos municípios não possuem nenhuma das duas especialidades: Infectologistas e Ortopedistas/Traumatologistas, e apenas Montes Claros conta com Infectologistas, que totalizam quatro. É válido ressaltar que 77% dos 86 municípios da macrorregião não possuem pediatras. Montes Claros dispõe da maioria de profissionais. Para a população de outros municípios que compõem a macrorregião terem acesso aos profissionais de Montes Claros, é necessária a demanda em atendimento em média ou alta complexidade ou que o seu município de origem faça pactuações para subsidiar o serviço ao paciente, como custear a consulta em outro município que dispõe do serviço procurado. Conforme Pereira (2007, p. 140), “O espaço

da saúde, na cidade de Montes Claros, apresenta um grande destaque, devido à organização e à existência de serviços médicos especializados e uma rede de hospitais e clínicas interligadas, sendo referência regional [...]”. Desse modo, Montes Claros se destaca na região, exercendo uma forte centralidade. Isso porque cada vez mais tem concentrado os serviços de saúde, assim como outros segmentos a ele relacionados, como farmácias, clínicas e laboratórios especializados.

Em Brasília de Minas, Francisco Sá, Janaúba, Monte Azul, Porteirinha, Rubelita e Salinas apenas um Ortopedista/Traumatologista foi encontrado em cada município, enquanto em Buritizeiro e Montes Claros foram dois especialistas. Segundo o Portal de Notícias G1 (2018a, s/p), “Os atendimentos nos dois hospitais de Janaúba, Regional e Fundajan podem ser prejudicados por falta de médicos anestesistas e ortopedistas”, tratando da insuficiência do número desses profissionais no município.

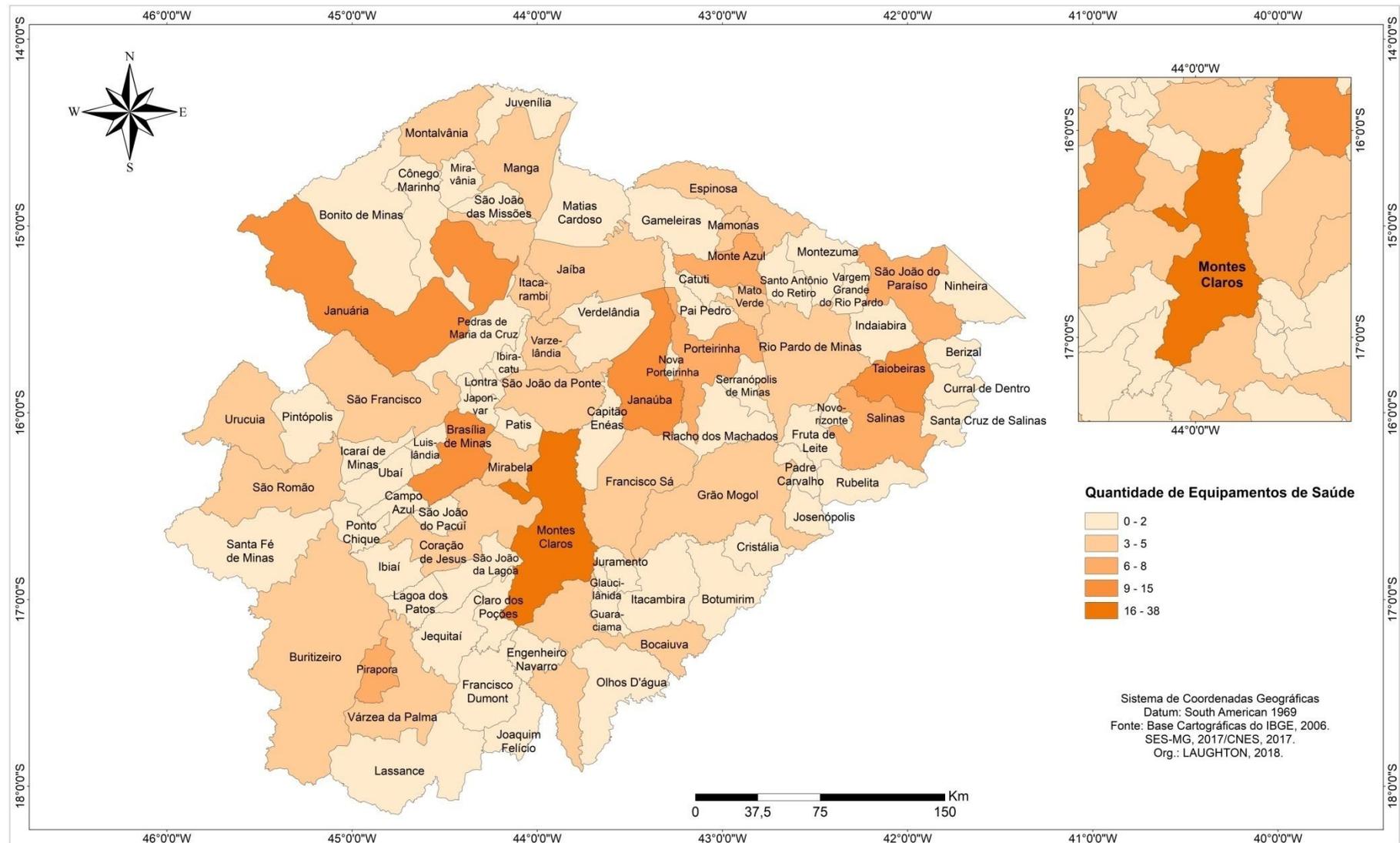
A distribuição espacial dos profissionais de saúde abordados na presente pesquisa evidencia que a Macrorregião possui maior quantidade de Médicos Clínicos, seguido de Pediatra, Ortopedista/Traumatologista e Infectologista, sendo que as últimas especialidades contam com um número baixo de profissionais em todos os municípios, incluindo o polo Macrorregional.

É válido ressaltar que todos os municípios possuem algum tipo de estabelecimentos de saúde entre os apresentados, mas nem todos possuem profissionais para trabalhar nesses espaços. Esse cenário é perceptível em Botumirim, Catuti, Claro dos Poções, Cônego Marinho, Cristália, Curral de Dentro, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Fruta de Leite, Ibiracatu, Itacambira, Japonvar, Josenópolis, Juramento, Juvenília, Lontra, Luislândia, Padre Carvalho, Patis, Pedras de Maria da Cruz, Pintópolis, Ponto Chique, Riacho dos Machados, São João da Lagoa, Serranópolis de Minas e Verdelândia. Assim, segundo a proposta de regionalização da saúde, pacientes que queiram utilizar os serviços de saúde desses municípios teriam que se deslocar para a microrregião ou macrorregião, dependendo do nível de complexidade do serviço que eles necessitam. Complementar à oferta de estabelecimentos e profissionais de saúde, tem-se a oferta de equipamentos.

2.2.2 A oferta de equipamentos

A oferta de equipamentos inclui os ultrassons, raios x, tomógrafos e eletrocardiógrafo disponíveis no SUS na macrorregião norte. O mapa 7 apresenta a distribuição espacial desses equipamentos na Macrorregião e o quadro 8 a quantidade de equipamentos por tipos.

Mapa 7 – Equipamentos de Saúde disponíveis no SUS da Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais – Dezembro de 2017.



Quadro 8 - Quantidade de equipamentos de saúde por tipos – Dezembro de 2017

MUNICÍPIO	DISPONÍVEIS NO SUS				TOTAL POR MUNICÍPIO
	ULTRASSOM CONVENCIONAL	RAIO X	TOMÓGRAFO	ELETROCARDÍOGRAFO	
Berizal	0	0	0	1	1
Bocaiuva	1	1	0	2	4
Bonito de Minas	1	0	0	0	1
Botumirim	0	0	0	1	1
Brasília de Minas	2	4	1	4	11
Buritizeiro	1	1	0	2	4
Campo Azul	0	0	0	1	1
Capitão Enéas	0	1	0	1	2
Catuti	0	0	0	1	1
Claro dos Poções	0	0	0	2	2
Cônego Marinho	0	1	0	1	2
Coração de Jesus	0	2	0	2	4
Cristália	0	0	0	0	0
Curral de Dentro	0	0	0	2	2
Engenheiro Navarro	0	0	0	0	0
Espinosa	1	1	0	2	4
Francisco Dumont	0	0	0	1	1
Francisco Sá	0	2	0	2	4
Fruta de Leite	0	0	0	1	1
Gameleiras	0	0	0	1	1
Glaucilândia	0	0	0	1	1
Grão Mogol	0	1	0	2	3
Guaraciama	0	0	0	0	0
Ibiaí	0	0	0	0	0
Ibiracatu	0	0	0	0	0
Icaraí de Minas	0	0	0	1	1
Indaiabira	0	0	0	1	1
Itacambira	0	0	0	2	2
Itacarambi	1	1	0	1	3
Jaíba	1	1	0	1	3
Janaúba	2	4	1	7	14
Januária	5	4	1	5	15
Japonvar	1	0	0	1	2
Jequitaiá	0	0	0	0	0
Joaquim Felício	1	0	0	1	2
Josenópolis	0	0	0	1	1
Juramento	0	0	0	0	0
Juvenília	0	0	0	0	0
Lagoa dos Patos	0	1	0	1	2
Lassance	0	0	0	1	1
Lontra	1	0	0	1	2

MUNICÍPIO	DISPONÍVEIS NO SUS				TOTAL POR MUNICÍPIO
	ULTRASSOM CONVENCIONAL	RAIO X	TOMÓGRAFO	ELETROCARDIOGRAFO	
Luislândia	0	0	0	1	1
Mamonas	1	1	0	1	3
Manga	1	1	0	2	4
Matias Cardoso	1	0	0	1	2
Mato Verde	0	4	0	0	4
Mirabela	1	2	0	1	4
Miravânia	0	0	0	1	1
Montalvânia	0	2	0	2	4
Monte Azul	1	2	0	4	7
Montes Claros	6	15	4	13	38
Montezuma	1	1	0	0	2
Ninheira	0	1	0	0	1
Nova Porteirinha	0	0	0	1	1
Novorizonte	0	0	0	1	1
Olhos D'Água	0	0	0	0	0
Padre Carvalho	0	0	0	1	1
Pai Pedro	0	0	0	1	1
Patis	0	0	0	1	1
Pedras de Maria da Cruz	1	0	0	1	2
Pintópolis	0	0	0	1	1
Pirapora	2	1	1	3	7
Ponto Chique	0	0	0	2	2
Porteirinha	1	2	0	3	6
Riacho dos Machados	0	1	0	0	1
Rio Pardo de Minas	1	1	0	2	4
Rubelita	0	0	0	2	2
Salinas	3	1	0	4	8
Santa Cruz de Salinas	0	0	0	1	1
Santa Fé de Minas	0	0	0	2	2
Santo Antônio do Retiro	0	0	0	1	1
São Francisco	1	1	0	1	3
São João da Lagoa	0	0	0	1	1
São João da Ponte	1	1	0	1	3
São João das Missões	0	0	0	1	1
São João do Pacuí	0	0	0	1	1
São João do Paraíso	2	2	0	2	6
São Romão	2	1	0	1	4
Serranópolis de Minas	0	0	0	1	1
Taiobeiras	2	9	1	3	15
Ubaí	1	0	0	1	2
Urucuia	0	1	0	2	3
Vargem Grande do Rio Pardo	0	0	0	2	2

MUNICÍPIO	DISPONÍVEIS NO SUS				TOTAL POR MUNICÍPIO
	ULTRASSOM CONVENCIONAL	RAIO X	TOMÓGRAFO	ELETROCARDIOGRAFO	
Várzea da Palma	0	2	0	2	4
Varzelândia	2	2	0	1	5
Verdelândia	1	0	0	1	2
TOTAL DE EQUIPAMENTOS	50	79	9	128	266

Fonte: DATASUS, 2017.

Org.: LAUGHTON, B. A, 2018.

A Macrorregião de Saúde em estudo conta com um total de 266 equipamentos, abrangendo ultrassom convencional, raios x, tomógrafos e eletrocardiógrafos disponíveis no SUS (DATASUS, 2017). Desse total, 128 são eletrocardiógrafos, ou seja, a maioria dos equipamentos, 79 são raios x, 50 são ultrassom convencional e apenas nove são tomógrafos. O mapa 11 mostra que mais uma vez Montes Claros possui papel de destaque, com um total de 38 equipamentos de saúde, seguido de Taiobeiras e Januária com 15, Janaúba com 14 e Brasília de Minas com 11. Novamente é válido ressaltar que alguns municípios não possuem nenhum dos equipamentos selecionados, como é o caso de Cristália, Engenheiro Navarro, Guaraciama, Ibiaí, Ibiracatu, Jequitaiá, Juramento, Juvenília e Olhos D'Água.

Quanto à análise do tipo por município, percebe-se que 38% dos municípios contam somente com eletrocardiógrafo, como Berizal, Botumirim, Campo Azul, Catuti, Claro dos Poções, Curral de Dentro, Francisco Dumont, Fruta de Leite, Gameleiras, Glaucilândia, Icaraí de Minas, Indaiabira, Itacambira, Josenópolis, Lassance, Luislândia, Miravânia, Nova Porteirinha, Novorizonte, Padre Carvalho, Pai Pedro, Patis, Pintópolis, Ponto Chique, Rubelita, Santa Cruz de Salinas, Santa Fé de Minas, Santo Antônio do Retiro, São João da Lagoa, São João das Missões, São João do Pacuí, Serranópolis de Minas e Vargem Grande do Rio Pardo. Poucos são os municípios que possuem todos os tipos de equipamentos, sendo o caso de Montes Claros, Brasília de Minas, Janaúba, Januária, Pirapora e Taiobeiras.

Ao levar em consideração que o polo microrregional dispõe de melhor infraestrutura em saúde do que os municípios que ele engloba, verificou-se que Brasília de Minas, Janaúba, Januária, Pirapora e Taiobeiras ofertam serviços de raios x, ultrassons e tomógrafos, enquanto Bocaiuva, São Francisco, Salinas, Monte Azul, Manga não possuem tomógrafos. Coração de Jesus e Francisco Sá possuem somente raios x. Percebe-se, então, que a

maioria dos polos microrregionais não conta com todos os equipamentos de saúde que deveriam ser ofertados na atenção secundária.

Uma compreensão geral da oferta de serviços de saúde na Macrorregião evidencia tamanhas disparidades, pois alguns municípios não contam com os serviços que deveriam ser ofertados em seu nível de atenção. Existem também municípios que não contam com nenhum profissional e nenhum equipamento de saúde, entre os elencados nesta pesquisa. A maior cobertura é a de estabelecimentos de saúde, principalmente pela oferta das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Vale frisar que Botumirim, Catuti, Claro dos Poções, Cônego Marinho, Cristália, Curral de Dentro, Engenheiro Navarro, Francisco Dumont, Fruta de Leite, Ibiracatu, Itacambira, Japonvar, Josenópolis, Juramento, Juvenília, Lontra, Luislândia, Padre Carvalho, Patis, Pedras de Maria da Cruz, Pintópolis, Ponto Chique, Riacho dos Machados, São João da Lagoa, Serranópolis de Minas e Verdelândia não possuem nenhum profissional de saúde. Já sem nenhum equipamento de saúde temos: Cristália, Engenheiro Navarro, Guaraciama, Ibiracatu, Ibiaí, Jequitaiá, Juramento, Juvenília e Olhos D'Água. Alguns municípios possuem situação ainda mais delicada, pelo fato de não possuírem profissionais citados nem os equipamentos de saúde, como acontece com Cristália, Engenheiro Navarro, Ibiracatu, Juramento e Juvenília, esses municípios ainda estão entre os que possuem menor quantidade de estabelecimentos de saúde. Esses dados contrariam Brasil (2009) que afirma “[...] a prioridade para todos os municípios é ter a atenção básica operando em condições plenas e com eficácia”. Se há municípios na macrorregião que possuem somente atenção básica e que não contam com médico clínico, profissional considerado elementar para uma unidade básica de saúde, certamente a atenção básica não operará em condições plenas e eficazes.

O mapeamento realizado mostra que Montes Claros possui a maior oferta de serviços de saúde e que muitos municípios dependem, portanto, do polo macrorregional. Com o básico em assistência a saúde, atendimentos poderiam ser ofertados em todos os municípios, evitando deslocamentos. Além disso, a existência de Unidades Básicas de Saúde implica o fortalecimento da atenção básica, o que não ocorre sem a presença de profissionais.

Os dados permitiram compreender a existência da centralidade em saúde exercida por Montes Claros, que ocasiona deslocamentos de toda população dos demais municípios da macrorregião em busca dos serviços de saúde ofertados no município. O estudo de Pereira (2007) pontua a referência regional de Montes Claros ao tratar da saúde, mostrando a

dinâmica que este setor proporciona e os segmentos que advém dele. Conforme a autora, em 1982, Montes Claros já detinha concentração de recursos e atração hospitalar. Esse fato mostra que o destaque regional de Montes Claros data de muitos anos. A cidade se desenvolvia bem na região, expandia-se o comércio e a oferta de diferentes serviços, entre eles o da saúde, com isso aumentava-se a quantidade e a diversidade dos serviços de saúde. Com a NOAS - SUS 01/2001, que regulamentou a regionalização, Montes Claros passa a ter uma centralidade em saúde com mais vigor, com um planejamento com vistas a permitir o acesso de uma maior população aos serviços de saúde. A regionalização faz com que Montes Claros seja polo macrorregional e que receba pacientes de todo o Norte de Minas para assistência à saúde, sobretudo em alta complexidade, por dispor de melhores recursos. Portanto, a centralidade de Montes Claros evidenciada nesta pesquisa é proposital a partir da instauração da regionalização, quando se segue uma política estadual de gestão dos serviços de saúde. Entretanto, antes da regionalização, a cidade já era referência em saúde com os deslocamentos orientados pela própria sociedade que buscava os serviços de saúde onde, de acordo com suas concepções, seria mais adequado.

A centralidade de Montes Claros em serviços de saúde, a melhor oferta de estabelecimentos (FIGURA 6), equipamentos e profissionais de saúde e a sua função como polo macrorregional fizeram com que essa cidade fosse elencada para visita a campo. Durante o campo, foram realizadas coletas de informações no propósito de compreender a realidade do SUS no município.

Figura 6 – Estabelecimentos de saúde de Montes Claros/MG



Autor: LAUGHTON, 2018.

A administração municipal de Montes Claros tem relatado que o município utiliza os recursos financeiros do próprio tesouro para gastos em saúde, e esse recurso não financia os serviços somente para a população do município. A coleta de informações mostrou que

existem pactuações¹⁵, entretanto, o recurso é pouco, o que faz com que Montes Claros tenha ainda mais gastos com a saúde. Ao tratar dos recursos humanos, equipamentos e estabelecimentos de saúde, a pesquisa de campo evidenciou que o município atende tranquilamente Montes Claros, mas não toda a macrorregião Norte, que seriam necessários maiores recursos financeiros para que a oferta serviços de saúde atendesse em quantidade e qualidade a demanda da macrorregião.

Sobre os serviços hospitalares, ressalta-se a realidade da superlotação, de uma cultura “hospitalocêntrica”, onde o hospital é procurado para solucionar a maioria dos problemas de saúde do município. Sabe-se que o quadro da superlotação poderia diminuir consideravelmente se houvesse melhor direcionamento da população à atenção básica para que os hospitais não fiquem superlotados. O que poderia minimizar a superlotação hospitalar é uma melhor distribuição dos serviços entre os hospitais, pois existem aqueles que concentram mais e outros que possuem menos serviços.

No que se refere à regionalização, tem-se a necessidade de se investir para que outros municípios se tornem macropolos, uma alternativa urgente devido ao fato de Montes Claros não suportar a demanda. Ressalta-se que, se outros municípios ofertassem mais tipos de serviços e em maior número, a sobrecarga de Montes Claros seria menor.

Diante da realidade em saúde, os princípios do SUS universalidade, integralidade e equidade se cumprem, mas não em sua totalidade. A fila única eletrônica ajudou muito na efetivação de alguns princípios, onde o paciente não aguarda mais a liberação para realização de um procedimento em saúde somente em um hospital, concorrendo a vagas em maior número de hospitais, o que traz agilidade e transparência ao processo.

Outro município no qual se realizou trabalho de campo foi Engenheiro Navarro, pois ele se encontra entre os municípios que dispõem de menor quantidade de estabelecimentos de saúde. Além disso, o município não apresenta nenhum tipo dos profissionais e

¹⁵ Sobre as pactuações, Brasil (2003b, p.84-85) esclarece que a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da Assistência à saúde nos Estados e municípios brasileiros, resultante da definição, negociação e formalização dos pactos entre os gestores, das prioridades, metas, critérios, métodos e instrumentos, no sentido de definir de forma transparente os fluxos assistenciais no interior das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços bem como os limites financeiros destinados para cada município, explicitando a parcela destinada à assistência da própria população e das referências recebidas de outros municípios.

equipamentos de saúde selecionados para a pesquisa, conforme dados coletados no DATASUS. Durante a visita ao município também houve coleta de informações.

Na coleta de informações, percebeu-se um cenário de profissionais de saúde diferente dos dados levantados no DATASUS, pois o município possui nove médicos clínicos e um pediatra que atendem pelo SUS. Além desses médicos, o município conta com algumas especialidades: um cardiologista, um ginecologista e um ultrassonografista. Os médicos clínicos atendem nos Centros de Saúde e na Estratégia Saúde da Família (ESF), ambos com a atenção primária, visto que o município não conta com clínicas de pronto atendimento e nem hospitais, sendo ofertados os serviços de primeiro grau de complexidade. Quando são necessários serviços de segundo ou terceiro grau de complexidade, esses pacientes são direcionados a Bocaiuva (polo microrregional) ou Montes Claros (polo macrorregional). A escolha do município varia de acordo com a complexidade e serviços disponíveis para receber cada caso.

Engenheiro Navarro possui transporte para deslocamento dos pacientes. O município conta com vans, carros da saúde, ambulâncias e um micro-ônibus. O município realiza um deslocamento diário a Montes Claros com 26 pacientes no micro-ônibus e 12 pessoas em carros. Conforme informações, o transporte não constitui um problema em saúde no município, visto que a quantidade existente supre a demanda da população.

Ao tratar da infraestrutura, conforme as informações coletadas, o município conta com quantidade suficiente de unidades de saúde da atenção primária (FIGURA 7), entretanto, estas enfrentam problemas de instalação no município, pois existem unidades de saúde no rural e UBS em casa alugada, por exemplo.

Figura 7 – Estratégia Saúde da Família em Engenheiro Navarro



Autor: LAUGHTON, 2018.

A Secretaria de Saúde do município (FIGURA 8) é em prédio do estado, e a construção de unidades de saúde requer um recurso próprio para isso, pois verba de equipamento não pode ser destinada a construção de unidades de saúde, por exemplo, mesmo que a construção seja necessária.

Figura 8 – Secretaria de Saúde de Engenheiro Navarro/MG



Autor: LAUGHTON, 2018.

A maior carência em infraestrutura de saúde pontuada é em relação a equipamentos para realização de exames, pois o município realiza apenas alguns exames laboratoriais e ultrassons. A cota de alguns exames é baixa no município, a exemplo do exame colo de útero que totaliza somente 33 cotas mensais. Outros exames são pactuados, mas mesmo assim há dificuldade para conseguir realizar em Montes Claros, fato que se intensificou no período que a gestão plena do município estava com o governo do estado¹⁶.

A coleta de informações em Montes Claros mostrou que o município não possui quantidade de oferta de serviços de saúde para atender todos os 86 municípios da macrorregião e que, mesmo com os recursos das pactuações, o município ainda utiliza valores do seu tesouro municipal para atender a população da macrorregião. Esse cenário evidencia o polo macrorregional sobrecarregado, com superlotação de hospitais, sem condições de atender a todos os municípios e com recurso financeiro insuficiente destinado a saúde. Confirmando esse cenário, alguns jornais retratam o problema da seguinte forma:

¹⁶ Desde 2015, Montes Claros estava com a gestão da assistência hospitalar e ambulatorial coordenada pelo Estado, que seguiu uma orientação do Ministério Público Federal e Estadual após gestores municipais reterem indevidamente milhões que seriam destinados a área da saúde. Esse fato suspendeu o repasse dos recursos financeiros ao Fundo Municipal de Saúde da cidade, ficando no fundo estadual da saúde com o repasse direto aos prestadores hospitalares sem passar pelo fundo municipal. A gestão plena para o município só retornou no início de maio de 2018 (PORTAL DE NOTÍCIAS G1, 2018c).

- ❖ Na Santa Casa de Montes Claros, maior hospital do Norte de Minas, o pronto-socorro está sempre cheio, com macas nos corredores e muitas horas de espera para atendimento. A praça em frente funciona como espécie de sala de espera ao ar livre, com a presença diária de um grande número de pessoas que se deslocam em ambulâncias, vans e ônibus por longas distâncias em busca de consultas e exames que não conseguem mais ou nunca conseguiram nos lugares de origem. [...] A demanda no hospital aumentou com a crise financeira dos pequenos municípios. “Eles já sofriam com a falta de estrutura e de recursos humanos. Muitas vezes, chegam em nosso pronto-socorro pacientes de outras cidades precisando de procedimentos simples, que não são feitos nos lugares onde moram por falta de profissionais” (JORNAL ESTADO DE MINAS, 26/06/2016; s/p).
- ❖ Hospitais de Montes Claros suspendem atendimentos por causa de superlotação. Santa Casa, HU e Aroldo Tourinho acionaram plano de contingência; unidades vão receber apenas casos com risco de morte (PORTAL DE NOTÍCIAS G1, 2018b, s/p).
- ❖ A situação do atendimento médico de urgência e emergência nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) em Montes Claros (Norte de Minas), que já era caótica, se agravou mais ainda. A Santa Casa de Montes Claros, maior hospital do Norte de Minas, anunciou na tarde desta sexta-feira, “provisoriamente”, vai atender em seu pronto socorro somente os casos graves de emergência, “com iminente risco de morte”, deixando de atender aos demais casos. A justificativa do hospital para a medida é a superlotação. [...] As dificuldades para o atendimento de urgência e emergência nos hospitais conveniados pelo SUS em Montes Claros se arrastam há vários anos (JORNAL ESTADO DE MINAS, 2018, s/p).

Por outro lado, Engenheiro Navarro, pertencente à microrregião de Bocaiuva, possui serviços de saúde da atenção básica suficientes para atender a demanda da população local e com infraestrutura para deslocamentos em caso de necessidade de maior complexidade, orientados pela regionalização da saúde, ou seja, aos polos macrorregionais e microrregionais. Esse fato sinaliza uma regionalização que se desenvolve com disparidades entre os municípios e fragilidades no polo macrorregional, que não tem conseguido abarcar todos os municípios da sua área de abrangência. Para outra análise acerca da área de estudo, são analisados os fluxos de internações em eletiva e urgência do Sistema Único de Saúde no próximo capítulo.

3. FLUXOS DE INTERNAÇÕES DO SUS NA MACRORREGIÃO DE SAÚDE NORTE DE MINAS GERAIS

Este capítulo apresenta os fluxos de internações na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais, ao retratar o número de deslocamentos realizados pelos pacientes para internações hospitalares em Montes Claros/MG em urgência e eletiva por meio da Central de Regulação de Leitos. Além disso, traz a distribuição das internações por clínica, apresentando quais clínicas/especialidades médicas mais recebem internações. Os diagnósticos que englobam mais internações também são expostos. Serão apresentados os progressos e desafios do SUS com base das observações e estudos realizados.

3.1 Uma leitura dos fluxos de internações do Sistema Único de Saúde

Em primeiro instante, é necessária a compreensão de que, neste estudo, fluxos de internações são os deslocamentos intermunicipais realizados pelos pacientes em busca de internações hospitalares. Partiu-se de uma análise origem-destino entre o município de residência e o município de internação do paciente, sendo o número desses deslocamentos para as internações constituídos como fluxo. Como município de internação, adotou-se Montes Claros, que foi escolhido por se configurar como um polo macrorregional e por dispor da concentração de serviços de saúde, o que permite o deslocamento de pacientes para internação advinda dos demais municípios da região.

Os fluxos evidenciam as redes¹⁷ presentes no território. Conforme Souza (2013), a discussão do conceito de redes data de muito tempo e, nos anos 1980 e 1990, houve uma renovação conceitual do termo. Ainda conforme o autor, elas são de diferentes tipos: técnicas, de movimentos sociais, urbanas entre outras, que já detinham a atenção da Geografia nas décadas 1960 e 1970. Corrêa (2012, p. 200) define as redes geográficas,

¹⁷ Corrêa (2012) traz em sua discussão de redes o contexto histórico das mesmas partindo dos nômades que sem se fixar nos lugares construam suas redes geográficas de acordo com o percurso desenvolvido e com seus momentos de pausa para satisfazer necessidades provisórias, como próximos a água, por exemplo. O autor prossegue exemplificando que o Império Romano foi projetado em redes com vistas a atender a política e o comércio se estruturando pelas estradas e também por meio das cidades. As redes geográficas na segunda metade do século XIX aumentaram em número com o andamento do capitalismo industrial que necessitava de outras demandas. O mundo contemporâneo insere redes ferroviárias formadas por trilhos com paradas em sua sequência que se cruza com outras linhas e se fazem palco de movimentos de pessoas ou mesmo de mercadorias. Outros tipos de redes geográficas também surgem, como exemplo a de uma bacia leiteira que se constituem partindo das fazendas que produzem o leite e as redes bancárias, por exemplo.

como “[...] o conjunto de localizações humanas articuladas entre si por meio de vias e fluxos [...]” e as trata como geográficas quando consideradas a sua espacialidade. Souza (2013) acrescenta que os fluxos podem variar de modelos, têm-se os de informação, de passageiros, de energia além de outros inúmeros fluxos.

Na área da saúde, o Plano Diretor de Regionalização foi projetado para funcionar em rede. Conforme a SES/MG (2011, p. 14):

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.

A lógica organizacional das redes de atenção à saúde se faz presente a partir da articulação de pontos. Segundo a SES/MG (2011), há a criação de uma base territorial que direciona a distribuição de equipamentos voltados à área da saúde, composta pelos municípios, microrregiões e macrorregiões, onde todos os municípios contam com a atenção primária (base territorial municipal) e integram microrregiões (média complexidade) e macrorregiões (alta complexidade) dotadas de maior capacidade tecnológica. Nessa estrutura, os pacientes podem se deslocar do município para a microrregião e da micro para a macrorregião, para procedimentos em saúde, constituindo o fluxo.

As redes deste estudo são estruturadas por meio dos fluxos de internações. É importante destacar que vários são os tipos de entrada de pacientes nos hospitais, como, por exemplo, via Consórcio Intermunicipal de Saúde, via Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), por demanda espontânea, entre outros. Os dados deste estudo foram disponibilizados pela Central de Regulação de Leitos de Montes Claros/MG, portanto, constituem dados de internações da rede SUS por entrada hospitalar via Central de Regulação de Leitos. Os dados constituem entradas em urgência e eletiva, sendo as entradas de urgência aquelas que exigem menor tempo para iniciar a assistência à saúde, onde o paciente encontra-se em um estado que requer cuidados rápidos e entradas eletivas são aquelas agendadas, para procedimentos que não são caracterizadas em caráter de urgência.

A Central de Regulação de Leitos atua buscando disponibilidade de leitos¹⁸ para aqueles pacientes que precisam de internação. A evolução clínica de cada paciente é levada em consideração quando ele é direcionado ao hospital que possui recursos profissionais e equipamentos para seu atendimento. O hospital que irá acolher esse paciente recebe um laudo do seu histórico, que é avaliado pelo médico plantonista que pode o contrarreferenciar se entender que não necessita de atendimentos urgentes naquele instante. Procedimentos como este são necessários quando há superlotação nos hospitais de Montes Claros ou quando o hospital não possui oferta de serviços de saúde para receber aquele paciente. Um levantamento de dados no DATASUS mostra a quantidade de leitos disponíveis em Montes Claros – Polo Macrorregional (TABELA 2).

Tabela 2 - Leitos Hospitalares existentes no SUS no Polo Macrorregional – Dezembro de 2017

Leitos Hospitalares	Tipos	Quantidade
Leitos de Internação	Leitos Clínicos	309
	Leitos Cirúrgicos	287
	Leitos Pediátricos	79
	Leitos Obstétricos	78
	Leitos Outra Especial	12
	Leitos Hospital Dia	6
Leitos Complementares	Complementar	94
Total		865

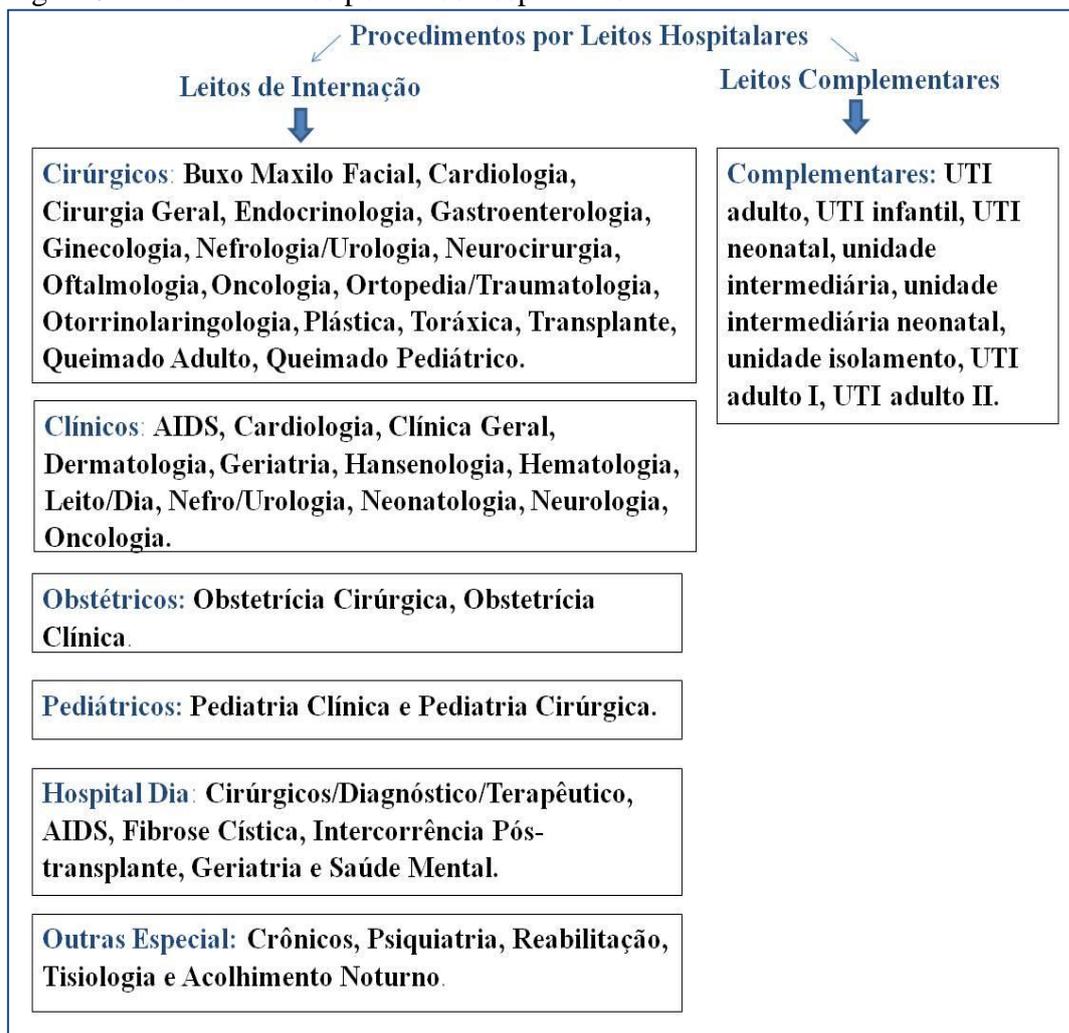
Fonte: DATASUS, 2018.

Org.: LAUGHTON, 2018.

Verifica-se que os leitos clínicos aparecem com maior quantidade, seguido dos leitos cirúrgicos, complementares, pediátricos, obstétricos, outra especial e hospital dia. Ao todo, os leitos hospitalares compreendem 865, sendo que cada leito possui uma destinação, muitas vezes definida a partir da especialidade médica a que se dispõe (FIGURA 9).

¹⁸ Leito Hospitalar: “Cama numerada e identificada que se destina à internação de um paciente dentro de um hospital. O leito se localiza em um quarto ou enfermaria, que se constitui no endereço exclusivo de um paciente durante sua estadia no hospital. O leito está vinculado a uma unidade de internação de um serviço” (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008, p. 667).

Figura 9 – Procedimentos por leitos hospitalares



Fonte: DATASUS, 2018.

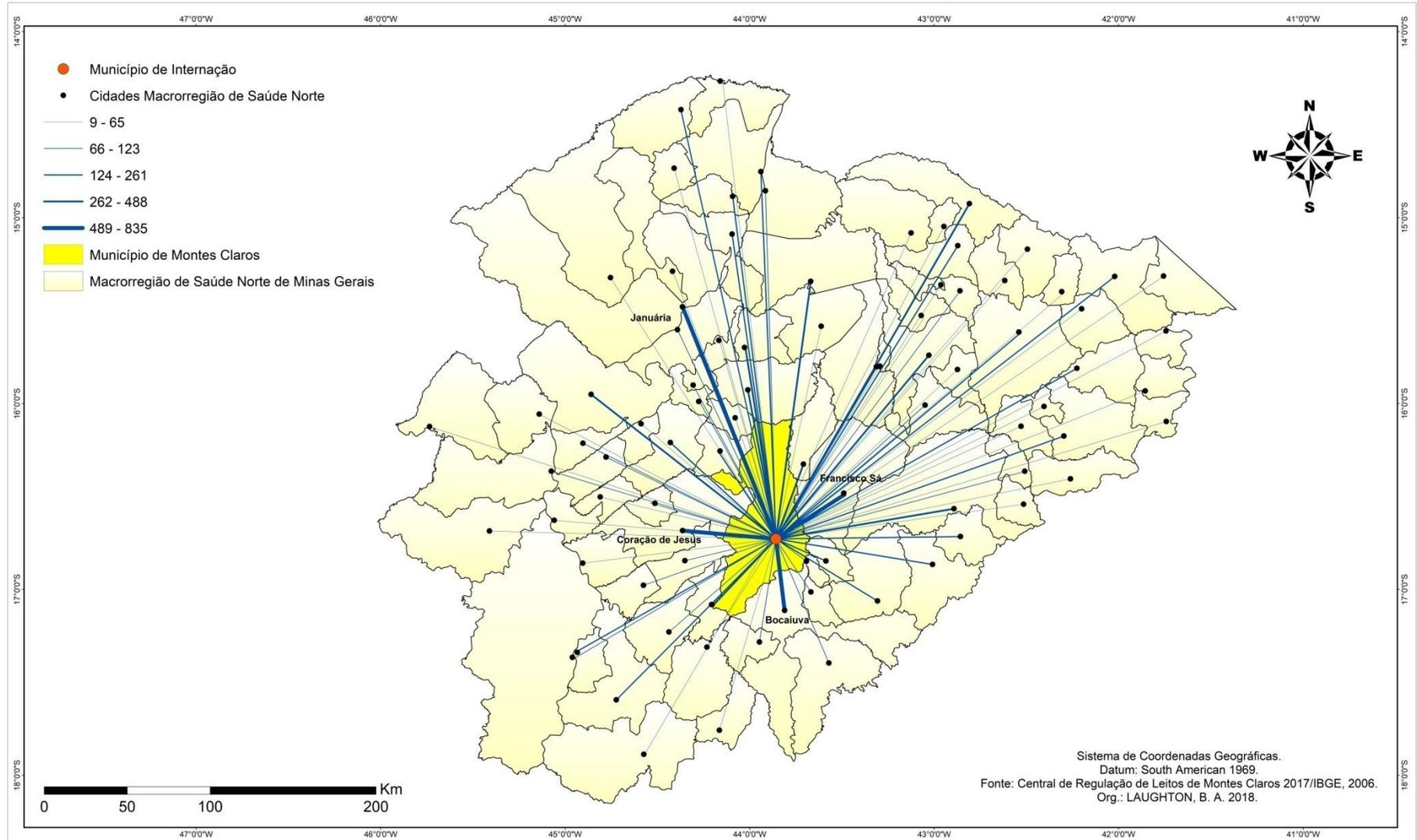
Org.: LAUGHTON, B. A, 2018.

Importante destacar que a Central de Regulação de Leitos tem autonomia para enviar um paciente a um hospital com vaga zero, desde que ele não esteja na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), entubado ou que exija cuidados especiais. Montes Claros, por sua infraestrutura em saúde, recebe expressivo número de pacientes da macrorregião Norte para vários fins, entre eles a internação em urgência ou eletiva.

3.1.1 Fluxos de Internações (Urgência)

Os fluxos de internações da rede SUS (urgência) por entrada hospitalar, via Central de Regulação de Leitos, no ano de 2017 são expressos pelo mapa 8.

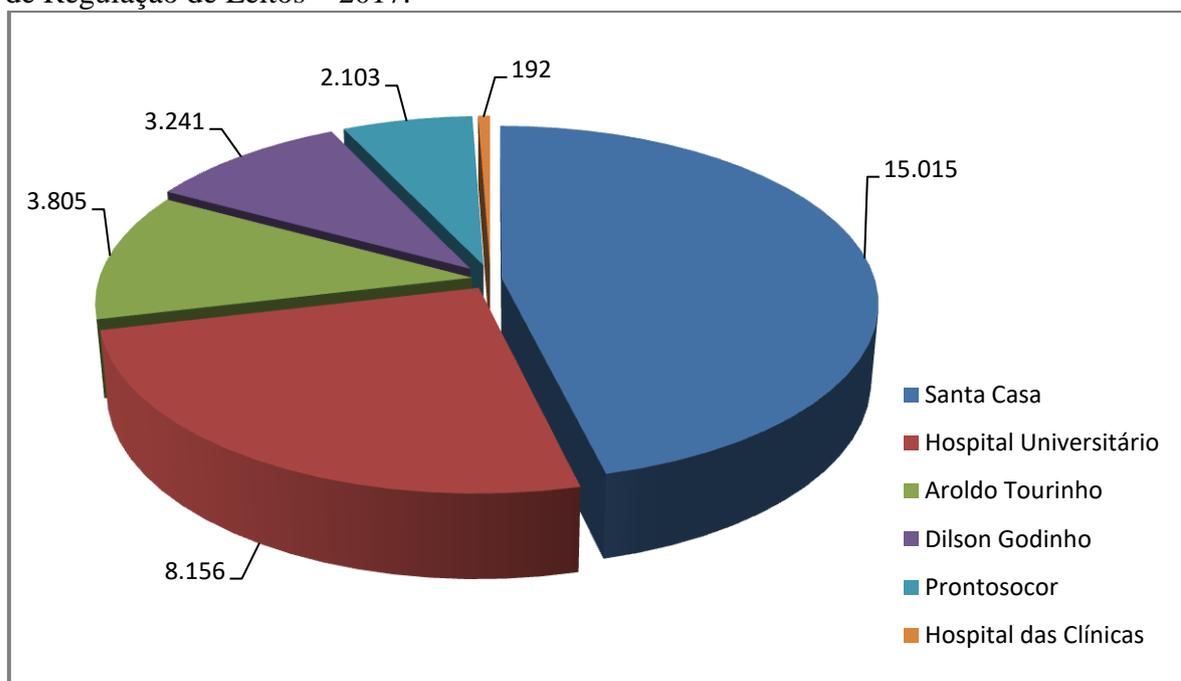
Mapa 8 – Fluxos de Internações da rede SUS (urgência) por entrada hospitalar via Central de Regulação de Leitos na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais - 2017



O mapa 8 mostra que os municípios que enviaram mais internações foram Bocaiuva, com 835 internações, seguido de Francisco Sá, com 699, Januária, com 569, e Coração de Jesus, com 542 internações. Em decorrência, os maiores fluxos são entre esses municípios e Montes Claros e podem ocorrer devido a diferentes fatores, como o tamanho demográfico de alguns desses municípios e/ou a localização próxima ao polo macrorregional. Já os que enviaram menos internações foram Urucuaia, com nove internações, Santa Fé de Minas, com 11, Santa Cruz de Salinas, com 15, Curral de Dentro, com 18, e Vargem Grande do Rio Pardo, com 19 internações. É válido ressaltar que o maior número de internações veio do próprio município de Montes Claros, um total de 19.466, entretanto, esse dado não ocasiona fluxo entre municípios distintos, além disso, estas internações com pacientes residentes em Montes Claros podem se relativizadas, uma vez que é de conhecimento geral que muitos pacientes apresentam endereços de parentes na cidade com receio de não conseguir atendimento ou internação.

De acordo com os dados fornecidos pela Central de Regulação de Leitos, no ano de 2017, ocorreram 32.512 internações em urgência (SUS) nos hospitais de Montes Claros com pacientes oriundos dos municípios da macrorregião. O Gráfico 1 mostra a distribuição destas internações.

Gráfico 1 – Total de internações (urgência) nos hospitais de Montes Claros/MG via Central de Regulação de Leitos – 2017.



Fonte: Central de Regulação de Leitos, 2017.
Org.: LAUGHTON, 2018.

Conforme o gráfico, a distribuição das internações mostra que 15.015 foram efetuadas na Santa Casa, 8.156 no Hospital Universitário, 3.805 no Aroldo Tourinho, 3.241 no Dilson Godinho, 2.103 no Prontosocor e 192 no Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro.

Dados da Central de Regulação de Leitos, do ano de 2017, mostraram que as internações dos pacientes advindos de Montes Claros foram realizadas na maioria na Santa Casa (42,98%), seguido do Hospital Universitário (30,12%), Aroldo Tourinho (12,45%), Prontosocor (6,84%), Dilson Godinho (6,75%) e Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro (0,86%). As internações advindas dos demais municípios com maior fluxo para Montes Claros, ou seja, Bocaiuva, Coração de Jesus, Francisco Sá e Januária também foram realizadas na Santa Casa. O Hospital Universitário foi o segundo hospital que mais recebeu internações advindas de Bocaiuva, Coração de Jesus e Francisco Sá. Já o Dilson Godinho é o segundo hospital com mais internações originadas de Januária. Dentre todos os municípios citados, percebe-se que o Hospital das Clínicas recebeu menor número de internações¹⁹.

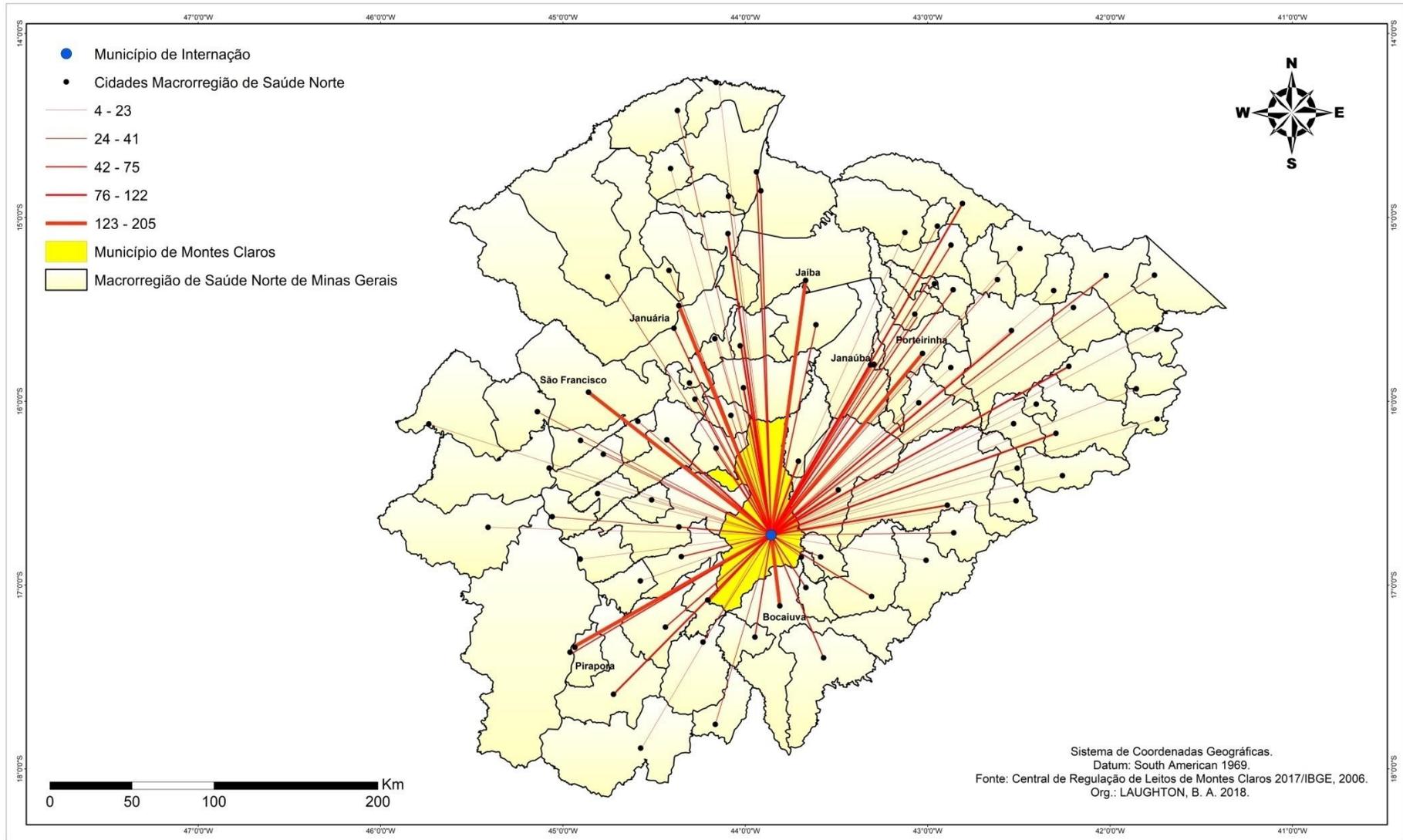
Os fluxos de internações em urgência ainda mostram que todos os municípios da macrorregião norte apresentam fluxo de internações para Montes Claros/MG, o que mostra que mesmo com carências de recursos financeiros, como exposto anteriormente, o município tem desempenhado sua função de polo macrorregional ao receber os pacientes de toda a macrorregião. Observa-se, também, que a maioria dos municípios dos extremos da macrorregião teve menor fluxo direcionado a Montes Claros, enquanto os mais próximos apresentaram com maior fluxo. A seguir serão retratados os fluxos de internações em eletiva.

3.1.2 Fluxo de Internações (Eletiva)

O mapa 9 mostra os fluxos de internações da rede SUS (eletiva) por entrada hospitalar, via Central de Regulação de Leitos, no ano de 2017.

¹⁹ Em outubro de 2017, o hospital foi autorizado para receber pacientes do SUS. “Publicada no Diário Oficial da União na última quarta-feira, a Portaria 2.570 autoriza a inserção do complexo hospitalar dentro dos recursos do Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar do Fundo Nacional de Saúde, oferecendo aos moradores da região atendimento médico e cirurgias de alta complexidade custeados pelo governo (JORNAL HOJE EM DIA, 10/2017, s/p)”.

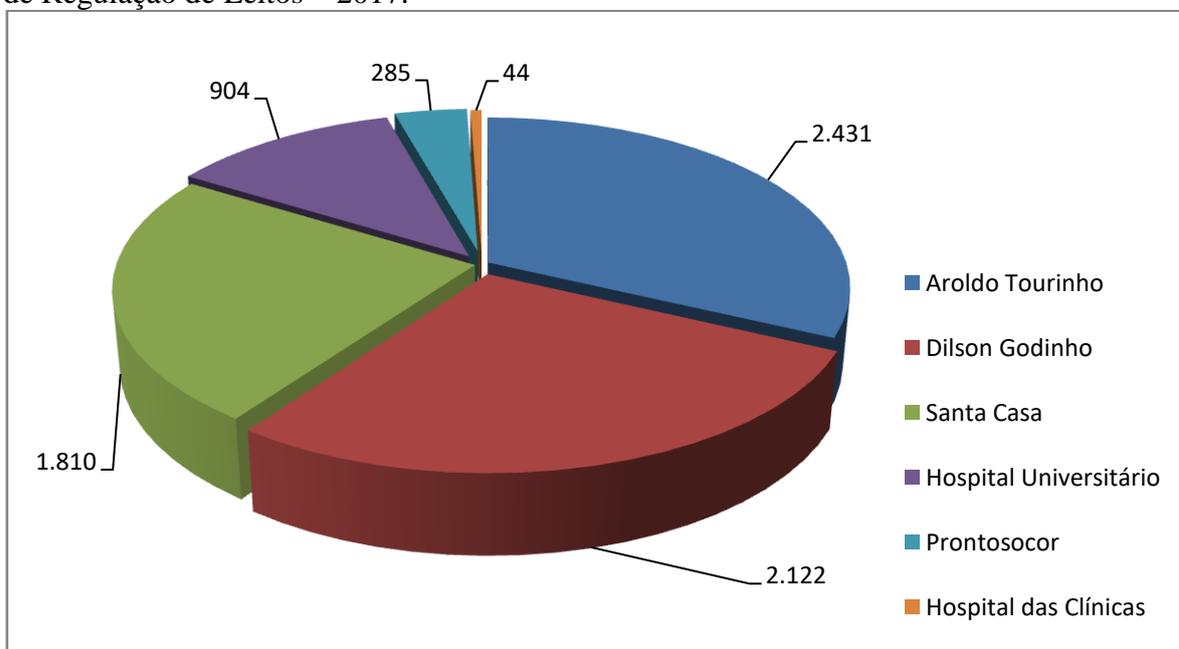
Mapa 9 – Fluxos de internações da rede SUS (eletiva) por entrada hospitalar via Central de Regulação de Leitos na Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais - 2017



Assim como na urgência, todos os municípios da macrorregião em estudo enviaram pessoas para serem internadas em hospitais de Montes Claros. Os municípios que enviaram maior quantidade de internações, considerando como destino todos os hospitais, foram: Bocaiuva com 205, Januária com 185, Porteirinha com 167, Jaíba com 159, Janaúba com 156, Pirapora com 156 e São Francisco com 143. Já os que enviaram menos internações foram Santa Fé de Minas (4), Campo Azul (5), Miravânia (6), São Romão, Santa Cruz de Salinas e Lassance (10). É necessário ressaltar que o maior número de internações veio do próprio município de Montes Claros, um total de 3.001, entretanto, esse dado não ocasiona fluxo entre municípios distintos. Assim como nos dados de urgência, esse dado pode ser relativizado, visto que muitos pacientes apresentam endereços de parentes em Montes Claros com receio de não conseguir atendimento ou mesmo internação.

De acordo com os dados fornecidos pela Central de Regulação de Leitos, no ano de 2017, ocorreram 7.596 internações eletivas (SUS) nos hospitais de Montes Claros, com pacientes oriundos dos municípios da macrorregião. O gráfico 2 mostra a distribuição dessas internações.

Gráfico 2 – Total de internações (eletiva) nos hospitais de Montes Claros/MG via Central de Regulação de Leitos – 2017.



Fonte: Central de Regulação de Leitos, 2017.
Org.: LAUGHTON 2018.

Conforme o gráfico, em ordem de classificação, com a maioria das internações tem-se o Aroldo Tourinho com 2.431, o Dilson Godinho com 2.122, a Santa Casa com 1.810, Hospital Universitário com 904, Prontosocor com 285 e Hospital das Clínicas Dr. Mário Ribeiro com 44 internações.

Ao comparar os dados apresentados na urgência com os da eletiva, percebem-se algumas diferenças, dentre elas que a quantidade para internações de urgência é superior a de eletiva na macrorregião em estudo. Além disso, ao analisar os dados de município de residência do paciente, município de internação e também o panorama de maior e menor fluxo, percebe-se que, muitas vezes, os municípios que dispõem de mais oferta de serviços de saúde são os que enviam mais internações ao polo macrorregional, e aqueles com oferta mais elementar enviam menor fluxo, pois esses municípios necessitam mais de procedimentos e internações em alta complexidade. Dentre os municípios com menor fluxo, encontra-se somente Urucuia com maior número de profissionais, estabelecimentos e equipamentos de saúde. Os dados ainda mostram que muitas vezes os municípios com maior fluxo são mais próximos de Montes Claros e os com menor fluxo, mais distantes.

Os quantitativos das internações eletivas somados aos de urgência evidenciam que Bocaiuva com 1040 internações, Francisco Sá com 816, Janaúria com 754, Janaúba com 644 e Coração de Jesus com 607 estão entre os municípios que possuem maiores quantidades de deslocamentos para internações no polo macrorregional. Importante frisar que esses municípios possuem boa posição quanto à oferta de serviços de saúde se comparado com todos os municípios da macrorregião, e que mesmo assim estão entre os com maior fluxo de internações para Montes Claros, pois muitas vezes os serviços de saúde que estes ofertam não solucionam o caso específico de algum paciente. Vale ressaltar que os municípios supracitados possuem função importante dentro da sua microrregião, pois são polos microrregionais. Conforme visto anteriormente, os polos microrregionais possuem oferta de serviços de saúde hospitalares de média complexidade, alguns ainda realizam alguns procedimentos de alta complexidade, embora o presente estudo tenha evidenciado que alguns polos microrregionais não ofertam os serviços que deveriam conter em seu nível de atenção.

Devido ao maior fluxo de internações de Bocaiuva para Montes Claros foi realizado um trabalho de campo em Bocaiuva para coleta de informações no município. O maior fluxo para Montes Claros possui relação com a alta complexidade, pois os serviços de Bocaiuva

são de média complexidade. Para procedimentos em alta complexidade que não requer internações o município conta com Belo Horizonte em Tratamento Fora do Domicílio (TFD), além de Brasília - DF e Divinópolis para tratamentos por demanda judicial, onde pacientes ganharam causas judiciais e conseguiram tratamento para doenças específicas nessas cidades.

Quanto ao transporte para os deslocamentos, Bocaiuva utiliza micro-ônibus, ambulâncias, carros da saúde e passagens da Transnorte, quando os veículos do município não têm capacidade de deslocar todos os pacientes. No total são 15 carros para transporte de pacientes, incluindo todas as categorias citadas, sendo que três transitam somente na zona rural, pois o seu estado de conservação não permite viagens a Montes Claros.

Ao tratar sobre a infraestrutura do município no que diz respeito à quantidade de estabelecimentos (FIGURA 10), equipamentos e profissionais de saúde, algumas questões merecem destaque. Verifica-se que a quantidade de UBSs e Postos de Saúde não atende a demanda da população local e seriam úteis mais equipes de Estratégias Saúde na Família (ESF) e o único hospital da cidade tem suprido a necessidade de média complexidade de Bocaiuva e dos municípios da microrregião, ofertando serviços de pronto-socorro e maternidade. Sobre os equipamentos para exame, o município conta com laboratório próprio, mas não possui todos os tipos de exames para serem disponibilizados para a população, recorrendo a Montes Claros por meio de pactuações para exames específicos. Quanto aos recursos humanos, Bocaiuva dispõe de uma quantidade satisfatória para atender a população.

Figura 10 – Estabelecimentos de Saúde de Bocaiuva/MG



Autor: LAUGHTON, 2018.

A visita à cidade possibilitou conhecer o cenário atual do município que tenta transformar o hospital municipal em fundação, pois se acredita que assim o município estaria mais apto a ofertar um serviço de saúde em quantidade e qualidade para atender a demanda da população local.

Conforme uma notícia da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (2017, s/p), foi promovida uma audiência pública em Bocaiuva para tratar da crise da saúde pública no município: “O dado mais preocupante apresentado no evento foi a situação crítica do hospital, que teria um déficit mensal em torno de R\$ 500 mil, que vem sendo arcado pela prefeitura [...]”. Já a proposta da transformação do hospital de Bocaiuva em fundação contou com uma audiência pública em junho de 2018, conforme a Rádio Clube de Bocaiuva (2018, s/p): “O objetivo, de acordo com a assessoria de Comunicação da Prefeitura, é de debater a transformação do hospital Regional Dr. Gil Alves em fundação”, nesse sentido, reuniões têm sido realizadas para debater soluções para a saúde pública do município de Bocaiuva.

Os dados anteriormente apresentados evidenciam que Bocaiuva encontra-se entre os municípios com maior necessidade em serviços de saúde de alta complexidade, pois possui maiores fluxos de deslocamento em busca desses serviços. A coleta de informações

confirma esses dados, visto que o fluxo é tamanho para Montes Claros pelo município não ofertar alta complexidade.

Já os municípios com menor fluxo a Montes Claros também pela soma, urgência e eletiva são: Santa Fé de Minas com 15 internações, Santa Cruz de Salinas e Urucuaia com 25 internações, Curral de Dentro com 33 e Vargem Grande do Rio Pardo com 35 internações.

Também em Santa Cruz de Salinas buscou-se entender a situação de saúde do município, notadamente pelo baixo fluxo de internações enviadas a Montes Claros. Santa Cruz de Salinas possui somente Unidade Básica de Saúde (UBS), portanto o município conta com procedimentos com menor grau de complexidade. Quando no município há algum paciente que necessita de serviços de média complexidade, ele é encaminhado a Salinas ou Taiobeiras, polos microrregionais, fato que explica os baixos fluxos para Montes Claros. Somente se o serviço de saúde desses municípios julgar necessário é que o paciente é direcionado para Montes Claros aos serviços de alta complexidade.

Quanto ao transporte, há ambulâncias e alguns outros carros que ajudam o setor da saúde para o deslocamento a Salinas e Taiobeiras. As ambulâncias só saem de Santa Cruz de Salinas em caso de urgência e emergência, o que não ocorre todos os dias, pois depende da demanda. Existe semana que diariamente são feitos deslocamentos, enquanto em outras eles são feitos de acordo com a necessidade. O município de Taiobeiras possui condições de enviar pacientes em estado de urgência a Montes Claros, pois tem ambulâncias mais equipadas, com oxigênio, por exemplo. Essas ambulâncias, dependendo do estado do paciente, vão acompanhadas com médicos ou enfermeiros.

Ao tratar da oferta em serviços de saúde do município, ou seja, quantidade de UBS, recursos humanos e equipamentos para exames, percebem-se serviços elementares como médico clínico geral e dentistas. Não há nenhum médico especialista para atender a população local, sendo tais serviços pactuados, assim como os exames. Para que o município ofereça serviços de saúde em qualidade e quantidade para atender a demanda da população local, há a necessidade de serviço laboratorial, atendimento de maior complexidade, médicos de outras especialidades, melhor oferta farmacêutica e maior número de veículos para transporte. O município conta com baixos recursos municipais para a oferta de serviços de saúde e uma população com indicadores socioeconômicos precários que necessitam do SUS.

Ao observar os fluxos na macrorregião, percebe-se que muitas foram as internações realizadas em Montes Claros através do SUS. As internações em urgência totalizaram 32.512, com internações da macrorregião em estudo, e 33.018, ao levar em consideração as internações advindas de outros municípios de Minas Gerais não pertencentes à macrorregião e outros estados do Brasil, ou seja, os hospitais de Montes Claros receberam 506 internações de pacientes residentes fora da área de estudo para internações em urgência. Essas internações tiveram a seguinte distribuição entre estados e o território do Distrito Federal: Minas Gerais com 386, Bahia (57), São Paulo (31), Pernambuco (7), Distrito Federal (4), Rio de Janeiro (3), Alagoas (3), Goiás (2), Ceará (2), Espírito Santo (2), Paraná (2), Piauí (2), Rio Grande do Sul (2), Pará (1), Sergipe (1) e Mato Grosso (1). As 386 internações de Minas Gerais são advindas de todas as macrorregiões da saúde e apresentam a seguinte distribuição: Nordeste (113), Centro (71), Noroeste (53), Jequitinhonha (42), Leste (29), Triângulo do Norte (20), Sul (17), Oeste (17), Sudeste (10), Leste do Sul (7), Triângulo do Sul (6), Centro Sul (1).

Os dados demonstram que a maioria das internações (urgência) a Montes Claros no ano de 2017 são originárias da própria macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais e que Montes Claros recebeu pacientes de todas as macrorregiões do estado, sendo as três com maior fluxo, com exceção da macrorregião Norte: a Nordeste, Centro e Noroeste, todas elas limitam-se com a macrorregião Norte. Uma coleta de informações na Central de Regulação de Leitos mostrou que o trabalho exercido pela central é direcionado pela regionalização da saúde, ou seja, sua dinâmica de deslocamentos é orientada pela regionalização, o que permite compreender o motivo da maioria das internações a Montes Claros serem de pacientes que residem na própria macrorregião. As internações advindas de outros estados e macrorregiões são casos específicos, como de pacientes que sofreram acidente próximo a Montes Claros, ou que estavam no município a trabalho e sentiram necessidade de procurar o serviço de saúde, ou mesmo pacientes que chegam ao hospital para atendimento e o hospital acolhe, pois o atendimento não pode ser negado. Conforme informações, o ideal seria que cada macrorregião e estados solucionem a demanda existente dentro do seu território, mas pode ocorrer deslocamento entre macrorregiões quando existe necessidade de leitos UTI, por exemplo, que são escassos.

Como exposto anteriormente, a maioria dos fluxos de internações de outras macrorregiões para Montes Claros advém de macrorregiões que se limitam com a Norte. Esse fato possui

relação com a proximidade que o paciente encontra para entrar no hospital com direcionamento próprio, ou seja, aqueles que chegam ao hospital solicitando atendimento, já que a Central de Regulação de Leitos obedece à regionalização. Quando outras macrorregiões solicitam leitos, estes só são liberados com a autorização da Secretaria de Saúde de Montes Claros.

Já as internações eletivas totalizaram 7.596, com internações da macrorregião em estudo, e 7.689, ao levar em consideração as internações advindas de outros municípios de Minas Gerais não pertencentes à macrorregião e outros estados do Brasil, ou seja, os hospitais de Montes Claros receberam 93 internações de pacientes residentes fora da área de estudo para internações em eletiva. Essas internações tiveram a seguinte distribuição: Minas Gerais (91), Bahia (1) e São Paulo (1). As 91 internações de Minas Gerais são advindas das seguintes macrorregiões: Nordeste (52), Noroeste (25), Jequitinhonha (10), Centro (2), Leste (1), Triângulo do Norte (1). Os dados demonstram que, assim como na urgência, a maioria das internações em eletiva direcionadas a Montes Claros no ano de 2017 são originárias da própria macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais. A maioria das internações eletivas, com exceção da macrorregião Norte, é das macrorregiões Nordeste, Noroeste e Jequitinhonha, todas se limitam com a macrorregião Norte. As internações advindas de outros estados e macrorregiões para internações eletiva deveriam ser realizadas no estado e macrorregião de residência do paciente, devido ao fato desse procedimento permitir o agendamento prévio. Essas internações em Montes Claros de pacientes que não residem na macrorregião contaram com liberação para que a internação ocorresse.

Os dados de internações eletiva e de urgência por município de residência mostraram que os hospitais de Montes Claros receberam pacientes de outros estados. Dessa forma, compreende-se que há internações que extrapolam os limites territoriais de um estado para diferentes procedimentos ou mesmo diagnósticos. Como a Central de Regulação de Leitos segue a regionalização, a maioria das internações é de pacientes da macrorregião, o que pode ser alterado quando o paciente vem por demanda espontânea, por exemplo, pois o paciente pode possuir dinâmica própria de deslocamento para o município de seu interesse.

A Tabela 3 mostra as internações nos hospitais de Montes Claros em urgência por clínica/especialidade médica advindas da macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais, de outros municípios de Minas Gerais e de alguns estados do Brasil.

Tabela 3 – Internações em urgência (SUS) por Clínica – Hospitais de Montes Claros/MG

Clínica/ Especialidade Médica	TOTAL DE INTERNAÇÕES POR HOSPITAIS						Total por Clínica/ Especialidade Médica
	Santa Casa	HU	Aroldo Tourinho	Dilson Godinho	Hospital das Clínicas	Pronto-socor	
Cirúrgicos - Buco Maxilo Facial	60	0	0	0	0	0	60
Cirúrgicos - Cardiológica	462	0	511	411	0	250	1634
Cirúrgicos - Cirurgia Geral	1127	1558	402	279	3	191	3560
Cirúrgicos – Gastroenterologia	385	0	15	0	1	0	401
Cirúrgicos - Ginecologia	92	226	23	8	17	0	366
Cirúrgicos - Nefrológica/Urológica	100	0	28	24	0	0	152
Cirúrgicos – Neurocirurgia	613	0	186	8	0	0	807
Cirúrgicos – Oftalmologia	89	0	0	0	0	0	89
Cirúrgicos - Oncologia	56	0	0	93	0	0	149
Cirúrgicos - Ortopedia/Traumatologia	709	0	282	96	4	107	1198
Cirúrgicos - Otorrinolaringologia	16	128	0	6	0	0	150
Cirúrgicos - Plástica	220	39	25	8	0	1	293
Cirúrgicos - Torácica	100	0	0	0	0	0	100
Cirúrgicos - Transplante	78	0	0	0	0	0	78
Clínicos – AIDS	0	185	0	0	0	0	185
Clínicos - Cardiológica	579	0	880	2	1	1074	2536
Clínicos - Clínica Geral	2505	1337	1177	1188	34	501	6742
Clínicos - Dermatologia	0	0	14	0	0	0	14
Clínicos - Hematologia	46	0	14	66	3	0	129
Clínicos - Nefro/Urologia	95	0	41	0	0	0	136
Clínicos - Neonatologia	132	692	0	0	2	0	826
Clínicos - Neurologia	1087	0	267	0	0	0	1354
Clínicos - Oncologia	391	0	0	1042	0	0	1433
Hospital Dia - Cirúrgicos	0	0	0	63	0	0	63
Hospital Dia - Intercorrência pós – Transplante	4	0	0	0	0	0	4
Obstétricos - Obstetrícia Clínica	1844	2623	0	5	10	0	4482
Obstétricos - Obstetrícia Clínica Cirúrgica	2711	1	0	8	110	0	2830
Pediátricos - Pediatria Cirúrgica	701	108	6	0	0	0	815
Pediátricos - Pediatria Clínica	1069	1030	0	11	13	0	2123
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	0	171	0	0	0	0	171
Psiquiatria	0	138	0	0	0	0	138
Total dos Hospitais	15271	8236	3871	3318	198	2124	33018

Fonte: Central de Regulação de Leitos de Montes Claros/MG, 2017.

Org.: LAUGHTON, 2018.

A distribuição das internações por clínica/especialidade médica (tabela 3) mostra que esses atendimentos contemplaram 31 áreas distintas. Importante destacar que as áreas de especialidade cirúrgica (cirurgia geral) e clínica (clínica geral) foram as que tiveram internações em todos os hospitais.

A Santa Casa foi o único hospital a receber internações para: cirúrgicos – buco maxilo facial, cirúrgicos – oftalmologia, cirúrgicos – torácica, cirúrgicos – transplante e hospital dia – intercorrência pós-transplante. O Hospital Universitário foi o único que recebeu internações de clínicos – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), pneumologia sanitária (tisiologia) e psiquiatria. Já o Aroldo Tourinho foi o único que recebeu internações com a clínica/especialidade médica: clínicos – dermatologia. Por fim, o Dilson Godinho foi o único a receber internações hospital dia – cirúrgicos. Ainda conforme a tabela, dez foram as clínicas/especialidades médicas acima de mil internações: clínicos – clínico geral com 6.742 internações, obstétricos – obstetrícia clínica com 4.482 internações, cirúrgicos – cirurgia geral com 3.560, obstétricos – obstetrícia clínica cirúrgica com 2.830, clínicos – cardiológica com 2.536, pediátricos – pediatria clínica com 2.123, cirúrgicos – cardiológica com 1.634, clínicos – oncologia com 1.433, clínicos – neurologia com 1.354 e cirúrgicos – ortopedia/traumatologia com 1.198 internações.

Importante ressaltar que as internações são encaminhadas para o hospital que possui capacidade tecnológica (maquinário para exames), bem como profissionais especialistas para receber cada caso. Os dados confirmam essa afirmação, ao mostrarem que as internações de pacientes clínicos – AIDS, por exemplo, foram realizadas no Hospital Universitário, referência em infectologia no polo macrorregional. A Tabela 4 mostra as internações nos hospitais de Montes Claros em eletiva por clínica/especialidade médica advindas da macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais, de outros municípios de Minas Gerais e de alguns estados do Brasil.

Tabela 4 – Internações em eletiva (SUS) por Clínica – Hospitais de Montes Claros/MG

Clínica/Especialidade Médica	TOTAL DE INTERNAÇÕES POR HOSPITAIS						Total por Clínica/Especialidade Médica
	Santa Casa	HU	Aroldo Tourinho	Dilson Godinho	Hospital das Clínicas	Pronto-socor	
Cirúrgicos - Buco Maxilo Facial	21	0	0	0	0	0	21
Cirúrgicos – Cardiológica	230	0	421	310	4	28	993
Cirúrgicos - Cirurgia Geral	408	369	851	735	3	172	2538
Cirúrgicos – Endocrinologia	0	0	0	0	1	0	1
Cirúrgicos – Gastroenterologia	242	0	22	0	5	0	269
Cirúrgicos – Ginecologia	44	128	163	46	2	0	383
Cirúrgicos - Nefrológica/Urológica	54	0	119	54	4	0	231
Cirúrgicos – Neurocirurgia	57	0	205	17	2	0	281
Cirúrgicos – Oftalmologia	8	0	0	0	0	0	8
Cirúrgicos – Oncologia	191	0	0	519	0	0	710
Cirúrgicos - Ortopedia/Traumatologia	109	0	493	147	1	64	814
Cirúrgicos – Otorrinolaringologia	9	42	0	23	1	0	75
Cirúrgicos – Plástica	41	18	28	41	1	0	129
Cirúrgicos – Torácica	50	0	0	0	1	0	51
Cirúrgicos – Transplante	30	0	0	0	0	0	30
Clínicos – AIDS	0	17	0	0	0	0	17
Clínicos – Cardiológica	11	0	31	0	0	3	45
Clínicos - Clínica Geral	145	47	70	114	8	21	405
Clínicos – Dermatologia	0	0	6	0	0	0	6
Clínicos – Hematologia	3	0	4	10	0	0	17
Clínicos - Nefro/Urologia	4	0	12	0	0	0	16
Clínicos – Neonatologia	4	6	0	0	0	0	10
Clínicos – Neurologia	11	0	9	0	0	0	20
Clínicos – Oncologia	11	0	0	33	0	0	44
Hospital Dia – Cirúrgicos	0	0	0	83	0	0	83
Hospital Dia - Intercorrência pós – Transplante	4	0	0	0	0	0	4
Obstétricos - Obstetrícia Clínica	44	21	0	8	0	0	73
Obstétricos -Obstetrícia Clínica Cirúrgica	25	0	0	15	3	0	43
Pediátricos - Pediatria Cirúrgica	83	123	4	0	7	0	217
Pediátricos - Pediatria Clínica	1	84	0	17	1	0	103
Pneumologia Sanitária (Tisiologia)	0	33	0	0	0	0	33
Psiquiatria	0	19	0	0	0	0	19
Total dos Hospitais	1840	907	2438	2172	44	288	7689

Fonte: Central de Regulação de Leitos de Montes Claros/MG, 2017.

Org.: LAUGHTON, 2018.

Conforme a tabela 4, a distribuição dessas internações por clínica/especialidade médica mostra que esses atendimentos contemplaram 32 áreas distintas, incluindo cirúrgicos – endocrinologia não apresentado anteriormente na urgência. Como nas internações em urgência, as clínicas/especialidades médicas que possuem internações em todos os hospitais são: cirúrgicos – cirurgia geral e clínicos – clínica geral. Já as internações para as diferentes especialidades médicas são distribuídos entre todos os hospitais de Montes Claros.

Os dados evidenciam que a Santa Casa de Montes Claros tem sido o hospital mais procurado para internações: cirúrgicos – buco maxilo facial, cirúrgicos – oftalmologia, cirúrgicos – transplante e hospital dia – intercorrência pós-transplante, tanto em eletiva quanto em urgência. Já o Hospital Universitário para internações em clínicos - AIDS, pneumologia sanitária (tisiologia) e psiquiatria. O hospital Aroldo Tourinho para clínicos – dermatologia e o Dilson Godinho para receber pacientes: hospital dia – cirúrgicos. Diferente da urgência, o Hospital das Clínicas aparece em eletiva com a única internação: cirúrgico – endocrinologia. As internações em eletiva constituem-se em menor número, ao se comparar com as em caráter de urgência, dessa forma, os hospitais de Montes Claros recebem a maioria das internações de pacientes em estado de urgência. Como já mencionado, as internações eletivas são aquelas em que há agendamento prévio do procedimento a ser realizado, sendo que o hospital sabe que irá receber aquele paciente. As internações para cirúrgicos – cirurgia geral constituíram maior número nas entradas eletivas, com total de 2.538 internações. Seguido deste, tem-se as internações cirúrgicos – cardiológica com 993 e cirúrgicos ortopedia/traumatologia com 814.

A Tabela 5 apresenta os três primeiros diagnósticos que englobam maior quantidade de internações nos hospitais de Montes Claros (eletiva e urgência).

Tabela 5 – Classificação das internações por diagnóstico em hospitais de Montes Claros/MG

Hospitais	Classificação por diagnóstico	Nº de internações
Aroldo Tourinho	Urgência: 1º Pneumonia não especificada.	260
	2º Insuficiência Cardíaca Congestiva.	233
	3º Angina Instável.	198
	Eletiva: 1º Hiperplasia da Próstata.	108
	2º Leiomioma do útero não especificado.	97
	3º Calculose da vesícula biliar sem colecistite.	79
Dilson Godinho	Urgência: 1º Infarto Agudo do Miocárdio não especificado.	258
	2º Angina Instável.	178
	3º Neoplasia Maligna – Lesão Invasiva do Cólon.	160
	Eletiva: 1º Neoplasia Maligna de outras partes e de partes não especificadas da face.	136
	2º Angina Instável.	108
	3º Calculose de via biliar sem colangite ou colecistite.	68
Hospital das Clínicas	Urgência: 1º Parto espontâneo cefálico.	82
	2º Deslocamento prematuro da placenta não especificado.	32
	3º Parto por cesariana de emergência.	21
	Eletiva: 1º Hipertrofia do prepúcio fimose e parafimose.	5
	2º Hérnia umbilical sem obstrução ou gangrena/ Outras Colelitias/Leiomioma do útero não especificado.	3
	3º Testículo não descido unilateral/Mononeuropatia não especificada/Varizes nos membros inferiores com inflamação/Hérnia Inguinal unilateral ou não especificada sem obstrução ou gangrena.	2
Hospital Universitário	Urgência: 1º Parto Espontâneo Cefálico.	1.162
	2º Icterícia neonatal devida a hemólise excessiva não especificada.	342
	3º Leishmaniose Visceral.	191
	Eletiva: 1º Hérnia Inguinal Unilateral ou não especificada sem obstrução ou gangrene.	87
	2º Hipertrofia das amígdalas com hipertrofia das adenóides.	63
	3º Hipertrofia do prepúcio fimose e parafimose.	62
Prontosocor	Urgência: 1º Insuficiência cardíaca congestiva.	381
	2º Flutter e Fibrilação Ventricular.	349
	3º Miocardiopatia isquêmica	333
	Eletiva: 1º Varizes nos membros inferiores sem úlcera ou inflamação.	137
	2º Fratura de osso subsequente a implante ortopédico prótese articular ou placa óssea.	22
	3º Varizes dos membros inferiores com inflamação.	19
Santa Casa	Urgência: 1º Parto Espontâneo Cefálico.	1804
	2º Parto único espontâneo não especificado.	1042
	3º Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico.	996

	Eletiva:	
	1° Outros cistos da região oral não classificadas em outra parte.	75
	2° Neoplasia maligna da próstata.	52
	3° Outras cáries dentárias.	39

Fonte: Central de Leitos de Montes Claros, 2017.

Org.: LAUGHTON, B. A, 2018.

A Tabela 5 mostra que alguns diagnósticos ficaram entre os três com maior número de internações em mais de um hospital, é o caso do Hospital Aroldo Tourinho e do Pronto Socor através do diagnóstico da insuficiência cardíaca congestiva. Não diferente, a angina instável apareceu entre as maiores internações na urgência do Aroldo Tourinho e do Dilson Godinho, neste último também houve internações de angina instável na eletiva. Já o parto espontâneo cefálico foi líder do diagnóstico com mais internações no Hospital das Clínicas, Santa Casa e Hospital Universitário, em caráter de urgência.

Ao verificar os dados da eletiva, percebe-se a hipertrofia do prepúcio fimose e parafimose e a hérnia inguinal unilateral ou não especificada sem obstrução ou gangrena entre as eletivas em dois hospitais: no Hospital das Clínicas e Hospital Universitário. Já as varizes dos membros inferiores com inflamação apareceram na eletiva do Pronto Socor e Hospital das Clínicas. A tabela ainda mostra que os partos foram responsáveis pela maioria das internações nos hospitais de Montes Claros em 2017, com um total de 4.111 pelo SUS, estes foram distribuídos entre partos espontâneos cefálico, parto único espontâneo não especificado e parto por cesariana de emergência, sendo este último em menor quantidade.

Os hospitais de Montes Claros possuem áreas de referência em atendimento. A Santa Casa de Montes Claros é referência em terapia intensiva, urgência e emergência e maternidade (SANTA CASA DE MONTES CLAROS, 2018). O hospital também é referência em neurologia, infarto agudo do miocárdio, problemas de face, nefrologia e oncologia. O Hospital Universitário é referência em calazar, vírus da imunodeficiência humana (HIV), partos de alto risco, acidentes causados por animais peçonhentos, vítimas de violência sexual e comunidades indígenas (HUUCF, 2018). Já o Aroldo Tourinho é referência em clínica médica e cardiologia, além de receber pacientes com infarto agudo do miocárdio, assim como a Santa Casa. Esta última especialidade também é referência no Dilson Godinho, assim como clínica médica, oncologia, cirurgia vascular e nefrologia. O Pronto Socor é referência no atendimento em cardiologia e hemodinâmica, já o Hospital das

Clínicas em traumas e cirurgia geral, apesar deste ter passado a receber pacientes do SUS recentemente.

Uma análise geral, a partir dos parâmetros estabelecidos pela pesquisa, permite a compreensão da dependência de muitos municípios da macrorregião de saúde em relação a Montes Claros, alguns com maior oferta de serviços de saúde e outros sem condições mínimas de assistência à saúde. Essa dependência, após a NOAS-SUS 01/2001, parte da regionalização do estado e dos níveis de complexidade que cada município dispõe. Quanto aos fluxos de internações, percebe-se que toda a macrorregião possui deslocamentos para Montes Claros, em caráter de urgência ou mesmo em eletiva, entretanto, alguns municípios enviam poucas internações, fato comparado algumas vezes com a distância ao polo macrorregional. Percebe-se que houve um número expressivo de internações realizadas pelo SUS nos hospitais de Montes Claros, sobretudo as de urgência para diversas clínicas/especialidades médicas e com diferentes diagnósticos, fato que mostra o desempenho de Montes Claros como polo macrorregional com serviços de alta complexidade. Os progressos e desafios do SUS identificados na presente pesquisa serão abordados no tópico seguinte.

3.2 Progressos e desafios do SUS

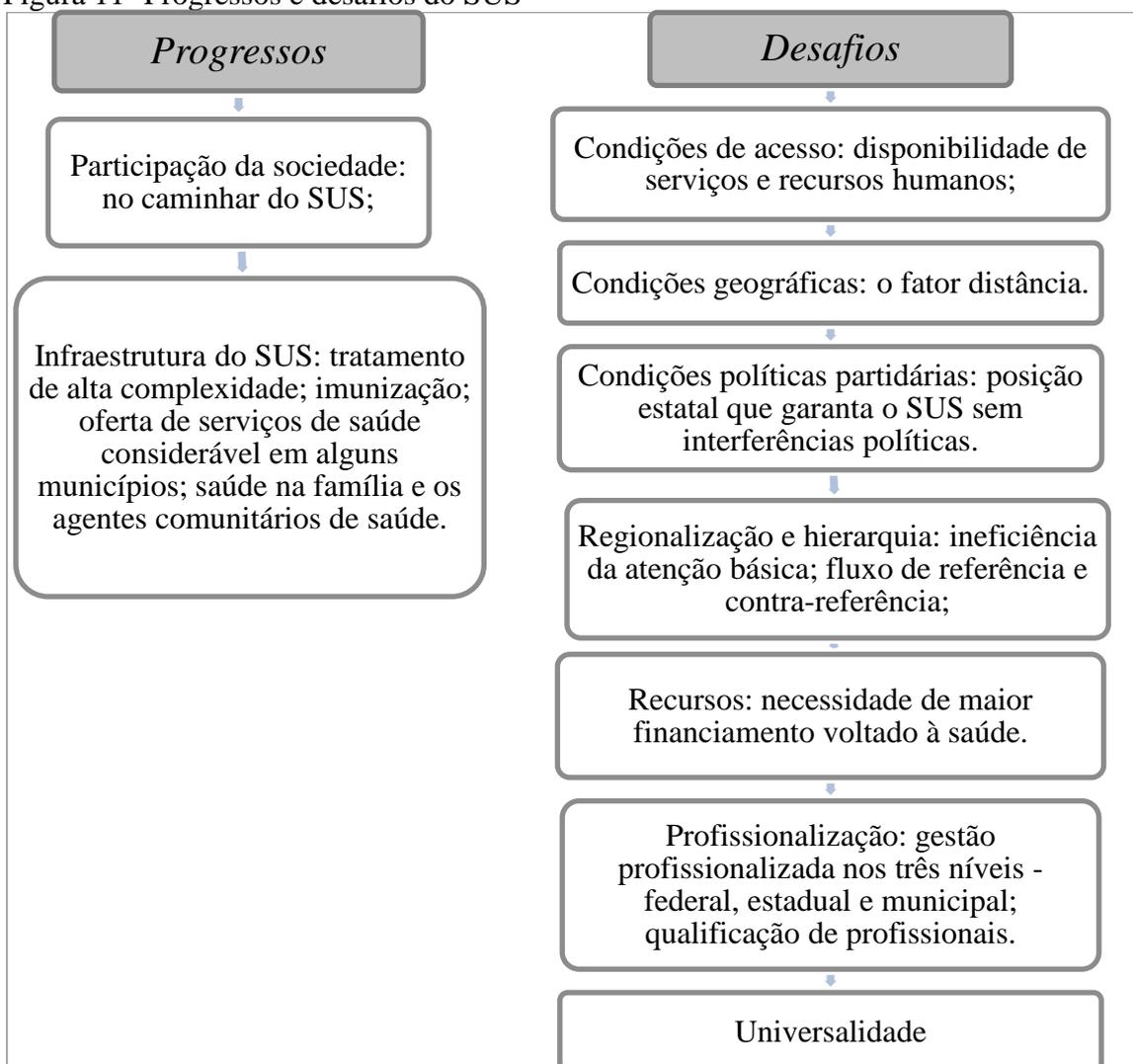
O SUS é um sistema de saúde que se efetivou a partir de 1990, com a Lei 8.080. Apesar das várias décadas, esse sistema é considerado em construção ou mesmo em consolidação por vários autores, visto que tudo o que foi realizado assertivamente no SUS não é o bastante, embora fosse crucial para ter chegado onde hoje se encontra. Muitos são os obstáculos a serem vencidos para melhoria do SUS, como afirma Paim (2009, p.128): “[...] devemos lembrar que o SUS é um sistema em construção e, para tanto, não bastam leis, normas e certos ganhos. Exige muitas lutas e mobilizações políticas”. Conforme o CONASS (2011, p.7):

O SUS é tido como a política de maior inclusão social implementada no Brasil e representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos. Seus avanços são significativos, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime. Esse é o desafio de todos.

O CONASS pontua o universal e equânime como desafios ainda presentes no processo de consolidação do SUS, ou seja, é um desafio persistente que a saúde seja efetivamente para

todos, sem desigualdades pessoais, mas com distinção entre as necessidades de saúde, o que pode fazer com que os investimentos sejam diferenciados. Embora considerável os desafios, o SUS se constitui em uma política pública de saúde grandiosa, proposta para atender a milhões de brasileiros. Essa política já venceu muitas resistências para se manter e ampliar, mas ainda enfrenta outras, fato que leva a identificar os progressos conquistados e os desafios persistentes. A figura 11 apresenta os progressos e desafios do SUS percebidos através dos estudos realizados e da coleta de informações nos municípios.

Figura 11- Progressos e desafios do SUS



Org.: LAUGHTON, 2018.

Os progressos do SUS, como exposto, dividem-se em dois grupos: participação da sociedade e infraestrutura do SUS. A participação da sociedade remete a história de desenvolvimento desse sistema, pois o SUS é reflexo daquilo que foi vivenciado desde as primeiras ações em saúde pública até a Constituição de 1988 com a sua institucionalização. Engloba ainda a sua efetivação em 1990 e também o seu desempenho atualmente (2018).

Importante descartar que três foram os pilares desenvolvedores da assistência à saúde em toda a trajetória do SUS: a filantropia, a previdência social e o Ministério da Saúde.

As práticas filantrópicas, que objetivavam a caridade aos que necessitavam e não o lucro, desenvolveram-se desde a chegada da Corte Portuguesa ao Brasil, perpassou a independência, a ditadura militar, o agir da previdência social, o SUS institucionalizado e ainda hoje se faz presente através das instituições filantrópicas. Essas práticas, como exposto no primeiro capítulo, eram frequentes, pois por muitas décadas parcela da população só possuía assistência à saúde por esse meio.

Já a medicina previdenciária surge no governo Vargas (1930) e prestava assistência à saúde aos trabalhadores contribuintes. Primeiramente, foram contemplados trabalhadores do ramo ferroviário, conforme Escorel e Teixeira (2008), mais tarde se expandiram a outras profissões. Necessário frisar que a atenção à saúde individual, com peculiaridades pessoais era disponibilizada para contribuintes com a previdência social.

O MS surgiu em 1953 e desenvolvia ações com busca da prevenção e promoção à saúde (HOCHMAN, 2015), um exemplo eram as campanhas de vacinação e controle de doenças específicas. Os recursos desse ministério muito se enfraqueceram na ditadura militar brasileira e a medicina previdenciária se expandia, o que ocasionou acesso privilegiado da saúde aos que contribuía com a previdência social. Grande parte da população, desse modo, não possuía condições financeiras para arcar com despesas médicas, o social não era levado em consideração, pois o MS que detinha função social era enfraquecido financeiramente. Contava assim, essa população, com os serviços filantrópicos.

Em meio a Ditadura Militar, surge o Movimento Sanitário através da articulação de instituições e pessoas, junto a isso nascem projetos que seguiam os seus ideais: O PLUS, PMC e PIASS, que traziam propostas para assistência à saúde. As eleições à presidência da república ocorreram, e o Brasil ansiava por mudanças na área da saúde. A Constituição de 1988 institucionaliza o SUS e a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. O SUS se efetiva a partir de 1990, com a Lei 8.080. A população brasileira passa a ter o acesso à saúde gratuita para toda a sociedade.

De onde saímos e aonde chegamos? De uma assistência à saúde restrita a uma preocupada com o social, conquistada a partir da sociedade, de sua luta. Este, sem dúvidas, é o maior

progresso da saúde pública: o seu caminhar assistencial pautado em valores sociais que originaram o SUS. Embora atualmente (2018) o SUS não tenha se sustentado com as mesmas bases, devido aos problemas de ordem social, as desigualdades intermunicipais e regionais, a oferta de serviços de saúde distinta entre municípios e fluxos de internações, que embora mínimo, que não seguem a dinâmica de orientação. Isso não excluiu a importância do SUS e da sua resistência para uma saúde pública de qualidade nessas várias décadas.

Quanto à infraestrutura do SUS, percebe-se outro progresso evidenciado, que engloba várias áreas, como: os tratamentos de alta complexidade, como exemplos o tratamento do câncer, AIDS e das doenças renais crônicas; a imunização, administrada pelas vacinas; a oferta de serviços de saúde considerável em alguns municípios; o ESF, através do primeiro nível de atenção do SUS, que acompanha famílias predeterminadas em uma área de abrangência e os agentes comunitários de saúde que encaminham as famílias ao serviço de atenção básica.

Já aos desafios evidenciados na presente pesquisa, dividem-se em sete grupos, são eles: as condições de acesso, condições geográficas, condições políticas partidárias, regionalização e hierarquia, recursos, profissionalização e universalidade. Sobre o acesso, Travassos e Castro (2008, p. 219) definem:

Um conceito multidimensional, em que cada dimensão expressa um conjunto de características da oferta que atua aumentando ou obstruindo a capacidade dos indivíduos de utilizarem serviços de saúde [...] A barreira de acesso mais importante é a disponibilidade ou presença física de serviços e recursos humanos, que representa condição absolutamente necessária à utilização.

Conforme Travassos e Castro, o acesso se constitui em um conjunto de características da oferta dos serviços de saúde que aumenta ou bloqueia a sua utilização pela sociedade. Na presente pesquisa, foi perceptível a falta de serviços de saúde e recursos humanos, em alguns municípios, para concretizar o acesso da população em maior quantidade. Além disso, o nível microrregional de média complexidade não conta com toda a oferta de serviços que é característico do seu nível em alguns polos macrorregionais.

Magalhães e Lima (2012, p.257), ao tratarem do cenário da saúde no Norte de Minas, pontuam que “[...] vários são os entraves como longas distâncias entre os municípios que possuem os procedimentos demandados; insuficiência de leitos e recursos humanos, entre outros impossibilitam a qualidade dos serviços na região [...]”. Os autores já identificavam

dois dos desafios ainda persistentes na região e abordados neste estudo: as longas distâncias (condições geográficas) e a insuficiência de recursos humanos (condições de acesso).

As condições geográficas englobam as distâncias. É perceptível, na macrorregião, que os municípios mais próximos do polo macrorregional utilizam mais os serviços de saúde de internações do município do que aqueles que residem em maior distância. Conforme Travassos e Castro (2008, p. 220), “Da ótica do espaço físico, em geral, quanto maior a distância, menor a utilização de serviços de saúde”. As longas distâncias percorridas pela população que reside na área rural aos serviços de saúde e dos agentes comunitários de saúde a essas famílias também se constituem em desafios.

Quanto às condições políticas partidárias, é necessária uma posição estatal que garanta o SUS sem interferências políticas negativas. As informações coletadas demonstraram a política agindo sob o SUS, quando profissionais de saúde permanecem em suas funções no período da gestão de um prefeito municipal, por exemplo. Quando esses profissionais saem do seu emprego, muitas ações em saúde implantadas pelo município com sucesso são interrompidas.

O desafio da regionalização e hierarquia traz a ineficiência da atenção básica e o fluxo de referência e contrarreferência como empecilho para melhor desenvolvimento da saúde. As famílias necessitam compreender que a atenção básica é a porta de entrada para o SUS e que muitos agravos em saúde podem ser sanados nesse nível, desobstruindo as superlotações hospitalares, por exemplo. O fluxo de referência e contrarreferência se constitui em um desafio quando não é solucionado o problema de saúde do paciente no nível adequado. Ao paciente ser referenciado para um serviço especializado, é necessária a melhoria do seu quadro, quando isso não ocorre, ele volta ao município de origem do mesmo modo, e esse ciclo se repete várias vezes.

Outro desafio do SUS é quanto aos recursos para operação desse sistema. Há a necessidade de um maior financiamento voltado à área da saúde. Muitos municípios gastam acima da porcentagem permitida com a saúde, o que pode comprometer o bom funcionamento de outras áreas que também necessitam de recursos. A falta de profissionalização também representa uma dificuldade no SUS, há necessidade tanto de gestão profissionalizada nos três níveis – federal, estadual e municipal – quanto dos profissionais das unidades de

saúde, sejam elas hospitais, UBSs, Centros de Saúde, Clínicas de Pronto Atendimento, entre outros. Esta adesão permitiria gestores atuantes na área da saúde, conhecendo melhor o campo em que se inserem e também os profissionais efetivados por concursos municipais para prosseguimento de ações em saúde municipais. Por fim, exposto como um dos maiores desafios pelo CONASS (2011), tem-se a universalidade. Brasil (2003a) pontua a universalização como: a saúde como direito de todos. Os desafios apresentados, sejam eles de disponibilidade de recursos físicos e humanos, as longas distâncias, a ineficiência da atenção básica, a falta de recursos e outros, têm permitido a saúde efetivamente de todos? As condições de acesso têm sido universais? O SUS foi criado para ser universal, mas não é efetivado de fato como tal. Este, sem dúvida, constitui-se como um dos seus maiores desafios, pois engloba várias áreas em saúde que necessitam de melhor planejamento e execução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A instauração do Sistema Único de Saúde é o reflexo do desenvolvimento da saúde pública brasileira e do movimento sanitário. Esse movimento permitiu o nascimento de projetos com os ideais da reforma sanitária brasileira, que mais tarde serviram para idealização do SUS, entre estes se encontra o Projeto Montes Claros, a primeira experiência concreta institucional de saúde alternativo, que prestava assistência à saúde sem taxas a população. Tendo em vista a necessidade, o projeto passa a recrutar pessoas e a formar uma equipe de trabalho, parcerias foram estabelecidas e unidades de saúde foram implantadas de acordo com a realidade regional.

Quando o SUS é instituído, com a Constituição Federal Brasileira de 1988, a saúde passa a ser direito de toda a população e cabe ao Estado essa garantia. Esse sistema conta com pressupostos, dentre eles a regionalização, que propõe o atendimento à saúde realizado o mais próximo do paciente, preferencialmente na esfera municipal. O SUS possui também a hierarquização, que envolve a complexidade de cada quadro, onde o serviço de saúde caminha em graus de complexidade, podendo o paciente se deslocar para outro município, ou polo, dentro de sua região para assistência em saúde. Os níveis de complexidade levam em consideração bases territoriais, onde a atenção básica conta com o município, a média complexidade com as microrregiões e a alta complexidade com as macrorregiões de saúde, sendo as últimas representadas por municípios polo.

No entanto, o levantamento da oferta dos serviços de saúde e dos fluxos de internações, que permitiram conhecer a realidade dos municípios da macrorregião Norte mostraram que há divergências na operacionalização dos três níveis de complexidade. Alguns municípios da macrorregião não possuem a estrutura necessária para efetivação da atenção básica, como médicos clínicos para atendimento. Algumas microrregiões também não possuem os serviços de exames que deveriam ser ofertados em seu nível de complexidade, como os tomógrafos e ultrassons. O polo da macrorregião, a cidade de Montes Claros/MG, que detém a maior oferta e também os mais variados tipos de profissionais, equipamentos para exame e estabelecimentos de saúde, passa por superlotações hospitalares e possui recursos financeiros insuficientes para atendimento da população de toda a macrorregião, mesmo assim o polo macrorregional tem realizado pelo SUS várias internações para diferentes clínicas/especialidades médicas e diagnósticos, pois é o município que detém melhor

infraestrutura em saúde na macrorregião. A pesquisa evidenciou a centralidade em saúde exercida por Montes Claros pela sua oferta de serviços de saúde, o que faz com que a população da macrorregião se desloque para o município quando necessita de atendimentos mais complexos. Mesmo antes da sua posição de polo macrorregional, Montes Claros detinha atenção hospitalar diferenciada, o que se intensificou com a regionalização, quando o município passa a ser polo macrorregional e a concentrar mais serviços de alta complexidade.

O cenário da macrorregião Norte é de municípios que precisam de uma atenção básica forte voltada à prevenção, promoção à saúde, tratamento de doenças mais recorrentes na população, entre outros. Também há necessidade da maior procura da sociedade por esses serviços, o que diminuiria as superlotações hospitalares. Já as microrregiões precisam deter os recursos mínimos para sua operacionalização eficaz. E a macrorregião necessitaria, dentre outros fatores, ser dotada de recursos financeiros para ofertar maior quantidade de serviços à população.

A macrorregião Norte está entre as mais carentes do estado de Minas Gerais. Possui baixos indicadores socioeconômicos e grandes distâncias territoriais para deslocamento da população ao polo macrorregional. Além disso, muitos municípios não oferecem todos os serviços que deveriam ser ofertados em seu nível de atenção. Na macrorregião em questão, os municípios mais próximos do polo macrorregional utilizam mais os serviços de saúde de internações do município do que aqueles que residem em maior distância. Essas realidades apresentadas permitem projetar um planejamento de gestão para a macrorregião Norte, tendo em vista as características particulares que possui. Embora muitos municípios da macrorregião não tenham capacidade de dispor de todos os recursos (humanos, técnicos ou de infraestrutura), este planejamento poderia eleger mais polos macrorregionais, que seriam aqueles municípios que já detêm responsabilidade em saúde considerável na macrorregião, como alguns polos microrregionais que têm mais recursos. Para isso, seriam necessários maiores investimentos governamentais em saúde tendo em vista que muitos deles não contam com a oferta necessária nem para o nível microrregional.

Como possibilidade de futuros polos macrorregionais, a pesquisa identificou Janaúba, Pirapora e Salinas, sendo Salinas o município que possui considerável distância de Montes Claros, e Janaúba e Pirapora, por se destacarem na região por uma boa infraestrutura de serviços e desenvolvimento da economia. Todos eles poderiam receber pacientes dos

municípios ao seu entorno, auxiliando na sobrecarga existente direcionada a Montes Claros.

A macrorregião conta com fluxos de internações via Central de Regulação de Leitos que extrapolam os limites territoriais das macrorregiões e do estado, embora a maioria das internações eletivas assim como de urgência sejam advindas de pacientes da própria macrorregião, pela central seguir a dinâmica de orientação da regionalização da saúde. Internações de outros estados e macrorregiões são realizadas quando justificadas e liberadas pela Secretaria Municipal de Saúde, ou mesmo quando o paciente se encontra no município, ou se acidentou em área próxima, entre outros fatores. A dinâmica de orientação regional pode não ser seguida quando o paciente dá entrada ao hospital por demanda espontânea, por exemplo, quando ele se direciona ao local que considera mais viável.

Evidencia-se que outras propostas de regionalização que levem em consideração as condições geográficas, de acesso e outros fatores que ditariam outras possíveis regionalizações devem ser projetadas. Para que isso ocorra, outras pactuações poderiam ser realizadas, como entre estados diferentes, por exemplo, tendo em vista que existe também uma dinâmica de orientação de deslocamento traçada pela identidade do paciente. Ou mesmo poderia se pensar no que fazer para melhoria da atual proposta de regionalização, tendo em vista a realidade apresentada, talvez investimentos governamentais para inserção de novos polos nas macrorregiões mais carentes seria uma alternativa. Pensar em outros recortes que mostrem, conforme Guimarães (2005), o conteúdo dinâmico das regiões é necessário. Guimarães (2005, p.1024) afirma que as propostas de regionalização da saúde no país devem colaborar para “[...] o fortalecimento da identidade local e de um determinado território no qual o poder político-institucional é exercido por um amplo conjunto de atores sociais envolvidos”. Nessa perspectiva, são interessantes outros estudos sobre a temática do SUS no Norte de Minas, visto que é um tema amplo e que proporciona vários outros enfoques.

O SUS é um sistema concreto com uma boa proposta. A existência de desafios evidencia ser necessário refletir em propostas para superação das realidades negativas, pois o SUS, apesar de todos os desafios, muito representa para cada um, tendo em vista o que já se passou sem a existência desse sistema. As visitas aos municípios evidenciaram a importância do SUS, considerado como exemplo de democracia, como uma política

pública de saúde que veio para modificar a realidade em saúde brasileira. Por fim, é imprescindível um SUS consolidado, com o alicerce em seus progressos e que se refaça em cada desafio encontrado, para que este seja de fato universal.

REFERÊNCIAS

AROUCA, Sergio. **O Dilema Preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS. **Crise na Saúde no Norte de Minas motiva reunião em Bocaiuva**. 2017. Disponível em:<
https://www.almg.gov.br/acompanhe/noticias/arquivos/2017/08/03_release_comissao_sau_de_bocaiuva.html>. Acesso em: junho de 2018.

BATICH, Mariana. Previdência do Trabalhador: uma trajetória inesperada. In: **São Paulo em Perspectiva**. v.18. n.3. 2004. p. 33-40. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/spp/v18n3/24776.pdf>>. Acesso em: Setembro de 2017.

BRAGA NETO, Francisco Campos; BARBOSA, Pedro Ribeiro; SANTOS, Isabela Soares. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.665-704.

BRASIL. **Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

_____. **Assistência de Média e Alta complexidade no SUS**. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Brasília, 2007.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: Novembro de 2017.

_____. Decreto nº 78.307, de 24 de agosto de 1976. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-78307-24-agosto-1976-427254-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: Outubro de 2017.

_____. Decreto nº 84.219, de 14 de novembro de 1979. Câmara dos Deputados. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-84219-14-novembro-1979-433518-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: Outubro de 2017.

_____. Deliberação CIB-SUS/MG. Nº 1219 de 21 de agosto de 2012. Disponível em:<<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.219%20-%20Regioes%20de%20Saude%20-%2021.8.12.pdf>>. Acesso em: Outubro de 2017.

_____. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde**: manual básico. 3ª ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003 (a).

_____. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em:<
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: Maio de 2018.

_____. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Ministério da Saúde. Brasília - DF, 2002.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Para entender a Gestão do SUS.** Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. Brasília – DF, 2003 (b).

CANO, Wilson. Crise e Industrialização no Brasil entre 1929 e 1954: a reconstrução do Estado Nacional e a política nacional de desenvolvimento. In: **Revista de Economia Política**. v. 35. n.3. 2015. p. 444-460. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31572015000300444>. Acesso em: Setembro de 2017.

CARVALHO, Gilson. A saúde pública no Brasil. In: **Estudos Avançados** 27 (78). 2013. p. 7-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v27n78/02.pdf>>. Acesso em: Setembro de 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DA SAÚDE - CONASS. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. v.1. Brasília, 2011. 291 p.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Pactos pela Saúde**. 2006. Disponível em<<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/>>. Acesso em: Outubro de 2017.

CONTEL, Fabio Betioli. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. In: **Saúde e Sociedade**. v. 24, n.2, 2015. p. 447 - 460. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902015000200447&script=sci_abstract&tln_g=pt>. Acesso em: Janeiro de 2018.

CORRÊA, Roberto Lobato. Redes Geográficas: reflexões sobre um tema persistente. In: **Revista Cidades**. v. 9. n.16. 2012. p. 199-218. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/revistacidades/article/view/2378>>. Acesso em: junho de 2018.

DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204&id=11671&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/equipos>>. Acesso em: Fevereiro de 2017.

_____. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/leiintmg.def>>. Acesso em: maio de 2018.

_____. **Tipo de Estabelecimento**. Disponível em<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: junho de 2018.

DOBASHI, Beatriz. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Para Entender a Gestão do SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. v.1. Brasília, 2011. 291 p.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 333-384.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

_____. Mario Magalhães: Desenvolvimento é Saúde. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 20(8). 2015. p. 2453-2460.

_____. Projeto Montes Claros – Palco e Bandeira de luta, experiência acumulada do movimento sanitário. In: **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 1995. p. 129-164.

_____. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999. 208 p.

GUIMARÃES, Raul Borges. Regiões de saúde e escalas geográficas. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 21 (4). 2005. p. 1017-1025. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/04.pdf>>. Acesso em: Fevereiro de 2018.

_____. **Saúde: fundamentos da Geografia Humana**. São Paulo: Editora Unesp digital, 2015.

HAESBAERT, Rogério. Região, Diversidade Territorial e Globalização. In: **GEOgraphia**. Universidade Federal Fluminense. Ano 1. n 1. 1999. p. 15 – 39. Disponível em: <<http://www.geographia.uff.br/index.php/geographia/article/view/4/3>>. Acesso em: Janeiro, 2018.

HOCHMAN, Gilberto. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). In: **Educar em Revista**. Universidade Federal do Paraná. v. 21. n. 25. 2005. p. 127-141. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/1550/155016226009/>>. Acesso em: Setembro de 2017.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTE DE FARIA. **Referências**. Disponível em: <<http://www.hucf2.unimontes.br/index.php/referencias/>>. Acesso em: julho de 2018.

JOHNSON; Steven. **O mapa fantasma: como a luta de dois homens contra o cólera mudou o destino de nossas metrópoles**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

JORNAL ESTADO DE MINAS. **Além do atendimento precário, ampliação de hospitais e postos é interrompida em Minas**. S/D. Disponível em: <https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2016/06/26/interna_gerais,776973/alem-do-atendimento-precario-ampliacao-de-hospitais-e-postos-e-inter.shtml>. Acesso em: Junho de 2018.

_____. **Santa Casa de Montes Claros limita atendimento em seu pronto-socorro**. 2018. Disponível em:

<https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2018/01/12/interna_gerais,930666/santa-casa-de-montes-claros-limita-atendimento-em-seu-pronto-socorro.shtml>. Acesso em: Junho de 2018.

JORNAL HOJE EM DIA. **Hospital de Montes Claros recebe aval do SUS; atendimento deve começar até o fim do mês.** 2017. Disponível em: <

<http://hojeemdia.com.br/horizontes/hospital-de-montes-claros-recebe-aval-do-sus-atendimento-deve-come%C3%A7ar-at%C3%A9-o-fim-do-m%C3%AAs-1.564903/hospital-m%C3%A1rio-ribeiro-1.564905>>. Acesso em: Junho de 2018.

LIMA, Luciana Dias de. et al. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. In: **Ciência & Saúde Coletiva**. 17 (11). 2012. p. 2881-2892. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a04.pdf>>. Acesso em: Fevereiro de 2018.

LOBATO, L. de V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 107-140.

MACHADO, Francisco de Assis. **O SUS que eu vivi**. Rio de Janeiro: CEBES, 2014. 682 p.

MAGALHÃES, Sandra Célia Muniz.; LIMA, Samuel do Carmo. Cenário da rede de saúde no Norte de Minas Gerais. In: **Hygeia**. 8 (15). 2012. p. 245-258. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/viewFile/19880/11178>>. Acesso em maio de 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. 2011. Disponível em< http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20PDR-SUS-MG.pdf>. Acesso em: Outubro de 2017.

NORONHA, José Carvalho de.; LIMA, Luciana Dias de.; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde- SUS. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 435-472.

PACÚ, Arilda de São Sabbas; TEIXEIRA, Marta Cavalcanti. Aspectos do setor de saúde-participação do enfermeiro. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. 32. 1979. p. 375-384. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v32n4/0034-7167-reben-32-04-0375.pdf>>. Acesso em outubro de 2017.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, Anete Marília. **Cidade Média e Região: o significado de Montes Claros no Norte de Minas Gerais**. Instituto de Geografia. Universidade Federal de Uberlândia. 2007. Tese de Doutorado.

PESSÔA, Luisa Regina. **Mergulho em Montes Claros: desafios da alocação de recursos na rede SUS**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Planejamento e Gestão de Sistemas em Serviços de Saúde, 2005. Tese de Doutorado.

PNUD, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. FJP. Fundação João Pinheiro. **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil**. Rio de Janeiro: PNUD, IPEA, FJP, 2013.

PORTAL DE NOTÍCIAS G1. **Hospitais de Montes Claros suspendem atendimentos por causa de superlotação**. 2018b. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/grande-minas/noticia/hospitais-de-montes-claros-suspendem-atendimentos-por-causa-de-superlotacao.ghtml>>. Acesso em: junho de 2018.

_____. **Falta de anestesistas e ortopedistas pode comprometer atendimentos no Hospital Regional e na Fundajan, em Janaúba**. 2018a. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/grande-minas/noticia/falta-de-anestesistas-e-ortopedistas-pode-comprometer-atendimentos-nos-hospitais-regional-e-fundajan-em-janauba.ghtml>>. Acesso em: junho de 2018.

_____. **Prefeitura de Montes Claros anuncia retorno da gestão plena da saúde para o município**. 2018c. Disponível em: <<https://g1.globo.com/mg/grande-minas/noticia/prefeitura-de-montes-claros-anuncia-retorno-da-gestao-plena-da-saude-para-o-municipio.ghtml>>. Acesso em: junho de 2018.

RÁDIO CLUBE DE BOCAIUVA. **Audiência Pública discute proposta de transformar hospital de Bocaiuva em Fundação**. 2018. Disponível em: <<http://radioclubebocaiuva.com.br/home/audiencia-publica-discute-proposta-de-transformar-hospital-de-bocaiuva-em-fundacao/>>. Acesso em: julho de 2018.

REIS, José Roberto Franco. “Viver é influenciar”: Mário Magalhães, sanitarismo desenvolvimentista e o campo intelectual da saúde pública (1940-1960). In: **Tempo Social Revista de Sociologia da USP**. v. 27. n. 2. 2015. p. 279-304. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/ts/article/view/108186>>. Acesso em: Outubro de 2017.

RISI JUNIOR, João Baptista.; NOGUEIRA, Roberto Passos. As Condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 328 p. Disponível em: <<https://static.scielo.org/scielobooks/sd/pdf/finkelman-9788575412848.pdf>>. Acesso em: Setembro de 2017.

ROSA, R. Geotecnologias na Geografia Aplicada. In: **Revista do Departamento de Geografia**. USP, v. 16. 2005. p-81-90. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdg/article/view/47288/51024>>. Acesso em: Novembro de 2017.

SAITO et al. Usuário, cliente ou paciente? Qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. In: **Texto & Contexto Enfermagem**. 22(1). p. 175-183. Florianópolis, 2013.

SANGLARD, Gisele.; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e Filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). In: **Revista Estudos Históricos**. v. 27. n. 53. 2014. p.71 a 91. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/reh/article/view/14339/31319>>. Acesso em: Setembro de 2017.

SANTA CASA DE MONTES CLAROS. **Especialidades e Referências**. Disponível em: <<http://www.santacasamontesclaros.com.br/index.php/servicos/detalhe/24>>. Acesso em: julho de 2017.

SANTOS, Maria Ruth.; PIERANTONI, Celia Regina.; SILVA, Lorena Lopes da. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil. In: **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 20(4). p.1165-1181. Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, Milton. Modo de Produção Técnico-Científico e Diferenciação Espacial. In: **Revista Território**. Ano IV, n. 6, 1999.

SANTOS, Regina Célia Nunes dos. A história do Projeto Montes Claros. In: **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 1995. p. 21-60.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Adscrição dos municípios de Minas Gerais aos respectivos territórios assistenciais definidos pelo Plano Diretor de Regionalização: microrregiões e macrorregiões**. 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: Novembro de 2017.

SILVA, et al. Projeto Montes Claros: Construção do Sistema Único de Saúde na Visão de Atores Envolvidos Historicamente no Processo. In: **Revista Norte Mineira de Enfermagem**. 2014. p. 15-32.

SILVA, Clayton Borges da.; RAMIRES, Júlio César de Lima. Regionalização da Saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. In: **Hygeia**. 6 (11). 2010. p. 60-79. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16971/9360>>. Acesso em maio de 2018.

SOUZA, Marcelo Lopes de. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. O significado e a oportunidade. In: **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 1995 (a). p. 13-15.

_____. Montes Claros: a utopia democrática. In: **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Editora Abrasco, 1995 (b). p. 251-257.

TRAVASSOS, Cláudia. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços do Brasil. In: **Ciência e Saúde Coletiva**. 5 (1). 2000. p. 133-149. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7085.pdf>>. Acesso em: Novembro de 2017.

TRAVASSOS, Cláudia; CASTRO, Mônica Silva Monteiro de. Determinantes e Desigualdades Sociais no Acesso e na Utilização de Serviços de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.215-243.

VASCONCELLOS, Miguel Murat. Serviços de Saúde: uma revisão de processos de regionalização, análises de padrões espaciais e modelos de localização. In: NAJAR, AL.; MARQUES, EC. (Org) **Saúde e Espaço**: estudos metodológicos e técnicas de análise.. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. p. 63-92. Disponível em:< <http://books.scielo.org/id/wjkcx/pdf/najar-9788575412954-05.pdf>>. Acesso em Outubro de 2017.

VIANA, Ana Luiza D'ávila. et al. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. In: **São Paulo em Perspectiva**. v.22. n.1. 2008. p.92-106. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: Setembro de 2017.