

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS: ALGUMAS REFLEXÕES CRÍTICAS

HEALTH REGIONALIZATION IN THE STATE OF MINAS GERAIS: A CRITICAL APPROACH

Clayton Borges da Silva

Geógrafo e Especialista em Gestão Ambiental
clayton_ufu@yahoo.com.br

Julio Cesar de Lima Ramires

Prof. Dr. do Instituto de Geografia/UFU
ramires@ufu.br

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de regionalização dos serviços de saúde no Estado de Minas Gerais como instrumento de planejamento e gerenciamento do sistema de saúde. Para isso, consultou-se o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, bem como a literatura e a legislação referente à temática da regionalização no país e no estado de Minas Gerais. Procurou-se destacar as limitações da implantação do PDRS-MG no sentido de promover a universalização e a equidade no acesso à saúde em todo o Estado.

Palavras Chave: Regionalização; Plano Diretor de Saúde; Minas Gerais; Geografia da Saúde

ABSTRACT

This research has as objective analyse the developmennt of health service regionalism sistem in Minas Gerais state, as a health sistem planning and management tool. To reach this objective we checked the Minas Gerais's Health Regionalism Directors Plan, as the legislation and literature that has relation with national e Minas Gerais state health regionalism system. We try to emphasize the HRDP-MG establish limitations, aiming to promote the universal access to health care generality over the state.

Key Words: Regionalization; Health Planning; Geography of Heath; Minas Gerais

INTRODUÇÃO

A saúde da população é um dos principais indicativos que determinam a qualidade de vida num país ou região. Índices internacionais de avaliação de qualidade de vida como o IDH se pautam também em dados como mortalidade infantil e expectativa de vida para sua formulação, dados estes diretamente influenciados pela qualidade dos serviços de saúde disponíveis. No Brasil o acesso aos serviços de saúde sempre foi problemático

Recebido em: 16/03/2010

Aceito para publicação em: 26/09/2010

tendo em vista que fatores de ordem física, social e política sempre dificultaram o acesso da população a estabelecimentos capazes de prestar o atendimento adequado, além é claro do alto custo dos serviços. Com a constituinte de 1988 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo era mudar este paradigma, garantindo a universalização do atendimento à saúde e conseqüentemente seu acesso à toda população. Atendendo as normatizações do SUS, a Secretaria de Saúde de Minas Gerais remodelou em 2002 o Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDRS) que estava em vigor no estado, reorganizando os fluxos de atendimento ou ratificando aqueles já existentes.

Este trabalho tem como objetivo analisar o processo de regionalização dos serviços de saúde no Estado de Minas Gerais como instrumento de planejamento e gerenciamento do sistema de saúde. Para isso, consultou-se o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, bem como a literatura e a legislação referente à temática da regionalização. Procurou-se destacar as limitações da implantação do PDRS-MG no sentido de promover a universalização e a equidade no acesso à saúde em todo o Estado.

A regionalização como ferramenta de gestão

Embora considerável, a construção de estrutura física como hospitais, postos de saúde ou clínicas especializadas representam apenas uma pequena parte do custo do sistema de saúde. Os investimentos necessários para compra e manutenção de equipamentos e contratação de mão de obra especializada representam muitas vezes investimentos maiores que os necessários para a construção destes centros. Justamente devido ao elevado custo de manutenção destas estruturas fica inviável que todos os municípios disponham de recurso técnico e profissional capaz de atender toda a demanda por serviços de saúde da população residente considerando-se os vários níveis de complexidade de atendimento hoje disponíveis. Para Pestana e Mendes (2004), a simples existência de hospitais em todos os municípios brasileiros já é motivo de discussão uma vez que até pequenas unidades de saúde tem custo de implantação e operação consideráveis. Deve-se levar em conta que 48% dos municípios brasileiros tem menos de dez mil habitantes (IBGE 2006), grande parte com pequenos hospitais cujo custo de operação vai além dos recursos disponíveis localmente. Mais do que isso, muitas vezes são construídos centros de atendimento que mais favorecem a fragmentação do atendimento, oferecendo ainda baixa qualidade dos serviços ofertados.

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.

A variável espaço, e o conhecimento produzido pela ciência geográfica sobre o mesmo pode fornecer subsídios importantes para o desenvolvimento das políticas nacionais de saúde. Sobretudo num país de dimensões continentais como o Brasil no qual a gestão territorial deve levar em conta as grandes distancias e os problemas sociais dela decorrentes. Para a população carente é importante que os serviços de saúde sejam ofertados numa distancia que viabilize seu deslocamento sob o risco da população não buscar estes serviços simplesmente por não dispor de recursos financeiros para o traslado, ou devido ao longo período de deslocamento por vezes necessário. A reorganização dos fluxos de pacientes de modo a permitir que nem todos precisem ir as

capitais de estado ou a distantes pólos regionais em busca de atendimento especializado é uma maneira de se tentar minimizar este problema. A regionalização do atendimento pode, portanto, permitir a melhoria da gestão do sistema de saúde como um todo, com efeitos positivos para a população.

A região sempre foi um importante campo de estudo da geografia, e de acordo com Richardson (1975), os critérios da regionalização sempre estiveram no cerne das discussões geográficas, isto é, quais os parâmetros a serem observados para se delimitar uma região, os quais são determinados de acordo com o fim ao qual a região se destina.

Desta forma, a regionalização é um sistema de divisão artificial do espaço com o objetivo de facilitar o estudo, planejamento e gestão dos fenômenos que se distribuem no espaço. Esta divisão já há muito tempo é utilizada pelos estados nacionais nas ações de planejamento de seus territórios a fim de facilitar a administração. Devido a sua eficácia é amplamente adotada por numerosas empresas privadas para traçar estrategicamente seus planos de desenvolvimento.

Segundo Pestana e Mendes (2004), o método de regionalização aplicado ao atendimento à saúde apesar de já ser usado na Europa desde a década de 1920, somente foi adotado no Brasil de forma sistemática, a partir da constituição de 1988.

A regionalização, conforme a Constituição de 1988, deveria permitir a descentralização do processo decisório em favor de estados e municípios de modo que estes compartilhassem com a União as responsabilidades sob a gestão do sistema de saúde. Uma das vantagens é que normalmente estados e municípios conhecem melhor a realidade e necessidades locais da população permitindo que o investimento dos recursos sejam orientados a ações que apresentem resultados mais expressivos na esfera local. O modelo já é apontado na própria constituinte conforme se observa no artigo 198:

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. (BRASIL, 1988)

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.

Para o Ministério da Saúde a Região de Saúde é definida da seguinte forma:

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, infra-estrutura, transportes e saúde. Nessas regiões, as ações e serviços devem ser organizados com o objetivo de atender às demandas das populações dos municípios a elas vinculados, garantindo o acesso, a equidade e a integralidade do cuidado com a saúde local. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p.23)

O financiamento é historicamente um dos grandes desafios dos governos e gestores do sistema de saúde. A partir de 1988 de acordo com a constituinte, a gestão e financiamento dos serviços deve ser compartilhada pelas esferas Federal, Estadual e Municipal, cabendo a cada uma delas diferentes responsabilidades. Deste modo as três esferas de governo se organizam num sistema de co-gestão com financiamento solidário e subsidiariedade, ou seja, todas seriam responsáveis pelo sistema, mas uma esfera não poderia repassar à outra os problemas que pudessem ser resolvidos localmente.

Ao Governo Federal coube, além do co-financiamento, formular e coordenar as políticas nacionais de saúde, o controle e avaliação as ações propostas, articular a cooperação interestadual e a cooperação técnica em escalal nacional. À esfera Estadual coube o co-financiamento do sistema, a formulação e coordenação das políticas estaduais de saúde, desenvolver o Plano de Regionalização do estado, promover ações junto aos municípios capacitando-os em suas demandas, e executar as ações as quais os municípios não forem capazes de desenvolver sozinhos. O Governo Municipal tem como função, planejar e desenvolver as ações de saúde em nível municipal, discutir a formação do Plano de Regionalização, prestar o atendimento de nível básico, além da co-responsabilidade (com o governo estadual) de promover a assistência de média, e em algum caso, de alta complexidade.

Mais de uma década depois da formação do SUS poucos estados haviam avançado de modo significativo no desenvolvimento de seus planos. Uma das dificuldades foi a interpretação das Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS) publicadas em 1991, 1992, 1993 e 1996 que em alguns casos chegavam a apresentar métodos de financiamento que não se adequavam ao novo modelo de gestão. Com o objetivo de resolver este problema e ainda orientar estados e municípios no desenvolvimento de seus planos o SUS elaborou em 2001 e 2002 as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS). O primeiro capítulo da NOAS 01/2001 é destacada a importância da regionalização:

1 – Estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade.

1.1 – O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 3)

Como visto, apesar do interesse em implantar completos centros assistenciais em todas as cidades brasileiras, milhares de municípios não possuem condição de manter um sistema assistencial completo. A partir dos serviços de média complexidade o sistema já demanda recursos técnico e profissionais que vão além da capacidade econômico/administrativa de diversos municípios. Por conseguinte, fez-se necessário desenvolver um sistema que direcionasse pólos assistenciais para estas áreas, pólos estes que dispusessem dos equipamentos necessários para atender os serviços de média e alta complexidade da população de uma região previamente determinada. Obviamente que para se estabelecer qual a região a ser atendida e qual o município pólo devem ser realizados estudos apontando as vantagens e desvantagens de cada um, além da relação dos serviços que estes centros deveriam dispor. Assim sendo:

...superar as restrições burocráticas de acesso e garantir a universalidade e a integralidade do SUS, evitando a desintegração organizacional e a competição entre órgãos gestores e a conseqüente atomização do SUS em milhares de sistemas locais ineficientes, iníquos e não resolutivos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 2)

A Norma Operacional NOAS 2001 e 2002 seguindo a doutrina da Co-gestão, transferiu parte deste problema para o Estado. Os Municípios cujos recursos técnicos e profissionais não consigam atender a complexidade exigida pelo paciente deverão encaminhar o mesmo para um serviço que disponha de tais mecanismos.

A NOAS-2002 apenas confirmou o modelo, criando mecanismos que a viabilizassem. Cada estado da federação ficou responsável pela elaboração de seu próprio Plano Diretor de Regionalização como metodologia para o modelo de atendimento regional, isto é, baseado na definição das prioridades de intervenção segundo a demanda prioritária de atendimento da população regional, garantindo ainda o direito e a viabilidade de acesso a estes serviços, em qualquer nível de atenção. Segundo a referida norma

O PDR fundamenta-se na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais; da conformação de redes hierarquizadas de serviços; do estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9).

Definida a política nacional de saúde, estabelecendo o processo de regionalização como a estratégia de oferta dos serviços à população o MS direciona aos Governos Estaduais a tarefa de, com a participação dos municípios e aprovação dos Conselhos Estaduais de Saúde, desenvolver e implantar seus Planos Diretores de Regionalização, devendo os mesmos serem encaminhados ao Ministério da Saúde. Segundo a NOAS 01-2001, os planos a serem desenvolvidos deveriam garantir:

O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados às... responsabilidades mínimas. O acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A norma informa ainda quais são os requisitos mínimos para a elaboração dos planos diretores, devendo ainda identificar as necessidades prioritárias de intervenção em cada uma destas regiões, estabelecendo para cada uma delas, um plano de investimentos de acordo com suas prioridades, e inserir os municípios como agentes atuantes do sistema de saúde, criando mecanismos de relacionamento intermunicipal que permitam a definição e organização de fluxos como forma de garantir o acesso de toda população da região aos serviços de saúde.

O fluxo dos usuários do SUS é controlado por meio das centrais de regulação, e leva em conta os tetos financeiros e os procedimentos acertados entre os municípios integrantes da região de saúde na Programação Pactuada Integrada (PPI). Apesar disso, a identificação da procedência do usuário ainda é um elo frágil desse sistema.

O que fica claro nas discussões sobre regionalização da saúde, conforme salienta Pestana e Mendes (2004), é que os critérios para a elaboração dos PDRs precisam ser feitos de maneira equilibrada levando em conta critérios tanto políticos, técnicos e culturais.

Cultiva-se no Brasil a tradição da supervalorização dos critérios político-administrativos na formação de suas regiões em detrimento aos valores sociais e culturais. Para Guimarães (2005 p.1023) este é um dos principais desafios a serem vencidos na formulação dos planos estaduais, saber como desenvolver PDRs que “respeitem a autonomia de cada unidade federativa em sua adequação à regionalização [...] e, ao mesmo tempo, romper os limites jurídico-administrativos da base estatística, desagregando a informação no nível que cabe ao fenômeno social.”

No Pacto pela Saúde, encaminhado pelo Ministério da saúde em 2006, a questão da regionalização é retomada como uma das principais tarefas para a consolidação do SUS. A referida normatização reforça o reconhecimento da diversidade e flexibilidade do processo de regionalização da saúde em um país com as dimensões do Brasil.

Novos desenhos de regiões de saúde são possíveis, tais como as regiões de saúde intermunicipais, regiões de saúde intraestaduais, regiões de saúde interestaduais e regiões de saúde fronteiriças.

A regionalização da saúde em Minas Gerais

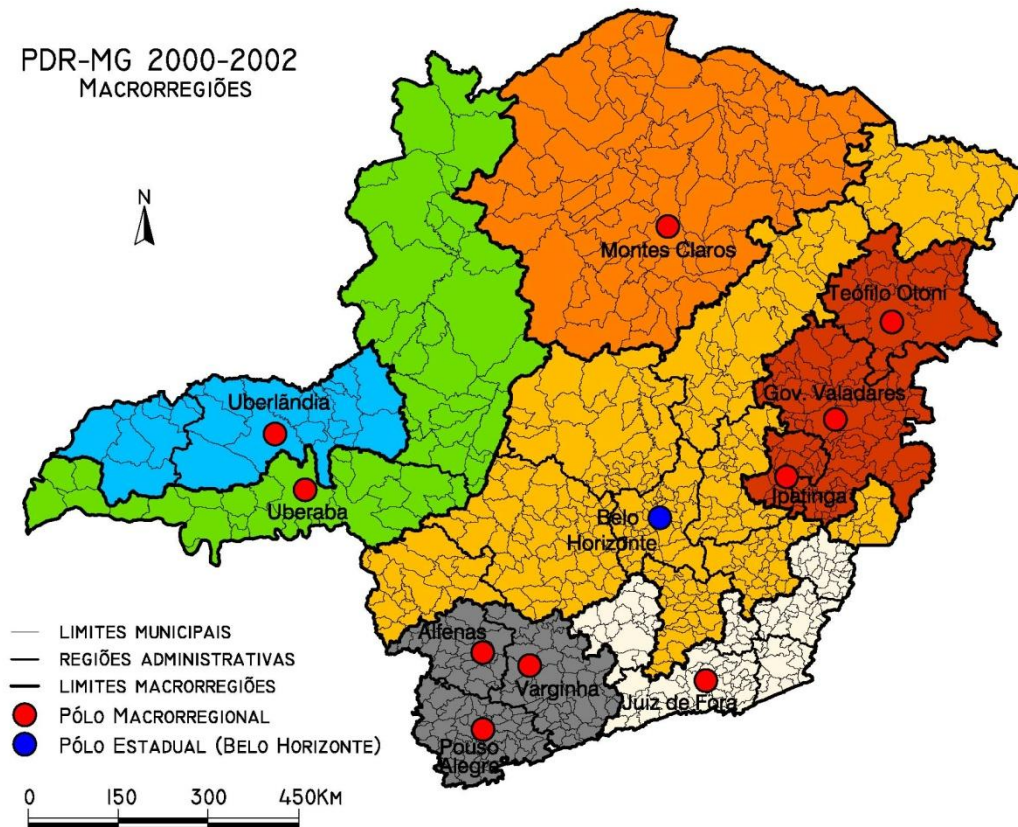
Segundo Mendes (s/d), o Estado de Minas Gerais adota um sistema de regionalização da saúde desde a década de 1960, este plano tinha como objetivo criar pontos descentralizados de supervisão dos serviços de atenção primária, que (observadas algumas características) eram naquele momento já oferecidos pelo estado de Minas Gerais. A partir da constituição de 1988 o quadro institucional foi profundamente alterado com a introdução de novos métodos de gestão. A municipalização da atenção primária através da criação do SUS obrigou uma reestruturação destes serviços, uma vez que o sistema vigente não era adequado para o mesmo. A Secretaria Estadual de Saúde elaborou em 1999, um Plano de regionalização da saúde, com vigência programada para 2000-2002. O plano era marcado por um modelo de organização dos serviços assistenciais de acordo com níveis crescentes de complexidade tecnológica e objetivava orientar a estruturação do mesmo em redes de atendimento. O plano dividia o Estado de Minas Gerais em 07 Macrorregiões de atendimento, 21 Regiões Assistenciais e 95 Microrregiões.

O mapa 1 mostra a divisão regional de saúde proposta pelo PDRS-MG 2000-2002, e em uma análise preliminar pode-se constatar a existência de algumas regiões com exagerada extensão territorial, bem como o elevado número de pequenos municípios, atendidos por poucos pólos regionais. Destaque pode ser dado para o tamanho das regiões polarizadas por Uberaba, Belo Horizonte e Montes Claros.

Com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01-2001, outra proposta de regionalização foi feita para Minas Gerais dando-se ênfase as funções estratégicas para a otimização dos serviços conforme aponta Mendes

A função é subdividir o espaço de um estado em macro e microrregiões sanitárias para que se distribuam, otimamente, nesses territórios, os equipamentos de atenção secundária e terciária. O PDR/MG objetiva superar os problemas de fragmentação, ineficiência e baixa qualidade. Uma rede deve ofertar a atenção primária à saúde em todos os

municípios, mas os equipamentos de atenção secundária devem estar concentrados nos pólos microrregionais e os de atenção terciária nos pólos macrorregionais. (Mendes, 2008)



Mapa 1: Regionalização Saúde PDRS- MG 2000-2002
Fonte: MALACHIAS, I. (s/d) (modificado por SILVA, C.B. 2008)

O novo Plano aumentou para 13 as chamadas Macrorregiões de saúde, as quais seriam dentro de seu território, capazes de oferecer atendimento integral nos três níveis de atendimento solicitados pelo Ministério da Saúde, sejam eles a atenção básica, de média e de alta complexidade.

A regionalização passou assim a ser uma ferramenta importante para a estruturação dos serviços de saúde no Estado, pois através dela foi possível definir com maior precisão as políticas estaduais de saúde estabelecendo bases geográficas e populacionais importantes para o cálculo das necessidades de aplicação de recursos em saúde.

Para Gil, Litch e Yamaushi (2006), o primeiro passo para o desenvolvimento de uma regionalização é estabelecer uma base territorial a qual é criada a partir do conceito de região a ser adotado. O conceito de região adotada pela SES foi a área geográfica definida por municípios que estejam dentro do raio de influência de outro município, que

por sua vez já funcione como tradicional centro regional, e que ainda, seja dotado da infra-estrutura tecnológica e profissional suficiente para prestar aos demais a assistência necessária aos serviços que requeiram maior nível de complexidade.

O conceito de região adotado pela SES/MG refere-se a um espaço ou área geográfica definida por um conjunto de municípios circunvizinhos, normalmente ligados a um município cujos equipamentos, urbanos e de saúde, exercem força de atração (Pólo) e têm capacidade de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda por determinados serviços, geralmente organizados dentro de um perfil de serviços que requer maior e mais diferenciada incorporação de tecnologia. (MINAS GERAIS, 2003, p.11)

Quando analisamos esta metodologia verificamos automaticamente que ela remete à construção de uma rede, que leva em consideração a economia de escala como forma de otimizar a oferta de serviços, sobretudo daqueles que requerem maior complexidade tecnológica. O próprio plano reflete de maneira clara este objetivo. Oferecer os serviços de alta e média complexidade para toda a população regional. Contudo, sem instalar dispendiosos serviços de saúde especializados em localidades cuja demanda não justifique o elevado investimento, evitando assim a subutilização do equipamento e a ociosidade dos especialistas que os operam.

O sistema deve, no entanto, oferecer à população a totalidade destes serviços numa distância que viabilize o deslocamento do usuário, garantindo assim acessibilidade a todos aqueles que estiverem nesta área de influência. O conceito de região embutido nessa concepção privilegia a questão dos fluxos, e em menor escala, o perfil demográfico e epidemiológico dos diferentes municípios. Nota-se aí que o método de regionalização incorpora alguns princípios da Teoria do Lugar Central (TLC) desenvolvida por Christaller em 1933.

O PDR-MG estabeleceu alguns critérios ou estratégias para a área de abrangência e a máxima distância a ser percorrida para a oferta dos serviços estipulados. Como os serviços ofertados são de diferentes complexidades e demandas o Limite Crítico e o Alcance devem ser também diferentes para cada um deles, característica que a Noas-SUS já previra. Por isso, o PDRS-MG estabeleceu três tipos de regiões, atendendo as solicitações do Ministério da Saúde. Cada uma delas deveria ser apropriada, para cada nível de atendimento, o quadro 1 apresenta os conceitos utilizados na formulação destas regiões em Minas Gerais.

Conforme observado a menor base territorial de atendimento responsável pela atenção básica é o Município, cabe a cada um deles desenvolver seus sistemas de atendimento básico e os Programas de Saúde Familiar (PSF). Este primeiro nível de atenção oferecida pelo SUS é possivelmente o mais importante do ponto de vista operacional, uma vez que representa a melhor alternativa de assistência, com foco direcionado à prevenção e com maior permeabilidade entre os cidadãos. Permitindo o tratamento das moléstias ainda no início, impedindo o agravamento dos quadros patológicos, gerando economia e maior probabilidade de cura. O Limite Crítico neste caso é o próprio município, pois a demanda é local e o Alcance deve ser mínimo para incentivar a busca pelos serviços a partir dos primeiros sintomas.

O segundo nível de atenção são as Microrregiões de Saúde, responsáveis pelo atendimento de nível secundário com oferta de serviços classificados como de média

complexidade. A Microrregião deve ter um município que se apresente como Pólo assistencial das cidades vizinhas e deve dispor de acessibilidade satisfatória e auto-suficiência na prestação de serviços de nível secundário para toda a população do município e microrregião.

Quadro 1

Modelo de Regionalização adotado pela Secretaria Estadual de Saúde- MG

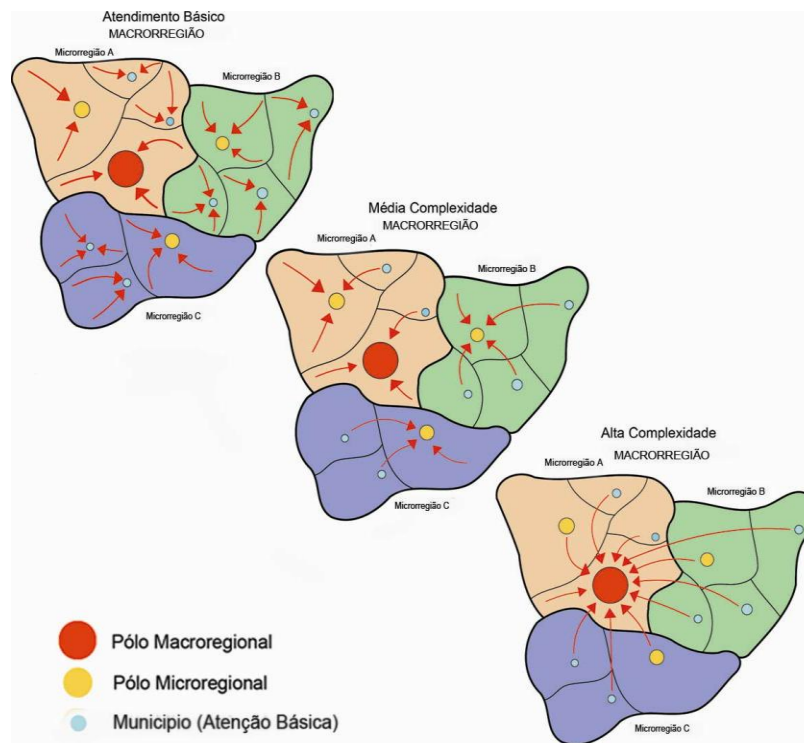
MUNICÍPIO	Base territorial de planejamento da atenção básica e PSF.
MICRORREGIÃO DE SAÚDE	Base territorial de planejamento da atenção básica e da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de AC-Alta Complexidade, caso da TRS, conforme tabela MS. Deve ser constituída por uma população de cerca de 150.000 habitantes e mais de um município (ou módulos) e apresentarem pelo menos um município (município pólo) com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro, ou seja, de nível tecnológico de média complexidade (o elenco mínimo de média complexidade – EPM2 da NOAS) e abrangência intermunicipal
PÓLO MICRORREGIONAL	Município que pelo seu nível de resolubilidade, capacidade de oferta de serviços, acessibilidade e situação geográfica, polariza os municípios da microrregião. Apresenta um nível tecnológico de complexidade do EPM2 (cerca de 70% pelo menos) e cobertura para maioria dos municípios circunvizinhos. A microrregião pode conter municípios que, autônoma ou isoladamente, para a população própria, apresentam igual nível de atendimento mas que não polarizem outros.
MACRORREGIÃO DE SAÚDE	Base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde que engloba microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços de saúde, ambulatoriais e hospitalares de maior tecnologia: a AC - Alta Complexidade nos termos da tabela do Ministério da Saúde - MS – SIA e SIH. Deve ainda ter capacidade de oferta do Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 3 da NOAS. Estes procedimentos , embora da MC, requerem maior tecnologia, sua oferta é rarefeita no Estado e a demanda requer agregação, ou seja, formação de escala.. A abrangência deve ser macrorregional, para populações em torno de 1.000.000 de habitantes
PÓLO MACRORREGIONAL	Município da macrorregião que oferece os serviços de saúde de maior nível de tecnologia e polariza sobretudo microrregiões de saúde circunvizinhas. Apresenta um nível tecnológico de Alta Complexidade e do Nível do EPM3 e abrangência macrorregional

Fonte: SES-MG, PDRS-2003/2006

Finalmente, as Macrorregiões de Saúde se classificam como terceira e maior região hierarquicamente definida, responsável pelos serviços de maior nível tecnológico ou de grande especialidade de diagnósticos conhecidos por serviços de Alta Complexidade. Como normalmente estes serviços são relativamente menos utilizados, as Macrorregionais precisam abranger áreas em torno de um milhão de habitantes. Suas sedes devem polarizar as microrregiões e oferecer a elas todo o aparato técnico

profissional necessário para atender toda demanda de alta complexidade. Semelhantemente à microrregional, a cidade pólo da macrorregião deve dispor de fácil acessibilidade e infra-estrutura urbana capaz de receber os munícipes das cidades por ela polarizadas além da auto-suficiência nos serviços de atenção terciária. Normalmente o pólo macro acumula também a função de pólo microrregional além é claro de prestar serviços de atenção básica aos seus munícipes.

A figura 1 mostra esquematicamente como funciona a rede de serviços proposta em uma hipotética Macrorregião de saúde no estado de Minas Gerais.



Fonte: SILVA, C.B. 2008

Figura 1 - Os Fluxos de atendimento nos três níveis assistenciais de saúde em Minas Gerais

A tabela 1 contém as treze macrorregiões de atendimento criadas em 2003 no estado de Minas Gerais. Teoricamente cada uma delas deveria ser suficientemente equipada tecnológica e profissionalmente para oferecer um conjunto de procedimentos de alta complexidade para sua população residente, de modo que todos os municípios do estado tenham sua área de referência para a qual deverá partir todo o paciente que vier a necessitar de cuidados em tal nível de especialidade. As 13 Macrorregiões agregam 75 microrregiões de saúde responsáveis pelo atendimento de média complexidade no estado.

Conforme se observa 6 das 13 macrorregiões de saúde não atingem a quantidade mínima estabelecida pelo PDRS-MG como ideal para composição de uma Macro. A região do

Jequitinhonha especialmente chama a atenção com uma população de apenas 284.468 habitantes formando uma macrorregião muito distante do mínimo de um milhão de habitantes como recomendado, este é um exemplo de macrorregião em que se privilegiou o acesso ante ao ganho de escala. Já a região Sul e Centro são as únicas cuja população vai além de dois milhões de habitantes, são também as que possuem o maior número de municípios. O destaque aí é a Macrorregião Centro com mais de seis milhões de habitantes e dividida em dez microrregiões, a cidade pólo é a capital do estado responsável por 89,7% do atendimento de alta complexidade da macrorregional. Belo Horizonte também é o principal receptor dos pacientes de alta complexidade atendidos fora das demais macrorregiões do estado chegando a atender 65,1% e 88,4% dos pacientes de alta complexidade das Macrorregiões Centro-sul e Jequitinhonha respectivamente (BOTEGA, RODRIGUES, ANDRADE, 2006, p.9). A existência de macrorregiões que momentaneamente não atendem os requisitos necessários para a função deve ser gradualmente superada através de investimentos em pessoal e infraestrutura, financiadas pelo governo estadual visando o crescimento de hospitais e centros de atendimento capazes de atender a demanda regional definida.

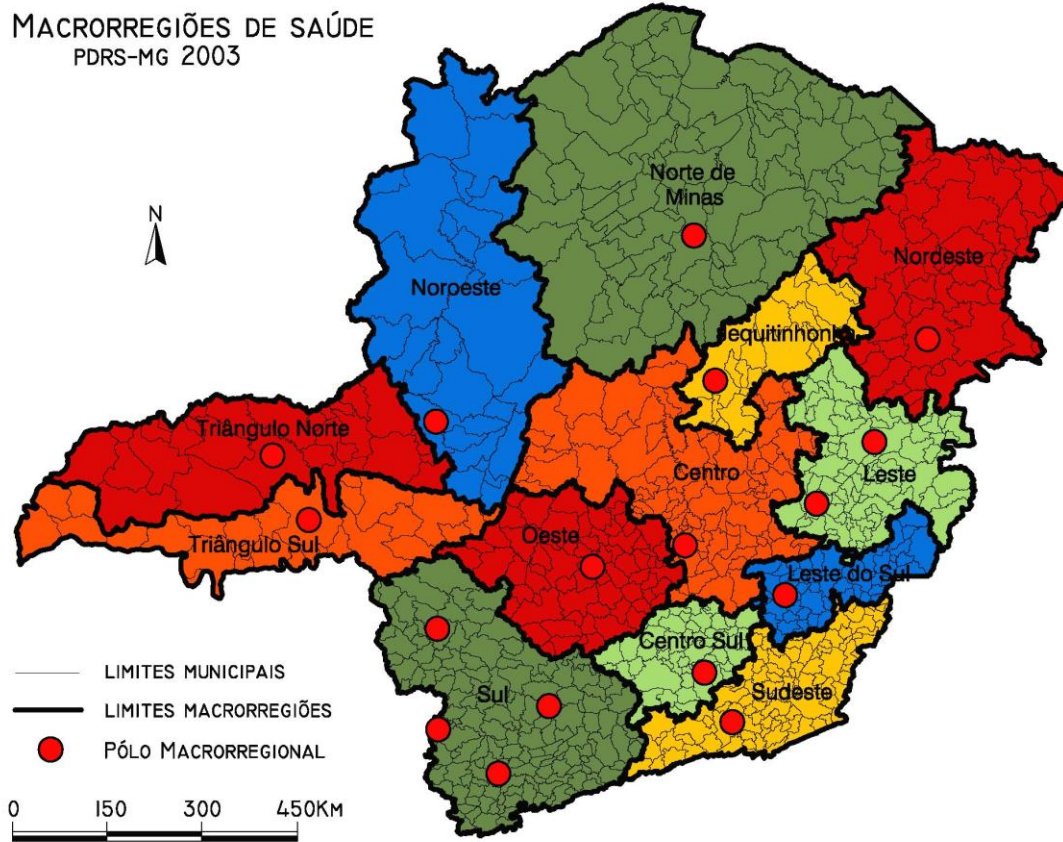
Tabela 1
Macrorregiões de saúde em Minas Gerais - 2007

Microrregião	Quantidade de Municípios	Microrregiões	População estimada
Centro (Belo Horizonte)	103	10	6.132.996
Centro Sul	51	3	719.101
Jequitinhonha	23	2	284.468
Leste	85	7	1.420.045
Leste do Sul	52	3	642.547
Nordeste	63	8	886.743
Noroeste	33	2	628.740
Norte de Minas	86	8	1.548.945
Oeste	56	6	1.133.085
Sudeste	95	8	1.539.092
Sul	152	12	2.505.499
Triângulo do Norte	27	3	1.165.191
Triângulo do Sul	27	3	667.081

Fonte: SES-MG 2007; Org: SILVA, C. B. 2008

As 13 macrorregiões são divididas ainda em microrregiões de atendimento responsáveis pelo segundo nível de complexidade. De acordo com a SES-MG a metodologia utilizada para se escolher o tamanho das microrregiões foi feita baseando-se no ganho de escala para o atendimento. Isto surgiu da necessidade de diminuir os custos de operação de hospitais que precisam oferecer serviços de média complexidade. Para isso foi definido que as microrregiões de saúde precisariam contar com uma população mínima de 150.000 habitantes, salvo quando a distância ou dificuldades de acesso ao pólo microrregional escolhido inviabilizassem esta escala operacional.

Nota-se, portanto, que outro parâmetro de delimitação da microrregião é a acessibilidade dos municípios aos pólos microrregionais. Tais pólos não devem ficar a mais de 150 km de distância ou no máximo a duas horas de deslocamento sob condições viárias deficientes. Não há menção de distancia mínima para pólos macrorregionais. O mapa 2 mostra a divisão das macrorregiões do Estado.



Fonte: SES/MG - PDRS 2003/2006; Org: SILVA, C. B. 2008

Mapa 2: Localização das Macrorregiões de Saúde e respectivas Cidades Pólo

A continuidade da região geográfica, segundo a SES, também é um elemento muito importante, mas não decisivo na determinação das regiões a serem criadas. A secretaria afirma que foi dada mais importância à identidade sócio-econômica do que à continuidade geográfica, incluindo-se aí a histórica relação de fluxos intermunicipais em busca de serviços disponibilizados pelos centros regionais. Este conceito vai de encontro às idéias de Pestana, Mendes, (2004 p.56)

uma microrregião sanitária deve incorporar o critério da herança e identidade cultural, isto é o conjunto de valores através dos quais um grupo de municípios se reconhece e se identifica como pertencente a um território comum, de modo a transformar-se numa escala adequada

Todavia, Gil, Litch e Yamauchi (2006) não reconheceram em seus estudos a formação de regiões de saúde adotando sistemas de regionalização que enfatizem o papel da sociedade civil no processo de sua construção. Registrando ainda uma tendência por parte do estado de tratar tais regiões simplesmente como uma nova área de intervenção, centrada fundamentalmente em critérios administrativos. Estudiosos como Carvalho (2005), reconhecem a regionalização como imprescindível para que se alcance a integralidade do direito à saúde, mas salientam a necessidade de que ela se dê de maneira ascendente, cabendo aos municípios, e não ao estado, identificar as ações que são capazes de executar e oferecendo estes serviços como referência para outros municípios a eles adstritos. Assim sendo

Não se fará a rede regionalizada sem que cada município e estado assumam minimamente a responsabilidade sanitária sobre seus cidadãos, garantindo a sua parte. Não apenas sendo o grande triador de pacientes, ou nem isto, e se especializando em transportar munícipes-pacientes para outros municípios. (sic) (CARVALHO, 2005, p. 7)

O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais: algumas observações críticas

Apesar do grande esforço no sentido de incorporar as categorias geográficas de espaço, região, território e redes, observa-se uma fragilização conceitual de algo que é fundamental nas políticas de saúde, ou seja, a sua geografização. Os aspectos subjetivos, as relações de poder, os interesses e conflitos políticos não aparecem na arena de discussão do processo de regionalização.

Os objetivos do PDRS-MG, microrregiões com população mínima de 150.000 habitantes (muitas delas não possuem este mínimo) e o máximo de 150 km ou duas horas de distância para atendimento foram parcialmente alcançados, pulverizando-se pólos microrregionais pelo Estado, privilegiando o acesso ao ganho de escala. Segundo Botega, Rodrigues e Andrade (2003, p. 10.) “Mais de 90% das internações referentes a procedimentos de média complexidade ocorrem na própria macrorregião de residência do paciente”.

A mesma realidade não se apresenta para o atendimento de alta complexidade. O PDRS não deixa claro qual a distância ou tempo máximo a ser percorrido para o acesso da população residente. A única recomendação do plano se refere ao ganho de escopo recomendando que a macrorregião tenha quando possível o mínimo de um milhão de habitantes, número que também não é alcançado em vários casos. A distância a ser percorrida também se configura numa grande barreira ao acesso do paciente. O Mapa 2, apresentado anteriormente, mostra a localização dos pólos de alta complexidade ou de terceira ordem dentro dos limites da macrorregião, o que nos dá uma idéia da considerável distância a ser percorrida por alguns pacientes em busca de atendimento de alta complexidade, com destaque para regiões Norte e Noroeste.

Oliveira, Simões e Andrade (2007), ao analisar a regionalização dos serviços de média e alta complexidade no Estado a partir de dados de fluxos de pacientes em 2004, constataram que há distorções entre o planejamento proposto e a realidade concreta de acesso aos serviços de saúde com graves problemas de iniquidades no acesso, com grandes deslocamentos da população com piores condições sócioeconômica. Assim sendo,

algumas dessas distorções sugerem a necessidade de revisão da definição de municípios pólos e suas respectivas áreas de influência, sendo para tanto necessário uma avaliação técnica mais precisa. Seja

na realização de investimentos, na coordenação das relações intermunicipais ou na re-avaliação da rede de serviços proposta, a atuação do gestor estadual faz-se necessária e intensa, para que as iniquidades de acesso e as diferenças da rede urbana de serviços e o plano de regionalização sejam minimizadas. (OLIVEIRA; SIMÕES, ANDRADE, 2007, p. 19)

Para os referidos autores situação mais grave e que merece cuidado especial ocorre nas macrorregiões polarizadas por Belo Horizonte, Montes Claros e Teófilo Otoni, que atendem áreas muito extensas assumindo parcial ou totalmente o papel funcional de outros pólos.

O principal motivo desta disfunção é que a construção do PDRS-MG foi desenvolvido sobre uma realidade existente, os pólos de atendimento tiveram de certa maneira seguir a disposição dos pólos econômicos já estabelecidos no estado, e a escolha dos mesmos levou em conta a capacidade de serviços instalada ou potencial de cada município. Como o processo de desenvolvimento e ocupação territorial de Minas Gerais é irregular, a localização destes pólos, sobretudo macrorregionais seguiu esta tendência.

A Região Noroeste com sua macrorregional é um exemplo disto, Patos de Minas (pólo de alta complexidade) encontra-se num extremo do território, quase 600 km de alguns dos municípios a ela adstritos. Alguns destes municípios situam-se muito mais próximos de outros pólos de atração regional do que do centro de alta complexidade da própria região.

Segundo o trabalho de Oliveira, Carvalho e Travassos (2004), em que são traçadas as redes hierárquicas de atendimentos em nível nacional, os municípios do norte da Macrorregião Noroeste estão sob influência do Distrito Federal, caso típico em que a região de saúde a ser implantada deveria abranger duas unidades da federação, ou seja, funcionar de modo cooperativo entre o estado de Minas Gerais e o governo do Distrito Federal. Tais casos mostraram que pelo menos naquele momento muitas sedes macrorregionais não apresentaram as características técnicas suficientes para desempenhar esta função, sendo escolhidas como tal pela simples necessidade de alocação de um pólo macrorregional naquela região. Isso gera a necessidade de altos investimentos em infra-estrutura de acesso e de atendimento para capacitá-los ao fim a que se destinam. Esta incapacidade no atendimento de alta complexidade tem gerado grande fluxo de deslocamento de pacientes em Minas Gerais.

Novamente, o trabalho de Botega, Rodrigues e Andrade (2003) mostra algumas deficiências do atendimento de algumas regiões no começo da década. O caso extremo, a macrorregião do Jequitinhonha não registrou procedimentos de alta complexidade no ano de 2002, transferindo 100% dos seus casos para as macrorregiões vizinhas. A região Noroeste atendeu apenas 19% de seus pacientes e as regiões Centro Sul e Nordeste atenderam 14% e 4% de seus pacientes respectivamente. A maior parte destes pacientes é transferida para a macrorregião Centro.

O caso típico da Macrorregião Noroeste, cujo efetivo atendimento é dividido entre Minas Gerais e Distrito Federal, mostra na prática, a falha do sistema de regionalização da saúde hierarquizada, em muitos casos ainda trabalhada no Brasil.

A relativa autonomia que foi facultada aos Estados pelo Ministério da Saúde para a construção de seu próprio PDRS incentivou a criação de múltiplos planos, um para cada estado que não se comunicam, que não se interagem, uma série de planos descentralizados como se não houvesse fluxos de pacientes interestaduais ou como se

estes fluxos pudessem ser ignorados. Conforme Guimarães, (2005) alguns estados apenas adequaram seus PDRS aos antigos planos de regionalização existentes.

É preciso reconhecer que os limites que se estabelecem para as regiões de saúde são fronteiras artificiais as quais estão constantemente submetidas às influências de atores territoriais o que pode incorrer na alteração destes limites conforme se modifica o alcance destes pólos que em momentos distintos podem exercer maior ou menor poder de atração sobre as áreas adjacentes.

Do ponto de vista estatístico, isso significa, não raras vezes, recortar um certo fenômeno cuja delimitação não respeita essas fronteiras. Acaba-se por subdividir elementos que fazem parte de um mesmo processo. (GUIMARÃES, 2005 p.1021)

Uma forma de tentar se estabelecer regiões de saúde mais próxima da realidade dos pacientes pode ser através da formação das regiões de saúde a partir dos municípios conforme defende Carvalho (2005) de maneira que a estruturação das redes obedeçam aos fluxos já existentes. Lembremos-nos 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.

O próprio Ministério da Saúde identificou esta dificuldade reconhecendo que a descentralização dos serviços e que a equidade de acesso ainda não foi alcançada através do modelo hierarquizado havendo a necessidade de revisão da metodologia que atualmente estimula inclusive a competição intermunicipal pelos recursos expondo falhas na gestão em escala micro.

[...] os avanços do processo de descentralização da saúde não impediram a conformação de sistemas municipais de saúde fragmentados, atomizados e o aprofundamento das desigualdades na oferta e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004 apud PESTANA , MENDES, 2004)

Para Pestana e Mendes (2004) o problema que tem causado essa relativa fragmentação do sistema a nível municipal se dá pela obediência ao sistema hierárquico pregado pelo SUS em que os municípios têm contanto apenas com nível hierárquico imediatamente acima dele como numa pirâmide. Segundo estes autores a hierarquização deve ser feita apenas relativa ao nível de complexidade do paciente. A melhor maneira de se garantir a integralidade do atendimento seria pela adoção de um sistema de atenção municipal em redes horizontais de atenção. Um sistema de atendimento intermunicipal reguladas entre si, permitindo o compartilhamento de leitos também entre os municípios que ofereçam apenas o atendimento a atenção básica.

Em outubro de 2008 a SES-MG aprovou uma nova regulamentação, incluindo alterações no PDR-MG (tabela 2). A alteração foi necessária porque apesar de pertencerem a uma macrorregional alguns municípios tinham seus fluxos de atendimento voltados para outras macrorregionais.

Tabela 2
Ajuste do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais - 2008

Municípios	Da Micro	Da Macro	Para Micro	Para Macro
Dionísio	João Monlevade	Centro	Cel. Fabriciano	Leste
Periquito	Governador Valadares	Leste	Ipatinga	Leste
Cana Verde	Lavras	Sul	Campo Belo / St Ant. Amparo	Oeste
S. Gonçalo do Sapucaí	Varginha	Sul	Pouso Alegre	Sul
Maravilhas	Pará de Minas	Oeste	Sete Lagoas	Centro
Papagaios	Pará de Minas	Oeste	Sete Lagoas	Centro
Guimarânia	Patrocínio / M. Carmelo	Triângulo do Norte	Patos de Minas	Noroeste
Cruzeiro da Fortaleza	Patrocínio / M. Carmelo	Triângulo do Norte	Patos de Minas	Noroeste
Serra do Salitre	Patrocínio / M. Carmelo	Triângulo do Norte	Patos de Minas	Noroeste
São Gonçalo do Rio Abaixo	João Monlevade	Centro	Itabira	Centro

Fonte: CIB/SUS-MG 2008

Os motivos que levaram a tais mudanças podem ter sido; a criação de regiões de saúde inadequadas no momento da elaboração do PRDS-MG ou que o crescimento da zona de influência das outras macro, em determinado momento passaram a oferecer vantagens logísticas ou de qualidade de atendimento em relação as demais alterando-se os fluxos antes implantados. Esta é uma demonstração prática da necessidade do constante monitoramento do sistema de modo que o plano seja sempre aperfeiçoado para atender as demandas da população e não o contrário.

Conforme afirma Guimarães (2005 p.1024), deve-se avançar o processo de regionalização, incorporando novas dimensões a esse processo, tendo em vista que

[...] é impossível avançar sem integrar essa proposta com outras iniciativas de regionalização em andamento em outros ministérios e instâncias do governo, integrando esforços para diminuir a pobreza, a desigualdade e a exclusão social.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais não contempla a possibilidade de utilização dos serviços de saúde de usuários residentes em diferentes regiões de saúde, o mesmo acontecendo com moradores de outros estados fronteiriços ao Estado. Apesar de aparecer nos discursos dos gestores e na nova orientação do Ministério de Saúde de forma clara, as regiões de saúde nas fronteiras entre estados ainda não existem de forma oficial nas práticas de saúde.

Stephan-Souza et al. (2007) ao analisarem o acesso à saúde na Macrorregional Sudeste, cujo pólo é a cidade de Juiz de Fora, constataram que o PDRS-MG não leva em consideração o expressivo fluxo de usuários provenientes do Estado do Rio de Janeiro, apontando a necessidade de se pensar em novos desenhos da regionalização da saúde não contemplados em Minas Gerais. Os referidos autores apontam a pesquisa etnográfica como uma alternativa interessante no estudo da regionalização da saúde

a pesquisa etnográfica como aporte metodológico à análise e elucidação das questões que se organizam como objeto deste estudo, relaciona-se à natureza deste, que surge e se expressa no âmbito das relações humanas, no caso, entre as necessidades dos indivíduos e da coletividade por cuidados de saúde e a modalidade de regulação de fluxo dos usuários no SUS, atualmente sob a égide dos PDRs/PPI. A intenção é compreender como as pessoas acometidas por doenças que necessitam de cuidados de média ou alta complexidade e suas famílias, residentes em municípios do Rio de Janeiro, vizinhos de Juiz de Fora, se movimentam no sentido de buscar assistência especializada. (STEPHAN-SOUZA et al., 2007, p. 68)

Assim sendo, os referidos autores apontam que é preciso avançar no sentido de compreender qual é a lógica de regionalização dos usuários, que estratégias e recursos eles utilizam para ter acesso à saúde e as implicações da regionalização oficial sobre o cotidiano das pessoas doentes que necessitam dos serviços de média e alta complexidade.

Considerações finais

A gestão eficiente do sistema de saúde é de vital importância para alcançar bons níveis de atendimento na maior área geográfica possível. Para gerir o sistema de saúde de maneira a se otimizar os investimentos e garantir assistência a maior parcela da população é preciso, dentre diversas ações, promover o seu atendimento de forma regionalizada. O estudo dos fluxos regionais e a variação dos atendimentos por

especialidades permite que a adoção de políticas públicas sejam orientadas para cada setor, especialidade ou região que apresentem problemas característicos, evitando o desperdício de recursos financeiros públicos em ações pouco eficazes e ou dispersas.

Entretanto, problemas de ordem logística, técnica e político-burocrática impedem que os objetivos de garantir o direito à saúde da população, reduzindo as desigualdades sociais e territoriais por meio da identificação e reconhecimento das Regiões de Saúde se torne realidade.

Considerando-se os ganhos obtidos com o sistema de regionalização podemos afirmar que é uma política que tem cumprido importante papel no desenvolvimento do sistema de saúde nacional e estaduais. A delimitação das áreas de atenção favorece a gestão racional das regiões de saúde definindo os responsáveis por aquela parcela territorial uma vez que todo município deve estar contido em uma macrorregião de saúde.

Algumas falhas, identificadas na formação de algumas Regiões de Saúde como em Minas Gerais é decorrente principalmente da falta de diálogo entre os gestores das unidades da federação, que na formação de seus planos tem ignorado as Regiões de Saúde interestaduais que são parte do cotidiano da população.

O PDRS-MG parece ter criado estrategicamente algumas regiões sanitárias que no momento de sua instituição não possuíam pólos suficientemente capacitados para o atendimento da demanda regional. Apesar disso, para atender as diretrizes impostas pelas normas do Ministério da Saúde era o momento oportuno para a criação destas regiões. Mesmo que para isso os pólos escolhidos precisassem receber grandes investimentos para alcançar os requisitos necessários para pólos macrorregionais. Como no momento da criação da região não se dispunham das condições mínimas necessárias foi preciso eleger por critérios técnicos aquele que mais se aproximava desta função, com localização adequada e com estrutura tecnológica e profissional mais desenvolvida dentre as opções disponíveis. São regiões que somente através de contínuos investimentos em seus pólos macro e microrregionais deverão alcançar a plena gestão de seus serviços em médio ou longo prazo.

A regionalização de Minas Gerais está focada na alta e média complexidade, enquanto muitos problemas da atenção primária não foram equacionados de forma satisfatória, comprometendo os princípios da universalidade e integralidade do SUS. A orientação do governo estadual no sentido da elaboração e implementação de Planos Diretores Municipais de Saúde valorizando a atenção primária, podem significar, a médio prazo, avanços positivos no enfrentamento dos problemas de saúde do estado.

A regionalização deve ser encarada como um processo de pactuação política, e o Pacto pela Saúde defendido pelo Ministério da Saúde pretende avançar nesse sentido. Ainda há muitos preconceitos na gestão regionalizada, especialmente por parte do gestor municipal, com desconfiança nos atores envolvidos, receio de perda de financiamento ou de investimentos, auto-definição como pólo por parte dos próprios municípios com estratégia para ter acesso a financiamento, bem como o predomínio das idéias de auto-suficiência e competição em detrimento da complementaridade, fundamental no processo de gestão regionalizada dos serviços de saúde.

Uma forma interessante de avançar o processo de regionalização em curso em Minas Gerais, e também no país, é incorporar análise que superem a visão técnico-burocrática que permeia a maioria das políticas de saúde e a elaboração de planos diretores de regionalização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm> acesso em 28/07/2008

_____. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Mapa Político do Estado de Minas Gerais**. IBGE, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM no 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa**: orientações para sua implementação no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006, 40 p.

BOTEGA, Laura de A.; RODRIGUES, Roberto N.; ANDRADE, Mônica V. **Distribuição Espacial das Internações hospitalares realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais, 2002**: utilização dos serviços de saúde e distância média percorrida pelos pacientes. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambu, **Anais...** Caxambu: ABEP, 2006. p. 1-25

CARVALHO, Gilson; **Contra a regionalização autárquica e a favor da regionalização ascendente pactuada entre municípios e estados**. Brasília: CONASEMS, 2005. Disponível em: <http://www.saudejoinville.sc.gov.br/_downloads/_conselho/ArtigosDocumentos/ContraRegionalizacaoAutarquicaFavorRegionalizacao.pdf> . Acesso em: 10/10/2008.

GIL, Antonio C.; LICHT, René H. G.; YAMAUCHI, Nancy I.; Regionalização da saúde e consciência regional. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde** , Uberlândia, v.2 n.3, p.35-46, dez. 2006.

GUIMARÃES, Raul B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.4, p.1017-1025, jul./ago. 2005.

MALACHIAS, Iveta. **Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais – PDRS**. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/arquivos-pdr/historico-e-conceitos.ppt>. Acesso em: 10/10/2008.

MENDES, Eugenio V. **Redes de atenção à saúde**: a experiência de Minas Gerais. Disponível em: <<http://chagas2.redefiocruz.fiocruz.br/drupalsesdec/?q=node/114>>. Acesso em: 17/10/2008.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. **Plano diretor de regionalização**: PDR Minas Gerais 2003-2006. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/Downloads/AGE/novoPDR.pdf>>. Acesso em: 11/06/2008.

_____. Deliberação **CIB-SUS/MG Nº 483**, de 22 de outubro de 2008. Aprova o ajuste do Plano Diretor de Regionalização – PDR/MG. Belo Horizonte, out. 2008.

OLIVEIRA, Alessandra C.; SIMÕES, Rodrigo F.; ANDRADE, Mônica V. Regionalização dos serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial em Minas Gerais: estrutura corrente versus estrutura planejada. In: SEMINÁRIO SOBRE A ECONOMIA MINEIRA, 13., 2007, Diamantina. **Anais...** Diamantina: UFMG/CEDEPLAR, 2008. p. 1-23

OLIVEIRA, Evangelina X.G; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Claudia. Territórios do Sistema Único de Saúde: mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.386-402, mar./abr. 2004.

PESTANA, Marcus; MENDES, Eugênio V. **Pacto de gestão**: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa. Belo Horizonte: Minas Gerais. Secretaria da Saúde, 2004, 80 p.

RICHARDSON, Harry. W. **Economia regional**: teoria da localização, estrutura urbana e crescimento regional. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

STEPHAN-SOUZA, Auta et al. Uma contribuição interdisciplinar ao estudo da regionalização em saúde: a assistência de média e alta complexidade na macrorregião sudeste de Minas Gerais. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 55-82, dez. 2007.