

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA**

CYNTIA MIGUEL PIRES

A REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM GOIÁS – 2004/2018:
caracterização e perspectivas

**UBERLÂNDIA
2019**

CYNTIA MIGUEL PIRES

A REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM GOIÁS – 2004/2018:

caracterização e perspectivas

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Geografia, da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial para à obtenção do título de doutora em Geografia.

Área de concentração: Geografia e Gestão do Território

Linha de pesquisa: Análise, Planejamento e Gestão dos Espaços Rural e Urbano

Orientador: Prof. Dr. Julio Cesar de Lima Ramires

UBERLÂNDIA

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

P667r Pires, Cyntia Miguel, 1978-
2019 A regionalização dos serviços de saúde em Goiás – 2004/2018
[recurso eletrônico] : caracterização e perspectivas / Cyntia Miguel Pires.
- 2019.

Orientador: Julio Cesar Lima Ramires.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa
de Pós-Graduação em Geografia.

Modo de acesso: Internet.

Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.te.2022.5311>

Inclui bibliografia.

Inclui ilustrações.

1. Geografia. I. Ramires, Julio Cesar Lima, 1959-, (Orient.). II.
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
Geografia. III. Título.

CDU: 910.1

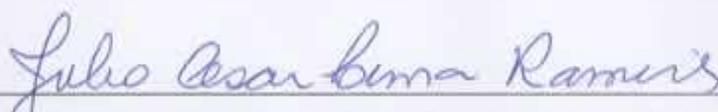
Glória Aparecida
Bibliotecária - CRB-6/2047

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Programa de Pós-Graduação em Geografia

CYNTIA MIGUEL PIRES

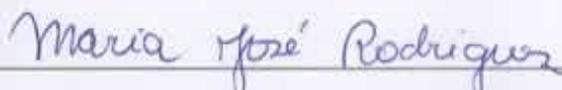
“A REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM GOIÁS –
2004/2018: caracterização e perspectivas”



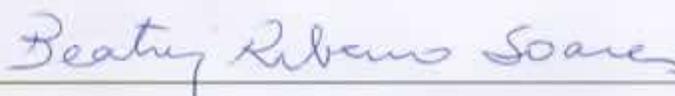
Professor Doutor Júlio Cesar de Lima Ramires (Orientador) - UFU



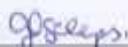
Professora Doutora Anete Marília Pereira – UFU



Professora Doutora Maria José Rodrigues – UFU



Professora Doutora Beatriz Ribeiro Soares – UFU



Professora Doutora Geisa Daise Gumiero Cleps - UFU

Data: 27/ agosto de 2019

Resultado: aprovada

DEDICATÓRIA

*Para mim,
Para você,
Para nós:
usuárias(os),
do SUS.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, pelo amor, pela sabedoria, pelo amparo, pela minha família e pela a FÉ...

Ao meu orientador, Prof. Dr. Julio Cesar de Lima Ramires, pelos encontros de orientação, pelas leituras, pelas observações e contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa. Com compreensão e paciência e, sobretudo, tolerância, soube me ajudar e orientar em momentos difíceis, no processo de escrita da tese.

À Profa. Dra. Beatriz Ribeiro Soares por integrar a Banca Examinadora e pelas contribuições relevantes durante o exame de qualificação.

À Profa. Dra. Geisa Gumiero Cleps por integrar a Banca Examinadora.

À Profa. Dra. Anete Marília Pereira por integrar a Banca Examinadora.

À Profa. Dra. Maria José Rodrigues por integrar a Banca Examinadora.

Ao Prof. Dr. Winston Kleiber de Almeida Bacelar pelas contribuições relevantes durante o exame de qualificação.

À minha família, por me amar, pelo carinho, pelo incentivo, por cuidar tão bem de mim, por se preocupar comigo, por perguntar sobre a pesquisa. Obrigado, minha linda família! Eu amo muito cada um de vocês: ao meu filho, João Miguel; ao meu esposo, Jean Carlo; ao meu papai, João; a minha mamãe, Aparecida; a minha irmã Rosemary; ao meu irmão; Robson; e ao meu sobrinho, Gabriel.

Ao meu querido amigo Thyago Leal, pela dedicação, carinho e na formatação gráfica de todo o texto.

À Joseane Aparecida Duarte, pelos dados e conhecimentos de um SUS, já antigo e parceiro de caminhada em seus estudos de Sanitarista. Obrigada!

EPÍGRAFE

VIDA COLETIVA

Nosso povo tá sofrendo

Nosso povo tá cansado

Nosso povo não aguenta

Tanto direito surrupiado

Violência correndo solta

Tanto dinheiro roubado

Causando tanta revolta

Nesse país tão desigual...

E a Saúde Coletiva tá pra quê?

Revelar e buscar como fazer

É multiprofissional

Aplicar injeção de vida

E o SUS pra valer:

Cuidado integral

Promoção da saúde

Práticas integrativas

Saúde mental

Manter-se vigilante

As doenças controlar

A saúde proteger

Olhos bem abertos

O controle social

A cobrar dos governantes

Financiamento real

Gestão participativa

Pra investir na saúde

Na defesa da vida!

Mena Vilela

RESUMO

Este trabalho tem o objetivo de discutir a regionalização da saúde e os municípios polos das regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), de 2004, no Estado de Goiás. Refletir sobre o sistema público brasileiro de saúde, dando ênfase geral para a regionalização no Brasil e, específica, com foco no Estado de Goiás. Esta pesquisa se justifica, pois, do ponto de vista teórico e metodológico, a regionalização planejada e apresentada, no PDR (2004), apresenta problemas relativos aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) não alcançando êxito no seu processo de descentralização e regionalização nos estados. Goiás promove uma rede de assistência em 18 unidades regionais, onde seus polos centrais de assistência devem aglutinar em seus municípios polos os níveis de média e alta complexidade a que se comprometem no seu plano diretor. Então, pergunta-se, dentre os 18 municípios polos (PDR/2014), todos exercem uma polarização eficiente dos serviços de saúde de média e alta complexidade na regionalização da saúde proposta? Ou, apresentam possíveis fragilidades, que acabam reforçando a polarização de Goiânia? Objetivo geral: avaliar a resolubilidade da regionalização dos serviços da saúde de média e alta complexidade, no Estado de Goiás, em: 2004 e 2018. Objetivos específicos: analisar o processo de regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da legislação pertinente após a Constituição Federal de 1988; avaliar a importância das categorias geográficas no estudo da saúde pública brasileira; descrever e analisar os critérios de regionalização e a conformação das redes de atenção à saúde na disposição regional estabelecida no PDR-GO/2004; comparar e analisar os serviços de saúde de média e alta complexidade em suas regiões de saúde e municípios polos, conforme foram apresentadas em 2004 e em 2018; e elencar os serviços de média e alta complexidade que possam consolidar ou não as 18 regiões de saúde e seus municípios polos pelo território goiano, propondo ajustes na assistência regional da saúde. A metodologia é de natureza mista: qualitativa e quantitativa, com viés bibliográfico e documental. Para aplicá-la construiu-se um grupo de variáveis de serviços de saúde da assistência em média e alta complexidade orientadas pelas diretrizes, objetivos e definições em seus conceitos-chave para a região de saúde e o município polo do PDR para apresentar e avaliar as 16 regiões de saúde e seus respectivos polos regionais, segundo o descrito no documento de 2004 e, depois, aplicá-la para os dados de 2018. O resultado da análise aponta que o processo de regionalização da saúde está em construção e, em Goiás, a rede de assistência de média e alta complexidade se mantém na capital Goiânia: Região de Saúde Central.

Palavras-chave: Regionalização da saúde; serviços de saúde de média e alta complexidade; plano diretor de regionalização; redes de atenção à saúde; municípios polos; Goiás.

ABSTRACT

This study aims to discuss health regionalization and central health centers municipalities of the Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), 2004, in the State of Goiás. Also, to reflect about the public Brazilian health system, generally emphasizing Brazil's regionalization, more specifically in the Goiás state. This research is justified because, given theoretical and methodological point of view, the planned and presented regionalization by the PDR (2004) presents issues relative to the principles and guidelines of the Unified Health System, not succeeding in the process of decentralization and regionalization in the States. The Goiás state promotes an assistance network of 18 regional units, where its medium and high complexity health activities should cluster in central/pole municipalities as compromised in the plan. So, we ask, within the 18 pole municipalities (PDR / 2014), do they provide an efficient polarization of medium and high complexity health services as proposed by the health regionalization plan? Or, do they exhibit weaknesses that end up reinforcing the polarization of Goiânia? Main aim: to evaluate the regionalization of medium and high complexity health services in the state of Goiás in 2004 and 2018. Specific aims: I. analyze the regionalization process in Sistema Único de Saúde (Unified Health System) after the Federal Constitution of 1988; II. evaluate the importance of geographical categories in the study of Brazilian public health; III. describe and analyze the regionalization criteria and the creation of health care networks as described by the PDR - GO/2004; IV. compare and analyze the medium and high complexity health services in their health regions and poles, as presented in 2004 and 2018; V. list medium and high complexity services that may or may not consolidate the 18 health regions and their municipalities in Goiás territory. The methodology used is mixed: qualitative and quantitative, with bibliographic and documentary bias. To apply it, a group of health care variables of medium and high complexity care was built, following the guidelines, objectives and definitions in their key concepts for the health region and the pole municipality (according to PDR) to present and evaluate 16 health regions and their respective regional hubs, as described in the 2004 document and then apply it to the 2018 data. Analysis results indicates that the health regionalization process is under construction and, in the Goiás state, the medium and high complexity care network is maintained at the state capital city, Goiânia: Central Health Region.

Keywords: Health regionalization; medium and high complexity health services; regionalization plan; health care networks; pole municipalities; Goiás state.

LISTAS DE FIGURAS

Figura 1	Mapa da regionalização da saúde em Goiás – PDR/2014	22
Figura 2	Distrito Federal: regiões de saúde	92
Figura 3	Mato Grosso: escritórios regionais de saúde – 2012	94
Figura 4	Mapa das Regiões de Saúde	95
Figura 5	Mapa das Microrregiões de Saúde	96
Figura 6	Composição do Produto Interno Bruto Goiano – 2015	102
Figura 7	Goiás: a logística de transporte	105
Figura 8	Goiânia: rede de lugares centrais e áreas de influência	108
Figura 9	Área de influência de Goiânia e Brasília, em 1987	109
Figura 10	Área de influência de Goiânia – 1993	110
Figura 11	REGIC Goiás – 2007	112
Figura 12	Pirâmide etária, por sexo, do ano de 2012	129
Figura 13	Mapa da população do Estado de Goiás por região	130
Figura 14	Plano diretor de regionalização do Estado de Goiás/2004	143
Figura 15	Proposta de revisão do plano diretor de regionalização do Estado de Goiás/Fevereiro 2012	144
Figura 16	Mapa de rede especializada – parto humanizado – pré-natal de alto risco, 2004	173
Figura 17	Serviços de saúde obrigatórios existentes nas regiões de saúde e municípios polos em 2004 conforme plano diretor	176
Figura 18	Rede Especializada – Rede de Atenção às Urgências (1ª Parte) – 2004	182
Figura 19	Serviços especializados e alta complexidade ambulatorial – referência estadual – 2004	185
Figura 20	Rede especializada – controle do câncer de colo de útero e mama	187
Figura 21	Goiás – serviços de saúde obrigatórios: revisão PDR/2018	192
Figura 22	Goiás – rede de atenção às urgências – 2018	195
Figura 23	Goiás – Unidade de pronto atendimento – 2018	198
Figura 24	Representação gráfica do processo de atendimento do SAMU 192	203
Figura 25	Goiás – SAMU: Cobertura e central de regulação médica das urgências – 2018	206
Figura 26	Goiás – alta complexidade hospitalar e ambulatorial – procedimentos ambulatoriais – 2018	208
Figura 27	Goiás – Alta complexidade hospitalar e ambulatorial – assistência hospitalar e clínicas / 2018	212

LISTAS DE QUADROS

Quadro 1	Base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde no Estado – PDR-GO/2004	28
Quadro 2	Brasil: linha do tempo das leis e programas aprovados pós-1988 na área de saúde	46
Quadro 3	Existência de Plano Diretor de Regionalização dos estados brasileiros	89
Quadro 4	Mato Grosso: composição das regiões de saúde	93
Quadro 5	Diretrizes do Plano Diretor de Regionalização de Goiás	135
Quadro 6	PDR 2014 (última alteração do PDR-Goiás) – Pop. 2018	146
Quadro 7	Base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde no Estado – PDR-GO/2004	156
Quadro 8	Avaliação da existência de serviços de saúde nas 16 regiões de saúde e seus respectivos polos municipais de saúde no Estado de Goiás, conforme o PDR de 2004	162
Quadro 9	Avaliação da existência de serviços de saúde nas 18 regiões de saúde e seus respectivos polos municipais de saúde no Estado de Goiás, segundo os dados do CNES/SIA/SIH/SUS do DATASUS em 2018	166
Quadro 10	Serviços de saúde obrigatórios existentes nas regiões de saúde e municípios polos conforme o plano diretor/2004	178
Quadro 11	Serviços de saúde obrigatórios existentes nas regiões de saúde e municípios polos em 2018	189
Quadro 12	CrITÉrios para requisição do SAMU – 192	201
Quadro 13	Rede de assistência à saúde dos municípios polos em média e alta complexidade – 2018	216
Quadro 14	Modelo de organização dos serviços de saúde – SUS/MG, segundo o nível tecnológico de complexidade da assistência ambulatorio e hospitalar	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Mato Grosso do Sul: composição das regiões de saúde – 2015-2016	96
Tabela 2	Indicadores de centralidade e hierarquia de Goiânia-GO	113
Tabela 3	Quantidade de sedes das regionais de saúde do Estado de Goiás por habitantes 2004-2016	114
Tabela 4	Estado de Goiás: cidades com população entre 50.000 e 500.000 habitantes, 2000-2010 – Cidades Médias (grifo do autor)	114
Tabela 5	CNES - Estabelecimentos por nível de atenção segundo os municípios polos das regiões de saúde de Goiás Dez/2016	115
Tabela 6	População dos Polos das Regionais de Saúde do Estado de Goiás - 2004 a 2016	116
Tabela 7	CNES - Equipamentos – Brasil / Quantidades disponíveis por Município Polo de Regional de Saúde e Especialidade: Goiás / Período: Dez/2016	119
Tabela 8	CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil /Quantidades disponíveis por Município Polo de Regional de Saúde e Especialidade: Goiás / Período: Dez/2016	121
Tabela 9	CNES - Estabelecimentos por Tipo - Brasil / Quantidade por Tipo de Estabelecimento e por Município Polo de Regional de Saúde: Goiás / Período: Dez/2016	126
Tabela 10	Serviço Especializado por cidade Polo em Goiás / Dez. 2016	127

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CAIS – Centro de Atenção Integrada à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CES – Conselho Estadual de Saúde

CF/88 – Constituição Federal do Brasil de 1988

CGR – Colegiado de Gestão Regional

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIR – Comissão Intergestores Regional

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

COSEMS – Conselho das Secretarias Municipais de Saúde

GERNACE – Gerência das Regionais de Saúde e Núcleos de Apoio ao Controle de Endemias

CT – Câmara Técnica

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema de Saúde

EPMC – Elenco de Procedimentos da Média Complexidade

FNS – Fundo Nacional de Saúde

GM – Gabinete do Ministro

IMB – Instituto Mauro Borges

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IG – Instituto de Geografia

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LC – Linhas de Cuidado

LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias

MP – Município Polo

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde
OSEGO – Organização de Saúde de Goiás
PAB – Plena de Atenção Básica
PACS – Programa de agentes comunitários de saúde
PAS – Programa Anual de Saúde
PDR – Plano Diretor de Regionalização
PDI – Plano Diretor de Investimento
PES – Plano Estadual de Saúde
PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde
PMS – Plano Municipal de Saúde
PSF – Programa Saúde da Família
PSM – Plena do Sistema Municipal
RAG – Relatório Anual de Gestão
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RCPD – Rede de Cuidados de Pessoas com Deficiência
RENASES - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
RIDE – Região Integrada de Desenvolvimento
RMG – Região Metropolitana de Goiânia
RS – Região de Saúde
RT – Redes Temáticas
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS – Secretaria de Atenção à Saúde
SES – GO - Secretaria de Estado da Saúde de Goiás
SIA/SUS – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIH/SUS – Sistema de Informações Hospitalares do SUS
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

UR – Unidade de Resgate

USB – Unidade de Suporte Básico

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Problematização da pesquisa	23
1.2	Objetivo Geral	24
1.3	Objetivos Específicos	24
1.4	Justificativa	24
1.5	Metodologia	26
1.5.1	Procedimentos metodológicos	27
1.6	Hipóteses	29
1.7	Apresentação dos capítulos	29
2	A REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	33
2.1	A Constituição de 1988 e o direito à saúde	33
2.2	O SUS e o federalismo cooperativo	40
3	REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	61
3.1	A importância da regionalização	61
3.2	As regiões de saúde e o contexto da federação	64
3.3	Redes de atenção à saúde.....	66
3.4	Os fundamentos das redes de atenção à saúde	69
3.5	Os atributos das redes de atenção à saúde.....	72
3.6	Os desafios para implantação das redes de atenção à saúde.....	74
3.7	O processo de implantação das redes temáticas pactuadas no SUS.....	77
4	O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE DE GOIÁS...	89
4.1	A importância do Plano Diretor de regionalização na operacionalização das ações	89
4.1.1	Distrito Federal.....	90
4.1.2	Mato Grosso.....	93
4.1.3	Mato Grosso do Sul.....	95
4.1.4	Minas Gerais.....	99

4.2	Características gerais do Estado de Goiás	101
4.3	Rede urbana goiana: potencialidades e fragilidades	107
4.4	Os municípios polos e os seus serviços de saúde em média e alta complexidade.....	113
4.5	O plano estadual de saúde do Estado De Goiás – 2016-2019	128
4.6	O PDR e a regionalização da saúde em Goiás	131
4.6.1	Uma caracterização do Plano Diretor de Regionalização de Goiás	131
5	A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS: A HIERARQUIZAÇÃO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NAS REGIÕES DE SAÚDE E MUNICÍPIOS POLOS	152
5.1	Regionalização da saúde e a importância dos serviços média e alta complexidade.....	152
5.2	Os principais grupos de variáveis da pesquisa e sua operacionalização.....	157
5.2.1	Grupo de variáveis a serem operacionalizadas em 2004 e 2018	157
5.3	PDR-GO/2004 – Avaliação dos critérios obrigatórios para as Regiões de Saúde e os Municípios Polos	172
5.4	Conformação da Rede de Assistência Obrigatória para as Regiões de Saúde e Municípios Polos – 2004.....	177
5.4.1	Critérios Definidos como Referência para as Regiões de Saúde e Municípios Polos que Contemplam a Rede de Média e Alta Complexidade em 2004	180
5.4.1.1	Urgência.....	180
5.4.1.2	Referência em alta complexidade hospitalar e ambulatorial	184
5.5	Avaliação dos critérios obrigatórios para as Regiões de Saúde e os Municípios Polos – 2018.....	188
5.5.1	Conformação da Rede de Assistência Obrigatória para as Regiões de Saúde e Municípios Polos – 2018	193
5.5.2	Critérios Definidos como Referência para as Regiões de Saúde e Municípios Polos que Contemplam a Rede de Média e Alta Complexidade em 2004	193
5.5.2.1	Urgência / 2018	193
5.5.2.2	GOIÁS - UPA - Unidade de Pronto Atendimento 24 horas / 2018	196
5.5.2.3	Hospital geral	199
5.5.2.4	Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar Urgência e Emergência: Central de Regulação Médica das Urgências.....	199

5.5.2.4.1 A importância do SAMU no contexto da regionalização de alta e média complexidade	199
5.6 Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial em Goiás / 2018.....	207
5.6.1 Alta complexidade hospitalar e ambulatorial – procedimentos ambulatoriais	207
5.6.2 Alta complexidade hospitalar e ambulatorial - assistência hospitalar clínicas / 2018	210
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	218
REFERÊNCIAS	224
GLOSSÁRIO	234
ANEXOS	251

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho tem o objetivo de discutir a regionalização da saúde e os municípios polos das regiões de saúde definidas pelo Plano Diretor de Regionalização da Saúde – PDR de 2004, no Estado de Goiás. Para isso, o propósito é refletir sobre o sistema público brasileiro de saúde, dando ênfase geral para a regionalização no Brasil e, específica, com foco no Estado de Goiás. Trata-se de um tema complexo, repleto de dúvidas, questionamentos e incertezas. Pensá-lo requer leitura da Constituição Federal de 1988 e das leis infraconstitucionais (portarias, decretos) e, também, do movimento dos atores e autores que deram início à construção do Sistema Único de Saúde (SUS), no País; assim como, dos agentes econômicos, dos políticos, dos gestores, dos trabalhadores, da população em geral e, depois, os usuários, nas contradições do *mix* (mistura) público *versus* privado da nação brasileira ao longo de décadas em busca de proteção, de promoção e de qualidade na prestação de serviços de saúde pública no Brasil.

Assim, o caminho da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) remonta-se a um período de condições singulares de estruturação da política de saúde pública no Brasil, promovendo transformações consideráveis devido à sua importância, como um sistema único de saúde, assim como diante das transformações do novo modelo econômico que se erguia naquele momento, no País. Contudo, novas formas se alinham às velhas funções diante de antigos atores sociais e econômicos que ali estavam e, concomitantemente, aos novos que participavam do movimento em busca de equidade, integralidade e universalidade no sistema público de saúde brasileira, que pensaram e conduziram a Reforma Sanitária, no Brasil.

A sociedade civil participou do processo de construção desse sistema público com avanços e retrocessos diante de uma conjuntura política, econômica e social conturbada de um período militar (1964-1985). Com a promulgação da Constituição Federal em 1988 inicia uma nova fase de inclusão social através de um sistema de saúde descentralizado, integral e universal. Os artigos de 196 a 200 tratam do direito à saúde e a previsão deles é que o Estado brasileiro deve garantir à proteção, à promoção e à manutenção da vida de sua população.

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.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (CONSTITUIÇÃO, 1988, p. 65-66).

Nesse sentido, o SUS é uma conquista inquestionável de diversos sujeitos e histórias pelo território brasileiro e, há 31 anos, deu-se o seu início, transformando o conceito de saúde pública, no Brasil.

Para isso, o SUS necessita de ter clareza da distribuição espacial dos programas e políticas de saúde; da quantidade dos profissionais, equipamentos, serviços e recursos financeiros, das normas e fluxos, redes assistenciais, tecnologias e informações. Ademais, precisa conhecer e analisar o perfil epidemiológico de cada lugar, a fim de garantir assistência aos serviços e ações de saúde, e a gestão do sistema de saúde por parte do Estado. A ciência geográfica, portanto, pode fornecer contribuições valiosas sobre essas questões.

Nessa perspectiva, o SUS é um sistema que combina políticas de saúde, estratégias de planejamento, execução de serviços e ações, que podem produzir em cada lugar as condições necessárias para a universalização da saúde no Brasil. As desigualdades relacionadas aos usos do território atribuem limitações para a sua expansão e para as políticas de saúde, porque resultam em situações de grande concentração e escassez espacial de tecnologias, de recursos,

e de equipamentos assistenciais necessários para a sua consolidação (ALBUQUERQUE, 2013).

No uso do território pelo Sistema Único de Saúde há a necessidade de se pensar e gerir estratégias para o enfrentamento das desigualdades regionais e garantir o acesso aos serviços e tecnologias assistenciais nos estados e municípios. Outro aspecto, é aliar diversidades regionais às possibilidades de existência de ações e serviços assistenciais e às necessidades de saúde da população.

Conseqüentemente, na efetiva institucionalização do SUS são necessárias políticas e investimentos capazes de compreender e utilizar o território, relacionar as desigualdades existentes em diferentes escalas às dinâmicas territoriais e às necessidades de saúde de seus usuários. A universalização da saúde se apropria, então, mais uma vez, de uma categoria geográfica na tentativa de promover e de garantir a consolidação dos princípios constitucionais do sistema, a região. Como estratégia de política nacional, a organização do sistema em regiões de saúde deu início ao cumprimento dos princípios doutrinários do SUS: o de universalidade, o de equidade e o da integralidade.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001 (Portaria MS/GM n. 95. Diário Oficial da União, 2001) – regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde, no Brasil. Com base em sua segunda edição (NOAS/SUS 01/2002 – Portaria MS/GM n. 373. Diário Oficial da União, 2002), os convênios entre o Ministério da Saúde (MS) e os demais níveis de governo consideraram as prioridades assistenciais de cada estado, subdividido em regiões e microrregiões definidas no Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR).

Segundo a Portaria MS/GM n. 373, que regulamentou a NOAS, a região de saúde é a “base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria Estadual de Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando-se as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras [...] Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais”, definido, segundo a mesma portaria, como um “conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede” (grifos da autor); (GUIMARÃES, 2005, p.1018).

Pode-se apontar como estratégias articuladas de regionalização do SUS como formas de promover a descentralização com equidade no acesso: elaboração do Plano Diretor de

Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência; fortalecimento das capacidades gestoras do SUS; atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2001).

A política de saúde brasileira pensada nos princípios de organização, produção, financiamento, gestão e uso dos serviços e ações no território elabora uma regionalização setorial para o SUS. Os municípios que fazem fronteira são agrupados e formam as regiões de saúde, compreendendo um dado perfil epidemiológico da população usuária e das redes e fluxos assistenciais, além de certas características socioeconômicas e culturais de integração regional ao sistema que compreendem os elementos fixos disponíveis na região, como as redes de comunicação e de transporte.

Conforme é previsto pelo art. 198 da Constituição Federal de 1988 são necessárias redes regionalizadas e hierarquizadas para que o processo de universalização realmente se consolide no plano do SUS. Entretanto, não é garantia que os municípios tenham todas as ações e os serviços de proteção, promoção e manutenção da vida de seus usuários disponíveis e distribuídos igualmente e uniformemente pelo seu território. Para tanto, a elaboração do PDR e, conseqüentemente, a formação das regionais de saúde, a fim de garantir o acesso à rede de atenção à saúde é uma estratégia digna de atenção e averiguação desde sua elaboração, à sua gestão e sua resolubilidade.

A priori, por uma questão de escala, observa-se que é impossível implantar e manter centros assistenciais completos em todos os municípios. Então, faz-se necessário a partir da média complexidade desenvolver um sistema que direcione polos assistenciais para essas áreas que dispusessem de especialistas, equipamentos para atender os serviços de média e alta complexidade para os usuários de uma região planejada, conforme suas necessidades. Assim, há muitos problemas relacionados à atenção da saúde, quando se trata da média e alta complexidade, sendo essas esferas regionalizadas em redes. Ou seja, a população tem que se deslocar para fora de sua municipalidade para poder encontrar atendimento em um dos municípios polos dentro de uma unidade regional ou do estado.

Conforme o PDR-GO (2004), um município polo de uma região de saúde “tem a obrigatoriedade de atender qualquer nível acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade – EPM1, podendo ser regional ou estadual. Recomendável que seja habilitado em Plena do Sistema Municipal” (GOIÁS, 2004, p.24).

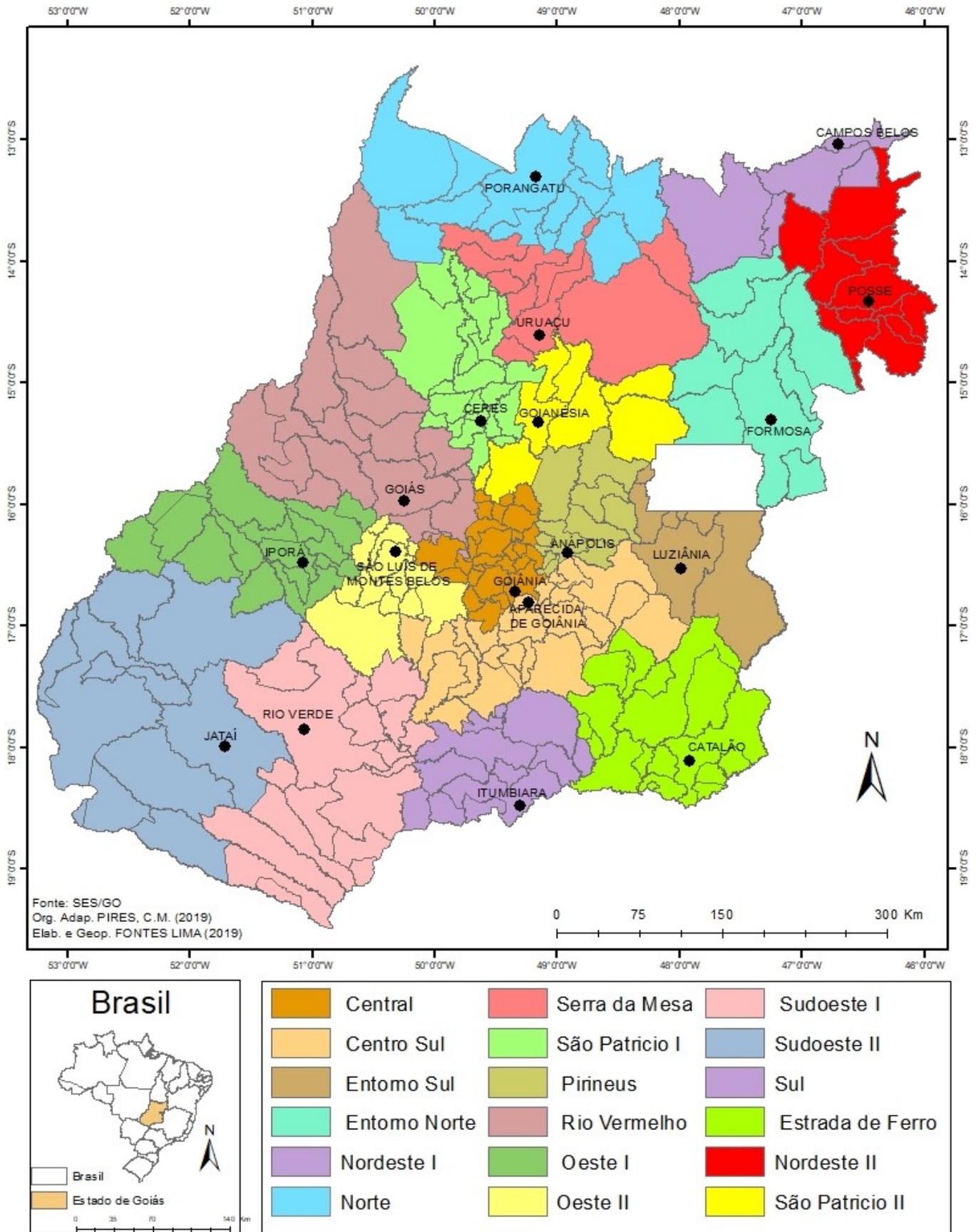
A média complexidade ambulatorial é definida conforme a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS): “por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na

prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento” (BRASIL, 2007, 17).

Este trabalho começa a ser delineado a partir de dois objetivos intrínsecos: o de discutir o uso das categorias geográficas no estudo da hierarquização e regionalização do SUS com base empírica nas regiões de saúde do Estado de Goiás definidas no seu PDR de 2004; e o de aliar esse estudo na análise das cidades polos dessas regiões ao estudo das redes de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar.

Nesse sentido, segundo o Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás (PDR-GO), de 2004, foram instituídas 16 regiões de saúde, concomitante, 16 polos regionais. Posteriormente, com duas novas resoluções: uma em 2012, a Resolução 028/2012 – CIB; e, a outra em 2014, a Resolução 344/2014 – CIB, foram criadas mais duas regiões, totalizando 18 regiões. Portanto, são 18 municípios polos regionais de saúde, no Estado de Goiás (Figura 1).

Figura 1 - Mapa da regionalização da saúde em Goiás – PDR/2014.



Fonte: Goiás (2004). Organização: Da autora (2019).

1.1 Problematização da pesquisa

A partir dessa contextualização, levantaram-se as seguintes questões norteadoras da pesquisa:

- Quais as particularidades e fragilidades das regiões de saúde de Goiás? Alguns polos regionais de saúde podem ser classificados como pequenas cidades, tais como: Campos Belos (19.764); Ceres (22.074); Goiás (22.196); Iporá (31.563); São Luís de Montes Belos (33.470); Posse (36.375); Porangatu (45.151) (IBGE, 2018). Essas cidades têm uma estrutura de serviços de saúde adequadas e suficientes para atender sua respectiva região de saúde? Há vazios assistenciais?
- A regionalização da saúde no Estado de Goiás em 18 regiões de saúde cumpre seu papel na hierarquização e regionalização do SUS e atende aos princípios de universalidade, equidade e integralidade no cumprimento efetivo de seu papel na prestação de serviços de saúde dentro de cada região respectivamente?
- Dentro de cada região de saúde, o município polo é autossuficiente na assistência aos seus usuários nos níveis acima da média complexidade que são exigidos?
- Como o critério populacional pode direcionar a prestação de serviços públicos de saúde e produzir uma rede de atendimento num único polo que possa atender vários municípios dentro da sua rede de atenção do SUS? Qual a influência do papel polarizador de Goiânia e da Região Integrada de Desenvolvimento (RIDE) nesse processo? O contexto de polarização de Goiânia tem dificultado a efetiva regionalização da saúde, no Estado de Goiás?
- Em que sentido as diretrizes nacionais de regionalização progrediram em relação aos seus objetivos, instrumentos, normas e definições? Como compreender os condicionantes e as especificidades desse processo? É possível verificar mudanças induzidas pelas diretrizes nacionais no processo de regionalização do SUS nos estados, a partir da segunda metade da década de 2000?

1.2 Objetivo Geral

Avaliar a resolubilidade da regionalização dos serviços da saúde de média e alta complexidade, no Estado de Goiás, em: 2004 e 2018.

1.3 Objetivos Específicos

1. Analisar o processo de regionalização no Sistema Único de Saúde – SUS a partir da legislação pertinente após a Constituição Federal de 1988;
2. Avaliar a importância das categorias geográficas no estudo da saúde pública brasileira;
3. Descrever e analisar os critérios de regionalização e a conformação das redes de atenção à saúde na disposição regional estabelecida no PDR-GO/2004;
4. Comparar e analisar os serviços de saúde de média e alta complexidade em suas regiões de saúde e municípios polos conforme foram apresentadas em 2004 e em 2018;
5. Elencar serviços de média e alta complexidade que possam consolidar ou não as 18 regiões de saúde e seus municípios polos distribuídas pelo território goiano, propondo ajustes na assistência regional da saúde.

1.4 Justificativa

A escolha deste tema de pesquisa está relacionada a três fatores: primeiro, a linha de pesquisa do orientador, Prof. Dr. Julio Cesar de Lima Ramires, com suas pesquisas na área de Geografia da Saúde; outrossim, a minha experiência profissional na linha de pesquisa do curso de pós-graduação, mestrado com a dissertação, “O Estudo das Cidades Médias – o Caso de Catalão (GO)”.

Segundo, a importância da pesquisa do ponto de vista teórico e metodológico para a ciência geográfica.

Por último, o terceiro fator é a contribuição teórica para o tema estudado, haja vista que existem poucos trabalhos publicados sobre a regionalização da saúde no Estado de Goiás

e nenhum com a proposta metodológica de diminuir a quantidade de regiões de saúde e otimizar o atendimento pelo território goiano. No Brasil, a regionalização da saúde avançou pouco, e os estudos acadêmicos podem apontar pistas para o entendimento desse processo e a superação de seus entraves.

Além disso, esta pesquisa se justifica pois, do ponto de vista teórico e metodológico, a regionalização planejada e apresentada, no PDR – 2004, apresenta problemas relativos aos princípios e diretrizes do SUS não alcançando êxito no seu processo de descentralização e regionalização nos estados. Goiás promove uma rede de assistência em 18 unidades regionais, onde seus polos centrais de assistência devem aglutinar em seus municípios polos os níveis de média e alta complexidade a que se comprometem no seu plano diretor. Então, pergunta-se, dentre os 18 municípios polos (PDR/2014), todos exercem uma polarização eficiente dos serviços de saúde de média e alta complexidade na regionalização da saúde proposta? Ou apresentam possíveis fragilidades, que acabam reforçando a polarização de Goiânia?

O levantamento de necessidades de redes resolutivas de atenção e regiões de saúde em Goiás já estava em discussão, desde o ano de 1999. Com a edição da NOAS/01 torna-se possível a materialização desse documento nos anos seguintes. O Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado de Goiás, documento da SES, responsável pela hierarquização dos serviços de saúde estabelecida pelo processo de regionalização e proposta pelas suas comissões e secretários do COSEMS (Conselho de Secretários Municipais de Saúde) tem sua edição em 2004. Nessa, ficou estabelecido 16 regiões, 38 microrregiões, 58 módulos assistenciais e 188 municípios satélites, além de 16 municípios polos regionais, coincidentes com os municípios definidos como sedes administrativas das regiões e 38 municípios polos microrregionais. Com essa conformação, tiveram o intuito de resolver problemas historicamente negligenciados como consta em seu Plano Diretor:

- a- A necessidade da desconcentração dos serviços de saúde, que estão hiperconcentrados na Capital do Estado;
- b- A estruturação de serviços de saúde na região do Entorno de Brasília, região desprovida de serviços em escala necessária à magnitude de sua população. É importante ressaltar a parceria efetiva do Ministério da Saúde, através do Reforço a Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS, que permitiu a aquisição de equipamentos que começam a ser instalados nos diferentes municípios daquela região;
- c- Os problemas e as pressões decorrentes do excesso de leitos hospitalares no Estado de Goiás, em decorrência da inclusão de serviços no SUS, de forma desordenada e sem planejamento, privilegiando a óptica da oferta e não a da necessidade real da população (GOIÁS, 2004, p.13).

Essas três questões foram pilares para a construção do PDR-GO/2004 com o objetivo de proporcionar ao usuário do SUS a assistência à saúde em sua universalidade, integralidade e equidade. O objetivo deste trabalho é pesquisar no documento citado a maneira que a Secretaria Estadual de Saúde (SES) elaborou e projetou soluções para tais questões. No intuito de responder a essa dúvida faz-se uma análise da regionalização da saúde no Estado em 2004 acerca da hierarquização dos serviços de saúde regionalizados em suas cinco (5) macrorregiões, 16 regiões de saúde e 16 polos regionais pelo território estadual.

Por conseguinte, é objeto específico deste trabalho, responder, principalmente, a questão “a”. A questão “b” remete especificamente ao

Projeto "Reforço à Reorganização do SUS" - REFORSUS é uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do BID e Banco Mundial, que tem como objetivos promover a qualidade da assistência, dos insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando de forma mais eficaz os recursos públicos; aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços; e promover a equidade. Para tanto, apoia programas que atuem de maneira a intervir simultaneamente nos principais pontos de estrangulamento do Sistema Único de Saúde e que contribuam para a superação dos principais problemas de saúde da população. Este documento trata dos critérios para a captação de projetos a cargo das Secretarias Estaduais de Saúde para o desenvolvimento da Rede Nacional de Informações de Saúde - RNIS - como parte integrante do Componente 2 do REFORSUS - Promoção de Inovações na Administração do Setor Saúde (BRASIL, 1997, p.4).

Não é objeto desta pesquisa de forma direta o estudo das regiões do Entorno de Brasília, que serão consideradas, de forma indireta, em nossa avaliação metodológica.

A questão “c” se insere na avaliação da desconcentração dos serviços da capital Goiânia na tentativa de distribuir mais uniformemente tanto os leitos hospitalares, quanto outros serviços pelo território goiano, respondendo assim ao processo de regionalização proposto em duas das três questões negligenciadas apontadas pelo governo através da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás.

1.5 Metodologia

Esta pesquisa é de natureza mista: qualitativa e quantitativa, com viés bibliográfico e documental. É de natureza qualitativa, porque usa amplas técnicas de leitura e interpretação para analisar a regionalização da saúde e as regiões de saúde, seus municípios polos em Goiás, concomitante, é quantitativa, pois faz um levantamento de “corte transversal, com os

dados coletados em um momento do tempo [...], baseado na internet e administrativo on-line” (CRESWELL, 2010, p. 179).

Para fundamentar as questões norteadoras e os objetivos desta pesquisa, é preciso fazer uma revisão bibliográfica sobre as discussões que este trabalho aborda, a fim de verificar e compreender o que se tem publicado e produzido nessa área. Assim, essa revisão é sobre as categorias geográficas e suas aplicações na área da saúde, especialmente, compreender as legislações e as normas do SUS, no Brasil, em nível: nacional, estadual e municipal.

Semelhante a esse estudo, outro apoio para o método qualitativo é a pesquisa documental, já que as legislações sobre a regionalização da saúde junto aos órgãos da administração federal, como o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, Prefeituras Municipais e Secretarias Municipais de Saúde (SMS) são fontes de pesquisa, descrição e análise, pois para Gil (2010), elas estão disponíveis em bases abertas para investigação de qualquer pesquisador.

Para o método quantitativo, fez-se necessário o levantamento de dados e informações sobre as redes assistenciais de saúde em Goiás, a partir do Ministério da Saúde – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Sistema de Informações Ambulatoriais e Sistema de Informações Hospitalares – SAI/SIH/SUS, no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, entre outros.

Portanto, todas essas informações e categorias encontradas estão sendo registradas em um banco de dados estruturado no Microsoft® Excel®, onde eles serão avaliados por análise exploratória com uso de estatística descritiva (distribuição de frequências, tabelas, quadros) para analisar o processo de regionalização da saúde em Goiás. Além desses elementos gráficos, para uma compreensão didática dessas categorias, o trabalho final constará de mapas, que exemplificarão todos esses dados e informações discutidas.

1.5.1 Procedimentos metodológicos

Em 2004, na elaboração de seu Plano Diretor, a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES-GO) considerou a regionalização como estratégia para a hierarquização dos serviços de saúde e, assim, considerou alguns elementos para a definição dos níveis de planejamento do território estadual que ela definiu de conceitos-chave, os quais são: “as Regiões de Saúde; as Microrregiões de Saúde; o Módulo Assistencial; os Municípios Satélites

e os Municípios Polos” (GOIÁS, 2004, p. 22). Para a definição deles foi observada os serviços de saúde oferecidos conforme os níveis de complexidade exigidos para cada um. Destacam-se os considerados obrigatórios e exigidos pela SES-GO em seu PDR/2004, nos níveis de média e alta complexidade, que são objetos desta pesquisa:

1. Dos elementos descritos, conforme o PDR-GO/2004, para a Região de Saúde é obrigatório: “Realizar cesárea e possuir Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal; e ter leitos de UTI e/ou hemodiálise e/ou referência em Saúde Mental” (GOIÁS, 2004, p.22); e
2. Para o Município Polo é obrigatório: “o município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - EPM1, podendo ser regional ou estadual” (GOIÁS, 2004, p.22).

As regiões de saúde de Goiás, na atual conformação de suas redes de atenção, em média complexidade, conseguem atender sua população em seu território regionalmente com integralidade e equidade? Ou ela ainda precisa recorrer à capital Goiânia? Como esses serviços foram dispostos regionalmente nos anos de 2004 e 2018?

Nesse sentido, em consonância com os requisitos exigidos em seus objetivos e também nas diretrizes expostas na base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde no Estado (Quadro 1) e as definições em seus conceitos-chave para a região de saúde e o município polo, foram selecionados grupos de variáveis que, entendem-se, que possam apresentar e avaliar se as 16 regiões de saúde e seus respectivos polos regionais estão em conformidade com o descrito no documento de 2004 analisado e, se, em 2018, eles se mantêm ou sofrem alterações significativas em sua rede de serviços de média e alta complexidade.

Quadro 1 - Base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde no Estado – PDR-GO/2004.

Regiões	Média Complexidade 2, 3 Internação Especializada Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
---------	--

Fonte: Goiás (2004).

A região de saúde é definida da seguinte forma:

Nível de complexidade imediatamente superior à microrregião de saúde, além dos serviços de média complexidade, urgência, parto operatório (cesariana); ser referência em Alta Complexidade hospitalar e ambulatorial; espaço territorial que coincide com as Regiões pactuadas, abrigando as sedes administrativas destas. Obrigatório: realizar cesárea e possuir Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal; ter leitos de UTI e/ou hemodiálise e / ou referência em Saúde Mental (GOIÁS, 2004, p. 22).

O município polo, por sua vez, é

Município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - EPM1, podendo ser regional ou estadual. Recomendável que seja habilitado em Plena do Sistema Municipal (GOIÁS, 2004, p. 22).

Para 2018, baseou-se em dados secundários, especialmente, fornecidos por dados coletados nos portais de saúde, do Ministério da Saúde, do Departamento de Informática do Sistema de Saúde (DATASUS); no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), no Conecta SUS da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, no Instituto Mauro Borges (IMB) e, também, no IBGE.

1.6 Hipóteses

Se as regiões de saúde e municípios polos possuírem os serviços de saúde em 2018 obedecendo aos critérios definidos no PDR-GO/2004 então, assim, a SES terá alcançado seu principal objetivo, o de desconcentrá-los de Goiânia e o de atender a população do estado em sua integralidade e equidade.

Mas, conforme duas novas resoluções nos anos seguintes, uma em 2012, a Resolução 028/2012 – CIB e, outra em 2014 a Resolução 344/2014 – CIB foram criadas duas novas regiões, totalizando 18 regiões. Portanto, agora, 18 polos regionais de saúde. No entanto, para as microrregiões e seus polos microrregionais nada, ainda, ficou definido.

Como essas duas novas regiões de saúde promoveram o melhor acesso à saúde no Estado? Elas diminuíram a concentração em Goiânia?

1.7 Apresentação dos capítulos

Com a finalidade de tentar responder às perguntas norteadoras e aos objetivos propostos, este trabalho está dividido em cinco capítulos:

O primeiro capítulo discute a regionalização no Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da Constituição Federal de 1988 e suas leis infraconstitucionais aprovadas, com foco no direito à saúde.

O segundo capítulo trata da regionalização da saúde: conceitos e categorias geográficas; região, regionalização e redes; categorias da Geografia no estudo da saúde. A fundamentação teórica está ancorada em: Brasil (1988); Goiás (2004); CONASS (2011); Albuquerque (2009); Mendes (2009); Santos (2015); Viana (2010), dentre outros. Busca-se conceituar e discutir a importância das categorias geográficas para o estudo da saúde pública no Brasil e no estado de Goiás. Os conceitos de regionalização, região e rede permitem uma análise espacial, temporal e social no estudo da saúde no estado de Goiás em busca de equidade para sua população usuária do Sistema Único de Saúde.

O terceiro capítulo discorre sobre a regionalização no Sistema Único de Saúde e os Planos Diretores de Regionalização da Saúde de MG, MS, MT e DF, avanços e retrocessos. O objetivo dele é discutir o caminho da hierarquização e da regionalização da saúde pública no Brasil no momento da sua institucionalização como Sistema Único de Saúde SUS – pela Constituição de 1988, seus avanços, manutenções e retrocessos diante de suas diretrizes e princípios nesses 31 anos.

No quarto capítulo discute-se os critérios de regionalização e as regiões de saúde estabelecidas no PDR-GO/2004. Procura-se dialogar entre o referencial teórico, a institucionalização do SUS e o seu processo de descentralização para os municípios e a criação das redes de atenção à saúde no Estado de Goiás. Do mesmo modo, conhecer o processo de regionalização e de hierarquização dos serviços na organização desses em níveis crescentes de complexidade, localizados em uma determinada área geográfica. Isso interfere na capacidade dos serviços em proporcionar à população todas as modalidades de assistência, assim como o acesso aos diversos tipos de tecnologia disponibilizada, possibilitando uma resolubilidade adequada. Discute-se a situação dos municípios que são polos das regiões de saúde no Estado de Goiás, a escolha deles e as possíveis justificativas pertinentes à manutenção do quantitativo de 18 regiões de saúde distribuídas pelo território goiano.

No quinto capítulo analisa-se os serviços de média complexidade nas regiões de saúde em 2018 (tabelas, quadros, gráficos, mapas na compreensão desses serviços e regiões). Dessa forma, o objetivo deste capítulo é o de averiguar como estão as 18 regiões de saúde quanto ao atendimento, aos equipamentos, a quantidade de leitos, os tipos de procedimentos

especializados e de alta complexidade, assim como os profissionais de saúde disponíveis aos atendimentos dos usuários do SUS que estejam dentro e acima da média complexidade. Analisar os municípios polos de cada região de saúde quanto à sua capacidade instalada de atendimento aos usuários do SUS dentro de sua jurisdição.

Por último, apresenta-se as considerações finais, as referências e o anexo.

CAPÍTULO 1

2 A REGIONALIZAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

2.1 A Constituição de 1988 e o direito à saúde

Na hierarquia das leis brasileiras, a Constituição de 1988 é a lei principal e superior que tem o objetivo de prescrever a organização do Estado, da vida em nação, a forma de governo, os poderes públicos, os direitos e os deveres dos cidadãos, em especial, o direito fundamental à saúde. Nesse sentido, ela é um conjunto das mais relevantes “normas jurídicas de uma sociedade e que tratam especialmente dos direitos fundamentais, da estrutura do Estado (como ele é, como se compõe: o território e sua divisão, os órgãos – a “separação dos poderes” e de seus funcionamento (a dinâmica de suas competências” (ROTHENBURG, 2012, p.97).

A Carta Magna é um documento recente, de extrema importância, na democracia brasileira, que marca o início de um novo tempo após a Ditadura Militar (1964-1985), principalmente, as expectativas de mudanças referentes ao progresso social, político e econômico. Mas, ainda assim, por ser um modelo do que deve ser, ela não consegue cumprir todos os seus dispositivos e solucionar todos os problemas da vida brasileira que se arrastam antes de 1988 e que, ainda, se fazem presentes.

É uma utopia acreditar que os direitos e os deveres elaborados pelo Poder Constituinte Originário, há 31 anos, são garantias de acesso integral aos princípios de universalidade, integralidade e equidade previstos para o SUS, ou melhor, à saúde pública brasileira prevista nos artigos: 196 a 200, da CF/88. Por mais que a Constituição tente assegurar esses direitos à população, é relevante dizer: a garantia de acesso à saúde pode ser parcial e, muitas vezes, pode não ser cumprida, conforme os dispositivos analisados a seguir:

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 (CONSTITUIÇÃO, 1988, p. 65).

“A saúde é um direito de todos”? Constitucionalmente isso implica entender que a saúde é um direito que contempla a esfera de cada indivíduo, assim como o da coletividade, isto é, a saúde dos brasileiros é protegida pelo manto constitucional. O Estado brasileiro, assim, é responsável pela proteção desse direito social. Todavia, o art. 196, na prática, é apenas uma norma prescritiva do que deveria ser. Logo, a interpretação desse artigo e de

outros não pode ser literal, uma vez que não é garantia de cumprimento integral desse projeto constitucional.

Embora, seja “dever do Estado” (União, Estados, Distrito Federal e Municípios) a prestação de saúde à população através de políticas públicas, observa-se que ele leva demasiadamente tempo na elaboração e na execução de um projeto, por exemplo, o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que ainda hoje é uma política pública em construção na maioria dos entes federados, sem dizer os que ainda não têm ou que os seus projetos estão parados e sem atualização de dados.

A proteção do direito à saúde, portanto, requer investimentos de recursos financeiros e planejamento de políticas sociais e econômicas. O PDR, por exemplo, é um projeto que visa diminuir o sofrimento do paciente, principalmente, os mais pobres, que muitas vezes são os que mais carecem de atendimento, informação e tratamento. Logo, o PDR é uma tecnologia de saúde que pode atender as necessidades dos mais vulneráveis, pois a sua estrutura é organizada em uma engenharia de Redes de Atenção à Saúde (RAS), de modo a descentralizar e gerenciar o SUS. Com isso, economiza gastos, direciona os recursos, melhora os serviços de saúde no território, em nível regional e local. O PDR

nesses termos, tem em vista promover análises comparativas entre micros e macrorregiões, realizar avaliações de equidade e resolubilidade, subsidiando ações e projetos que visam à superação das desigualdades regionais. É, portanto, um instrumento de promoção da equidade e integralidade da atenção, além de atender aos princípios organizativos preconizados pela Lei nº. 8.080 e a regionalização, a descentralização, a hierarquização dos serviços, promove ou subsidia o aumento da capacidade resolutiva regional (MINAS GERAIS, 2010, p. 44).

Essas ações corroborariam para a melhoria das “políticas que visem à redução de doença e de outros agravos”; igualmente, as “ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. Nesse sentido, o art. 196 não contempla integralmente a saúde do cidadão brasileiro, porque para a eficácia de sua real execução social, através de políticas públicas, é fundamental que o governo em exercício tenha competência para administrá-las (MENDES, 2018).

Dessa forma, a Constituição de 1988, principalmente, nos direitos fundamentais relacionados à saúde é um marco importante para a instauração de direitos e deveres do brasileiro. Sendo assim, o problema não é o texto da lei, mas a forma como ela é administrada pelos entes federados, isto é, o problema é de gestão na política em saúde: o qual parece não

ser apenas de competência administrativa, mas de relações de poder, marcadas por políticos interessados em compactuar com uma agenda contrária às políticas públicas:

Os direitos assegurados pela *Constituição* e o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) propiciaram avanços nas décadas subsequentes em termos de descentralização político-administrativa, participação social, mudanças no modelo de atenção, expansão do acesso a serviços públicos e melhoria de indicadores de saúde. Porém, a implantação do SUS esbarrou em diversos obstáculos. Nos anos 1990, o predomínio de políticas econômicas e de agendas de reforma do Estado de inspiração neoliberal impôs constrangimentos à lógica da Seguridade e à expansão de políticas sociais universais (BAPTISTA W.F. *et al*, 2017, 144).

A saúde, a educação, o saneamento, a moradia, a segurança pública, enfim, todos eles precisam de políticas públicas com gestores que não tenham apenas habilidades e competências políticas para planejá-las e executá-las. É preciso, sobretudo, ética e responsabilidade social com o dinheiro do contribuinte. Contudo, em tempos contraditórios e marcados por um agenda neoliberal, a política de saúde prevista não consegue cumprir os seus dispositivos constitucionais e infraconstitucionais, porque está ameaçada como um direito social

pelas políticas neoliberais, de um lado, e a financeirização da riqueza, de outro. Argumentamos que o bem comum precisa ser defendido ou insulado tanto da devassa provocada pelo capital financeiro quanto pela erosão e fragmentação provocada pelo neoliberalismo nas instituições públicas e nos sistemas de proteção social (SILVA; VIANA, 2018, p.201).

Apesar de a Constituição de 1988 ser a maior conquista brasileira do Estado Democrático de Direito, nos últimos 31 anos, uma vez que ela contribuiu para os avanços nas reformas econômicas e sociais, com a diminuição da inflação e a retirada de milhares de pessoas da linha da pobreza, ainda assim, a desigualdade social é imensa no Brasil. Isso se deve aos níveis elevados de corrupção em todas as esferas e, principalmente, a crise no sistema político, em que se observa os interesses políticos prevalecendo sobre os direitos da maioria populacional.

A saúde brasileira como direito social não é, portanto, um problema de ausência de leis, mas de execução e gestão de quem está no exercício do poder delas, que seguem uma agenda neoliberal, em que cada vez mais o Estado se ausenta de suas obrigações de fazer saúde e as transfere para a sociedade civil a sua responsabilidade que se divide em duas: a quem pode, por um lado, buscar e pagar pelo atendimento no mercado financeiro, isto é, a

saúde privada; e, de um outro lado, a quem não pode pagar e só tem como única alternativa o Sistema Único de Saúde, que é incapaz de cumprir na universalidade, na integralidade e na equidade os princípios constitucionais da Constituição Federal de 1988, conceituados pelo Ministério da Saúde como:

Universalização: a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

Integralidade: este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

Equidade: o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, s/p).

Articulados a esses princípios estão os princípios organizativos:

Regionalização e Hierarquização: os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos, e com definição e conhecimento da população a ser atendida. A regionalização é um processo de articulação entre os serviços que já existem, visando o comando unificado dos mesmos. Já a hierarquização deve proceder à divisão de níveis de atenção e garantir formas de acesso a serviços que façam parte da complexidade requerida pelo caso, nos limites dos recursos disponíveis numa dada região.

Descentralização e Comando Único: descentralizar é redistribuir poder e responsabilidade entre os três níveis de governo. Com relação à saúde, descentralização objetiva prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização por parte dos cidadãos. No SUS, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, ou seja, devem ser fornecidas ao município condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Para que valha o princípio da descentralização, existe a concepção constitucional do mando único, onde cada esfera de governo é autônoma e soberana nas suas decisões e atividades, respeitando os princípios gerais e a participação da sociedade.

Participação Popular: a sociedade deve participar no dia-a-dia do sistema. Para isto, devem ser criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que visam formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019, s/p).

Os princípios organizativos do SUS encontram-se na redação do art. 198, da Constituição Federal de 1988, em que se afirma: “As ações e serviços públicos integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com a seguintes diretrizes.”

Segundo Melo (2018), em 1980, iniciou-se a discussão de separação dos serviços de saúde e a universalização da atenção médica por meio de um sistema único e descentralizado de saúde. Por exemplo, em 1984, ocorreu a celebração de convênios do extinto Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), com órgãos públicos estaduais e municipais. No ano de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) foi elaborado com o objetivo de racionalizar às ações e serviços públicos de saúde a partir de uma rede regionalizada e hierarquizada, que pode ser melhor compreendida com a leitura das três diretrizes e a análise delas.

I – descentralização, com direção única em cada esfera do Estado

No plano jurídico, a descentralização é concebida como um processo de transferência de competências e de poderes entre órgãos, ou dentro de um mesmo órgão, enquanto sujeitos de imputação jurídica, vinculada à ideia de desconcentração, ou delegação de funções. De outro modo, a descentralização é concebida como ruptura de um vínculo hierárquico pré-existente e relaciona-se basicamente à ideia de competências exclusivas. Nesse caso, descentralização implica a ausência de intervenção de qualquer outro órgão ou instância (GUIMARÃES, 2000, p.2)

II – atendimento integral, com prioridade para atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais

A redação dessa diretriz aponta para o princípio da universalidade de cobertura do atendimento previsto no art. 194, CF/88: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Essa mesma diretriz pode ser complementada pelo o art. 196 discutido anteriormente, ou seja, o texto constitucional quer a prevenção de doenças. Para isso, deve-se investir em políticas sociais e econômicas para combatê-las na perspectiva da cobertura universal e da integralidade dos mais necessitados, isto é, equidade.

III – participação da comunidade

A participação é um direito de todos previsto no inciso VII, do art. 194 “Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”. Isso significa dizer que a sociedade, o governo federal, estadual, distrital e municipal são responsáveis diretos pelo do atendimento da população em relação aos serviços de saúde, de previdência, e de assistência social.

O art. 200, da Constituição Federal de 1988, enumera as competências do Sistema Único de Saúde, a saber:

- I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V - incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico e a inovação;
- VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, s/p).

De acordo com Melo (2018), o Poder Constituinte Originário ao elaborar a redação do texto constitucional decidiu detalhar apenas as atribuições essenciais do SUS, já que são extensões do art. 196, o qual propõe reduzir os riscos de saúde da população. Com isso, observa-se que houve uma ruptura com a tradição anterior de um Sistema Nacional de Saúde e implementou um sistema novo de rede regionalizada e hierarquizada, a fim de ampliar o atendimento de saúde, com maior eficácia e qualidade.

Essa sistematização regionalizada do SUS para cuidar da saúde é, também, discutida no art. 23, inciso II, CF/88, “É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, I: cuidar da saúde [...]”. Para o financiamento do SUS, o cuidar da saúde está redigido no parágrafo 1º art. do 198, da CF/88: “O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

Todavia, segundo Mendes (2018), durante muitos anos houve discussões sobre a responsabilidade desses repasses financeiros. Com a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 estabeleceu que

Os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo (BRASIL, 2012, s/p).

A aplicação do rateio dos recursos em ações e serviços públicos de saúde pode ser melhor compreendida pela redação, ainda segundo essa Lei Complementar nº 141, com base no Capítulo III, que trata dos recursos mínimos de investimento em saúde de cada ente federado.

Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea “a” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea “b” do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal. (BRASIL, 2012, s/p).

Do repasse e aplicação dos recursos mínimos:

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2012, s/p).

2.2 O SUS e o federalismo cooperativo

O art. 23, parágrafo único da Constituição de 1988, prevê “a cooperação entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios tendo em vista o equilíbrio do desenvolvimento e do bem-estar em âmbito nacional”. Essa cooperação é feita a partir da distribuição de receitas pelo produto arrecadado, ampliando a participação desses entes na renda tributária. A finalidade é atingir o princípio da isonomia, assegurado, também, pela Constituição, o qual diz que todos são iguais perante a lei e, assim, não pode haver distinção entre os indivíduos, numa tentativa de diminuir as desigualdades regionais e a extensão dela em todo o território brasileiro como mecanismo de equilibrar o desenvolvimento.

Em relação ao federalismo por cooperação e o Pacto pela Saúde:

Pautado no modelo de federalismo por cooperação, o SUS há de ser estruturado com caráter interestadual. Essa característica manifesta-se na criação de instâncias permanentes de pactuação – as Comissões Intergestores Tripartite (em âmbito nacional (e Bipartite (em âmbito estadual) – e na criação de mecanismos solidários para a solução de problemas comuns, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde.

O Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria GM/MS n. 399/2006, é mais uma medida para alcançar a efetiva operacionalização do sistema de saúde, promovendo-se inovações nos processos e instrumentos de gestão e uma integração de todas as esferas do SUS. Dá-se por meio da adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão, que estabelece metas e compromissos (MENDES, 2018, p. 722).

Essa visão de financiamento proposta pelo SUS mostra que o objetivo da cooperação solidária entre a União e os Estados, o Distrito Federal e os Municípios é promover uma melhor distribuição das receitas tributárias entre eles e, com isso, investirem em políticas públicas eficazes à saúde integral do indivíduo.

Portanto, a Constituição de 1988 afirma que as ações e o serviços públicos integram um rede regionalizada e hierarquizada, conforme a diretrizes, do art. 198, incisos, I a III, isto é, ela prevê a descentralização, como direção única em cada esfera do

governo; o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e participação da comunidade. Contudo, “o Brasil seria a melhor das nações se um sistema de saúde, chamado *único*, funcionasse do modo como a Constituição o prevê” (BULOS, 2015, p.675).

Acrescenta-se a essa crítica: o SUS funcionaria melhor se quem legislasse as leis fizesse o uso dele. O que se observa, na atualidade, é que a maioria dos parlamentares quando adoecem procuram o sistema privado e não é qualquer um: eles têm exigências que sejam atendidos e tratados, por exemplo, no Hospital Israelita Albert Einstein, localizado no Morumbi, Zona Sul e nobre de São Paulo, considerado um dos melhores do País.

Por outro lado, as pesquisas denunciam o Brasil como o país que apresenta as maiores taxas de desigualdade social e corrupção. Os efeitos disso são desastrosos nas políticas públicas em várias esferas da sociedade. Os pobres, os vulneráveis, ao contrário dos parlamentares não têm escolha. Pelo contrário, ao se cadastrarem no SUS, o próprio programa indica em casos de consulta e tratamento médico o local mais próximo de sua residência, mesmo que lá não tenha um especialista para a sua doença. Mas, mesmo assim, ele precisa ir ao local direcionado para pegar o pedido de encaminhamento para outra unidade.

Enfim, os responsáveis pelas legislações das leis e de suas execuções deveriam ser os primeiros a testarem o SUS, a fim de corrigi-lo, ao invés de administrar mal o financiamento e buscar o tratamento médico em locais que não descrevem o caos que é realidade da saúde pública em várias regiões do território brasileiro.

Os direitos sociais estão no art. 6º, da Constituição Federal de 1988: “São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição” (BRASIL, 1988, s/p).

A redação desse artigo prevê direitos mínimos e indispensáveis à garantia de uma existência digna. A saúde, logo, é um direito social de todos. Para o desempenho e a realização dos direitos sociais previstos pela Constituição, o cidadão precisa estar saudável, gozar de bem-estar físico, social e mental, conforme a Organização Mundial de Saúde (1946) e o próprio art. 196, da CF/88: “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 igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Nesse sentido, com o uso da metáfora, a saúde é uma espécie de combustível para o desenvolvimento e para a manutenção de todos esses direitos sociais, uma vez que sem ela, o corpo social adoece. A busca por atendimento e tratamento é um direito constitucional. Todavia, a desigualdade social, a corrupção, a violência, a falta de investimento em educação, entre outros problemas de viés administrativo público, também, precisam de tratamento, porque eles contribuem (in)diretamente para o agravamento de doenças físicas, mentais e, principalmente, para uma vida digna de todo e qualquer cidadão brasileiro. Portanto, tutelar o direito à saúde, é antes de tudo, prevenção: isso se faz com investimento financeiro em políticas públicas, em cada uma das áreas dos respectivos direitos sociais, evitando, portanto, uma metástase do corpo social, político e econômico.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma política pública criada constitucionalmente pelo Poder Constituinte, em 1988, para que o Estado Democrático de Direito pudesse cumprir a sua obrigação de cuidar da saúde populacional, segundo o art. 198, da Carta Magna: “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”.

É responsabilidade estatal:

adotar ações concretas e coordenadas em todos os níveis da Federação para a promoção dos direitos sociais, o constituinte desde logo estipulou que o dever público de saúde seria cumprido por meio de uma política única para todo o País. É proibido ao ente federativo promover ações de saúde fora do SUS. O sistema é descentralizado, com proeminência dos Municípios, e hierarquizado segundo níveis de complexidade dos serviços (WEICHERT, 2012, p.366).

A promoção da saúde pelo SUS está subordinada a regras e princípios constitucionais, conforme os artigos de 196 a 200, os quais são cláusulas pétreas¹, previstos pela própria Constituição no art. 60, § 4º, inciso I: “a forma federativa de Estado”; e II: “os direitos e garantias individuais”. Nesse sentido, o direito à saúde é um direito adquirido, também, previsto constitucionalmente no art.5º, inciso XXXVI: “A lei não prejudicará o direito adquirido, o ato jurídico e a coisa julgada”. Em suma: para revogar esses direitos à saúde

¹ Dispositivo constitucional que não pode ser alterado nem mesmo por Proposta de Emenda à Constituição (PEC). As cláusulas pétreas inseridas na Constituição do Brasil de 1988 estão dispostas em seu artigo 60, § 4º. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/glossario-legislativo/clausula-petrea>. Acesso em: 12 abr. 2019.

somente uma nova Constituição. Para isso, basta a ascensão de um governo fascista, o qual decretaria a morte da democracia (LEVITSKY; ZIBBLATT, 2018), que é um dos pilares desses direitos sociais, fundamentalmente, direitos e garantias individuais de cada cidadão brasileiro.

Cabe ainda mencionar que a Carta de 1988, no intuito de proteger maximamente os direitos fundamentais, consagra dentre as cláusulas pétreas, a cláusula “direitos e garantias individuais”. Considerando a universalidade e a indivisibilidade dos direitos humanos, a cláusula de proibição do retrocesso social, o valor da dignidade humana e demais princípios fundamentais da Carta de 1988, conclui-se que esta cláusula alcança os direitos sociais. Para Paulo Bonavides: “os direitos sociais não são apenas justiciáveis, mas são providos, no ordenamento constitucional da garantia da suprema rigidez do parágrafo 4o do art.60”. São, portanto, direitos intangíveis, direitos irredutíveis, de forma que tanto a lei ordinária, como a emenda à Constituição que afetarem, abolirem ou suprimirem os direitos sociais, padecerão do vício de inconstitucionalidade (CARVALHO; PIOVESAN, 2008, p. 15).

O direito à saúde não pode sofrer o retrocesso social, porque viola princípios fundamentais, por exemplo, a dignidade humana (art. 1º, III, CF/88). É importante destacar que esses princípios constitucionais não podem ser abolidos, mas eles podem ser adequados às necessidades reais da sociedade por via de mutação constitucional: “mecanismo que permite transformação do sentido e do alcance de normas da Constituição, sem que se opere, no entanto, qualquer modificação do seu texto” (BARROSO, 2017, p.160).

Compreende-se, nessa lógica interpretativa, que o texto constitucional se mantém rígido, sem nenhuma alteração, o que ocorre é o entendimento dele e a sua adequação às transformações históricas, sociais e políticas que acontecem na sociedade.

A mutação constitucional

se realiza por via da interpretação feita por órgãos estatais ou por meio dos costumes e práticas políticas socialmente aceitas. Sua legitimidade deve ser buscada no ponto de equilíbrio entre dois conceitos essenciais à teoria constitucional, mas que guardam tensão entre si: a rigidez da Constituição e a plasticidade de suas normas. A rigidez procura preservar a estabilidade da ordem constitucional e a segurança jurídica, ao passo que a plasticidade procura adaptá-la aos novos tempos e às novas demandas [...] As mutações que contrariem a Constituição podem certamente ocorrer, gerando mutações inconstitucionais. Em um cenário de normalidade institucional, deverão ser rejeitadas pelos Poderes competentes e pela sociedade (BARROSO, 2017, 164-165).

Essas informações discutidas, anteriormente, são relevantes para compreender a discussão das leis infraconstitucionais (programas) a seguir aprovadas pós-1988 até o momento presente, listadas no quadro 1. Todas são interpretações da Constituição de 1988, com o objetivo de melhorar as políticas de saúde no Brasil. Entretanto, cabe ressaltar, que se estiverem com redação oposta às normas do texto constitucional, elas são, por conseguinte, inconstitucionais e não têm eficácia nenhuma na sociedade.

A Lei nº 8.800, de 19 de setembro de 1990 foi a primeira lei a entrar em vigor. O seu texto prevê as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. O art. 4º trata do “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990a). Essa lei indica as responsabilidades do governo federal, estadual e municipal, em relação ao planejamento, financiamento e controle. É de responsabilidade do município a gestão dos serviços de saúde. Aos estados cabem as execuções que os municípios não conseguirem cumprir. Compete ao Ministério da Saúde administrar os recursos e repassá-los aos municípios e aos estados.

Em seguida, a Lei nº 8.142 de 28 dezembro de 1990: “Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990b).

Em 1990, as Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB) são elaboradas para regulamentar o processo de descentralização, definindo as competências de cada ente federado e as condições necessárias para que os estados e municípios assumam seus compromissos e responsabilidades dentro SUS. Assim, a NOB-SUS 01/91 trata do financiamento e da gestão do SUS.

A NOB-SUS 01/92 tem como foco “um conjunto de ações e serviços de saúde organizados e distribuídos de forma regionalizada e articulados de forma hierarquizada, constituindo um sistema único, com gestor único em cada esfera de governo, de execução municipalista” (BRASIL, 1992, s/p).

A NOB-SUS 01/93 prevê normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde. Destacam-se: “a regionalização como articulação e mobilização municipal que leve em consideração características geográficas, fluxo de demanda [...], e a vontade política expressa pelos diversos municípios de

se consorciar ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo” (BRASIL, 1993, s/p).

Quadro 2 - Brasil: linha do tempo das leis e programas aprovados pós-1988 na área de saúde.

ANO	LEI
1990	Leis nº 8.080 e nº 8.142 regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS.
1991	Estruturação da rede de atenção básica em saúde com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
1992	Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps).
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	Acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/Aids. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, estados, municípios e Distrito Federal.
1997	Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) - repasse de recursos ao gestor municipal, por pessoa, para o atendimento à Saúde. Criação do Disque Saúde.
1998	Sistema Nacional de Transplantes. Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue.
1999	Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) - uma nova etapa no registro e - fiscalização de medicamentos e alimentos. Política Nacional dos Medicamentos Genéricos.
2000	Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – Regulamentação do setor privado de saúde.
2001	A Lei nº 10.216 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.
2002	Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde. Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.
2003	Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O programa "De Volta para Casa" contribui com o processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica.
2004	Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador. Programa "Brasil Sorridente" - um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal. Programa "Farmácia Popular do Brasil". Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde.
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão estabelecidos pelos gestores das esferas federal, estadual e municipal, com objetivos e metas compartilhadas. Política de Saúde da Pessoa Idosa.
2007	Política Nacional sobre o Alcool e veiculação de campanhas sobre o uso abusivo. O governo decreta a licença compulsória do antirretroviral Efavirenz.
2008	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, que trata do financiamento das ações e serviços públicos de saúde.
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional da Saúde do Homem. Inauguração do centro de estudo para produção de células-tronco.
2010	Criação do primeiro cadastro nacional de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena.
2011	Estratégia Rede Cegonha. Regulamentação da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS. Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde. Programa Saúde Não Tem Preço.
2012	Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.
2017	Estabelece diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS.

Fonte: Brasil (2019). Organização: Da autora (2019).

Ademais, trata da Comissão Intergestores Bipartites (CIB):

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual indicados pelo Secretário de Estado da Saúde e dos secretários municipais de Saúde indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços (BRASIL, 2009, p.80).

E, também, da Comissão Intergestores Tripartites (CIT):

Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo - União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS (BRASIL, 2009, p.81).

A NOB-SUS 01/96 é uma norma de destaque, pois é a partir dela que inicia o processo de descentralização dos municípios a atenção básica à saúde. Ademais, a sua redação trata do processo de planejamento das redes regionalizadas e a criação da Programação Pactuada e Integrada (PPI):

A Programação Pactuada e Integrada é um processo instituído no âmbito do Sistema Único de Saúde onde, em consonância com o processo de planejamento, são definidas e quantificadas as ações de saúde para população residente em cada território, bem como efetuados os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde. Tem por objetivo organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios. Define a programação das ações de saúde em cada território e norteia a alocação dos recursos financeiros para saúde a partir de critérios e parâmetros pactuados entre os gestores (SÃO PAULO, 2019, s/p).

Apesar dos avanços das Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOB) apresentadas, especialmente, a descentralização que determinou as competências administrativas dos estados e municípios referentes ao SUS; igualmente, o desenvolvimento das redes de serviços à saúde dos municípios, observa-se que esse progresso, ainda, necessitava de maior organização, planejamento, regulação dos sistemas municipais de saúde e das redes de atenção à saúde.

Ademais, nesse período, verificou-se que o processo de regionalização ainda enfrentava desafios de gestão (VIANA et al., 2015). Por isso, a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), pela Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001. A finalidade dela foi regulamentar a assistência, considerando os avanços e aprimorar o Sistema Único de Saúde.

A NOAS-SUS 01/2001 prevê no capítulo I, a 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, 2001, s/p).

Ainda nesse capítulo I, trata da elaboração do Plano Diretor de Regionalização:

- 2 - Instituir o Plano Diretor de Regionalização como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com as necessidades de saúde da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.
 - 2.1 - Cabe às Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, sua submissão à aprovação da Comissão Intergestores Bipartite - CIB e do Conselho Estadual de Saúde – CES e o encaminhamento ao Ministério da Saúde.
- 3 - No que diz respeito à assistência, o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado na perspectiva de garantir: A - O acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços; B – 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.

4 - Definir os seguintes conceitos-chaves para a organização da assistência no âmbito estadual, que deverão ser observados no Plano Diretor de Regionalização:

A – Região de saúde – base territorial de planejamento da atenção à saúde, não necessariamente coincidente com a divisão administrativa do estado, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada estado, considerando as características demográficas, socioeconômicas, geográficas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, relações entre municípios, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde. Por sua vez, a menor base territorial de planejamento regionalizado, seja uma região ou uma microrregião de saúde, pode compreender um ou mais módulos assistenciais.

B - Módulo assistencial – módulo territorial com resolubilidade correspondente ao primeiro nível de referência, definida no Item 7 - Capítulo I desta Norma, constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade da Federação, em regulamentação específica, e com as seguintes características: - conjunto de municípios, entre os quais há um município-sede, habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM com capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou município em Gestão Plena do Sistema Municipal, com capacidade de ofertar com suficiência a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I para sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

C - Município-sede do módulo assistencial – município existente em um módulo assistencial que apresente a capacidade de ofertar a totalidade dos serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I, correspondente ao primeiro nível de referência intermunicipal, com suficiência, para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos.

D - Município-polo – município que, de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

E - Unidade territorial de qualificação na assistência à saúde – representa a base territorial mínima a ser submetida à aprovação do Ministério da Saúde e Comissão Intergestores Tripartite para qualificação na assistência à saúde, que deve ser a menor base territorial de planejamento regionalizado de cada Unidade da Federação acima do módulo assistencial, seja uma microrregião de saúde ou uma região de saúde (nas UF em que o modelo de regionalização adotado não admitir microrregiões de saúde).

5 - Determinar que o Plano Diretor de Regionalização contenha, no que diz respeito à assistência, no mínimo:

A - a descrição da organização do território estadual em regiões/microrregiões de saúde e módulos assistenciais, com a identificação dos municípios-sede e municípios-polo e dos demais municípios abrangidos;

B - a identificação das prioridades de intervenção em cada região/microrregião;

C - o Plano Diretor de Investimentos para atender as prioridades identificadas e conformar um sistema resolutivo e funcional de atenção à saúde;

D - a inserção e o papel de todos os municípios nas regiões/microrregiões de saúde, com identificação dos municípios sede, de sua área de abrangência e dos fluxos de referência;

- E - os mecanismos de relacionamento intermunicipal com organização de fluxos de referência e contra referência e implantação de estratégias de regulação visando à garantia do acesso da população aos serviços;
- F - a proposta de estruturação de redes de referência especializada em áreas específicas;
- G - a identificação das necessidades e a proposta de fluxo de referência para outros estados, no caso de serviços não disponíveis no território estadual (BRASIL, 2001, s/p).

Ainda nesse capítulo I, da qualificação das microrregiões na assistência à saúde:

- 7 - Definir um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais.
- 7.1 - Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar, detalhadas no ANEXO 3 desta Norma.
- 8 - O financiamento federal do conjunto de serviços de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma adotará a seguinte lógica:
- 8.1 - o financiamento das ações ambulatoriais será feito com base em um valor per capita nacional, a ser definido em portaria conjunta da Secretaria Executiva/SE e Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 60 (sessenta) dias após a publicação desta Norma.
- 8.2 - o financiamento das internações hospitalares será feito de acordo com o processo de Programação Pactuada e Integrada, conduzido pelo gestor estadual, respeitado o Teto Financeiro da Assistência/TFA de cada Unidade da Federação.
- 8.3 - ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde deverá adicionar recursos ao Teto Financeiro dos Estados para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.
- 8.4 - nas microrregiões não qualificadas, o financiamento dos procedimentos constantes do ANEXO 3 desta Norma continuará sendo feito de acordo com a lógica de pagamento por produção.
- 9 - O repasse dos recursos de que trata o Subitem 8.1 - Item 8 - Capítulo I desta Norma, para a cobertura da população de uma dada microrregião estará condicionado à aprovação pela CIT da qualificação da referida microrregião na assistência à saúde.
- 9.1 - Nas Unidades da Federação cujo modelo de regionalização não compreenda microrregiões de saúde, a unidade territorial de qualificação na assistência à saúde será a menor base territorial de planejamento regionalizado acima do módulo assistencial, ou seja, a região de saúde, desde que essa atenda a todos os critérios requeridos para o reconhecimento da consistência do Plano Diretor de Regionalização e às mesmas condições exigidas para a qualificação das microrregiões descritas nesta Norma e na regulamentação complementar.
- 9.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde é a estrutura do MS responsável pela análise técnica das propostas de qualificação das microrregiões na assistência à saúde, a serem submetidas à aprovação da CIT, de acordo com as regras estabelecidas nesta Norma.

9.3 - O processo de qualificação das microrregiões na assistência à saúde será detalhado em regulamentação complementar da Secretaria de Assistência à Saúde, a ser submetida à Comissão Intergestores Tripartite, no prazo de 30 (trinta) dias após a publicação desta Norma.

10 - A qualificação de cada microrregião, no âmbito da assistência à saúde, estará condicionada a:

A - apresentação pelo gestor estadual do Plano Diretor de Regionalização do estado, aprovado na CIB e CES incluindo o desenho de todas as microrregiões;

B - apresentação, para cada microrregião a ser qualificada, de: (i) municípios que compõem a microrregião; (ii) definição dos módulos assistenciais existentes, com explicitação de sua área de abrangência e do município-sede de cada módulo; (iii) vinculação de toda a população de cada município da microrregião a um único município-sede de módulo assistencial, de forma que cada município integre somente um módulo assistencial e os módulos assistenciais existentes cubram toda a população do estado.

C - habilitação do(s) município(s)-sede de módulo assistencial em Gestão Plena do Sistema Municipal e de todos os demais municípios da microrregião na condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada.

D - comprovação da Programação Pactuada e Integrada implantada, sob a coordenação do gestor estadual, com definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, com separação das parcelas financeiras correspondentes à própria população e à população referenciada;

E - apresentação do Termo de Compromisso para Garantia de Acesso firmado entre cada município-sede e o estado, em relação ao atendimento da população referenciada por outros municípios a ele adscritos.

11- Após a qualificação de uma microrregião, o montante de recursos correspondente aos procedimentos listados no ANEXO 3 desta Norma destinados à cobertura de sua população, e o montante de recursos referentes à cobertura da população residente nos municípios a ele adscritos, passam a ser transferidos fundo a fundo ao município sede de cada módulo assistencial, sendo que a parcela relativa à população residente nos municípios adscritos estará condicionada ao cumprimento de Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso, conforme normatizado nos Itens 30 e 31 – Capítulo II desta Norma.

11.1 - Caso exista na microrregião qualificada um município habilitado em Gestão Plena da Atenção Básica que disponha em seu território de laboratório de patologia clínica ou serviço de radiologia ou ultra-sonografia gineco-obstétrica, em quantidade suficiente e com qualidade adequada para o atendimento de sua própria população, mas que não tenha o conjunto de serviços requeridos para ser habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal, esse município poderá celebrar um acordo com o município-sede do módulo assistencial para, provisoriamente, atender sua própria população no referido serviço (BRASIL, 2001, s/p).

Nesse capítulo I, ainda, trata da organização dos serviços de média complexidade

12 - A Atenção de Média Complexidade – MC – compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico, que não justifique a sua oferta em todos os municípios do país.

13 - Excetuando as ações mínimas da média complexidade de que trata o Item 7 - Capítulo I desta Norma desta Norma, que devem ser garantidas no

âmbito microrregional, as demais ações assistenciais de média complexidade, tanto ambulatoriais como hospitalares, podem ser garantidas no âmbito microrregional, regional ou mesmo estadual, de acordo com o tipo de serviço, a disponibilidade tecnológica, as características do estado e a definição no Plano Diretor de Regionalização do estado.

13.1 - O gestor estadual deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade que considerem: necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações, correspondência entre a prática clínica e capacidade resolutive diagnóstica e terapêutica, complexidade e custo dos equipamentos, abrangência recomendável para cada tipo de serviço, métodos e técnicas requeridos para a realização das ações.

13.2 - A Secretaria de Assistência à Saúde elaborará, em 30 (trinta) dias, instrumentos de subsídio à organização e programação da média complexidade, compreendendo grupos de programação e critérios de classificação das ações desse nível de atenção, cuja regulamentação específica será submetida à aprovação da CIT.

14 - O processo de Programação Pactuada e Integrada/PPI, coordenado pelo gestor estadual, cujas diretrizes são apresentadas nos Itens 24 a 27 – Capítulo II desta Norma representa o principal instrumento para garantia de acesso da população aos serviços de média complexidade não disponíveis em seu município de residência, devendo orientar a alocação de recursos e definição de limites financeiros para todos os municípios do estado, independente de sua condição de gestão.

14.1 - A programação das ações ambulatoriais de média complexidade deve compreender: identificação das necessidades de saúde de sua população, definição de prioridades, aplicação de parâmetros físicos e financeiros definidos pelas Secretarias Estaduais de Saúde para os diferentes grupos de ações assistenciais - respeitados os limites financeiros estaduais - e estabelecimento de fluxos de referências entre municípios.

14.2 - A alocação de recursos referentes a cada grupo de programação de ações ambulatoriais de média complexidade para a população própria de um dado município terá como limite financeiro o valor per capita estadual definido para cada grupo, multiplicado pela população do município.

14.3 - A programação de internações hospitalares deve compreender: a utilização de critérios objetivos que considerem a estimativa de internações necessárias para a população, a distribuição e complexidade dos hospitais, o valor médio das Autorizações de Internação Hospitalar/AIH, bem como os fluxos de referência entre municípios para internações hospitalares.

14.4 - A alocação de recursos correspondentes às referências intermunicipais, ambulatoriais e hospitalares, decorre do processo de programação integrada entre gestores e do estabelecimento de Termo de Compromisso de Garantia de Acesso, tratado no Item 30 – Capítulo II desta Norma implicando a separação da parcela correspondente às referências no limite financeiro do município.

15 - Diferentemente do exigido para a organização das referências intermunicipais no módulo assistencial, abordada na seção I.3 – Capítulo I desta Norma, no caso das demais ações de média complexidade, quando os serviços estiverem dispersos por vários municípios, admite-se que um mesmo município encaminhe referências para mais de um polo de média complexidade, dependendo da disponibilidade de oferta, condições de acesso e fluxos estabelecidos na PPI.

15.1 - O gestor estadual, ao coordenar um processo de planejamento global no estado, deve adotar critérios para evitar a superposição e proliferação indiscriminada e desordenada de serviços, levando sempre em consideração

as condições de acessibilidade, qualidade e racionalidade na organização de serviços.

15.2 - Deve-se buscar estabelecer as referências para a média complexidade em um fluxo contínuo, dos municípios de menor complexidade para os de maior complexidade, computando, no município de referência, as parcelas físicas e financeiras correspondentes ao atendimento da população dos municípios de origem, conforme acordado no processo de Programação Pactuada e Integrada entre os gestores (BRASIL, 2001, s/p).

Igualmente, nesse capítulo I, da política de atenção de alta complexidade no SUS

16 - A responsabilidade do Ministério da Saúde sobre a política de alta complexidade/custo se traduz na definição de normas nacionais, no controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, na vistoria de serviços quando lhe couber, de acordo com as normas de cadastramento estabelecidas pelo próprio Ministério da Saúde, na definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados à população pelo SUS, na definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, no estabelecimento de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo as diferenças regionais na alocação dos serviços, na definição de mecanismos de garantia de acesso para as referências interestaduais, na busca de mecanismos voltados à melhoria da qualidade dos serviços prestados, no financiamento das ações.

16.1 - A garantia de acesso aos procedimentos de alta complexidade é de responsabilidade solidária entre o Ministério da Saúde e as Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal.

17 - O gestor estadual é responsável pela gestão da política de alta complexidade/custo no âmbito do estado, mantendo vinculação com a política nacional, sendo consideradas intransferíveis as funções de definição de prioridades assistenciais e programação da alta complexidade, incluindo:

A - a definição da alocação de recursos orçamentários do Teto Financeiro da Assistência/ TFA do estado para cada área de alta complexidade;

B - a definição de prioridades de investimentos para garantir o acesso da população a serviços de boa qualidade, o que pode, dependendo das características do estado, requerer desconcentração ou concentração para a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a melhor utilização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade;

C - a delimitação da área de abrangência dos serviços de alta complexidade;

D - a coordenação do processo de garantia de acesso para a população de referência entre municípios;

E - a definição de limites financeiros para a alta complexidade, com explicitação da parcela correspondente ao atendimento da população do município onde está localizado o serviço e da parcela correspondente a referências de outros municípios;

F - a condução dos remanejamentos necessários na programação da alta complexidade, inclusive com mudanças nos limites municipais;

G - os processos de vistoria para inclusão de novos serviços no que lhe couber, em conformidade com as normas de cadastramento do MS;

H - a implementação de mecanismos de regulação da assistência em alta complexidade (centrais de regulação, implementação de protocolos clínicos, entre outros), podendo delegar aos municípios a operação desses mecanismos;

I - o controle e a avaliação do sistema, quanto à sua resolubilidade e acessibilidade;

J - a otimização da oferta de serviços, tendo em vista a otimização dos recursos disponíveis, a garantia de economia de escala e melhor qualidade.

18 - Os municípios que tiverem em seu território serviços de alta complexidade/custo, quando habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão desempenhar as funções referentes à organização dos serviços de alta complexidade em seu território, visando assegurar o comando único sobre os prestadores, destacando-se:

A - a programação das metas físicas e financeiras dos prestadores de serviços, garantindo a possibilidade de acesso para a sua população e para a população referenciada conforme o acordado na PPI e no Termo de Garantia de Acesso assinado com o estado;

B - realização de vistorias no que lhe couber, de acordo com as normas do Ministério da Saúde;

C - condução do processo de contratação;

D - autorização para realização dos procedimentos e a efetivação dos pagamentos (créditos bancários);

E - definição de fluxos e rotinas intramunicipais compatíveis com as estaduais;

F - controle, a avaliação e a auditoria de serviços.

18.1 – Nos municípios habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica/GPAB ou Gestão Plena da Atenção Básica-Ampliada/GPBA que tenham serviços de alta complexidade em seu território, as funções de gestão e relacionamento com os prestadores de alta complexidade, são de responsabilidade do gestor estadual, podendo este delegar tais funções aos gestores municipais.

19 - Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares que compõem a atenção de alta complexidade/custo foram definidos por meio da Portaria SAS nº 96, de 27 de março de 2000, publicada no Diário Oficial de 01 de junho de 2000.

20 - O financiamento da alta complexidade se dará de duas formas:

A - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos do Teto Financeiro da Assistência das unidades da federação;

B - parte das ações de alta complexidade será financiada com recursos oriundos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, ou de outro mecanismo que venha a substituí-lo com a mesma finalidade e que será gerenciado pelo Ministério da Saúde, de acordo com a regulamentação específica, a ser estabelecida, no prazo de 60 (sessenta) dias, em ato conjunto da SE e SAS.

21 - O Ministério da Saúde/MS definirá os valores de recursos destinados ao custeio da assistência de alta complexidade para cada estado e estes, de acordo com a PPI e dentro do limite financeiro estadual, deverão prever a parcela dos recursos a serem gastos em cada município para cada área de alta complexidade, destacando a parcela a ser utilizada com a população do próprio município e a parcela a ser gasta com a população de referência.

22 - A assistência de alta complexidade será programada no âmbito regional/estadual, e em alguns casos macrorregional, tendo em vista as características especiais desse grupo – alta densidade tecnológica e alto custo, economia de escala, escassez de profissionais especializados e concentração de oferta em poucos municípios.

22.1 - A programação deve prever, quando necessário, a referência de pacientes para outros estados, assim como reconhecer o fluxo programado de pacientes de outros estados, sendo que esta programação será consolidada pela SAS/MS.

23 - A programação da Atenção de Alta Complexidade deverá ser precedida de estudos da distribuição regional de serviços e da proposição pela Secretaria de Estado da Saúde/SES de um limite financeiro claro para seu custeio, sendo que Plano Diretor de Regionalização apontará as áreas de abrangência dos municípios-pólo e dos serviços de referência na Atenção de Alta Complexidade (BRASIL, 2001, s/p).

A NOAS-SUS 01/2001 trata da competência dos municípios como responsáveis pela atenção básica. Do mesmo modo, discute o processo de regionalização de saúde, visando o acesso da população a esses serviços dentro do perímetro mais próximo de sua casa. Inovou ao apresentar o programa de rede de serviços, a fim de propiciar a população mais qualidade no serviço e no atendimento de modo geral. Outro ponto interessante para efetivar o princípio da equidade foi a criação do Plano Diretor de Regionalização, dividindo o estado em macrorregiões, regiões de saúde e municípios polos, visando o fluxo de atendimento no menor tempo e espaço.

A Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002, isto é, a NOAS-SUS 01/2002

amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002, s/p).

Como forma de complementação da NOAS-SUS 01/2001, a NOAS-SUS 01/2002 visou a região de saúde como local para planejar os serviços de atenção à saúde, ou seja, é preciso conhecer a realidade que enfrenta os problemas para criar estratégias de solução.

A Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde – consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão:

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O Pacto em Defesa do SUS envolve ações concretas e articuladas pelas três instâncias federativas no sentido de reforçar o SUS como política de Estado mais do que política de governos; e de defender, vigorosamente, os princípios basilares dessa política pública, inscritos na Constituição Federal.

A concretização desse Pacto passa por um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social envolvendo o conjunto da sociedade brasileira, extrapolando os limites do setor e vinculada ao processo de instituição da saúde como direito de cidadania, tendo o financiamento público da saúde como um dos pontos centrais.

O Pacto de Gestão estabelece as responsabilidades claras de cada ente federado de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais claro quem deve fazer o quê, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse Pacto parte de uma constatação indiscutível: o Brasil é um país continental e com muitas diferenças e iniquidades regionais. Mais do que definir diretrizes nacionais é necessário avançar na regionalização e descentralização do SUS, a partir de uma unidade de princípios e uma diversidade operativa que respeite as singularidades regionais. Esse Pacto radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados, e para os municípios, promovendo um choque de descentralização, acompanhado da desburocratização dos processos normativos. Reforça a territorialização da saúde como base para organização dos sistemas, estruturando as regiões sanitárias e instituindo colegiados de gestão regional (BRASIL, 2006, s/p).

As Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde (2006) apresenta programas de saúde avançados, o que caracteriza um progresso para o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual demonstra planos de desenvolvimento na gestão e da regionalização, com foco cada vez maior na descentralização. Entretanto, é a nova forma de pactuação que o diferencia das normas anteriores apresentadas. Sendo assim, o Pacto pela Saúde

muda radicalmente a forma de pactuação do SUS, pois rompe com os pactos realizados por meio de normas operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOB e Norma de Assistência à Saúde – NOAS), que visavam à operacionalização do sistema, distanciando-se, muitas vezes, de compromissos com resultados efetivos. Obriga a repactuação anual e a gestão por resultados sanitários. Desta forma, as Comissões Intergestores Bipartite – CIB desempenharão um papel preponderante, pois deverão revisar as necessidades e as condições de saúde da população, propondo metas que retratem a realidade de cada Estado (ALBUQUERQUE, G.L.; *et al.*, 2009, p. 183).

O Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, regulamenta:

Art. 1º Este Decreto regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa.

Art. 2º Para efeito deste Decreto, considera-se:

I - Região de Saúde - espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde;

II - Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - acordo de colaboração firmado entre entes federativos com a finalidade de organizar e integrar as ações e serviços de saúde na rede regionalizada e hierarquizada, com definição de responsabilidades, indicadores e metas de saúde, critérios de avaliação de desempenho, recursos financeiros que serão disponibilizados, forma de controle e fiscalização de sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada das ações e serviços de saúde;

III - Portas de Entrada - serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS;

IV - Comissões Intergestores - instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos para definição das regras da gestão compartilhada do SUS;

V - Mapa da Saúde - descrição geográfica da distribuição de recursos humanos e de ações e serviços de saúde ofertados pelo SUS e pela iniciativa privada, considerando-se a capacidade instalada existente, os investimentos e o desempenho aferido a partir dos indicadores de saúde do sistema;

VI - Rede de Atenção à Saúde - conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde;

VII - Serviços Especiais de Acesso Aberto - serviços de saúde específicos para o atendimento da pessoa que, em razão de agravo ou de situação laboral, necessita de atendimento especial; e

VIII - Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica - documento que estabelece: critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS (BRASIL, 2011, s/p).

O Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011, tem um papel importante na regularização na estrutura e na organização do Sistema Único de Saúde, de forma a orientar a região de saúde, conforme o art. 2º, inciso I, isto é, conhecer o espaço geográfico; assim como o inciso V, ao propor o mapeamento da saúde através da leitura desse espaço geográfico. Além disso, verifica-se que:

O Decreto 7508/11 cumpre, dentre outras coisas, a determinação constitucional de que o SUS deve ser formado por uma rede regionalizada e hierarquizada e que suas “regiões de saúde” devem organizar-se para ofertar, no mínimo, ações de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, e vigilância em saúde; explicitando a complementariedade entre essas ações para garantir, minimamente, um cuidado integral em tempo oportuno.

Dentre o conjunto de aspectos relevantes de que dispõe o Decreto, pode ser destacada, do ponto de vista organizativo, a definição da atenção básica como a porta de entrada prioritária do sistema; e o estabelecimento dos novos dispositivos para o planejamento do SUS, compreendido como ascendente e integrado, pautado pelas necessidades de saúde e disponibilidade de recursos, induzindo a organização de redes de atenção, privilegiando as principais linhas de cuidado que se somam aos esforços desenvolvidos pelos estados e municípios para garantir o acesso à saúde de modo regionalizado (CARVALHO A.L.B. *et al*, 2017, p. 1156).

A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Estabelecer diretrizes para os processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado, elaborado de forma ascendente, e Governança das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS:

I - Compromisso dos três entes federados na implementação de modelo de atenção à saúde que atenda às políticas pactuadas e às necessidades de saúde da população brasileira;

II - Implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS com a integração regional das ações e serviços de saúde, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012;

III - A organização das RAS poderá envolver uma ou mais regiões de saúde, inclusive em mais de um estado, na perspectiva de construção de um espaço regional, onde se complementam e compartilham a oferta de ações e serviços de saúde, integrados por Sistemas Logísticos;

IV - O espaço regional, onde se organiza a RAS, requer a definição dos limites geográficos e base populacional, bem como a definição do conjunto de ações e serviços, garantindo acessibilidade e sustentabilidade operacional;

V - Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado, considerando ainda os demais conceitos, fundamentos, atributos e elementos constitutivos das RAS descritos na Portaria GM/MS nº 4279/2010, sem prejuízo de outros que venham ser definidos pela CIT;

VI - Estabelecimento e disponibilização de parâmetros nacionais e regionalizados para orientar o planejamento e a programação das ações e serviços de saúde, considerando a diversidade socioeconômica, geográfica, epidemiológica e sanitária das regiões de saúde brasileiras;

VII - Implementação de gestão de custos em saúde, como componente do processo de gestão e planejamento no SUS;

VIII - O planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, deve sistematizar a definição das responsabilidades de cada ente federado no âmbito das RAS e do financiamento compartilhado, sem prejuízo das demais definições presentes na legislação vigente;

IX - A alocação de recursos de capital e custeio pelas três esferas de gestão deve respeitar a regionalização e a organização das RAS;

X - A CIB deverá instituir, em espaços regionais onde se organizam as RAS, observadas as realidades locais, Comitês Executivos de Governança das RAS, de natureza técnica e operacional, com o objetivo de monitorar, acompanhar, avaliar e propor soluções para o adequado funcionamento das RAS, contemplando a participação dos diversos atores envolvidos no seu funcionamento e resultados, incluindo os prestadores de serviços, o controle social e representantes do Ministério da Saúde;

- XI - A CIB definirá a composição, atribuições e funcionamento dos Comitês Executivos de Governança das RAS;
- XII - Os Comitês Executivos de Governança das RAS deverão subsidiar a CIB nas tomadas de decisões acerca do seu espaço regional, no que se refere à implementação das RAS, bem como contribuirão para a efetivação dos acordos pactuados na CIB e CIR;
- XIII - A Secretaria de Estado da Saúde fornecerá os meios necessários para o desenvolvimento das atividades dos comitês vinculados às CIB;
- XIV - Nos casos de espaços regionais, onde se organizam as RAS, que envolvam mais de um estado, os comitês instituídos pelas CIB terão sua coordenação compartilhada;
- XV - As CIB garantirão mecanismos de comunicação, visando à transparência dos processos de Regionalização, Planejamento Regional Integrado e Governança das RAS;
- XVI - As CIB deverão fortalecer as CIR como espaço de governança regional e de gestão, envolvendo os três entes federados para a implementação do processo de planejamento regional integrado visando a organização das RAS;
- XVII - A CIT definirá diretrizes para a revisão das regiões de saúde com vistas à conformação de regiões resolutivas, que busquem assegurar acessibilidade, integralidade e sustentabilidade operacional das RAS.
- Art. 2º As diretrizes definidas nesta resolução deverão ser observadas por todos os gestores do SUS.
- Art. 3º A implementação da estratégia de e-Saúde, a metodologia para aplicação dos critérios de rateio estabelecidos no art. 17 da Lei Complementar nº 141/2012 e os mecanismos de transferência de recursos financeiros federais, serão formulados pelo Grupo de Trabalho de Gestão da Câmara Técnica da CIT e submetidos ao seu plenário para pactuação (BRASIL, 2017, s/p).

A Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017, assim, visa ao estabelecimento de diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, elaborado de forma ascendente, e governança das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS.

Desde a aprovação da Constituição de 1988, o direito à saúde, previsto nos artigos de 196 a 200, está sendo interpretado e implementado para se adequar à realidade social, política e econômica dos estados e municípios brasileiros, a fim de melhorar os serviços de saúde pública no Brasil. Pela leitura das leis infraconstitucionais pós-1988 apresentadas anteriormente, observa-se que ano após ano, uma nova lei é publicada para tentar cumprir esses dispositivos constitucionais do Estado Democrático de Direito. Apesar dos avanços conquistados e do reconhecimento do direito à saúde como um princípio da dignidade humana, essa política pública de saúde, ainda, precisa melhorar a gestão e avançar no processo de regionalização, com foco nas redes e regiões de saúde, se quiser, enfim, promover equidade e isonomia aos mais vulneráveis, que são os mais necessitados nesse processo complexo do SUS.

CAPÍTULO 2

3 REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

3.1 A importância da regionalização

O processo histórico, político e social de regionalização da saúde é um tema de debate e entrave, desde a Constituição de 1988. Há 31 anos, o setor político e suas leis infraconstitucionais tentam interpretá-lo, torná-lo material e ao alcance de todos. Pode-se afirmar que as políticas nacionais de saúde que tratam do processo de regionalização têm objetivado integrar os sistemas municipais a partir de sistemas regionais, com amplo acesso, efetividade na integração e redução dos graves problemas de saúde (VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010).

A descentralização do território, característica, desse processo de regionalização é uma estratégia política de saúde importante para indicar as obrigações de cada ente federado e seus respectivos municípios, uma vez que, agora, a divisão do poder e de recursos financeiros da União, indicam a autonomia e a responsabilidade de cada um para administrá-los em prol da saúde local (LIMA *et al.* 2012).

A regionalização da saúde é uma estratégia política importante para “se fazer saúde”. Compreende-se que ela tornou o acesso relativamente menos complexo para os mais vulneráveis, com o objetivo de tentar executar o seu princípio de equidade. No entanto, ainda, as ações e os serviços de saúde, como princípio universal, no espaço geográfico, é um problema: “a regionalização, apesar dos benefícios, apresenta desafios, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes espaços geográficos, com distintas gestões e gerências para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos” (CONASS, 2011, p. 120).

Como solução, o próprio CONASS (2011) sugere a criação de sistemas de informação em tempo real, a fim de que a comunicação compartilhada e discutida entre os gestores possa melhorar essas ações e fluxos de serviços. É uma solução importante, mas que precisa mais que compartilhamento e discussão, se eles não estiverem pactuados e cientes da obrigação que cada um é responsável pela execução. Por isso, é preciso destacar a importância de criação de projetos de saúde, ou melhor, políticas de saúde eficazes e bem distribuídas pelo território de modo que haja uma rede de atenção à saúde para garantir o atendimento do paciente, com recursos físicos e atendimento humano. Assim, com a integração desses serviços, aumenta-se a garantia de execução deles nos locais de atendimento.

Além disso, é importante focar no cumprimento da Constituição de 1988 que adotou o sistema de federalismo cooperativo

em que o Estado, permeado pelos compromissos de bem-estar social, deve buscar a isonomia material e atuação conjunta para a erradicação das grandes desigualdades sociais e econômicas. Para tanto, foi dado destaque à distribuição de receitas pelo produto arrecadado e ampliada a participação de Estados e Municípios na renda tributária (MENDES, 2018, p. 722).

Mas, em tese, essa conjuntura política de federalismo cooperativo entre União, estados e municípios ainda é um problema de responsabilidade de gestão entre eles: “Pode-se dizer que o federalismo cooperativo do setor saúde, no Brasil, atualmente, assemelha-se a um pacto de não responsabilização mútua entre os três níveis de governo” (MOREIRA; RIBEIRO, 2016, p.20). Apesar de haver um pacto entre União, Estados e Municípios, observa-se que ele apresenta dois problemas:

(i) a competição aberta entre governantes estaduais e municipais por recursos, incentivos e prerrogativas na provisão e no acesso aos serviços de saúde; e (ii) a disseminação de centenas de instituições multipartites na forma de colegiados estaduais e regionais que, para o exercício de poder efetivo, deveriam se constituir em centenas de minigovernos regionais assimétricos e que, em grande parte, tornaram-se poderosas estruturas de veto de políticas coordenadas no SUS (MOREIRA; RIBEIRO, 2016, p.15).

Embora, o processo de descentralização do sistema federativo, previsto pela Constituição de 1988, seja importante para regionalizar o acesso da população à saúde, verifica-se que esse regime pactuado entre as três esferas do SUS é objeto de disputa e, muitas vezes, não é visto como política de saúde prioritária, porque existem interesses políticos do poder atual em exercício. Nesse sentido, a autonomia e as atribuições de cada esfera de gestão do SUS têm sido objeto de disputa no que se refere a descentralização e a municipalização da saúde no Brasil (ASSUITI L.F.C *et al.*, 2014). Enquanto a saúde (suas ações e serviços) for mal administrada e objeto de disputa por essas três esferas do SUS, muitos problemas, ainda, serão enfrentados pelo paciente que necessita desses serviços de saúde, que deveria recorrer ao município quando fosse atendimento básico de saúde; e ao estado em casos de média e alta complexidade (GOMES; SILVA, 2013). Na falta de recursos e de assistência de todos, simplesmente não recebe atendimento de nenhum deles.

A metodologia de regionalização da saúde, em sua base de elaboração em 1988 e os seus desdobramentos em leis, foi pensada para prestar atendimentos locais e regionais. O

início dessa execução em Goiás iniciou-se a partir do ano 2000, conforme afirma a pesquisa de Santos *et al.*, (2015). Objetivou-se, dessa forma, que o método fosse aplicado de forma que houvesse, inicialmente, uma transformação na política de saúde, de modo que em seguida, ela seria uma ferramenta bilateral de coordenação entre governo estadual e municípios. Por fim, coube ao estado coordenar e planejar as regiões de saúde. Assim, dentro desse projeto regional de saúde, cabem aos municípios executarem as ações e os serviços pactuados entre eles.

Nesse viés metodológico, o ente federado é o responsável pelo planejamento de regionalização da saúde, isto é, o seu foco é fazer com que o paciente saia de sua residência e consiga atendimento no menor tempo e espaço, no SUS. Todavia, essa ação de fazer não é tão simples. Pelo contrário, é mais complexa do que se imagina na prática, pois demanda dele planejamento de políticas de saúde e recursos financeiros para executá-las dentro das respectivas regiões de saúde e os seus polos regionais de saúde, enfim, acordos bilaterais de pactuação e cooperação entre governo estadual e governo municipal (DUARTE *et al.*, 2015).

Em síntese, essa conjuntura e discussão da política nacional de saúde, ao menos, colaborou, em especial, na criação do Plano Diretor de Regionalização de Goiás (2004), o qual definiu 16 regiões de saúde pactuadas pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01). Em 2012, a Resolução CIB nº 028/2012 iniciou um novo plano de regionalização da saúde, que contribuiu para a elaboração e aprovação da Resolução CIB nº 344/2014, que definiu cinco (5) macrorregiões de saúde e 18 regiões de saúde. Cada uma das regiões de saúde tem um município sede na Regional de Saúde, que é responsável pela administração de um conjunto de municípios. No total, são 246 municípios administrados pelas 18 regiões de saúde (GOIÁS, 2017).

Com base nesses documentos, infere-se que o Plano Diretor de Regionalização é fundamentado com base no estudo do território e tem o objetivo de percorrê-lo no menor tempo e espaço, isto é, prestar atendimento de saúde com rapidez. De 2004 a 2014, observou-se o aumento de duas regiões de saúde, ou melhor, de 16 para 18, uma vez que cada uma delas é responsável pelos respectivos municípios planejados estrategicamente dentro de um raio de localização. Portanto, cada região de saúde tem seu município polo, que por sua vez é responsável pela administração de um conjunto de municípios.

A regionalização da saúde, dessa forma, só funciona se a federação for cooperativa; se tiver planejamento, organização e equilíbrio; se cada ente político assumir a sua responsabilidade e cumprir suas obrigações contratuais com as respectivas regiões de saúde e os seus polos regionais de saúde.

3.2 As regiões de saúde e o contexto da federação

O federalismo cooperativo tem como finalidade a regionalização do território, isto é, cada município é um território da saúde, que faz fronteiras com os demais. Assim, sucessivamente, eles formam uma região de saúde. Entretanto, se não houver solidariedade pactuada entre eles, provavelmente, essa região terá a diminuição de seus serviços ou até mesmo a paralisação de alguns, o que efetivamente gera consequências para o tratamento de saúde da população de um determinado município.

O Decreto 7.508/2011, art. 2º, conceitua região de saúde como:

Espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, s/p).

Com base nessa conceituação, o espaço geográfico é interpretado como um local de ação interfederativa, ou seja, é um espaço dinâmico em que o estado e os municípios solidários pela pactuação atuam no atendimento das ações e serviços de saúde, de modo a garantir e entregar a população, principalmente, aos mais vulneráveis um serviço de qualidade, integral e centrado no princípio da equidade: um dos princípios constitucionais do SUS. Assim, as regiões de saúde (conjunto de municípios solidários pactuados) são administradas de forma interfederativa, responsável e compartilhada. A partir de um plano integrado entre entes políticos, sociais e econômicos, elas devem atuar no exercício e solução de problemas referentes a sua área de atuação e gestão, ou melhor, a sua delimitação regional (VIANA et al., 2008).

Pressupõe-se que a cooperação, a integração, a organização, o planejamento, a execução de ações e os serviços de saúde a partir da pactuação entre estado e municípios solidários são formas eficientes de promoção de saúde nas regiões e em seus respectivos polos regionais. Entretanto, todo esse Plano Diretor de Regionalização voltado para a execução de políticas de saúde em regiões de saúde são

meras divisões burocráticas dos estados ou uma incipiente estrutura com uma pequena equipe que faz mediação entre os municípios das questões relacionadas à pactuação financeira da média e da alta complexidade. Mesmo a criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR), espaço potencialmente estratégico de debate e implantação das RAS e de todo o sistema de saúde, carece da presença técnica e gestora de equipes nas

regiões, o que vem sendo precariamente suprido por técnicos dos próprios municípios, num esquema solidário de ajuda mútua, e por apoiadores dos Cosems e do MS, com distribuição e papel desiguais e pouco estruturados em todo o País. E, mais difícil ainda, além da definição e da harmonização do conceito de região viva de saúde, é a operação cotidiana dos espaços, que são de referência para mais de um município. Nosso arcabouço legal ainda é frágil na oferta de estruturas de gestão regional. A exceção fica para serviços de gerência e gestão estadual e para a figura dos Consórcios Públicos, ficando, na maioria das vezes, esse papel para o município-polo, que, às vezes, é sobrecarregado com a demanda excessiva e não regulada ou, em outras vezes, impede sumariamente o acesso aos cidadãos de outros municípios, mesmo que pactuado previamente nos mecanismos burocráticos ainda vigentes. A definição tomada na implantação das RAS de observar rigorosamente as regiões de saúde estabelecidas em cada estado careceram de efetividade. Se reforçaram a região por um lado, por outro, não houve o retorno na devida potência para a dinâmica das redes. Estas, ficaram geridas à distância pelas equipes centrais dos estados, ou por um dos municípios envolvidos, geralmente a sede da região. Isso é muito pouco para as necessidades do SUS e das RAS. Esse talvez seja um dos debates mais prementes do que podemos chamar de reforma infraconstitucional do SUS, para dar conta de sua operação de forma mais eficiente e para cumprir o objetivo maior de atender bem às pessoas nas suas necessidades mutáveis de saúde e facilitar seus percursos na rede de serviços. A mesma constatação pode ser observada dentro dos grandes municípios, que contêm, na verdade, várias regiões de saúde dentro deles. O mesmo problema de gestão regional eficiente, mas com menor grau de dificuldade do que nos espaços supramunicipais (MAGALHÃES, 2014, p. 18).

A solidariedade pactuada entre União, estado e município para o cumprimento de efetivação das regiões de saúde e seus respectivos municípios polos, é um excesso de burocracia que, muitas vezes, não se aplica na prática. O Plano Diretor de Regionalização define bem o papel de cada ente político no cumprimento de sua obrigação. Todavia, essa proposta que segue uma linha hierárquica de planejamento de atividades, nem sempre, é executada pela região de saúde responsável. Com isso, essa responsabilidade é repassada (in)diretamente aos municípios polos e os demais, que podem ou não cumprir essas obrigações, de forma parcial ou integral.

Portanto, nesse processo de repartição de cumprimento de obrigações de administração pública de saúde, cabem aos gestores regionais, municipais, e a população se comunicarem e diagnosticarem as necessidades de cada espaço geográfico e, juntos, solidariamente pactuados, devem cumprir a agenda de políticas da saúde. O “empurra-empurra” dela não se trata apenas de burocracia, mas de um crime estatal, sendo o pobre, ainda, o único condenado por um crime do qual ele é apenas vítima de negligência dos políticos que estão no exercício do poder e que (i)legitimamente o pune, ferindo o seu

princípio de cidadania e dignidade humana, conforme o art. 1º, incisos II e III, da Constituição Federal de 1988.

3.3 Redes de atenção à saúde

No Brasil, as discussões e planos de criação e execução das Redes de Atenção à Saúde (RAS) iniciam-se a partir da década de 1990, tendo como princípios norteadores a Constituição de 1988: a integralidade, a universalidade e a equidade. É com a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que se estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

O presente documento trata das diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS,) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem. O texto foi elaborado a partir das discussões internas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e no Grupo de trabalho de Gestão da Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite, composto com representantes do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2010, s/p).

Segundo essa Portaria (2010), a justificativa para esse projeto de redes integradas decorre de que o modelo anterior de prestação de serviços de atenção à saúde é fragmentado, isto é, não havia conexão entre as Regiões de saúde em suas ações e serviços. Logo, ele não consegue atender as necessidades básicas do atual cenário brasileiro, o qual é caracterizado pela

diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país (BRASIL, 2010, s/p).

Assim, observa-se que antes desse processo de redes integradas havia um cenário onde havia uma intensa fragmentação dos serviços ofertados, por exemplo, falta de financiamento, dificuldade de gestão, incoerência entre a oferta e os serviços prestados. Destaca-se, nesse período, um Brasil marcado por três doenças de países subdesenvolvidos: parasitas, infecções e desnutrição. Além disso, a carência de atendimento eficaz no combate ao tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade, entre outras doenças.

Para superar essas doenças, a RAS é uma política de saúde criada para combatê-las. É com certeza uma tecnologia eficiente para tratar boa parte desses problemas de saúde em nível de regionalização hierarquizada. Todavia, sua aplicabilidade enfrenta desafios na administração da saúde pública, à qual requer gestores competentes na área do SUS e, principalmente, o cumprimento do pacto político cooperativo entre: União, estado e municípios.

O projeto de Redes de Atenção à Saúde iniciou-se em 1920, no Reino Unido, a partir do Relatório Dawson, do Ministério da Saúde Britânico, cujo propósito foi a organização de forma regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, visando a ampliação de atendimento e o acesso deles a toda população, por nível de complexidade e fundamentação geográfica definida. Esse documento contribuiu para o desenvolvimento do sistema de saúde britânico, em 1948, e serviu de modelo de implantação em diversos países da América do Norte e Europa (LAVRAS, 2011).

Por outro lado, esse avanço das RAS, ainda está em fase de desenvolvimento na América Latina, sendo o Chile, o país que apresenta o sistema mais desenvolvido (MENDES, 2001). Em relação ao Brasil, igualmente, a RAS, embora prevista no texto constitucional de 1988, inicia-se com o Pacto pela Saúde (2006); e o Decreto nº 7.508/2011. Logo, ainda, a RAS está em curso de desenvolvimento no Estado brasileiro.

Para Mendes (2009), as redes são formas de organização poliárquica, isto é, a reunião delas tem a finalidade de prestar serviços de saúde através de cooperação e interdependência, os quais ofertam uma atenção contínua e integral a uma população específica, que é coordenada pela atenção primária à saúde. Portanto, para a prestação efetiva desses serviços deve obedecer os seguintes critérios: tempo, lugar, custo e qualidade. O rigor deles é a garantia de que determinada população receberá atendimento humanizado e dentro dos princípios do SUS.

O conceito de redes para a Organização Mundial de Saúde (2008) é fundamentado na gestão e oferta de serviços, a fim de que o paciente possa receber serviços de prevenção e

curativos, com base em suas necessidades ao longo da vida e em diferentes níveis de atenção à saúde.

A Organização Panamericana de Saúde (1993) define as redes como uma forma de organização que presta serviços de saúde a uma específica população, seguindo à luz do princípio da equidade e os fatores econômicos de gestão.

Embora o conceito de sociedade em rede, de Castells (2000), não seja específico da área de saúde, em razão de ser amplo, infere-se que a sua conceituação pode ser adequada a essa categoria, a fim de compreender como que a internet – rede mundial de computadores, que permite a comunicação virtualmente entre todos, com acesso a numerosas fontes de informação, envio de correio eletrônico, serviços comerciais, serviços de saúde, etc – revolucionou e alterou o modelo tradicional de redes de atenção à saúde, uma vez que ela atravessa todas as formas de organização da sociedade e implica em novas tecnologias de informação e comunicação em saúde através de redes conectadas por computadores, as quais permitem romper barreiras físicas e temporais. Com isso, se essas redes virtuais forem bem administradas, aumenta-se as expectativas de vida do paciente, o qual poderá ser atendido no espaço geográfico mais adequado para receber o tratamento de saúde eficaz.

Apesar da ampla conceituação de redes de atenção à saúde, Mendes (2011) afirma que elas têm os seguintes aspectos em comum: “interdependência, autonomia, confiança, cooperação e relações relativamente estáveis” (MENDES, 2011, p.546). Conclui-se, assim, que elas conectam as ações e os serviços de saúde a partir da interação social entre os agentes responsáveis pela operacionalização das ferramentas administrativas em atenção à saúde, com foco exclusivo no paciente, que deve ser o alvo de todo o fluxo das redes.

Do ponto de vista do SUS, as redes de atenção à saúde são conceituadas como “arranjos organizativos e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integridade do cuidado” (BRASIL, 2010). Entende-se, então, que a finalidade das RAS, segundo a conceituação do SUS, é promover a integração de ações e serviços de saúde, ou seja, deve-se promover saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, tendo como fundamentação evidente os princípios e diretrizes do SUS.

A Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 descreve seis (6) diretrizes relevantes das RAS:

- (1) Formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS):

Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular. São exemplos de pontos de atenção à saúde: os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital/dia, entre outros (BRASIL, 2010, s/p).

- (2) Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação, ou seja, o SUS é organizado em redes através de APS. Ela é o primeiro contato do paciente com o SUS, o qual receberá instruções dela para continuar o seu fluxo pelos pontos de atenção à saúde em rede. Dessa forma, a APS é uma metodologia para assegurar que o paciente receba o atendimento e tratamento adequado e eficaz.
- (3) Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica: trata-se de estudar as necessidades locais de cada população, a fim de prevenir e tratar doenças de uma determinada região populacional.
- (4) Ofertar atenção contínua e integral: é a previsão de que os serviços de saúde do SUS devem ser suficientes para atender a maior parte dos casos encaminhados das APS. A menor parte deve seguir para os outros níveis de atenção à saúde.
- (5) Cuidado multiprofissional: pressupõe-se pela complexidade de doenças na sociedade, que haja uma equipe de médicos especializados em diversas áreas para atender os casos mais simples e os mais complexos.
- (6) Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos: referem-se aos resultados das pesquisas de determinada região populacional com o objetivo de planejar o melhor atendimento ao paciente, em termos de recursos físicos, tecnológicos, financeiros e, principalmente, recursos humanos.

3.4 Os fundamentos das redes de atenção à saúde

Ainda de acordo com a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, existem alguns fundamentos estruturantes das RAS:

(1) A Economia de Escala:

ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos se distribuem por um maior número dessas atividades, sendo o longo prazo, um período de tempo suficiente para que todos os insumos sejam variáveis. Desta forma, a concentração de serviços em determinado local racionaliza custos e otimiza resultados, quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizem sua instalação em cada município isoladamente (BRASIL, 2010, s/p).

Para Mendes (2002), na lógica da Economia de Escala, os serviços mais baratos tecnologicamente, isto é, que empregam menos recursos físicos e humanos, são encontrados em maior número pelo espaço geográfico. O mesmo não ocorre com os serviços de tecnologia de ponta, ou seja, os mais caros, que estão concentrados em um determinado município que tem um potencial maior para atender não apenas os seus habitantes, como os das cidades vizinhas.

(2) Qualidade:

um dos objetivos fundamentais do sistema de atenção à saúde e da RAS é a qualidade na prestação de serviços de saúde. A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de graus de excelência do cuidado que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: segurança (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); efetividade (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); centralidade na pessoa (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); pontualidade (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); eficiência (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e equidade (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde) (BRASIL, 2010, s/p).

(3) Suficiência: é o conjunto de ações e serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades de saúde da população e inclui cuidados primários, secundários, terciários, reabilitação, preventivos e paliativos, realizados com qualidade.

(4) Acesso:

ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado. Deverão ser estabelecidas alternativas específicas na relação entre acesso, escala, escopo, qualidade e

custo, para garantir o acesso, nas situações de populações dispersas de baixa densidade populacional, com baixíssima oferta de serviços. O acesso pode ser analisado através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários (BRASIL, 2010, s/p).

(5) Disponibilidade: “A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergência quanto de eletividade” (BRASIL, 2010, s/p).

(6) Comodidade: está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para atendimento, entre outros (BRASIL, 2010).

(7) Aceitabilidade: está relacionada à satisfação dos usuários quanto à localização e à aparência do serviço, à aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (BRASIL, 2010).

(8) Integração Vertical: consiste na articulação de diversas organizações ou unidades de produção de saúde responsáveis por ações e serviços de natureza diferenciada, sendo complementar (agregando resolutividade e qualidade neste processo) (BRASIL, 2010).

(9) Integração Horizontal:

consiste na articulação ou fusão de unidades e serviços de saúde de mesma natureza ou especialidade. É utilizada para otimizar a escala de atividades, ampliar a cobertura e a eficiência econômica na provisão de ações e serviços de saúde através de ganhos de escala (redução dos custos médios totais em relação ao volume produzido) e escopo (aumento do rol de ações da unidade) (BRASIL, 2010, s/p).

(10) Processos de Substituição

São definidos como o reagrupamento contínuo de recursos entre e dentro dos serviços de saúde para explorar soluções melhores e de menores custos, em função das demandas e das necessidades da população e dos recursos disponíveis. Esses processos são importantes para se alcançar os objetivos da RAS, no que se refere a prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo. A substituição pode ocorrer nas dimensões da

localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. Ex: mudar o local da atenção prestada do hospital para o domicílio; transição do cuidado profissional para o autocuidado; delegação de funções entre os membros da equipe multiprofissional, etc. (BRASIL, 2010, s/p).

(11) Regiões de Saúde ou Abrangência

A organização da RAS exige a definição da região de saúde, que implica na definição dos seus limites geográficos e sua população e no estabelecimento do rol de ações e serviços que serão ofertados nesta região de saúde. As competências e responsabilidades dos pontos de atenção no cuidado integral estão correlacionadas com abrangência de base populacional, acessibilidade e escala para conformação de serviços. A definição adequada da abrangência dessas regiões é essencial para fundamentar as estratégias de organização da RAS, devendo ser observadas as pactuações entre o estado e o município para o processo de regionalização e parâmetros de escala e acesso (BRASIL, 2010, s/p).

(12) Níveis de Atenção:

Fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança da RAS, estruturam-se por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (APS), ao de densidade tecnológica intermediária, (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde) (BRASIL, 2010, s/p).

3.5 Os atributos das redes de atenção à saúde

Em consonância com a Portaria GM nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, os atributos essenciais das RAS são:

População e territórios definidos. Extensa gama de estabelecimentos de saúde prestando diferentes serviços. APS como primeiro nível de atenção. Serviços especializados. Mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um. Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum. Ampla participação social. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico. Recursos suficientes. Sistema de informação integrado. Ação intersetorial. Financiamento tripartite. Gestão baseada em resultados (BRASIL, 2010, s/p).

Os fundamentos e os atributos são essenciais no projeto de criação e execução das RAS. Espera-se, com isso, que as ações e os serviços dos SUS, em conformidade com seus princípios e diretrizes, sejam alcançados.

A Rede de Atenção à Saúde é composta de três elementos essenciais: população; estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

O primeiro elemento, a população, é identificado pela a área geográfica, à qual está vinculada a uma RAS, que está situada em uma região de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização e Investimentos (PDRI). O reconhecimento dessa população segue

O processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sociossanitários; a vinculação das famílias à Unidade de APS/Equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2011).

A estrutura operacional, segundo elemento, é estruturada pelos pontos de atenção das redes e pelas ligações (i)materiais que fazem parte desses diferentes serviços. Ela é composta de cinco (5) componentes: centro de comunicação; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistemas de governança (MENDES, 2008).

O centro de comunicação é coordenado pela Atenção Primária à Saúde. É responsável pelo funcionamento das redes, controlando os fluxos e contra fluxos desse sistema. Assim, informa o usuário do SUS sobre os pontos de atenção à saúde e o orienta como e onde ele deve ser atendido (MENDES, 2008).

Os pontos de atenção à saúde secundários e terciários são locais de atendimentos especializados: hospitais, UPAs, Samu. Eles têm mais recursos (físico e humano) para atender o usuário em casos de urgência e emergência. Com isso, entram como suportes fundamentais da APS.

Os sistemas de apoio são divididos em três: sistema de apoio e diagnóstico e terapêutico; sistema de assistência farmacêutica; e sistema de informação em saúde. Todos esses locais, portanto, prestam serviços de saúde para todos os pontos de atenção.

Os sistemas logísticos são meios de acesso ao SUS através das novas tecnologias de informação e comunicação. Destaca-se o cartão do SUS, que contém todas as informações do usuário e lhe permite atendimento nacional em todos os pontos de atenção à saúde. Além dele, observa-se a importância do prontuário clínico; do sistema de acesso regulado à atenção à saúde e ao sistema de transporte (pessoas, carga de material biológico e resíduos sólidos).

Para Mendes (2010), os sistemas de governança são compostos por: Comissões Intergestores; Comissões Intergestores Tripartite, no âmbito federal; Comissões Intergestores Bipartite, no âmbito estadual e nas regiões de saúde, Comissões Intergestores Regionais; ações e estratégias, com a finalidade de administrar, de maneira compartilhada e interfederativa, as relações entre o centro de comunicação; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio; e os sistemas logísticos. Com isso, espera-se progresso e resultados positivos nos serviços de saúde, principalmente, os que se referem aos recursos econômicos, mas não somente financeiros e, isso inclui: economia de tempo e espaço, uma vez que houve todo um planejamento desses elementos constitutivos das redes de atenção à saúde.

Por fim, o último elemento: o modelo de atenção à saúde, o qual está fundamentado em lógicas estruturais e operacionais que devem atender a diversidade de regiões e os seus respectivos quadros de saúde, que são variáveis de local para local. Por isso, fala-se em diferentes modelos de atenção à saúde, uma vez que cada território apresenta muitas vezes problemas diversos que requerem intervenções particulares para cada caso concreto.

A Rede de Atenção à Saúde é, portanto, composta de população; estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. A ausência de um desses elementos essenciais compromete o seu fluxo, concomitante, a eficiência dos serviços de saúde são afetados e o usuário do SUS é o mais prejudicado em todo esse processo.

3.6 Os desafios para implantação das redes de atenção à saúde

Há 31 anos, a Constituição Federal de 1988, através do Poder Constituinte Originário, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Pelo tempo de sua criação, espera-se que ele tenha avançado dentro de sua projeção de princípios. Contudo, existem muitos entraves para solucioná-lo, os quais não são de planejamento em políticas públicas de saúde, mas de interesses políticos e econômicos que não se acertam e, conseqüentemente, deixa-o ser administrado com poucos recursos físicos e humanos.

Nesse sentido, o SUS é visto pela maioria de seus usuários como um sistema de saúde precário. Contudo, sabe-se, que a precarização do SUS não está no seu projeto de elaboração composto pela Constituição e a extensão de suas leis infraconstitucionais. O problema do SUS, assim como a maior parte dos serviços públicos, está no desvio de verbas, marcado pela corrupção e pelo interesse do poder local e regional em lucrar com o dinheiro do contribuinte,

que procura à saúde pública como única alternativa e esperança de atendimento, de tratamento e de salvação de sua vida ou de um familiar.

No Brasil, a corrupção política e econômica têm sido um freio para o desenvolvimento social do SUS, o qual não consegue se consolidar, qualificar, expandir e, se manter integralmente, do ponto de vista universal, equânime e de qualidade, conforme a previsão do texto constitucional e infraconstitucional.

Apesar dos entraves nas políticas de saúde do SUS e do desânimo geral que se instaura na população que carece desses serviços, quanto dos poucos profissionais que ainda acreditam nelas, é preciso reafirmar o pacto de saúde e cobrar de todos que (in)diretamente são responsáveis pela administração e o desenvolvimento delas e, assim, assegurar um atendimento, no mínimo mediano, principalmente, aos mais pobres, que não têm condições financeiras de optar por um plano de saúde ou pagar por serviços privados dessa área.

Nesse sentido, do ponto de vista de se fazer direito e empregar corretamente o dinheiro do contribuinte, a fim de se fazer justiça, o ideal é que ele recebesse do SUS um atendimento de excelência. Contudo, no Brasil, direito e justiça, nem sempre, são para os pobres, os quais sofrem literalmente na pele a arbitrariedade desses princípios constitucionais, que são interpretados conforme o interesse político e econômico dos que estão na governança. Logo, o que se verifica, no SUS, é um serviço medíocre ofertado aos pobres, concomitantemente, uma crise moral e ética instalada, há anos, na política brasileira, que não enxerga o paciente como um sujeito de direitos, mas como um objeto, ou melhor, uma moeda de desvio de verbas públicas para fins particulares e acúmulos de injustiça social.

Desconstruir essa cultura é um processo educacional a longo prazo, o qual demanda esforços de todos. Apesar dos limites e freios na consolidação, qualificação e expansão do SUS, pode-se inferir quatro políticas urgentes, que os municípios devem adotar e investir para a criação das RAS, sob controle das APS: financiamento, gestão, orientação dos serviços da APS baseada na população e a valorização social e política da APS (MENDONÇA, 2011).

O financiamento é essencial para a implantação da APS, o qual nasce da conjuntura política dos três entes federativos: União, estados e municípios. Esse investimento financeiro é de responsabilidade administrativa dos três. No entanto, esse contrato tripartite, muitas vezes, é composto de inadimplemento de um ou de outro ente federativo. Os resultados de não cumprimento dessa obrigação de financiamento têm se tornado comum, no Brasil. Em razão disso, os serviços de saúde da APS e suas extensões para as RAS são, definitivamente, limitados, o que gera um corte literalmente financeiro no fluxo, não apenas das RAS, mas de todo o SUS (OPAS, 2011).

A política de gestão analisada por Mendonça (2009) aponta que a maior dificuldade está em posicionar a Atenção Primária em Saúde (APS), através da Estratégia Saúde da Família:

A organização dos serviços de saúde da Atenção Primária por meio da ESF prioriza ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Em expansão por todo o território nacional, a ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território. A ESF propõe que a atenção à saúde centre-se na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p.59).

Por meio de gerência administrativa da ESF é possível extrair informações essenciais da população de um determinado território, a fim de identificar os tipos de doenças recorrentes e os serviços de saúde mais procurados. Dessa forma, o posicionamento logístico da (APS), com base nesses dados locais da (ESF), é ferramenta de gestão importante de controle, coordenação e integração dos pontos de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Outrossim, a orientação dos serviços básicos de saúde deve atender, adequadamente, ao número de procura:

A oferta de cuidados de saúde na rede básica e, particularmente, na ESF depende intensamente de processos organizacionais e das práticas profissionais. Ao lado dos desafios relacionados com a melhoria da estrutura dos serviços, a qualificação de processos de organização e gestão do cuidado por equipe multiprofissional é essencial para aumentar a efetividade da ESF, considerando seu efeito mediador na atenção à saúde. Para garantir o acesso, a integralidade e a resolutividade, é preciso aprimorar os fluxos dos usuários no interior do serviço, desde a recepção até a sua saída ao final do atendimento. O agendamento, o acolhimento, o vínculo, a demanda espontânea e a demanda programada, a atribuição de cada profissional da equipe, as relações do serviço com serviços da rede de atenção e com serviços de apoio diagnóstico e terapêutico precisam ser discutidos e pactuados com as equipes e com a gestão municipal (DILÉRIO et al, 2018, p. 216).

A demanda de usuários do SUS que procuram pelos serviços de saúde deve ser monitorada, analisada e equilibrada. Com o controle de procura é possível a previsão de orçamento, gestão e de recursos físicos e humanos. Por isso, esse monitoramento de demanda é essencial para controlar e manter os pontos das Redes de Atenção à Saúde funcionando em equilíbrio, de modo que cada ponto de saúde receba o suficiente para atender o seu público-alvo. Assim, os pontos administrados ficam equilibrados e cada um só tem acesso aos recursos que realmente precisa e faz uso constante.

A última política discute a importância da valorização social e política da APS. Trata-se de um desafio de resgatar a confiança do brasileiro no SUS, o qual precisa acreditar que faz parte desse espaço de saúde. Assim como Levebvre (2001), em o direito à cidade, o direito à saúde é um direito à vida e a inscrição de cada sujeito no espaço de forma digna, onde ele se sinta seguro.

Considerando as informações anteriores, conclui-se, que o objetivo principal das Redes de Atenção à Saúde é oferecer à população uma atenção à saúde de forma integral, de qualidade, prática, operada pela regionalização e conectada aos vários pontos de atenção. Assim, espera-se, que essas metas sejam priorizadas e alcançadas.

3.7 O processo de implantação das redes temáticas pactuadas no SUS

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da aprovação dessa lei, ficou estabelecido que cinco (5) redes temáticas essenciais seriam implantadas nas regiões de saúde do país: (1) Rede Cegonha; (2) Rede de Atenção às Urgências; (3) Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; (4) Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e (5) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas.

- 1) A Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) a Rede Cegonha, que

Art. 1º Consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao

crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha foi a primeira rede criada para atender à saúde materna e infantil de um determinado território, com vistas a conectá-lo a pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, do sistema logístico e da governança (BRASIL, 2015).

A sua implantação e a operacionalização são feitas pela Secretaria de Estado de Saúde (SES), à qual conta com o apoio de membros internos da SES; de agentes externos do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMNS); e do Ministério da Saúde. Os três são responsáveis pela coordenação da Rede Cegonha nas regiões de saúde. A previsão da Portaria 1.459 prevê o cumprimento desses serviços de saúde a partir da execução das cinco fases a seguir: (1) adesão e diagnóstico; (2) desenho regional da Rede Cegonha; (3) contratualização dos Pontos de Atenção; (4) qualificação dos componentes; e (5) certificação.

O resultado dessas fases operacionais da Rede Cegonha deve colaborar para que o público-alvo desses serviços de saúde tenha acesso ao pré-natal; ao parto e nascimento; ao puerpério e atenção integral à saúde da criança; e ao sistema logístico.

O pré-natal é parte essencial da estrutura da rede, sendo a APS obrigada a coordená-lo e informar a gestante de todos os procedimentos durante a gravidez.

Em sequência desses cuidados de pré-natal, o parto e o nascimento devem ser organizados por região, que tenha recursos físicos: leitos obstétricos e o neonatais (UTI, UCI e Canguru); e equipe profissional.

A APS é responsável, do mesmo modo, pelos cuidados do puerpério e atenção integral à saúde da criança. Cabe, portanto, acompanhamento e promoção do aleitamento materno, prevenção de doenças e orientação sexual.

Outro reforço seria o sistema logístico que objetiva transportar as gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco, através do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (Samu – Cegonha) para atendimento médico. Entretanto, as ambulâncias do Samu não foram adaptadas para a Rede Cegonha. Logo, esse público de alto risco deve buscar o tratamento convencional no local mais próximo de atendimento.

Os recursos da Rede Cegonha são provenientes da União, estados, distrito federal e municípios.

- 2) A Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 2º Constituem-se diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;

II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);

III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde [...] (BRASIL, 2011)

O foco da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é centrado em doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos. A previsão é de que ela seja implantada em todo o território nacional, seguindo a lógica epidemiológica e populacional. “Como toda rede, a atuação é territorial, com definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde das populações, seus riscos e vulnerabilidades específicos” (BRASIL, 2015, p.69).

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é composta por: Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências e emergências; Sala de Estabilização; Força Nacional de Saúde do SUS; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas; Hospitalar; Atenção Domiciliar (BRASIL, 2015).

Com base na composição citada, apresenta-se apenas as diretrizes das portarias do SAMU; UPA 24h e os serviços de urgência 24 horas.

A regionalização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) está prevista nos artigos: 7º ao 10º:

Art. 7º O componente SAMU 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pela presente Portaria.

§ 1º Cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária.

Art. 8º A regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional e poderá ocorrer das seguintes formas:

I - regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes;
 II - regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes; e
 III - implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências.

§ 1º O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional, corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, conseqüentemente, a adequada atenção aos pacientes.

Art. 9º Os Municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possuem SAMU 192 poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências.

Art. 10. Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação da cobertura do componente SAMU 192 às peculiaridades regionais que estarão detalhadas no respectivo projeto (BRASIL, 2012, s/p).

A Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011, estabeleceu as diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências:

Art. 1º Esta Portaria estabelece diretrizes para implantação do componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências.

§ 1º A Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 h) é o estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências.

§ 2º As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h) devem ser implantadas em locais/unidades estratégicas para a configuração da rede de atenção às urgências, em conformidade com a lógica de acolhimento e de classificação de risco (BRASIL, 2011, s/p).

Em 2014, a Portaria nº 104, de 15 de janeiro, redefiniu essas diretrizes para a implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas não hospitalares da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA

Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal.

A Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011, aprovou a Linha de Cuidado do Infarto Agudo do Miocárdio e o Protocolo de Síndromes Coronarianas Agudas, cria e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

Esses serviços são classificados em média e alta complexidade. Por isso, eles não são oferecidos em qualquer instituição, uma vez que requerem “infraestrutura própria de terapia intensiva, apoio diagnóstico e terapêutico para os pacientes com SRA, incluindo recursos humanos qualificados, métodos diagnósticos não invasivos e invasivos e oportunidade de tratamento percutâneo e cirúrgico em caráter de urgência” (BRASIL, 2015, p. 76).

A Portaria GM/MS n. 665 de 12 de abril de 2012 dispõe sobre os critérios de habilitação dos estabelecimentos hospitalares como Centro de Atendimento de Urgência aos Pacientes com Acidente Vascular Cerebral (AVC), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), institui o respectivo incentivo financeiro e aprova a Linha de Cuidados em AVC.

Art. 5º Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo I os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que disponibilizam e realizam o procedimento com o uso de trombolítico, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) específico, e que cumpram os seguintes requisitos:

- I - realizar atendimento de urgência vinte e quatro horas por dia, todos os dias da semana, inclusive finais de semana;
- II - realizar exame de tomografia computadorizada de crânio nas vinte e quatro horas do dia;
- III - dispor de equipe treinada em urgência para atendimento aos pacientes com AVC, composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e coordenada por neurologista com título de especialista em neurologia reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) ou Conselho Regional de Medicina (CRM) ou residência médica em Neurologia reconhecida pelo Ministério da Educação (MEC);

Art. 6º Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo II os estabelecimentos hospitalares que desempenham o papel de referência para atendimento aos pacientes com AVC, que cumpram todos os requisitos exigidos no art. 5º desta Portaria e que disponham de:

- I - Unidade de Cuidado Agudo ao AVC (U-AVC Agudo), que deverá:
 - a) ultrassonografia doppler colorido de vasos (exame de doppler de artérias cervicais);
 - b) realizar atendimento ao paciente com AVC agudo até setenta e duas horas de internação oferecendo, inclusive, tratamento trombolítico endovenoso para o AVC isquêmico;
 - c) realizar atendimento de forma multiprofissional, com a inclusão de fisioterapia e fonoaudiologia; e

- d) garantir que o tratamento de fase aguda seja coordenado por neurologista;
- e) realização dos seguintes procedimentos:
- f) Eletrocardiograma (ECG);
- g) serviço de laboratório clínico em tempo integral;
- h) serviço de radiologia;

Art. 7º Serão habilitados como Centros de Atendimento de Urgência Tipo III aos pacientes com AVC, os estabelecimentos hospitalares que cumprirem todos os requisitos exigidos nos arts. 5º e 6º e que disponham de:

I - Unidade de Cuidado Integral ao AVC (U-AVC Integral), que inclui a Unidade de Cuidado Agudo ao AVC, podendo compartilhar ou não o mesmo espaço físico;

II - no mínimo, dez leitos;

III - atendimento da totalidade dos casos de AVC agudo admitidos na instituição, exceto aqueles que necessitem de terapia intensiva e aqueles para os quais for definido por suporte com cuidados paliativos;

IV - tratamento da fase aguda, reabilitação precoce e investigação etiológica completa;

V - ambulatório especializado, preferencialmente próprio, podendo também ser referenciado, para dar suporte à RUE (BRASIL, 2012, s/p).

A Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013, aprova e institui a Linha de Cuidado ao Trauma na Rede de Atenção às Urgências e Emergências:

Art. 2º São objetivos da Linha de Cuidado ao Trauma:

I. Reduzir a morbimortalidade pelo trauma no Brasil, por meio de ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde e implantação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE;

II. Desenvolver ações voltadas à vigilância e prevenção do trauma por meio de incentivo para implantação de núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (PVPS) e projetos de prevenção relacionados ao trauma;

III. Estabelecer a Rede de Atendimento Hospitalar ao Trauma, objetivando ampliar e qualificar o acesso humanizado e a atenção integral ao paciente traumatizado;

IV. Estabelecer e implementar a Linha de Cuidado ao Trauma e habilitar Centros de Trauma, para realização do atendimento hierarquizado e referenciado;

V. Ampliar o acesso regulado dos pacientes vítimas de trauma aos cuidados qualificados em todos os pontos de atenção da RUE;

VI. Incentivar processos formativos para os profissionais de saúde envolvidos na atenção ao trauma em todos os níveis e pontos de atenção, inclusive para aqueles que atuem diretamente nas centrais de regulação;

VII. Estruturar e descrever a Linha de Cuidado ao Trauma desde a cena à atenção hospitalar e reabilitação, bem como na prevenção ao trauma;

VIII. Disseminar o conhecimento de que o trauma é um agravo que se tornou um problema de saúde pública, sendo hoje uma das principais causas de adoecimento e mortalidade da população brasileira e que pode ser prevenido e evitado;

IX. Fortalecer a implantação e implementação da Linha de Cuidado ao Trauma na RUE como prioritária na estruturação da atenção em Urgência no SUS;

X. Sensibilizar e capacitar os profissionais de saúde que atuam na RUE para a notificação compulsória dos casos de violência doméstica, sexual e outras violências (BRASIL, 2013, s/p).

- 3) A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;
- II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e
- III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Atenção Psicossocial:

- I - promover cuidados em saúde especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas);
- II - prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas;
- III - reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas;
- IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária;
- V - promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde;
- VI - desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede;
- VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial; e
- IX - monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção (BRASIL, 2011, s/p).

- 4) A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 3º São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

I - ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Art. 4º São objetivos específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

I - promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;

II - desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;

III - ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);

IV - promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;

V - promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde;

VI - desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;

VII - produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais;

VIII - regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e

IX - construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2012, s/p).

- 5) A Portaria nº 483, de 1 de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado:

Art. 2º Para efeito desta Portaria, consideram-se doenças crônicas as doenças que apresentam início gradual, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento envolva mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que, usualmente, não leva à cura.

Art. 4º São objetivos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

Art. 5º São objetivos específicos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

I - ampliar o acesso dos usuários com doenças crônicas aos serviços de saúde;

II - promover o aprimoramento da qualidade da atenção à saúde dos usuários com doenças crônicas, por meio do desenvolvimento de ações coordenadas pela atenção básica, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;

III -propiciar o acesso aos recursos diagnósticos e terapêuticos adequados em tempo oportuno, garantindo-se a integralidade do cuidado, conforme a necessidade de saúde do usuário;

IV - promover hábitos de vida saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, como ações de prevenção às doenças crônicas;

V - ampliar as ações para enfrentamento dos fatores de risco às doenças crônicas, tais como o tabagismo e o consumo excessivo de álcool;

VI - atuar no fortalecimento do conhecimento do usuário sobre suas doenças e ampliação da sua capacidade de autocuidado e autonomia; e

VII - impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas (BRASIL, 2014, s/p).

A Portaria nº 424, de 19 de março de 2013, discute as diretrizes para a organização da prevenção e do tratamento do sobrepeso e obesidade como linha de cuidado prioritária da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas:

Art. 5º As Comissões Intergestores Bipartite (CIB), Comissões Intergestores Regionais (CIR) e o Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) pactuarão planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade a partir do estabelecido nesta Portaria e da estratificação de risco da população adstrita, nos quais deve constar a oferta de cuidado nos diferentes pontos de atenção, bem como a regulação do acesso às ações e serviços dos Componentes Atenção Especializada, subdivisões Ambulatorial Especializado e Hospitalar e Sistemas de Apoio, conforme os Anexos I e II.

§ 1º Caso a região de saúde tenha Contrato Organizativo de Ação Pública em Saúde (COAP), a pactuação da linha de cuidado de obesidade será a ele integrado.

§ 2º A elaboração dos planos regionais para organização da linha de cuidado do sobrepeso e obesidade observará as diretrizes clínicas dispostas no Anexo I.

§ 3º A pactuação de que trata o "caput" é pré-requisito para habilitação de Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade, conforme normas de credenciamento e habilitação definidas pelo Ministério da Saúde em atos normativos específicos.

§ 4º O Serviço de Assistência de Alta Complexidade ao Indivíduo Portador de Obesidade será regulamentado em ato normativo específico do Ministério da Saúde.

Art. 6º Aos indivíduos submetidos ao tratamento cirúrgico da obesidade será garantida a realização de cirurgia plástica reparadora, cujos critérios constarão em atos normativos específicos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013, s/p).

A Portaria nº 389, de 13 de março de 2014, definiu os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico:

Art. 19. A Unidade Especializada em DRC terá a seguinte equipe mínima:

- I - médico nefrologista;
- II - enfermeiro;
- III - nutricionista;
- IV - psicólogo; e
- V - assistente social.

Art. 20. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de HD, terá a seguinte equipe mínima:

- I - 1 (um) médico nefrologista que responda pelos procedimentos e intercorrências médicas como Responsável Técnico;
- II - 1 (um) enfermeiro, especializado em nefrologia, que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico;
- III - médico nefrologista;
- IV - enfermeiro especialista em nefrologia;
- V - assistente social;
- VI - psicólogo;
- VII - nutricionista;
- VIII - técnico de enfermagem;
- IX - técnico de enfermagem exclusivo para o reprocessamento dos capilares;
- X - funcionário exclusivo para serviços de limpeza.
- XI - técnico responsável pela operação do sistema de tratamento de água para diálise, para os serviços que possui o programa de hemodiálise.

Art. 21. A Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia que ofertar a modalidade de DPAC ou DPA terá a seguinte equipe mínima:

- I - médico nefrologista, como responsável técnico;
- II - enfermeiro nefrologista, como responsável técnico;
- III - nutricionista;
- IV - psicólogo;
- V - assistente social; e
- VI - técnico de enfermagem (BRASIL, 2014).

A Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013, instituiu a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS):

Art. 21. São responsabilidades do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seu âmbito de atuação, além de outras que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

- I - organizar a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS, considerando-se todos os pontos de atenção, bem como os sistemas logísticos e de apoio necessários para garantir a oferta de ações de promoção, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, de forma oportuna, para o controle do câncer;

II - ter atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de saúde, a partir do perfil epidemiológico do câncer e das necessidades de saúde;

Art. 23. Às Secretarias de Saúde dos Estados compete:

I - definir estratégias de articulação com as Secretarias Municipais de Saúde com vistas ao desenvolvimento de planos regionais para garantir a prevenção e o cuidado integral da pessoa com câncer;

II - coordenar a organização e a implantação dos planos regionais e da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS;

III - coordenar o apoio aos Municípios para organização e implantação das linhas de cuidado de tumores específicos;

Art. 24. Às Secretarias Municipais de Saúde compete:

I - pactuar regionalmente, por intermédio do Colegiado Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) todas as ações e os serviços necessários para a atenção integral da pessoa com câncer, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP);

II - planejar e programar as ações e os serviços necessários para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se sua base territorial e as necessidades de saúde locais;

III - organizar as ações e serviços de atenção para a prevenção e o controle do câncer, assim como o cuidado das pessoas com câncer, considerando-se os serviços disponíveis no Município;

IV - planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender a população e operacionalizar a contratualização dos serviços, quando não existir capacidade instalada no próprio Município;

V - pactuar as linhas de cuidado na região de saúde, garantindo a oferta de cuidado às pessoas com câncer nos diferentes pontos de atenção;

VI - pactuar a regulação e o fluxo de usuários entre os serviços da rede de atenção à saúde, visando à garantia da referência e da contrarreferência regionais de acordo com as necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2013, s/p).

CAPÍTULO 3

4 O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NOS ESTADOS BRASILEIROS

4.1 A importância do Plano Diretor de regionalização na operacionalização das ações

Tendo em vista o reconhecimento da importância do Plano Diretor de regionalização na operacionalização das ações, e da sua obrigatoriedade, procurou levantar alguns planos de regionalização da saúde de alguns estados, no sentido de identificar sua estrutura e ter elementos para avaliar o Plano de regionalização da saúde de Goiás. As informações do quadro 2 PDR-Brasil foram obtidas a partir de uma pesquisa com as ferramentas do Google buscador e de acesso aos sites das Secretarias de Estado de Saúde, procurando identificar a existência dos referidos planos e verificou-se que apenas seis (6) dos 26 estados e o Distrito Federal ainda não têm o Plano Diretor de Regionalização, o qual encontra-se em fase de elaboração.

Quadro 3 – Existência de Plano Diretor de Regionalização dos estados brasileiros.

Estado	Situação
Acre	Em elaboração
Alagoas	Existente
Amapá	Em elaboração
Amazonas	Em elaboração
Bahia	Existente
Ceará	Existente
Espírito Santo	Existente
Goiás	Existente
Maranhão	Em elaboração
Mato Grosso	Existente
Mato Grosso do Sul	Existente
Minas Gerais	Existente
Pará	Em elaboração
Paraíba	Existente
Paraná	Existente
Pernambuco	Existente
Piauí	Existente
Rio de Janeiro	Existente
Rio Grande do Norte	Existente
Rio Grande do Sul	Existente
Rondônia	Em elaboração
Roraima	Inexistente
Santa Catarina	Existente
São Paulo	Existente
Sergipe	Existente
Tocantins	Existente
Distrito Federal	Existente

Fonte: Pesquisa na internet (2019). Organização: Da autora (2019).

Dos entes federados pesquisados, o interesse de comparação é a região Centro-Oeste e desta forma, procurou-se tecer algumas reflexões sobre os planos diretores de regionalização da saúde de Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, mais o Distrito Federal. Apesar de o Estado de Minas Gerais não fazer parte dessa região, ele foi escolhido, porque tem uma extensão de divisa territorial maior que o Estado de Tocantins e da Bahia, os quais, também, fazem divisa com Goiás, mas têm uma divisa menor do que Minas Gerais.

4.1.1 Distrito Federal

O primeiro entrave na busca pelo Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal é encontrá-lo, o qual não está disponível e estruturado como o do Estado de Goiás. Para tanto, foi solicitado através de mensagem em contato com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal, que, igualmente, não o encaminhou, apenas deixou o endereço eletrônico disponível da Secretaria de Estado de Fazenda, Planejamento, orçamento e Gestão do DF e informou que através dele seria possível acessá-lo. Só que o endereço deixado para consulta trata-se do Plano Plurianual, que é um documento de médio prazo que estabelece os objetivos do governo atual e não analisa, especificamente, o plano de regionalização.

Na página da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, é possível encontrar, objetivamente, as seguintes informações:

A) O que é regionalização?

É a descentralização da gestão da saúde do Distrito Federal. Até 2015, existiam 15 regionais subordinadas diretamente à pasta. De acordo com o novo modelo, todas foram agrupadas em sete Regiões de Saúde (Centro-Sul, Centro-Norte, Oeste, Sudoeste, Norte, Leste e Sul). Também estão inseridas nesse processo as unidades de referência – Hospital de Base, Hospital de Apoio e Hospital São Vicente de Paulo.

Cada região é representada por uma superintendência, que trabalha de forma integrada, e terá, gradativamente, autonomia administrativo-financeira, ao longo do tempo, para a tomada de decisões, o que facilitará a gestão e dará transparência ao processo.

Para aprimorar o trabalho nas unidades, cada gestor levará em consideração o planejamento das necessidades locais em conformidade com o perfil epidemiológico e dos indicadores sociais. De posse das especificidades de cada área, o resultado influenciará diretamente na rapidez da resolução dos problemas que hoje atrapalham o atendimento ao cidadão (BRASÍLIA, 2019, s/p).

B) Histórico – Acompanhe aqui como foi o processo.

Quando se lê essa informação, leva-se a entender que há uma apresentação histórica de todo o processo. Entretanto, isso não se confirma, porque o registro histórico é superficial e indica que o processo de regionalização começou em 2010 com 15 regionais, mas que em 2018, esse número foi reduzido para sete (7): Sul; Sudoeste; Oeste; Centro-Sul; Norte; Centro-Norte; e Leste. Informadas no site da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, essas são as únicas informações sobre essas regiões de saúde.

C) Dúvidas Frequentes:

As dúvidas mais frequentes foram feitas em forma de pergunta e resposta. Foram selecionadas apenas as principais:

Região de Saúde? Espaço geográfico formado por agrupamentos de regiões administrativas limítrofes com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.

O que é Programa de Gestão Regional em Saúde? É a descentralização da gestão da saúde do Distrito Federal. Como era o modelo de gestão na saúde? Como era o modelo de gestão de saúde? Ele era centralizado na sede da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

Como fica após a implantação do programa? Cada uma das sete regiões tem como gestor um superintendente – que é como um secretário de saúde regional – e terá autonomia administrativo-financeira, gradualmente, para a tomada de decisões (BRASÍLIA, 2019, s/p).

A página de Secretaria de Saúde do Distrito Federal, portanto, apresenta apenas essas informações. Ela não descreve e nem narra todas as etapas de planejamento, elaboração e aprovação desse Plano Diretor de Regionalização, conforme foi mostrado no PDR-GO.

Informações parecidas puderam ser encontradas no Plano Distrital de Saúde – PDS/2016-2019, PARTE 1, o qual trata da análise da situação da saúde e as metas a serem alcançadas no período de quatro anos, assim como o Plano Plurianual.

Apesar disso, esse documento discute a caracterização e geografia do Distrito Federal; as suas condições socio sanitárias (perfil demográfico, socioeconômico, epidemiológico, natalidade, etc); a saúde no Distrito Federal; a divisão administrativa do DF e a estrutura do sistema de saúde.

Esse último item apresenta a quantidade de regiões, os tipos de equipamentos e os tipos de serviços especializados:

São 7 (sete) as Regiões de Saúde, compostas de diversos equipamentos de atenção em saúde. Compõe esta rede, unidades ambulatoriais, hospitalares e

de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico que, integrados, permitem uma variabilidade de ações e serviços que respondem tanto pelas necessidades em atenção primária até as de maior complexidade (serviços especializados de média e alta complexidade), o Serviço de Atendimento Pré Hospitalar - SAMU composto por 30 viaturas básicas SBV , 7 avançadas SAV, 22 Motolâncias (BRASÍLIA, 2006, p. 96-97).

Especifica, também, as unidades básicas de saúde primária; as unidades hospitalares; as unidades de referência distritais (serviços de complexidade e especializados); e leitos hospitalares.

Na PARTE II, do Plano Distrital de Saúde – PDS/2016-2019, a discussão sobre a regionalização da Saúde no Distrito Federal é aprofundada, à qual discorre sobre as diretrizes e os objetivos desse modelo de gestão, desde 1964 a 2012. As mudanças efetivas ocorreram a partir de 2015, com uma nova organização territorial dividida em: Regiões Administrativas (RAs) e as Regiões de Saúde, conforme a figura a seguir:

Figura 2 – Distrito Federal: regiões de saúde.



Fonte: GEPLAN e GEMOAS -DIPLAN/SUPLAN/SES

De acordo com a figura, observa-se que, atualmente, sete (7) regiões de saúde contemplam 31 RAs. O objetivo desse processo de regionalização, embora não esteja dentro do Plano Diretor de Regionalização, vai ao encontro do PDR proposto pelo Estado de Goiás, isto é, conhecer o perfil social, demográfico e epidemiológico da população; identificar os

problemas de saúde prioritários e procurar aplicar o princípio da equidade e atender a população no menor tempo e espaço.

4.1.2 Mato Grosso

O processo de regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso começou em 2001, com a Resolução da CIB nº 012, de 29 de junho. Em sequência, no ano de 2002, esse ente federado publicou, uma coleção de artigos com especialistas na área sobre a regionalização, com o nome de “Regionalização da Saúde em Mato Grosso: em busca da integridade da atenção”, ampliando de forma sistemática a importância desse processo. Em 2005, houve outra Resolução: CIB Nº 055, de 15 de novembro, que já mostrava um desenho das microrregiões e municípios polos. Atualmente, esse processo de regionalização se mantém com a última Resolução de nº 65, de 03 de abril de 2012, conforme o quadro a seguir:

Quadro 4 – Mato Grosso: composição das regiões de saúde.

Resolução CIB-MT 012/2001 e 055/2005 (PDR – 2001 e 2005)			Resolução CIB 065/2012	
Região de saúde	Microrregião componente	Município polarizador	Região de saúde	Município sede
Região Leste	Baixo Araguaia Garças Araguaia Médio Araguaia	Barra do Garças	Baixo Araguaia Garças Araguaia Médio Araguaia	Porto Alegre Norte Barra do Garças Água Boa
Região Centro Norte	Baixada Cuiabana Centro Norte Médio Norte Noroeste Mato-grossense Vale do Arinos	Cuiabá e Várzea Grande	Baixada Cuiabana Centro Norte Mato-grossense Médio Norte Mato-grossense Noroeste. Mato-grossense Vale do Arinos	Cuiabá Diamantino Tangará da Serra Juína Juara
Região Norte	Alto Tapajós Teles Pires Vale do Peixoto Norte Mato-grossense	Sinop e Sorriso	Alto Tapajós Teles Pires Vale do Peixoto Norte Mato-grossense	Alta Floresta Sinop Peixoto de Azevedo Colíder
Região Oeste	Oeste Mato-grossense	Cáceres	Oeste Mato-grossense	Cáceres
Região Sul	Sul Mato-grossense	Rondonópolis	Sul Mato-grossense Norte Araguaia Karajá Sudoeste Mato-grossense	Rondonópolis São Félix do Araguaia Pontes e Lacerda

Fonte: Elaboração própria, com base nos dados PDR – 2001 e 2005 e Resolução CIB nº 065 de 03/4/2012.

Com esse último desenho de 2012, o Estado de Mato Grosso tem 16 Regiões de Saúde, com o apoio de 16 Polos Regionais de Saúde, que devem estar conectados aos 141 municípios. A figura abaixo exemplifica a distribuição deles no território de Mato Grosso.

Figura 3 – Mato Grosso: escritórios regionais de saúde – 2012.



Fonte: Martinelli (2014).

Embora os textos acima mostram o processo de regionalização do Estado de Mato Grosso a partir das resoluções da CIB-MT 012/2001; 055/2005; e 065/2012, não foi possível encontrar o PDR-MT na íntegra para leitura, análise e *download*, no site da Secretaria de Estado de Saúde e nem com o auxílio de ferramentas de busca na internet. Todas as pesquisas

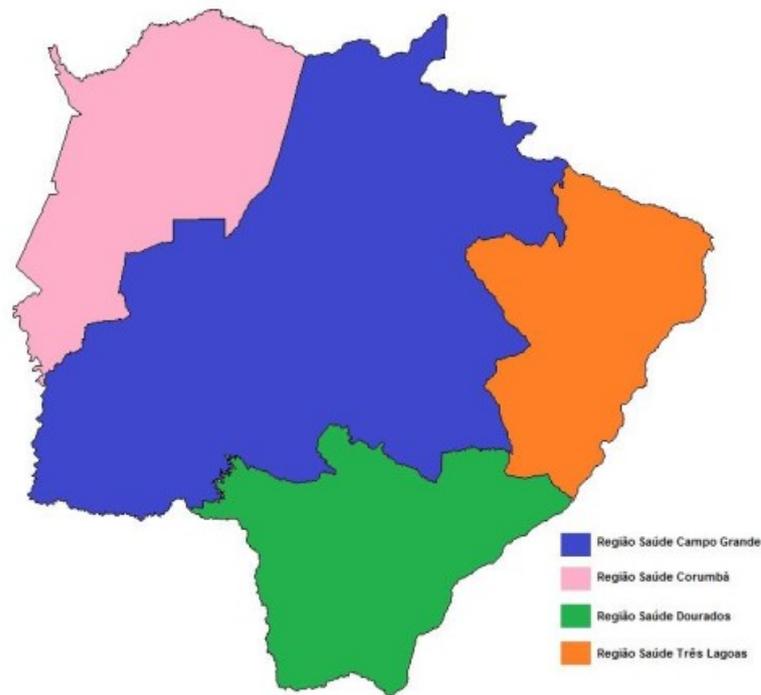
pelo PDR-MT são direcionadas para as resoluções políticas que aprovaram as regiões e os polos de saúde vistos nas figuras anteriores, ou seja, a metodologia aplicada, conforme visto no PDR-GO de Goiás, não foi encontrada. Essas limitações materiais impedem que haja uma comparação mais sistemática e, dessa forma, verificar as semelhanças e as diferenças entre esses projetos de regionalização.

4.1.3 Mato Grosso do Sul

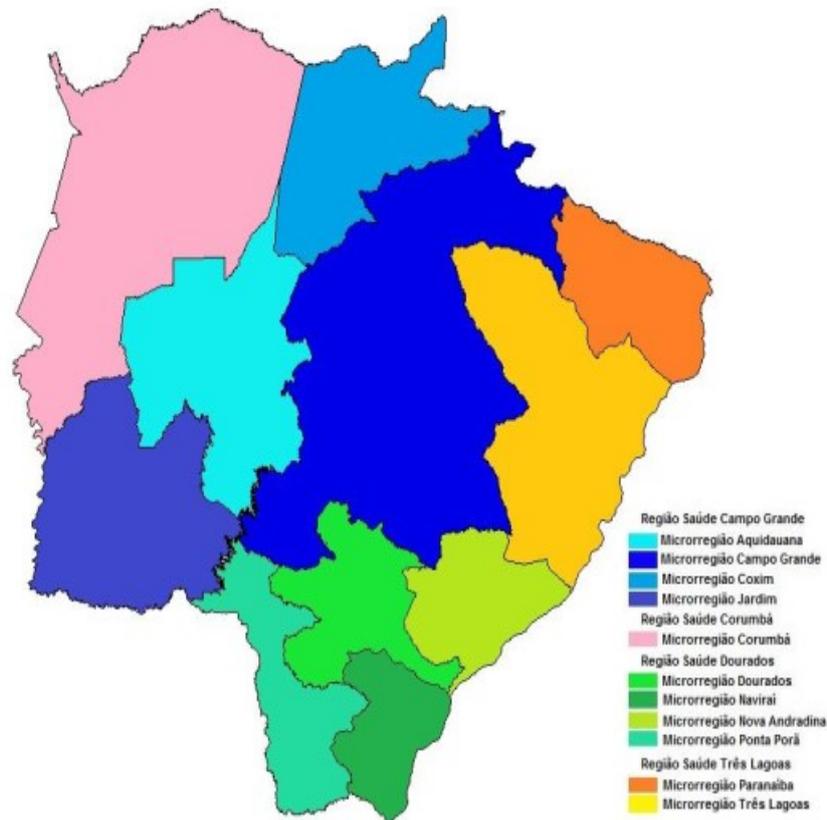
O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Mato Grosso do Sul encontra-se, resumidamente, dentro do Plano Estadual de Saúde 2016-2019, com as seguintes informações:

No Mato Grosso do Sul, o PDR foi revisto a partir da avaliação microrregional, e o Estado atualmente possui 79 municípios (com a inclusão recente do município de Paraíso das Águas), divididos em 11 Microrregiões de Saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados, Jardim, Naviraí, Nova Andradina Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas) e estas organizadas em 04 Regiões de Saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá) (MATO GROSSO DO SUL, 2015, p.58).

Figura 4 – Mapa das Regiões de Saúde.



FONTE: SES/MS

Figura 5 – Mapa das Microrregiões de Saúde.

FONTE: SES/MS

Dado os mapas e tabelas acima, observa-se que o PDR-MS apenas apresenta que os 79 municípios estão divididos em 11 Microrregiões de Saúde, organizadas a partir de quatro (4) Regiões de Saúde.

Tabela 1 – Mato Grosso do Sul: composição das regiões de saúde – 2015-2016.

MATO GROSSO DO SUL		2.651.235
1. MACRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE		1.447.248
34 MUNICÍPIOS		
1.1 MICRORREGIÃO DE AQUIDAUANA		
1. Anastácio		24.748
2. Aquidauana		47.162
3. Bodoquena		7.898
4. Dois Irmãos do Buriti		10.965
5. Miranda		27.104
6. Nioaque		14.233
Subtotal - 06 municípios		132.110
1.2 MICRORREGIÃO DE CAMPO GRANDE		
1. Bandeirantes		6.771

2. Camapuã	13.731
3. Campo Grande	853.622
4. Chapadão do Sul	22.620
5. Corguinho	5.513
6. Costa Rica	19.508
7. Figueirão	3.012
8. Jaraguari	6.860
9. Maracaju	43.078
10. Nova Alvorada do Sul	19.656
11. Paraíso das Águas	5.150
12. Ribas do Rio Pardo	23.167
13. Rio Negro	4.910
14. Rochedo	5.252
15. São Gabriel do Oeste	24.982
16. Sidrolândia	51.355
17. Terenos	19.914
Subtotal - 17 municípios	1.129.101

1.4 MICRORREGIÃO DE JARDIM

1. Bela Vista	24.113
2. Bonito	21.047
3. Caracol	5.838
4. Guia Lopes da Laguna	10.136
5. Jardim	25.473
6. Porto Murtinho	16.514
Subtotal - 06 municípios	103.121

1.4 MICRORREGIÃO DE JARDIM

1. Bela Vista	24.113
2. Bonito	21.047
3. Caracol	5.838
4. Guia Lopes da Laguna	10.136
5. Jardim	25.473
6. Porto Murtinho	16.514
Subtotal - 06 municípios	103.121

2. MACRORREGIÃO DE CORUMBÁ 130.516

02 MUNICÍPIOS

2.1. MICRORREGIÃO DE CORUMBÁ

1. Corumbá	108.656
2. Ladário	21.860
Subtotal - 02 municípios	130.516

3. MACRORREGIÃO DE DOURADOS 802.417

33 MUNICÍPIOS

3.1 MICRORREGIÃO DE DOURADOS

1. Caarapó	28.437
2. Deodápolis	12.650
3. Douradina	5.723
4. Dourados	212.870
5. Fátima do Sul	19.220
6. Glória de Dourados	9.992
7. Itaporã	22.896
8. Jateí	4.038
9. Laguna Carapã	7.017

10. Rio Brilhante	34.776
11. Vicentina	6.027
Subtotal - 11 municípios	363.646
3.2 MICRORREGIÃO DE NOVA ANDRADINA	
1. Anaurilândia	8.844
2. Angélica	10.149
3. Batayporã	11.208
4. Ivinhema	22.928
5. Nova Andradina	50.893
6. Novo Horizonte do Sul	4.306
7. Taquarussu	3.570
Subtotal - 07 municípios	111.898
3.3 MICRORREGIÃO DE NAVIRAÍ	
1. Eldorado	12.128
2. Iguatemi	15.637
3. Itaquiraí	20.162
4. Japorã	8.567
5. Juti	6.399
6. Mundo Novo	17.884
7. Naviraí	51.535
Subtotal - 07 municípios	132.312
3.4 MICRORREGIÃO DE PONTA PORÃ	
1. Amambai	37.590
2. Antônio João	8.679
3. Aral Moreira	11.399
4. Coronel Sapucaia	14.815
5. Paranhos	13.494
6. Ponta Porã	86.717
7. Sete Quedas	10.832
8. Tacuru	11.035
Subtotal - 08 municípios	194.561
4. MACRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS	
10 MUNICÍPIOS	
4.1 MICRORREGIÃO DE PARANAÍBA	
1. Aparecida do Taboado	24.414
2. Cassilândia	21.622
3. Inocência	7.664
4. Paranaíba	41.495
Subtotal - 04 municípios	95.195
4.2 MICRORREGIÃO DE TRÊS LAGOAS	
1. Água Clara	14.474
2. Bataguassu	21.775
3. Brasilândia	11.903
4. Santa Rita do Pardo	7.633
5. Selvíria	6.455
6. Três Lagoas	113.619
Subtotal - 06 municípios	175.859

Fonte: IBGE, Estimativa Populacional (2015).

Em nenhuma parte desse documento discute-se o processo histórico, político e metodológico de elaboração desse plano de regionalização. Nesse sentido, Mato Grosso do Sul tem um processo de regionalização em curso.

Segundo o secretário de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Geraldo Resende, a regionalização

[...] está sendo implementada visando a melhoria da saúde pública em Mato Grosso do Sul. É o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que vai descentralizar o atendimento e levá-lo para mais próximo dos cidadãos. Para tanto, o Governo vai realizar um levantamento que dirá a vocação de cada município e, a partir daí ajudar as administrações municipais a se estruturarem, seja em instalações físicas, equipamentos ou em material humano. A regionalização será implantada a partir do Plano Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde (SES). [...] No dia 15 de março, um técnico da instituição esteve na SES fazendo a apresentação do Programa. Segundo o secretário Geraldo Resende já houve adesão, tendo início os levantamentos e estudos para que o planejamento possa começar a ser aplicado ainda neste primeiro semestre² (A CRÍTICA, 2019, s/p).

Essa entrevista foi publicada em 19 de março de 2019 pelo site do jornal: “A Crítica”, de Campo Grande, MS. Dito isso, ela confirma que apesar de o Estado do Mato Grosso ter iniciado a divisão dos municípios e das regiões de saúde, o processo de regionalização está apenas no começo, o qual precisa, ainda, passar por várias etapas até a o seu processo de execução.

4.1.4 Minas Gerais

Dos entes federados propostos nesta análise comparativa com Goiás, o Estado de Minas Gerais, é o único que tem o Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG), desde 2003.

Segundo Eugênio Vilaça Mendes, consultor estratégico da OPAS e da SES/MG, pelo suporte teórico, sustentação e articulação do PDR/MG com o processo de planejamento e gestão das Redes de Atenção à Saúde em MG, um dos pilares está fundamentado no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), o qual visa “Tornar Minas Gerais o melhor estado para se viver”, ou seja, as ações de saúde são pensadas para a população ter uma vida saudável.

²A CRÍTICA. **Estado repassa mais de R\$ 125 milhões ao setor de saúde em MS**. Disponível em: <http://www.acritica.net/editorias/saude/estado-repassa-mais-de-r-125-milhoes-ao-setor-de-3602/365952/>. Acesso em: 13 jun. 2019.

Outro pilar que sustenta o PDR/MG é o mapa estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, o qual junto com o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) visam “Ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o estado onde se vive mais e melhor” (MINAS GERAIS, 2010, p. 13).

Essa visão filosófica dos gestores de Minas de Gerais aponta quatro redes prioritárias para os mineiros viverem mais e melhor:

A situação-problema da elevada mortalidade por doenças do aparelho circulatório e diabetes: a Rede Hiperdia de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes e a Rede de Urgência e Emergência; a situação-problema da mortalidade infantil em queda, mas com 70% de causas evitáveis e fortes desigualdades regionais: a Rede Viva Vida de atenção integral às mulheres e às crianças; a situação-problema de elevada mortalidade por causas externas: a Rede de Urgência e Emergência; e a situação-problema da elevada incapacidade funcional das pessoas idosas: a Rede Mais Vida de atenção às pessoas idosas (MINAS GERAIS, 2010, p. 13-14).

A justificativa de escolha dessas quatro redes prioritárias está na experiência adquirida com o primeiro PDR/MG (2003), que não tinha essas redes de prioridades. No entanto, a prática indicou que as redes de atenção à saúde conectadas aos diversos territórios permitem prestar um serviço de saúde melhor à população. Para isso, é imprescindível um Plano Diretor de Regionalização elaborado “na lógica da população e de seus fluxos em busca de atenção à saúde e nos princípios basilares das redes de atenção à saúde” (MINAS GERAIS, 2010, p.14).

Com base nesses estudos, os 853 municípios foram divididos em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde. Assim, o projeto de regionalização da saúde mineira está ancorado nos princípios de economia de escala, qualidade e acesso:

É sabido que os equipamentos de saúde de densidades tecnológicas médias e altas são suscetíveis ao princípio da escala para que operem com eficiência. Além disso, há evidências robustas de relações entre escala e qualidade. Por exemplo, hospitais que fazem grande número de procedimentos cirúrgicos apresentam menores taxas de mortalidade em relação aos que fazem pequeno número de cirurgias. Por outro lado, quando se manifesta um conflito entre escala e acesso, há de predominar, sempre, o princípio do acesso. Essas relações dialéticas entre escala/qualidade e acesso foram contempladas no desenho do PDR mineiro (MINAS GERAIS, 2010, p.14).

Dessa forma, o Plano Diretor de Regionalização é responsável pela criação de uma base territorial a fim de que os equipamentos de saúde sejam melhor distribuídos em três

níveis. O primeiro refere-se a atenção primária à saúde que deve ser oferecida em qualquer município, próximo da moradia das pessoas. O segundo são os serviços de média complexidade que devem estar disponíveis nas microrregiões. O terceiro são serviços de alta complexidade exclusivos e disponibilizados apenas nas macrorregiões. Esses níveis de distribuição são o desenho ideal para que as redes de atenção à saúde ofereçam um serviço eficaz e de excelente qualidade à população.

O PDR/MG (2011) está estruturado em duas partes. A primeira apresenta oito capítulos:

1. “O Estado – Território e População das Minas Gerais”;
2. “Histórico”;
3. “Objetivos, Princípios, Diretrizes e Estratégias”;
4. “Critérios Operacionais”;
5. “O Modelo Assistencial e o Modelo de Regionalização – níveis de atenção à saúde/níveis de regionalização”;
6. “Metodologia”
7. “O Desenho Espacial de 199 a 2002 e o Desenho Espacial Vigente a partir de 2003”; e
8. “Outros conceitos”.

A segunda parte apresenta discute a “A descrição de municípios e população por região”, e apresenta os “Mapas do Estado, Macro e Microrregiões.

Em suma, a primeira parte discute o processo histórico, os conceitos e a metodologia adotada. A segunda, apresenta os resultados dos espaços analisados e a ilustração deles em mapas.

4.2 Características gerais do Estado de Goiás

Segundo a Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN) e o Instituto Mauro Borges (IMB), de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (2018), o Estado de Goiás ocupa uma área de 341.289, 5 km^2 , no Planalto Central do Brasil, o que corresponde a 3.99% do território brasileiro, o qual é dividido em 246 municípios, que totalizam uma população estimada em: 6.921.161 milhões de habitantes (IBGE, 2018). Ele faz divisa com o Distrito

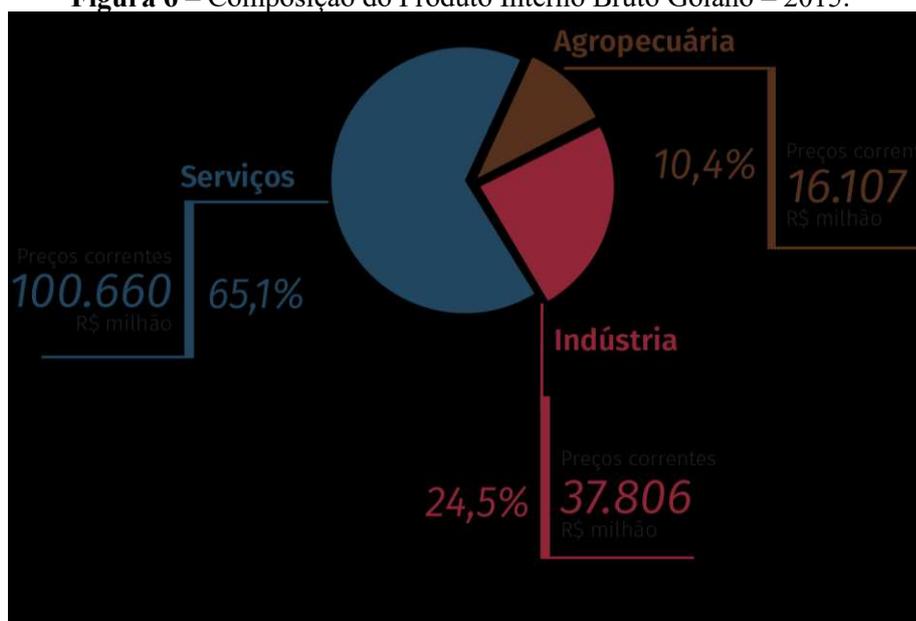
Federal e com cinco (5) estados: Bahia, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais e Tocantins.

O Produto Interno Bruto (PIB), R\$ 189 bilhões, segundo estimativas do IBGE (2016), posiciona Goiás em nono lugar na economia nacional, representando 2.8% de toda riqueza produzida no Brasil. A renda *per capita* é de R\$ 27.457,63. De 2010 a 2017, o PIB/GO teve um aumento de 1.4% ao ano, um crescimento acima da média nacional, que ficou em 0.48%. Esse resultado se deve ao desenvolvimento do agronegócio goiano, do comércio e do setor industrial, os quais respondem pela produção de alimentos, bebidas, automóveis, remédios, minérios, entre outros produtos de consumo.

Dentre os grandes setores da economia, o de Serviços é o que predomina em Goiás, representando 65,6% do fluxo de produção. Neste setor pode-se ressaltar o Comércio, tanto o varejista como o atacadista, bastante dinâmico principalmente na capital, bem como as atividades imobiliárias. O setor industrial participa com 24,5% no PIB goiano, e o agropecuário com 10,4% (2015). Embora tenha participação inferior, o setor agropecuário é de grande importância para a economia goiana, pois dele deriva a agroindústria, uma das atividades mais pujantes do estado, quer seja na produção de carnes, derivados de leite e de soja, molhos de tomates, condimentos e outros itens da indústria alimentícia, bem como na produção sucroenergética (GOIÁS, 2018, p. 11).

A figura 6 sintetiza melhor esses dados:

Figura 6 – Composição do Produto Interno Bruto Goiano – 2015.



Esse PIB se deve ao planejamento, investimento e desenvolvimento de infraestruturas: rodovias, ferrovias, Portão de São Simão, Estação Aduaneira Interior – Porto Seco Anápolis, Plataforma Logística Multimodal de Goiás, e a logística de transportes.

Ainda, segundo a Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN) e o Instituto Mauro Borges (IMB), de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos (2018), em Goiás, 28,0 mil km de rodovias compõem a malha rodoviária. Desse total, 14,84 mil km, ou seja, 53% delas são pavimentadas. Em contrapartida, somente 5% são duplicadas: número ínfimo para a redução do tempo, seja para transportar matérias-primas, produtos ou até mesmo o transporte de um paciente de um município para outro ou o atendimento móvel.

O Estado de Goiás é cortado pela BR-153, que liga o norte ao sul, do Brasil. A BR-060, é a principal via de acesso à capital federal e ao sudoeste goiano. A BR-050 tem papel importante na conexão entre o Distrito Federal e o sul, do Brasil.

A Ferrovia Centro-Atlântica tem uma extensão de 7.080 km, sendo a principal rota de conexão entre as regiões Nordeste, Sudeste e Centro-Oeste do Brasil, ligando, por exemplo aos portos de: Vitória-ES, Santos-SP, Angra dos Reis-RJ, Salvador e ao Porto Seco de Anápolis. É por essa grande extensão de trilhos que Goiás consegue aumentar o seu PIB e se posicionar entre as dez economias nacionais.

O Porto de São Simão localizado no Rio Paranaíba, no município de São Simão, sul de Goiás, faz parte de um canal responsável pelo transporte de milho, soja, entre outros produtos, até Pederneiras-SP.

A Estação Aduaneira Interior – Porto Seco de Anápolis – é um local de armazenagem e movimentação de inúmeras mercadorias (desde produtos de agricultura, farmoquímicos, alimentos, bebidas, automóveis e eletrônicos) nacionais e importadas, responsável pelo recebimento e o encaminhamento delas para as demais regiões brasileiras ou para fora do país.

Em termos de logística, a localização do Porto Seco goiano é a melhor de todo o interior brasileiro. Ele está situado na cidade de Anápolis, distante 53 km da capital do estado, Goiânia, e 159 km de Brasília, local de entroncamento de importantes rodovias. Quando em operação, a Ferrovia Norte-Sul será ligada ao ramal ferroviário da FCA - Ferrovia Centro-Atlântica. Por associar os modais rodoviário e ferroviário, pelo Porto Seco de Anápolis podem ser transportados os mais diversos tipos de cargas, interligando todo o mercado do Centro-Oeste a outros pontos do país. Assim, o município de Anápolis está prestes a representar o marco zero da interligação entre as ferrovias Norte-Sul e Centro-Atlântica. As operações de movimentação e distribuição do Porto Seco Centro Oeste S/A colocará o município na rota dos grandes projetos logísticos do Brasil, aumentando sua

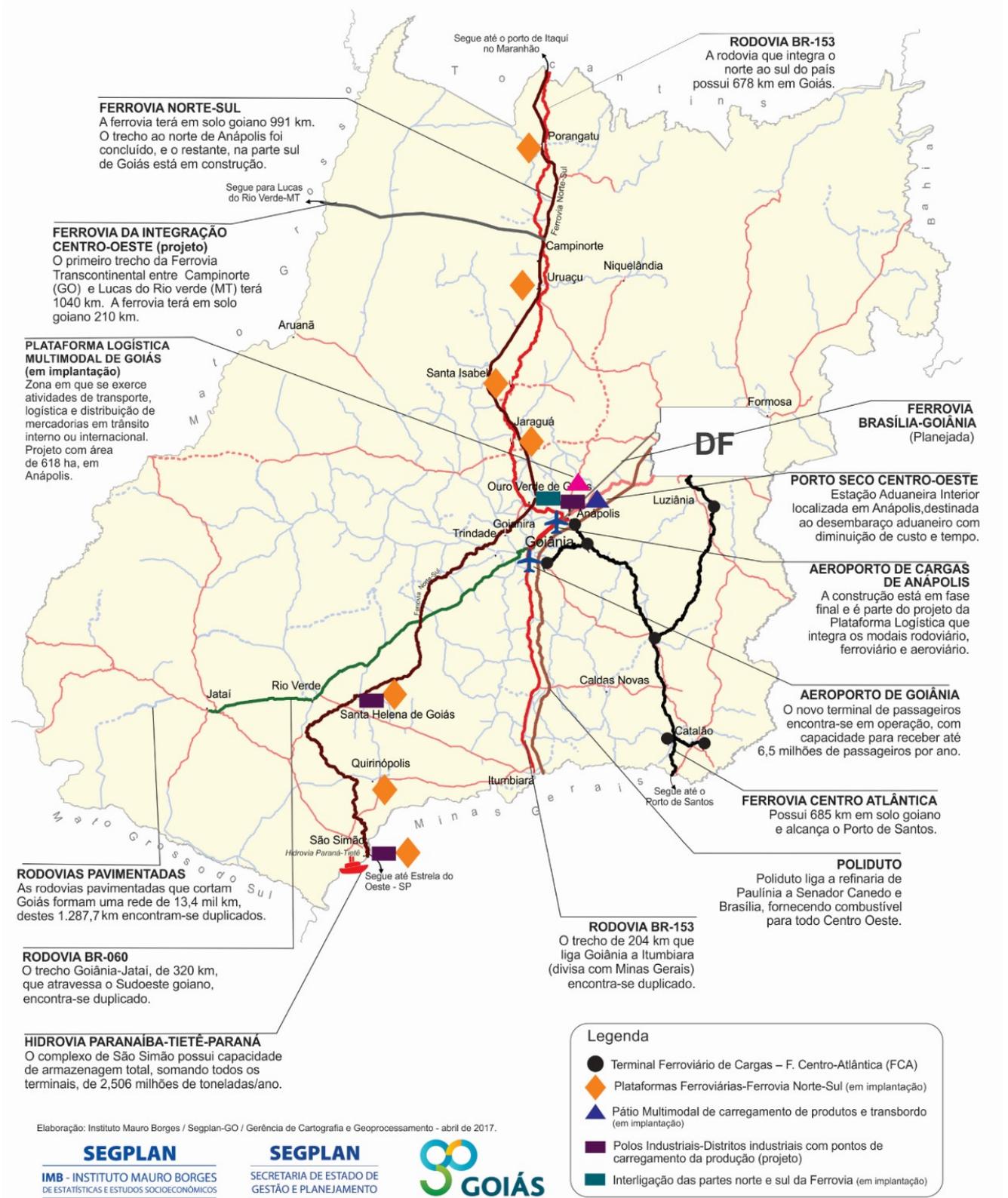
capacidade operacional e de ligação com as regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste (GOIÁS, 2018, p. 29).

Como visto, o município de Anápolis tem uma representação importante para o PIB goiano. Observa-se que a logística empregada no armazenamento e no transporte de mercadorias é uma tecnologia de essencial importância para diminuir o tempo e o espaço, garantindo que os produtos cheguem e sejam entregados dentro do prazo acordado entre as partes do contrato.

A experiência desse município e o investimento dele em logística e em novas tecnologias contribuiu para o projeto de construção da Plataforma Logística Multimodal de Goiás, ainda está em fase de consolidação, que será responsável pela conexão e fluidez de diversos centros, do Brasil, através da integração inteligente de variados modais (terminais, armazéns, rodovia e ferrovia).

Observa-se que no Estado de Goiás, o investimento em planejamento e desenvolvimento de infraestruturas, ou melhor, diversos canais de transporte, considerando não apenas a via de passagem, mas a forma inteligente, tecnológica e logística de fazer com que uma mercadoria ou uma pessoa possa chegar ao seu destino em menor tempo e espaço, uma vez que no mercado capital, essas estratégias são formas de arquitetar a soma e melhorar o lucro da empresa. A figura 7 descreve e exemplifica melhor a importância da logística no transporte em Goiás.

Figura 7 – Goiás: a logística de transporte.



Fonte: GOIÁS (2018, p.28).

Toda essa discussão financeira e econômica sobre o Estado de Goiás é importante para compreender que os municípios que possuem mais riquezas, na lógica, devem ter programas de investimento em políticas públicas na área de saúde, educação, segurança, etc. Nesse sentido, parece que no que se refere a logística de mercadorias e produtos, voltados de uma maneira genérica para o consumo, Goiás está numa posição de destaque, conforme os dados apresentados pela Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (SEGPLAN) e o Instituto Mauro Borges (IMB).

Todavia, saúde pública, outrossim, é consumo. Talvez não parece a mesma relação quando se adquire um produto em um estabelecimento, mas saúde é uma mercadoria valiosa que precisa de planejamento, investimento e logística. Sendo assim, o Estado de Goiás e a os municípios são responsáveis diretos para o controle, organização e distribuição dela em toda a sua esfera: hospitais, postos de saúde, unidades de pronto-atendimento (UPAs), SAMU-192, etc. Sendo também responsáveis pela regionalização dela: única forma logística de fazer com que o paciente receba o atendimento digno que ele merece, em menor tempo e espaço, evitando o seu sofrimento, o prolongamento de sua dor, sequelas em detrimento do atraso e da espera, e, principalmente, o seu óbito, em razão da falta de acesso à saúde, seja pela distância de chegar ao ponto de atendimento mais próximo ou pelo fluxo interrompido das rodovias, que parece ser um problema superado pela logística de transportes privados, em Goiás.

A dificuldade de acesso à saúde para tratar doenças não pode ter como causa apenas “o crescimento populacional urbano desordenado em determinadas regiões, as dificuldades socioeconômicas e políticas diferenciadas” (PDR-GO, 2004, p.15), argumentar dessa forma, talvez, explique porque é mais fácil transportar mercadoria do que paciente, uma vez que a primeira é consequência de uma causa metodologicamente planejada, com etapas de início, meio e fim. Ao passo que o segundo “é fruto de um crescimento urbano desordenado inerente ao controle humano, porque urgências e emergências não são planejadas, assim como não é possível controlar o crescimento populacional”. As aspas são para esclarecer que essas afirmações são absurdas e que culpar o crescimento populacional pela falha no atendimento do SUS é uma desculpa medíocre para justificar a falta de investimento e planejamento em políticas públicas de saúde. As dificuldades socioeconômicas e políticas dessas regiões têm como causa a negligência e a ausência de metodologias específicas para orientar essa população, que só podem ser implementadas por ações estatais.

O crescimento urbano desordenado é um exemplo de que a saúde não está chegando a essas regiões, que carecem de recursos físicos, tratamento de saúde e prevenção para não

apenas evitar filhos, mas para evitar qualquer tipo de doença. O remédio é gestão em saúde e a logística dela em redes regionalizadas.

4.3 Rede urbana goiana: potencialidades e fragilidades

O que se observa no estudo urbano são a diversidade e a complexidade existente de cidades. São centros urbanos diferenciados por inúmeros fatores e que provocam uma espacialização singular na articulação desses na rede urbana pelo imenso e contraditório território brasileiro. No nosso objeto de estudo, o estado de Goiás apresenta uma capital centralizadora, uma metrópole jovem e que polariza centros urbanos dentro e fora do estado. Goiânia apresenta em sua trajetória política, econômica e cultural a expansão da sua rede técnica de circulação direcionando fluxos contínuos rumo a Goiânia e Brasília e desponta como uma das principais centralidades do país. Isso dificulta a formação de centros urbanos de nível regional centralizando uma grande variedade de indústrias, uma população metropolitana, universidades, oferta de serviços especializados na área de saúde tornando-se referência quase que exclusiva da representatividade goiana no país.

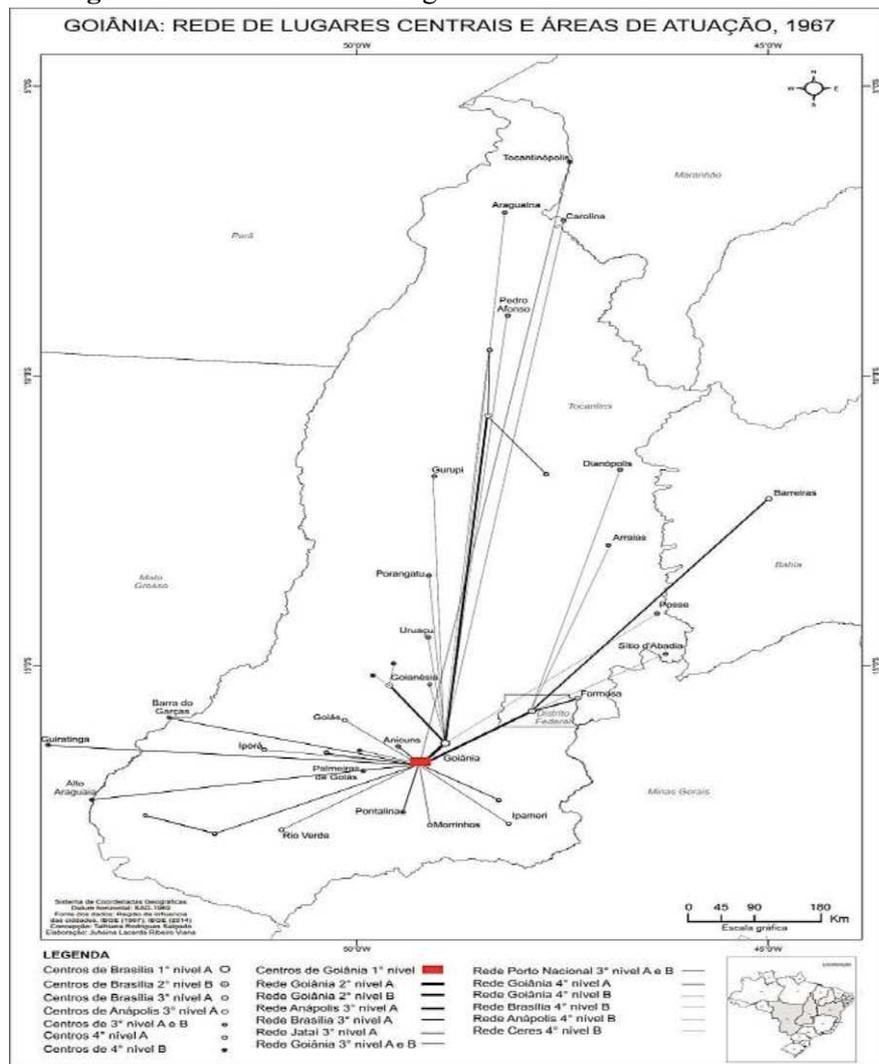
Em Goiás coexistem centros urbanos de tempos remotos com cidades criadas no século XIX e XX. Ao longo desse período, entre os fatores que impulsionaram a criação de centros urbanos no território goiano são as atividades de mineração, de agricultura e pecuária e as estradas. Além desses fatores, dois centros urbanos se destacam pela sua criação pelo viés político e centralizador das oligarquias presentes na região, Goiânia e Brasília. São sedes do poder político estadual e federal, de grandes empresas, de instituições financeiras e comerciais, ocupando posições de destaque na rede urbana que envolve o território goiano, ao ponto de dificultar a formação de centros regionais.

Como o nosso trabalho é compreender a Rede de Atenção à Saúde no estado e a sua regionalização em 18 regionais de saúde ofertada pelo SUS em que suas respectivas 18 cidades polos têm a obrigatoriedade de atender à sua população os serviços especializados condizentes com sua posição devemos entender como a sua capital Goiânia centraliza a maioria desses serviços (fazer ligação com as tabelas de equipamentos, leitos disponíveis, procedimentos) e, no entanto, cria uma regionalização da saúde no estado com uma rede de cidades frágeis? Como compreender a rede urbana goiana dada a importância de Goiânia no setor de serviços de saúde? Essa questão é o objeto de investigação deste trabalho compreendendo a formação e organização da Rede Urbana em Goiás, destacando a influência de Goiânia e Brasília no território, a existência, em sua maioria, pequenas e médias

colaborando para que as RMG e RIDE produzam espacialidades e conduzam o maior fluxo do atendimento de serviços de saúde de média e alta complexidade a esses grandes centros metropolitanos.

A construção de Brasília e das redes rodoviárias de ligação da nova capital federal possibilitam, em 1966, o início da formação da área comandada por Goiânia como se vê na figura 8 – Goiânia: rede de lugares centrais e áreas de influência. Ela, nesse momento, possuía destaque nos serviços educacionais, o comércio varejista comum e especializado e no atendimento à saúde médica e hospitalar. Comandava dois centros regionais, Anápolis e Brasília, e oito centros sub-regionais, Pires do Rio, Ceres, Jatai, Inhumas, Porto Nacional, Formosa, São Luís de Montes Belos e o município Baiano de Barreiras, além de mais 41 centros locais.

Figura 8 – Goiânia: rede de lugares centrais e áreas de influência.

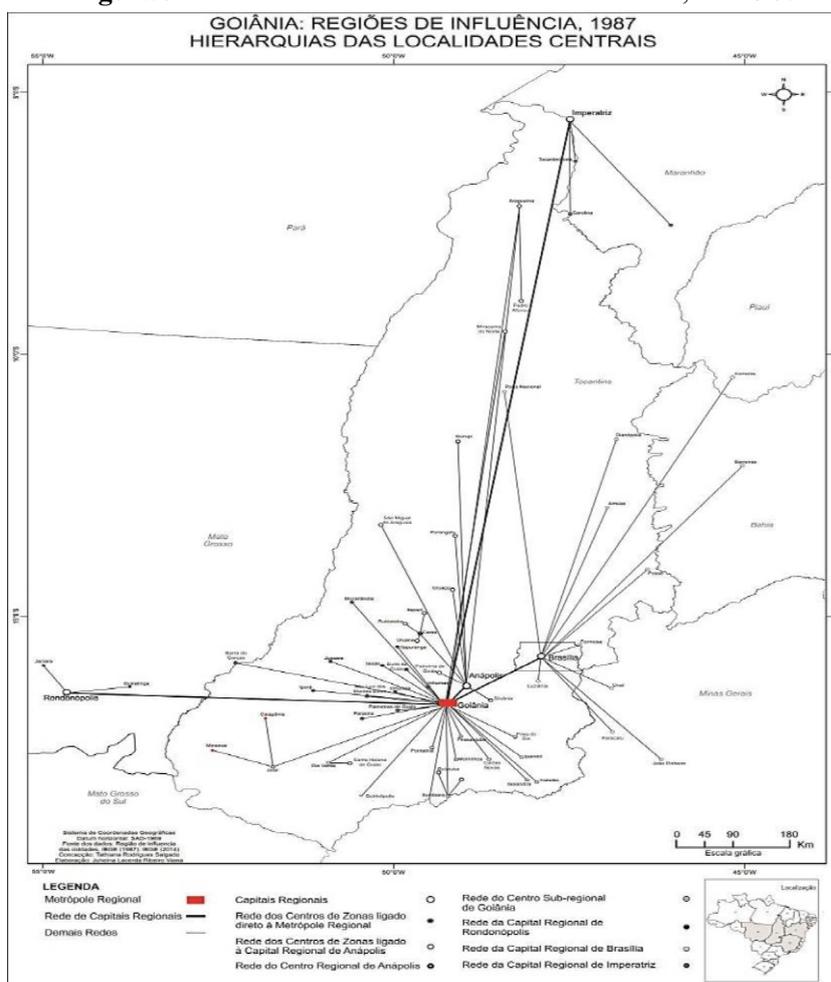


Fonte: IBGE (1972).

Em 1980 Goiânia é denominada a grande Metrópole Regional do Centro-Oeste e sua área de influência continua a estender-se para além dos limites estaduais como demonstra a figura 9. E abaixo dela até o final da década de 1970 não havia nenhuma outra cidade com nível hierárquico imediatamente inferior, apenas Anápolis e Brasília como capitais regionais na rede goiana. (IBGE 1987).

Já em 1985 dados demonstravam a existência de dois principais subsistemas produtivos: o centro-noroeste, polarizado por Goiânia e, em escala bem menor, por Anápolis; e, o sul goiano, polarizado por Uberlândia (MG) e, em menor escala, por Ituiutaba (MG); Rio Verde (GO) e Itumbiara (GO). Portanto, Uberlândia (MG) já era o polarizador externo e fazia com que as cidades do sul goiano tivessem evasão de renda gerada. Assim, mesmo o sul goiano sendo uma frente agropecuária comercial, a polarização externa exercida por Uberlândia fragilizava o potencial de diversificação dos núcleos intermediários em Goiás, o que confirmava Goiânia como a principal cidade da rede.

Figura 9 – Área de influência de Goiânia e Brasília, em 1987.



Fonte: IBGE (1987).

A rede urbana de Goiás é alterada em função da fragmentação do território que deu origem ao atual estado do Tocantins no início da década de 1990. Por conseguinte, Goiânia se mantém como principal polarizadora de Goiás e ainda amplia para leste de Mato Grosso, o sudeste do Pará e todo o novo território de Tocantins e sudeste do Maranhão. Brasília mantém sua área de atuação sob o nordeste Goiano e Oeste da Bahia, conforme a figura 10 a seguir:

Figura 10 – Área de influência de Goiânia – 1993.

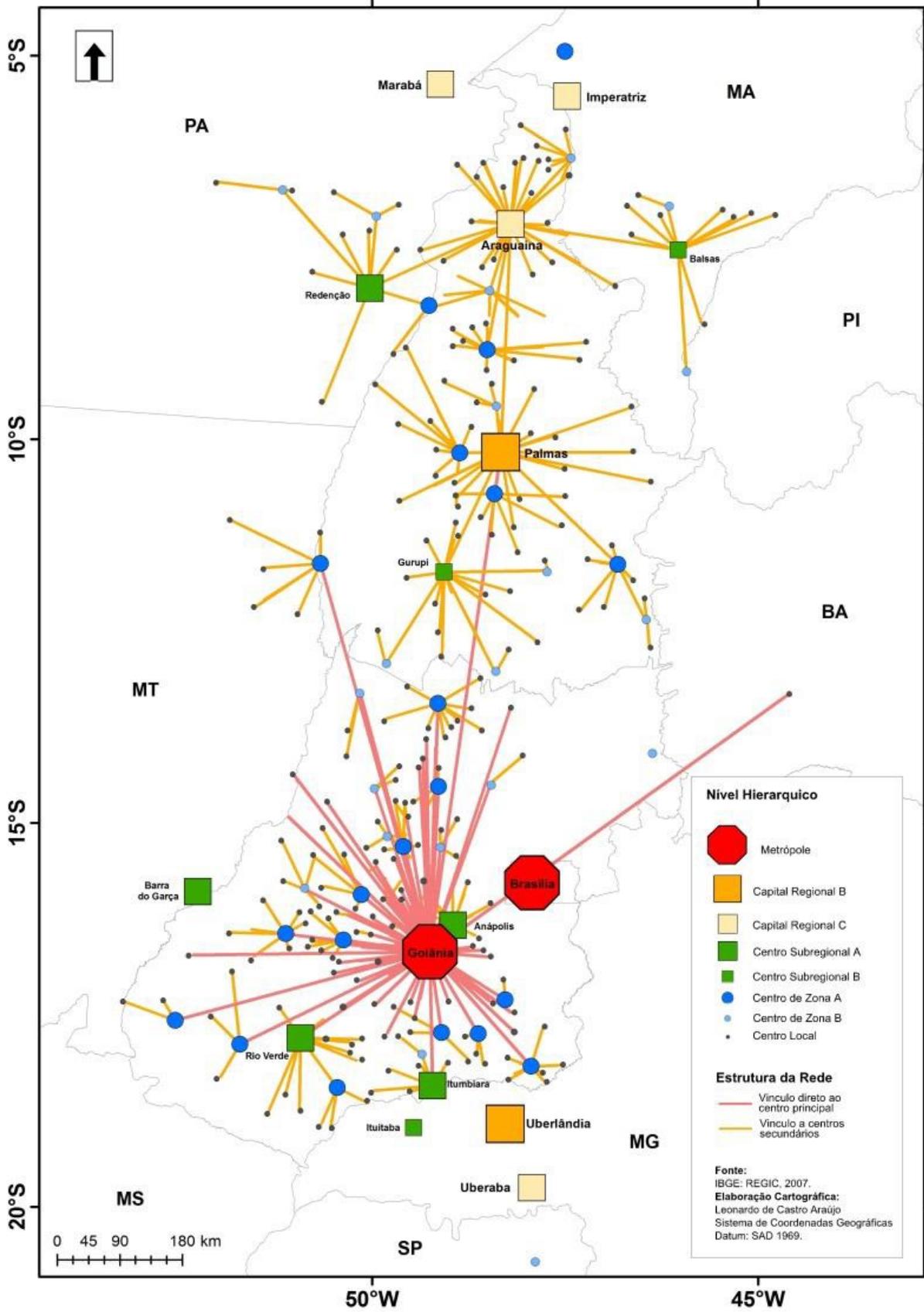


Fonte: IPEA (1993).

No REGIC de 2007, na figura 11 abaixo, o centro de gestão do território é definido como a cidade onde se localizam, de um lado, os diversos órgãos do Estado e, de outro, as sedes de empresas cujas decisões afetam direta ou indiretamente um dado espaço que passa a ficar sob o controle da cidade através das empresas sediadas. Por conseguinte, Goiânia se reafirma no topo na hierarquia urbana, a metrópole goiana. De acordo com os dados de 2007 a rede comandada pela capital goiana era composta por duas Capitais Regionais, seis centros sub-regionais e 45 centros de zona, ao todo, a capital estadual polarizava um total de 363 municípios.

Entre os principais exemplos de polarização exercidos atualmente por Goiânia podemos destacar: os serviços médicos hospitalares especializados, o complexo de moda/têxtil, e o ensino superior. Os mapas abaixo demonstram a construção dessa centralidade ao longo do tempo, o que explica o atual contexto de centralização dos serviços de saúde nessa cidade.

Figura 11 – REGIC Goiás – 2007.



Fonte: IBGE (2007).

A tabela 2 dos indicadores de centralidade e hierarquia urbana de Goiânia na década de 2010 reafirma sua posição central na rede urbana goiana e até mesmo dentro de sua Região Metropolitana, pois ela, sozinha, representa, em sua maioria mais de 50% de concentração de valores exclusivamente no seu perímetro urbano.

Tabela 2 - Indicadores de centralidade e hierarquia de Goiânia-GO.

Localidade	Categorias						
	População Total (2010)	Bancos (2011)	Cadastro de empresas (2010)	Instituições de ensino Superior (2000)	Vagas em cursos de Graduação Presenciais (2000)	Eleitores (2010)	Leitos (2010)
Goiânia	1.302.001	200	56.285	27	59.746	902.631	6.496
RMG	2.173.141	243	73.666	34	67.326	1.441.164	8.826
Estado de Goiás	6.003.788	617	-	80	113.073	4.061.371	18.788
Goiânia/RMG (%)	59,91	82,30	76,41	79,41	88,74	62,63	73,60
Goiânia/Estado (%)	21,69	32,41	-	33,75	52,84	22,22	34,58

Fonte: IBGE Censo 2010; ASBAN; INEP; TSE; DATASUS. Apud Araújo (2013, p. 99).

No processo de análise da rede urbana goiana, novos dados deverão ser coletados, com o intuito de conhecer melhor a rede urbana goiana, reafirmar ou não a centralidade exercida pela capital e em seguida observar essas informações no setor da saúde a fim de entender a rede de saúde no estado e, portanto, suas regionais de saúde e seus polos.

4.4 Os municípios polos e os seus serviços de saúde em média e alta complexidade

O estudo da rede urbana de Goiás apontou que o estado conta com a maioria de suas cidades com população abaixo de 50.000 mil habitantes. Assim, dos 18 municípios polos de saúde em 2016 (IBGE, estimativa 2016), oito (8) delas estavam nesse patamar, apenas duas (2) entre 50.001 e 99.999 habitantes e outras oito (8) acima de 100.000 habitantes, aqui, incluindo a capital Goiânia, conforme Tabela 3, a seguir:

Tabela 3 – Quantidade de sedes das regionais de saúde do Estado de Goiás por habitantes 2004-2016.

Referência de população conforme “Cidades Médias Goianas” / habitantes (LUZ, 2012)	PDR-2004/GO ^a	Resolução 028/2012 – CIB – 17 REGIONAIS DE SAÚDE ^b	Resolução 344/2014 – CIB – 18 REGIONAIS DE SAÚDE ^c	IBGE (Estimativa de 2016) / Sedes ^d
< 50.000	7	8	8	8
> 50.001 e < 99.999	4	4	5	2
> 100.000	5	5	5	8
TOTAL POLOS	16	17	18	18

^a PDR-GO/2004 – 16 REGIONAIS DE SAÚDE, estimativa de 2003;

^b Resolução 028/2012 – CIB – 17 REGIONAIS DE SAÚDE;

^c Resolução 344/2014 – CIB – 18 REGIONAIS DE SAÚDE;

^d 18 REGIONAIS DE SAÚDE – estimativa das populações das sedes em 2016;

Organização: PIRES, C. M. (2017).

No estudo feito por Luz (2012, p.17) sobre as Cidades Médias Goianas ela caracteriza 17 em todo o estado, sendo destas 9 municípios polos das regionais de saúde (grifos nosso), de acordo com a tabela 4:

Tabela 4 – Estado de Goiás: cidades com população entre 50.000 e 500.000 habitantes, 2000-2010 – Cidades Médias (grifo do autor).

Cidades	RIDE/RMG	2000	2010	2000-2010 (%)
Águas Lindas de Goiás	RIDE	105.583	159.138	33,7%
Anápolis	-	280.164	328.755	14,8%
Aparecida de Goiânia	RMG	335.547	455.193	26,3%
Luziânia	RIDE	130.165	162.807	20,0%
Rio Verde	-	106.079	163.540	35,1%
Trindade	RMG	78.199	100.106	21,9%
Valparaíso de Goiás	RIDE	94.856	132.982	28,7%
Caldas Novas	-	47.308	67.714	30,1%
Catalão	-	57.606	81.064	28,9%
Formosa	RIDE	69.285	92.023	24,7%
Goianésia	-	44.912	55.660	19,3%
Itumbiara	-	77.123	88.942	13,3%
Jataí	-	68.821	81.010	15,5%
Novo Gama	RIDE	73.026	93.971	22,3%
Planaltina	RIDE	70.127	77.582	9,6%
Santo Antônio do Descoberto	RIDE	48.398	56.808	14,8%
Senador Canedo	RMG	50.442	84.111	40,0%

Fonte: IBGE, Censos Demográficos de 2000 e 2010. Organização: LUZ (2012).

Com base nessas informações, surgem alguns questionamentos: na elaboração do PDR de 2004 como essas cidades polos foram avaliadas e selecionadas? Elas preencheram os requisitos necessários para tal representatividade dentro de uma regional de saúde? Qual o peso do critério populacional naquele momento? As cidades polos conseguem atender o nível de atenção à saúde exigido? Ou os seus usuários têm que procurar outros polos ou até mesmo a capital do estado? Ou no caso das cidades do Entorno do DF procurarem a capital federal? Assim, as 18 cidades polo de regionais de saúde atendem os princípios do SUS e cumprem seu papel na promoção e proteção à vida?

Diante desses questionamentos, a regionalização das redes de atenção à saúde do estado de Goiás é o tema principal da tese. É possível tantas regiões de saúde conseguirem direcionar e aglutinar dentro de suas redes os atendimentos aos seus usuários dos quais são pertinentes ao seu polo regional, pois é ele o responsável por atender os usuários do SUS em níveis que exigem graus mais complexos? Esses polos conseguem atender à sua população com universalidade, equidade e integralidade? Todos os municípios polos possuem os serviços necessários para os procedimentos em média e alta complexidade no qual são exigidos?

É o que se observa na tabela 4, a seguir, dos estabelecimentos por nível de atenção do Estado de Goiás – CNES.

Tabela 5 - CNES - Estabelecimentos por nível de atenção segundo os municípios polos das regiões de saúde de Goiás Dez/2016.

Município	Amb. Média Comp. Estadual	Amb. Média Comp. Municipal	Amb. Alta Comp. Estadual	Amb. Alta Comp. Municipal	Hosp. Média Comp. Estadual	Hosp. Média Comp. Municipal	Hosp. Alta Comp. Estadual	Hosp. Alta Comp. Municipal
Anápolis	1	314	-	24	-	10	-	5
Aparecida de Goiânia	1	209	-	14	1	10	-	3
Campos Belos	1	12	-	1	-	2	-	-
Catalão	1	293	-	20	-	4	-	3
Ceres	1	98	-	10	-	6	-	2
Formosa	1	94	-	3	-	4	-	-
Goianésia	1	58	-	3	-	6	-	-
Goiânia	14	2291	6	126	-	126	-	39
Goiás	1	25	-	4	-	2	-	-
Iporá	1	47	-	2	-	3	-	-
Itumbiara	1	131	-	15	-	11	-	4
Jataí	1	122	-	3	-	6	-	1
Luziânia	1	99	-	5	-	2	-	3
Porangatu	1	48	-	8	-	3	-	-
Posse	1	19	-	2	-	2	-	-
Rio Verde	1	497	-	26	-	9	-	4
São Luís de Montes Belos	1	44	-	1	-	2	-	1
Uruaçu	1	50	-	5	-	2	-	-
Total	31	4451	6	272	1	210	0	65

Fonte: Brasil (2017).

Se observarmos os estabelecimentos ambulatoriais e hospitalares de média complexidade municipais vê-se que todas as cidades médias do estado possuem uma maior quantidade destes, com exceção apenas de Luziânia que é a única cidade polo e média que possui um quantitativo de hospitais de média complexidade igual às outras cidades polo não considerada como média por Luz (2012), conforme tabela 5. No campo dos estabelecimentos hospitalares de alta complexidade das 9 cidades médias, 7 delas possuem hospitais nesse nível de complexidade, apenas Formosa e Goianésia não possuem. No entanto, Luziânia, cidade média, possui um total de 3 hospitais de alta complexidade e Ceres e São Luís de Montes Belos que não são consideradas médias também possuem hospitais de alta complexidade.

Assim, na compreensão da regionalização da saúde no estado de Goiás analisa-se uma quantidade excessiva de regiões de saúde em que seus polos possuem entre outros elementos a baixa população, segundo a tabela 6:

Tabela 6 – População dos Polos das Regionais de Saúde do Estado de Goiás - 2004 a 2016.

Cidade	2004^a	2012^b	2014^c	2016^d
Goiânia	1.146.103	-	-	1.448.639
Aparecida de Goiânia	385.033	-	-	532.135
Luziânia	160.330	-	-	196.864
Formosa	84.352	-	-	114.036
Campos Belos	17.757	-	-	19.665
Porangatu	39.944	-	-	35.128
Uruaçu	33.410	-	-	39.787
Ceres	19.208	-	-	22.034
Anápolis	298.154	-	-	370.875
Goiás	26.920	-	-	24.269
Iporá	31.795	-	-	32.218
São Luiz de Montes Belos	26.798	-	-	32.808
Rio Verde	124.753	-	-	212.237
Jataí	79.398	-	-	97.077
Itumbiara	83.544	-	-	101.544
Catalão	67.370	-	-	100.590
Posse	-	32.234	-	35.128
Goianésia	-	-	64.861	66.649

^a PDR-GO/2004 – 16 REGIONAIS DE SAÚDE;

^b Resolução 028/2012 – CIB – 17 REGIONAIS DE SAÚDE;

^c Resolução 344/2014 – CIB – 18 REGIONAIS DE SAÚDE;

^d 18 REGIONAIS DE SAÚDE – estimativa das populações das sedes em 2016.

Organização: Pires (2019).

O que justificaria a escolha de uma cidade polo de uma regional de saúde com 19.764 habitantes (IBGE, estimativa, 2016) como é o caso de Campos Belos? De 12 equipamentos de

média complexidade selecionados para a pesquisa, esse polo possui apenas três (3) deles: um (1) mamógrafo de comando simples, três (3) incubadoras e um (1) eletrocardiógrafo. De 24 tipos de leitos, dois (2) apresentam atendimento apenas para cirurgia geral, e um (1) para ortopedia traumatologia. De 12 tipos de estabelecimentos de saúde apresenta cinco (5) Unidades Básicas de Saúde, duas (2) policlínicas e uma (1) Unidade De Apoio Diagnose E Terapia (SADT ISOLADO) cadastrados pelo SUS. Nessa breve análise foi vista a cidade polo de menor contingente populacional, mas, o quanto as outras sete (7) também menores de 50.000 habitantes se destacariam no atendimento aos seus usuários sendo polos regionais e sendo obrigatoriamente responsáveis pela média complexidade e, portanto, autossuficientes nesses quesitos?

No estudo de Luz (2012), sobre as cidades médias goianas, ela caracteriza as cidades com população entre 50.000 e 500.000 habitantes (2000-2010), como médias, sendo 17 em todo o estado, em que nove (9) dessas são polos das regionais de saúde: Anápolis, Aparecida de Goiânia, Luziânia, Rio Verde, Catalão, Formosa, Goianésia, Itumbiara e Jataí. Nessa perspectiva, portanto, esta pesquisa visa também compreender o papel das cidades médias na rede urbana, a fim de contribuir para uma possível análise dessas cidades e sua importância na rede urbana goiana, podendo talvez construir polos regionais de saúde mais fortes que possam atender seus usuários e descentralizar o atendimento da capital Goiânia, atendendo assim os princípios e diretrizes previstos na Constituição de 1988.

Com o propósito de conhecer as 18 cidades polo das regionais de saúde sendo elas um grupo de cidades complexas, pois apresentam atividades econômicas, população, arrecadação de ICMS e outras características sociais diferentes umas das outras e também o de observar esses polos diante da metodologia das cidades médias apontada por Luz (2012) e escolhida para análise neste trabalho vimos também que elas não se dividem apenas em Cidades Médias e Cidades não Médias. Dentre elas existem aquelas que são polos, não são Cidades Médias, mas, ou pertencem à RMG (Região Metropolitana de Goiânia ou a RIDE (Região Integrada de Desenvolvimento) no Entorno de Brasília. Portanto, apenas 7 das 9 Cidades Médias que são polos das regionais de saúde não estão na RMG ou RIDE. São elas: Anápolis (Pirineus), Rio Verde (Sudoeste I), Catalão e Caldas Novas (Estrada de Ferro), Goianésia (São Patrício II), Itumbiara (Sul), Jataí (Sudoeste II).

Assim, ao observarmos a tabela 7 (CNES - Equipamentos – Brasil / Quantidades disponíveis por Município Polo de Regional de Saúde e Especialidade: Goiás / Período: Dez/2016) percebe-se que, utilizar metodologicamente apenas o critério populacional na avaliação das cidades polo de população inferior a 50.000 habitantes como incapazes de terem

centralidade na assistência à saúde talvez seja insuficiente para uma análise da regionalização da rede de saúde do estado de Goiás. Isso se tornou possível ao vermos as quantidades disponíveis de equipamentos de média complexidade disponibilizados e distribuídos pelas 18 cidades polo conforme o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES). Por exemplo: na quarta linha onde se tem o equipamento de “ressonância magnética”, das 9 cidades médias, 6 delas não o possuem, é o caso de Catalão, Formosa, Goianésia, Itumbiara, Jataí e Luziânia. E, coincidentemente, também é o caso de 6 cidades não Médias: Campos Belos, Goiás, Iporá, Posse, São Luís de Montes Belos e Uruaçu.

Na nona linha no equipamento “endoscópio das vias urinárias” 3 das cidades médias não o possuem (Formosa, Goianésia e Luziânia) e 6 das não Médias também não o possuem (Campos Belos, Goiás, Iporá, Posse, São Luís de Montes Belos e Uruaçu). O destaque é para Aparecida de Goiânia que, além de ser Cidade Média também faz parte da RMG, portanto conforme se observa na tabela em todos os equipamentos ela apresenta quantidades consideráveis deles não se ausentando em nenhum deles. No entanto, Luziânia, também CM e da RIDE, ocorre o contrário, pois, ela só aparece em 5 linhas, na 1^a, 6^a, 7^a, 10^a e 12^a nos equipamentos de mamógrafo de comando simples, incubadora, eletrocardiógrafo, endoscópio digestivo e equipamento para hemodiálise, respectivamente. Então, acrescento o seguinte questionamento na metodologia apresentada até aqui: em determinadas variáveis no estudo das cidades polo das regionais de saúde goiana como ser integrada a uma região metropolitana pode interferir positivamente e/ou negativamente no atendimento da população usuária da rede assistencial daquela região sem sofrer influências das metrópoles Goiânia e Brasília?

Tabela 7 – CNES - Equipamentos – Brasil / Quantidades disponíveis por Município Polo de Regional de Saúde e Especialidade: Goiás / Período: Dez/2016.

Cidade	Status	MAM	RX	TC	RM	EU	INC	ELEC	ELEF	EVU	ED	LAP	HEM
Anápolis	E	11	2	11	4	22	32	42	6	3	17	7	64
	EU	10	2	11	4	22	27	40	6	3	15	7	61
	ES	8	1	7	3	14	29	34	5	3	6	6	64
	EUS	7	1	7	3	14	24	32	5	3	6	6	61
Aparecida de Goiânia	E	11	3	9	4	20	18	49	16	1	13	6	90
	EU	11	3	9	4	20	18	47	15	1	13	5	83
	ES	8	1	7	2	14	18	29	11	1	8	4	47
	EUS	8	1	7	2	14	18	28	10	1	8	4	47
Campos belos	E	2					5	3					
	EU	2					5	2					
	ES	1					3	1					
	EUS	1					3	1					
Catalão	E					10	16	21	6	2	12	3	36
	EU					10	16	21	5	2	12	3	36
	ES					4	15	12	2	1	5	2	36
	EUS					4	15	12	1	1	5	2	36
Ceres	E	5	5	7	3	7	10	17	7	5	14	4	38
	EU	5	4	7	3	7	10	15	6	5	14	2	38
	ES	3	2	3	2	3	5	10	1	1	6	1	37
	EUS	3	2	3	2	3	5	9	1	1	6	1	37
Formosa	E	5	1			9	12	20	8		8		40
	EU	5	1			9	12	20	8		8		40
	ES	1	1			2	10	4	1		1		40
	EUS	1	1			2	10	4	1		1		40
Goianésia	E	1		3			9	21			3		31
	EU	1		3			9	21			3		31
	ES	1		2			8	16			1		31
	EUS	1		2			8	16			1		31
Goiânia	E	54	32	68	27	137	248	336	80	39	173	67	310
	EU	53	32	67	27	136	234	334	70	39	172	66	304
	ES	19	9	32	8	59	179	185	40	26	74	34	295
	EUS	19	9	31	8	59	179	184	39	26	74	34	291
Goiás	E	1		1			4	7			1		1
	EU	1		1			4	7			1		1
	ES	1		1			3	5			1		1
	EUS	1		1			3	5			1		1
Iporá	E	2				3	8	10			4		9

Itumbiara	EU	2			3	8	10			4		9
	ES	1			1	4	5			1		9
	EUS	1			1	4	5			1		9
	E	2	1	4	2	13	15	4	5	9	2	23
	EU	2	1	3	2	13	15	4	5	9	2	23
	ES	2	1	2	1	9	8	2	3	7	1	23
Jataí	EUS	2	1	1	1	9	8	2	3	7	1	23
	E	2		3	1	5	17	2	1	4		20
	EU	2		2	1	5	15	2	1	4		20
	ES	1		3	1	5	15	2	1	4		20
	EUS	1		2	1	5	13	2	1	4		20
	Luziânia	E	2				9	8			3	
EU		2				9	8			3		27
ES		1				3	2			1		27
EUS		1				3	2			1		27
Posse	E					2	4	1		2		
	EU					1	3	1		2		
	ES					2	3	1		1		
	EUS					1	2	1		1		
Porangatu	E	2	2	1	1	6	5		1	2		
	EU	2	2	1	1	6	5		1	2		
	ES	2	2	1	1	6	4		1	1		
	EUS	2	2	1	1	6	4		1	1		

Fonte: DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencgo.def>. Acesso em: 1 ago. 2017. **Legenda:** E: Existente; EU: Em uso; ES: Existente SUS; EUS: Em uso no SUS; MAM: Mamógrafo com Comando Simples; RX: Raio X para Densitometria Óssea; TC: Tomógrafo Computadorizado; RM: Ressonância Magnética; EU: Ultrassom Ecógrafo; INC: Incubadora; ELEC: Eletrocardiógrafo; ELEF: Eletroencefalógrafo; EVU: Endoscópio das Vias Urinárias; ED: Endoscópio Digestivo; LAP: Laparoscópico/Vídeo; HEM: Equipamento para Hemodiálise.

Tabela 8 – CNES - Recursos Físicos - Hospitalar - Leitos de internação – Brasil / Quantidades disponíveis por Município Polo de Regional de Saúde e Especialidade: Goiás / Período: Dez/2016.

Polo / Descrição	Status	Cardiologia	Cirurgia Geral	Nefr.	Neuroc.	Oncol.	Ortopediátr.	Otorrinol.	Torácica	Transplante	Unidade Intermediária Neonatal	UI	UTI A. I	UTI A. II
Anápolis	E	15	93	4	25	10	51				13	4		73
	S	6	40	3	9	9	48				13	4		49
	NS	9	53	1	16	1	3				0	0		24
Ap. de Goiânia	E	14	55	4	54		33					3	10	51
	S	11	51	2	42		32					2	0	41
	NS	3	4	2	12		1					1	10	10
Campos belos	E		3				1							
	S		2				1							
	NS		1				0							
Catalão	E	6	38	2	6	1	20		1			5		28
	S	5	22	1	3	1	18		1			2		15
	NS	1	16	1	3	0	2		0			3		13
Ceres	E	2	50	6	1	1	24					1		20
	S	0	14	0	1	0	20					0		4
	NS	2	36	6	0	1	4					1		16
Formosa	E	40												
	S	22												
	NS	18												
Goianésia	E	34		2			16					3	12	10
	S	22		0			9					2	0	0
	NS	12		2			7					1	12	10
Goiânia	E	126	636	163	113	157	508		59	15	33	60	136	393
	S	86	399	71	52	76	313		25	15	17	36	17	279
	NS	40	237	92	61	81	195		34	0	16	24	119	114
Goiás	E	18					5					2		10
	S	8					0					0		10
	NS	10					5					2		0
Iporá	E	17			3		3							
	S	10			0		0							
	NS	7			3		3							
Itumbiara	E	4	52				9					6		10
	S	0	14				9					2		10
	NS	4	38				0					4		0
Jataí	E		35								1		6	

	NS												
Goianésia	E												
	S												
	NS												
Goiânia	E	21	47	63	26	191	10	13	16	36	13	33	
	S	0	8	58	0	87	0	2	16	0	0	17	
	NS	21	39	5	26	104	10	11	0	36	13	16	
Goiás	E												
	S												
	NS												
Iporá	E												
	S												
	NS												
Itumbiara	E									9			
	S									0			
	NS									9			
Jataí	E												
	S												
	NS												
Luziânia	E												
	S												
	NS												
Posse	E												
	S												
	NS												
Porangatu	E												
	S												
	NS												
Rio verde	E									1			
	S									0			
	NS									1			
S. Luís de M Belos	E	9											
	S	0											
	NS	9											
Uruaçu	E												
	S												
	NS												

Fonte: DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencgo.def>. Acesso em: 1 ago. 2017. **Legenda** – E: Existente; S: SUS; NS: Não SUS; UI: Unidade

Isolamento; **UTI A. I:** UTI Adulto - Tipo I; **UTI A. II:** UTI Adulto - Tipo II; **UTI A. III:** UTI Adulto - Tipo III; **UTI P. I:** UTI Pediátrica - Tipo I; **UTI P. II:** UTI Pediátrica - Tipo II; **UTI N. I:** UTI Neonatal - Tipo I; **UTI N. II** UTI Neonatal - Tipo II; **UTI N. III:** UTI Neonatal - Tipo III; **UTIQ:** UTI de Queimados; **UTI C. II:** UTI Coronariana Tipo II - Uco Tipo II; **UCINCON:** Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional; **UCINCAN:** Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru; **UCIA:** Unidade de Cuidados Intermediários Adulto.

A tabela 8 que analisa a quantidade de leitos disponíveis para internação é parte desse estudo, mas ainda não foi feito que é o de analisar os custos para a manutenção dos recursos físicos e de profissionais especializados de um leito em qualquer unidade hospitalar de atendimento na rede assistencial de saúde. Portanto, fiz a escolha de leitos nesta tabela que, a priori, geram custos irremediavelmente consideráveis para uma cidade polo que tenha a obrigatoriedade de atender no nível médio de complexidade.

Pegamos como exemplo a 2ª linha de “cirurgia geral”, mais comum, mas nada simples. Quatro cidades não médias não possuem nenhum leito disponível (Goiás, Iporá, São Luís de Montes Belos e Uruaçu), mas duas CM também não possuem (Formosa e Goianésia) ambas da RIDE. É o que acontece na 13ª linha de “UTI ADULTO – TIPO II, 6 das CM possuem leitos financiados pelo SUS (Anápolis, Aparecida de Goiânia, Catalão, Itumbiara, Jataí e Rio Verde) e das 8 não CM 2 possuem leitos disponíveis (Ceres e Goiás).

Tabela 9 - CNES - Estabelecimentos por Tipo - Brasil / Quantidade por Tipo de Estabelecimento e por Município Polo de Regional de Saúde: Goiás / Período: Dez/2016.

Descrição Cidade	Centro de Saúde/Unida de Básica	Policlínica	Hospital Geral	Hospital Especializado	Pronto Socorro Geral	Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia	Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica	Centro de Atenção Psicossocial	Pronto Atendimento	Teleatendimento	Central de Regulação Médica das Urgências	Central de Regulação do Acesso
Anápolis	45	75	10	6	1	43	2	2	1	1		
Ap de Goiânia	42	6	5	6	2	29		4	2		1	
Campos belos	5	2				1						
Catalão	18	2	3	1		29	1	1	1			
Ceres	6	6	6	3		16	1	1	1		1	
Formosa	17	5	3	1		11		1	1		1	1
Goianésia	24	3	6			6		1	1			
Goiânia	93	133	51	64	3		2	9	3	1	1	2
Goiás	5	2				5		1			1	
Iporá	8	1	3			7	1				1	1
Itumbiara	20	4	4			12	1	1			1	
Jataí	15		4				1	1	1			
Luziânia	25	11	4	1		11	1	1	2		1	
Posse	10	1				4						
Porangatu	10		3			6		1			1	1
Rio verde	13	116	4	4		9		2	1		1	2
S. Luís de M. Belos	9	5	3			6		1				1
Uruaçu	12	2	2			10		1				

Fonte: DATASUS. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/atencgo.def>. Acesso em: 1 ago. 2017.

Na tabela 9 em que podemos observar a quantidade de estabelecimentos oferecidos aos usuários do SUS em nível secundário de atendimentos pegamos dois tipos, o Hospital Especializado e a Unidade de Pronto Atendimento. Na quarta linha, de Hospital Especializado, 6 (Anápolis, Aparecida de Goiânia, Catalão, Formosa, Luziânia e Rio Verde) das CM possuem e das não CM apenas a cidade polo de Ceres possui.

E na nona linha, da Unidade de Pronto Atendimento apenas a cidade polo de Itumbiara que é considerada Média não possui nenhuma unidade. E das não Cidades Médias apenas Ceres possui uma Unidade de Pronto Atendimento.

Tabela 10 – Serviço Especializado por cidade Polo em Goiás / Dez. 2016.

Município Polo	Serviço de oncologia	Serviço de triagem neonatal	Serviço de urgência e emergência	Transplante
Anápolis	0	0	3	3
Aparecida de Goiânia	1	1	2	3
Campos Belos	0	0	2	0
Catalão	0	0	4	1
Ceres	0	0	0	0
Formosa	0	0	2	0
Goianésia	0	0	1	0
Goiânia	3	0	21	32
Goiás	0	0	1	0
Iporá	0	0	1	0
Itumbiara	0	0	1	1
Jataí	0	0	3	0
Luziânia	0	0	0	0
Porangatu	0	0	1	0
Posse	0	0	1	0
Rio Verde	0	0	1	1
São Luís de Montes Belos	0	0	1	0
Uruaçu	0	0	0	1
TOTAL	4	1	45	42

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, DATASUS: Departamento de Informática do SUS.

A síntese das teorias e metodologias expostas é, portanto, parte da fundamentação deste trabalho, que ainda está em discussão nos capítulos seguintes sobre a regionalização da saúde no Estado de Goiás e a hierarquização da média e alta complexidade nas regiões de saúde e municípios polos nos anos de 2004 e 2018.

4.5 O plano estadual de saúde do Estado De Goiás – 2016-2019.

O Plano Estadual de Saúde foi elaborado para os anos de 2016 a 2019 com o objetivo de orientar a Gestão do SUS no Estado de Goiás.

Baseado nos princípios constitucionais do SUS de equidade, integralidade e universalidade, da garantia do acesso e da regionalização o plano apresenta o diagnóstico situacional dos principais problemas da saúde nos seus diferentes níveis de atenção, a básica, a média e a alta complexidade. O Mapa da Saúde dá o direcionamento para a análise, o planejamento e a resolução dos problemas mais críticos no estado.

Efetivamente participaram da elaboração desse instrumento os técnicos do Conselho Estadual de Saúde, o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde de Goiás (COSEMS), a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e os representantes das Superintendências da SES, que buscaram elaborar critérios que abrangessem a discussão e levantamento das reais necessidades em saúde no Estado de Goiás.

Foi definido conforme a Portaria do MS 2.135/2013 em seu Artigo 3º, § 2º “o Plano de Saúde observando os prazos do Plano Plurianual (PPA), conforme definido nas Leis Orgânicas dos entes federados” e o § 7º, “O Plano de Saúde considerando as diretrizes definidas pelos Conselhos e Conferências de Saúde”, havendo, no entanto, um desencontro de datas, pois a Constituição do Estado de Goiás cita em seu Artigo 110-A, Inciso I, que “o projeto do plano plurianual deve ser enviado até 31 de agosto e devolvido até 15 de dezembro do primeiro ano do mandato do Governador, salvo no caso de sua reeleição, quando o prazo de envio para a Assembleia se esgota em 30 de abril” e as Conferências Estadual e Nacional de Saúde acontecem em novembro e dezembro do referido período.

Assim, ele foi desenvolvido nas seguintes etapas:

1ª etapa: Elaboração das diretrizes, objetivos e metas parciais de acordo com a análise dos técnicos da SES e das propostas constantes no Plano de Governo até o dia 30/04/2015;

2ª etapa: Discussão das demandas nas 18 Regiões de Saúde do Estado entre os meses de maio a setembro de 2015, através das Conferências de Saúde, e em atendimento a Resolução nº 01/2015 do Conselho Estadual de Saúde;

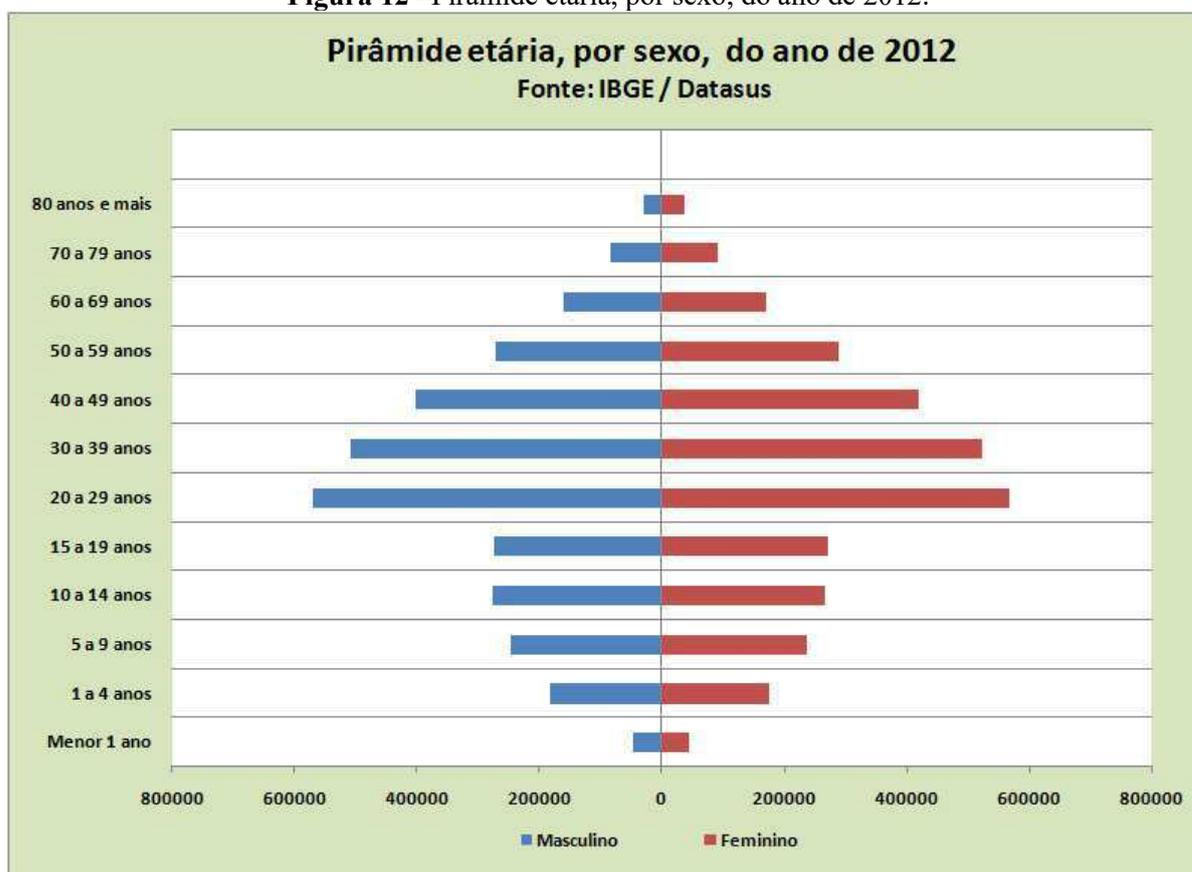
3ª etapa: Análise das metas do Plano 2012-2015 foi compatibilizada com o Plano Estadual 2016-2019, onde foram incluídas as metas não atingidas. Das 379 metas propostas no plano anterior foram reduzidas para 53 metas no plano atual.

4ª etapa: Finalização do documento com a inclusão de prioridades e diretrizes parciais das Conferências Estadual e Nacional de Saúde, visto que estas ainda não haviam sido

consolidadas na época de encaminhamento deste documento ao Conselho Estadual de Saúde. Ainda compatibilizaram-se as metas com o Plano Plurianual.

Na elaboração do Plano houve um estudo minucioso das características geográficas, demográficas, da composição étnica, da residência em área urbana ou rural, do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), do crescimento populacional, a evolução da população segundo a faixa etária, a taxa de fecundidade das mulheres e outros elementos pertinentes para o conhecimento de sua população distribuída pelo território goiano. Assim, por exemplo, quando se observa a pirâmide etária, figura 12, da população em Goiás em 2012, percebe-se um crescimento da sua população idosa. Isso serve para um melhor planejamento e organização de metas a serem alcançadas no atendimento a essa população a médio prazo.

Figura 12 – Pirâmide etária, por sexo, do ano de 2012.

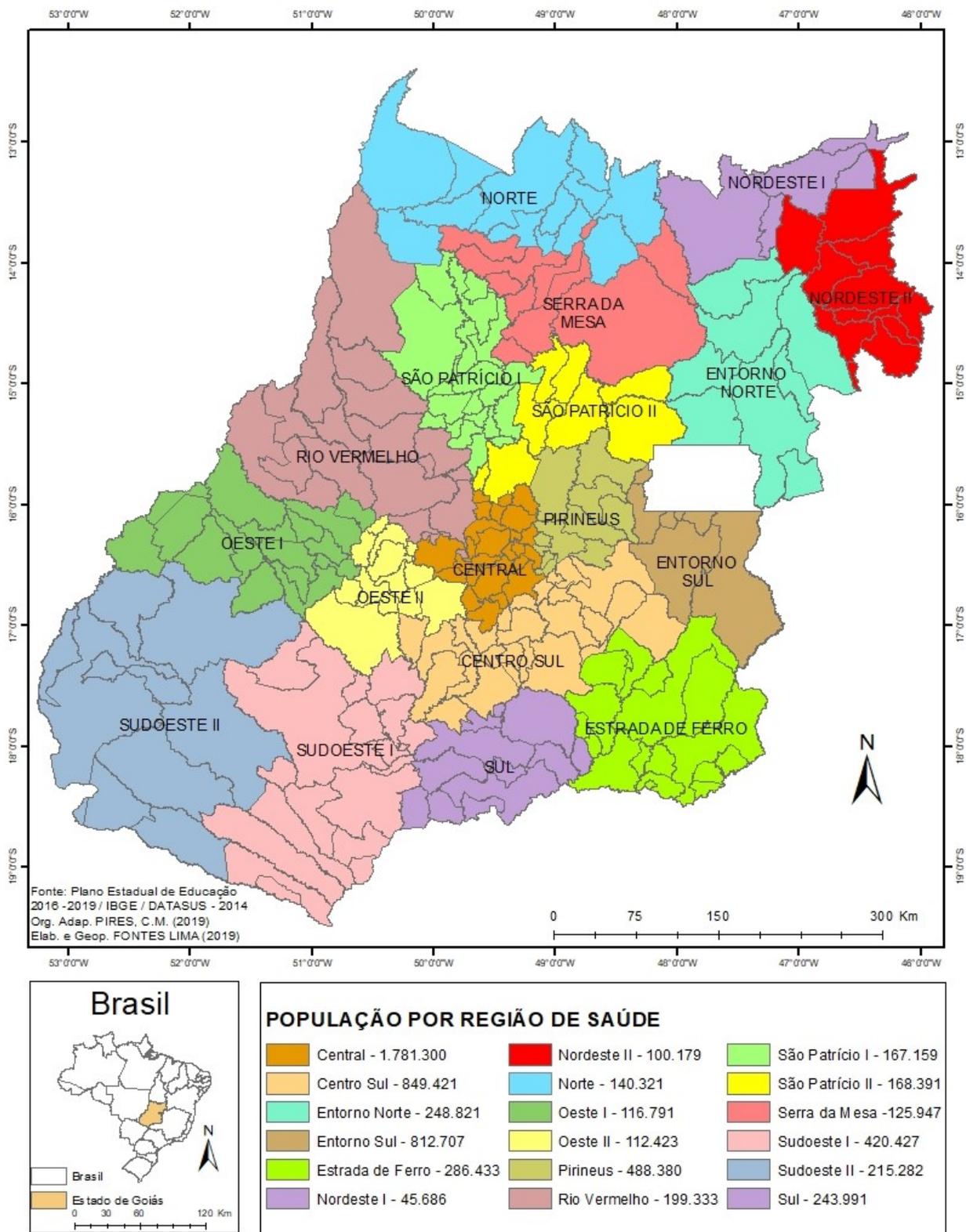


Fonte: Plano Estadual de Educação, 2016-2019.

O Plano Estadual de Saúde apresenta a divisão regional da saúde no estado conforme o seu Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás (PDR) e realça o critério populacional e da densidade demográfica na definição de suas 18 regionais de saúde. Destacam-se as regiões mais populosas, por ordem decrescente: Central, Centro Sul e Entorno

Sul. Estas três regiões somam quase 50% de toda a população de Goiás, apresentando um alto índice de densidade demográfica. Como se pode observar na figura 13.

Figura 13 – Mapa da população do Estado de Goiás por região.



Fonte: Goiás (2016, 2019).

4.6 O PDR e a regionalização da saúde em Goiás

4.6.1 Uma caracterização do Plano Diretor de Regionalização de Goiás

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é um projeto de acesso à saúde, cuja elaboração é de responsabilidade técnica e administrativa da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás. Ele é resultado de uma agenda de interesses entre ação estatal e municípios, com foco no desenvolvimento e melhoria da logística dos serviços de saúde ofertados no território goiano.

Ademais, além dos serviços implantados, visa criar novos tipos de serviços, contribuindo, assim, para a sua ampliação e, ao mesmo tempo, fazer com que a regionalização deles seja a conexão prioritária para atender o mais rápido àqueles que buscam atendimento em locais de saúde do Sistema Único de Saúde, de Goiás, que não estejam, necessariamente, à priori perto da capital goiana, Goiânia, objetivando dessa forma que as regiões de saúde, os polos regionais de saúde e os polos microrregionais de saúde, também, possam disponibilizar serviços que em tese possam contemplar à população desses locais, evitando, dessa maneira o seu deslocamento para a capital, à qual disponibiliza, obviamente de mais recursos, mas, ao mesmo tempo, também, não tem suporte e nem recursos públicos para atender toda a população de Goiás.

O PDR-GO(2004) está estruturado em seis partes:

1. Características demográficas e populacionais;
2. Gestão do SUS em Goiás;
3. Plano Diretor de Regionalização;
 - 3.1 Diretrizes;
 - 3.2 Objetivos;
 - 3.3 Metodologia para elaboração;
 - 3.4 Critérios estabelecidos para a Regionalização;
 - 3.5 Princípios e Diretrizes para a gestão da demanda e oferta de Serviços de Saúde – Complexo regulador;
 - 3.6 Proposta de regionalização por região de saúde;
 - 3.7 Módulos assistenciais/microrregiões de saúde, região de saúde e abrangência populacional por módulo assistencial, microrregião de saúde, rede especializada, serviços de saúde e PDI;
4. Rede de serviços especializados de referência;

5. Plano diretor de investimento; e
6. Programação pactuada integrada.

Considerando que o PDR mineiro comparado é de 2012 e o PDR de Goiás é de 2004, verifica-se que o PDR goiano contempla desde a sua primeira publicação discussões importantes tratadas no PDR mineiro, de 2012.

Essa discussão pode ser observada a partir das estruturações dos capítulos dos dois PDRs. Ambos procuraram discutir o processo histórico, os conceitos e o método aplicado. Do mesmo modo, procuraram apresentar a regionalização da saúde mineira e goiana em forma de mapas que ilustram melhor o alvo de atuação deles nesses espaços geográficos de saúde, a fim de facilitar o acesso e o atendimento do usuário do SUS de forma eficaz, igualmente, prestando-lhe um serviço de saúde de qualidade.

A regionalização da saúde, portanto, é um projeto para o descongestionamento dos serviços de saúde altamente concentrados em Goiânia e, sobretudo, para oferecer um tratamento que respeite o princípio constitucional da dignidade da pessoa para cada usuária(o) do SUS, que é mantenedor direto desse sistema através da arrecadação de impostos, o qual precisa ser melhor administrado (projetado) dentro de um fluxo contínuo, que circule sem interrupções dentro dessa rede de saúde proposta por esse PDR, que está fundamentado na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01):

A NOAS-SUS 01/01 baseia-se, portanto, no reconhecimento da regionalização em saúde fundamental para a consolidação dos princípios de universalidade, equidade no acesso e integralidade da atenção, nesse momento específico da implementação do Sistema Único de Saúde. Vale destacar que o aprofundamento do processo de regionalização só é possível em face dos avanços decorrentes do intenso processo prévio de descentralização, com ênfase na municipalização, induzido pelas Normas Operacionais Básicas do SUS 01/93 e 01/96, que possibilitou a emergência de milhares de gestores municipais como atores políticos e afirmou a sua responsabilidade sanitária. Além disso, a experiência acumulada com o processo de descentralização trouxe novos elementos para o amadurecimento da reflexão sobre as especificidades do papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2001, p. 5).

Esse documento foi a diretriz inicial para a escrita do primeiro Plano Diretor de Regionalização do Estado de Goiás, que foi publicado em 2004, o qual tem por objetivo a regionalização, descentralização e a municipalização da saúde no estado goiano, permitindo o acesso da população aos serviços de saúde, atendendo as suas necessidades, principalmente, próximo de suas moradias. Todavia, existe um problema nessa rede de regionalização: nem

todos os municípios gozam dos mesmos recursos físicos, infraestrutura, financeiros e serviços especializados. O resultado é uma rede que oscila com a realidade, hora ela está conectada, hora está *off-line*, ou melhor, não consegue atender a demanda do contingente de pessoas que necessitam desses serviços diários.

Porém, esse processo de regionalização de saúde ainda é novo em Goiás. Por isso, é preciso reconhecer que houve avanços, uma vez que faz apenas 15 anos desde a primeira e única publicação do PDR-GO/2004. Ademais, ao longo do tempo foram pequenas atualizações, como as de 2012 e 2014, mas sem o registro e discussão teórica que o primeiro documento oficial apresentou. Por outro lado, por mais que haja o reconhecimento de avanços, é preciso continuar o desenvolvimento dessas diretrizes do PDR, a fim de garantir que a população goiana do interior tenha acesso às novas tecnologias de saúde, que estão centralizadas em Goiânia. Esta discussão é apresentada no capítulo 5, na qual se realiza a análise dos dados coletados nos portais de saúde, do Departamento de Informática do Sistema de Saúde (DATASUS); e Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Antes de conhecer essa história, que ainda se repete nos dias atuais, faz-se necessário percorrer o itinerário dela, a qual aponta três questões importantes:

- 1^a) A necessidade da desconcentração dos serviços de saúde, de há muito hiperconcentrados na Capital do Estado;
- 2^a) A estruturação de serviços de saúde na região do Entorno de Brasília, região desprovida de serviços em escala necessária à magnitude de sua população. É importante ressaltar a parceria efetiva do Ministério da Saúde, através do Reforço a Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS, que permitiu a aquisição de equipamentos que começam a ser instalados nos diferentes municípios daquela região;
- 3) Os problemas e as pressões decorrentes do excesso de leitos hospitalares no Estado de Goiás, em decorrência da inclusão de serviços no SUS, de forma desordenada e sem planejamento, privilegiando a óptica da oferta e não a da necessidade real da população (GOIÁS, 2004, p.13)

Em 2004, os problemas em síntese eram: os serviços de saúde estavam hiperconcentrados em Goiânia; os municípios goianos que fazem divisa com Brasília careciam de serviços de saúde; o excesso e a falta de planejamento de leitos hospitalares. Diante desses entraves apontados, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01) surgiu como proposta para regularizar o destino das verbas públicas, referente aos recursos para a saúde, em cada uma das regiões do Estado, apontando os gestores dessas regiões e

municípios como responsáveis para a organização da saúde, no Estado de Goiás. Isso foi em 2004, de lá para cá, quais foram os efeitos dessa norma reguladora na regionalização da saúde goiana? Quais são os impactos positivos e negativos para o usuário do SUS? Que outras legislações foram criadas para avançar na regionalização da saúde? Essa questões serão respondidas em capítulo próprio, a partir de dados comparados e analisados através de estatísticas.

De acordo com o PDR-GO (2004, p.17) “o Estado de Goiás foi habilitado na condição de Gestão Plena do Sistema Estadual a partir de 16 de março de 2001, através da portaria Gab/MS nº 318 com o valor anual do teto financeiro de”, é definido com os seguintes valores: conforme o quadro a seguir:

- PAB de R\$ 51.843.924,00;
- Teto livre de R\$ 212.450.277,00;
- Alta complexidade de R\$41.787.686,00;
- Total de R\$ 306.081.887,00.

Esse investimento financeiro era para

uma população de 5.402.335 habitantes e 246 municípios sendo que 18 destes estão habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e 228 em Gestão Plena da Atenção Básica (representando 7,31% e 92,68% respectivamente), com repasse dos recursos da atenção básica fundo a fundo a 100% da população. Dos recursos destinados à assistência da média e alta complexidade, 67,58% são repassados fundo a fundo, o restante ficando sob gestão estadual (GOIÁS, 2004, p.17).

A cota financeira maior é dos cofres públicos municipais, que anteriormente era de gestão estadual. Sendo assim, os estabelecimentos de saúde (antigos hospitais regionais, centros de saúde e unidades mistas) passam ser administrados pelos municípios. A cota financeira menor é de gestão estadual, isso inclui redes conveniadas com municípios, que administram a Atenção Básica. As base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde no Estado aparecem no quadro 5.

Quadro 5 – Diretrizes do Plano Diretor de Regionalização de Goiás.

Município Módulo Assistencial	Atenção Básica (Saúde da Família) Média Complexidade 1/ Internações básicas em clínica médica, clínica pediátrica e obstétrica (parto normal)
Microrregiões	Pré-natal de Alto Risco Urgências
Regiões	Média Complexidade 2, 3 Internação Especializada Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar

Fonte: Goiás (2004).

Segundo o PDR-GO (2004) os objetivos são:

Ordenar o processo de regionalização do Estado, conformando sistemas resolutivos de assistência à saúde, através da organização do Estado em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, da conformação de redes hierarquizadas de serviços, e estabelecendo mecanismos e fluxos de referências intermunicipais com vistas a garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades;

Promover maior equidade na alocação de recursos;

Estabelecer compromissos entre os gestores para atendimento das referências intermunicipais;

Definir prioridades de intervenções coerentes com as necessidades da população;

Promover a melhoria da qualidade da atenção e do acesso dos cidadãos, bem como assegurar o planejamento dos serviços, o mais próximo possível das comunidades a serem atendidas;

Subsidiar o processo de qualificação das regiões e microrregiões;

Garantir a melhor participação possível dos cidadãos na tomada de decisões e escolha das prioridades regionais e locais, organização e gestão dos serviços (PDR-GO, 2004, p.18-19).

Em síntese, o PDR (2004) tem o objetivo de regionalizar o Estado em regiões/microrregiões; promover equidade; estabelecer compromissos entre os gestores; definir prioridades; promover a qualidade de acesso ao atendimento próximo ao paciente; contribuir financeiramente as regiões e microrregiões; e envolver o cidadão nas tomadas de decisões.

A partir de uma análise histórica, observa-se que os serviços de saúde no Estado de Goiás cresceram uma de uma forma geográfica desigual no território goiano, ficando a maior parte deles concentrados na capital de Goiás: Goiânia, ou seja, apenas um (1) dos 246 municípios recebeu mais investimentos, que os demais. O efeito dessa má distribuição é a extrema precarização desses serviços no interior, de Goiás, até os dias atuais.

Esta realidade é fruto de um modelo onde as necessidades efetivas da população não foram levadas em consideração e se instalavam serviços e se credenciavam prestadores de forma bastante aleatória e desvinculada de um planejamento mais global. A consequência é uma inadequada distribuição dos serviços, com dificuldades no seu acesso e impossibilidade de efetivo sistema de referência e contra referência, determinando, assim, deslocamentos constantes dos usuários (GOIÁS, 2004, p.19).

As denúncias desse sistema desigual, em 2004, estendem-se até o momento presente, conforme poderá ser visto na análise de coleta de dados. De lá para cá, houve avanços em diversos municípios goianos, mas a capital continua com a maior parte de recursos físicos, financeiros e humanos para atender todos os casos que são encaminhados do interior goiano, inclusive de outros estados:

A cidade de Goiânia, se tornou uma referência em Medicina em todo país. De acordo com o jornal O Popular, um estudo encomendado pela Sociedade Beneficente Israelita Albert Einstein, do Hospital Albert Einstein em São Paulo, mostra que Goiânia é referência em saúde para diversos estados. Atraindo pacientes até do Acre. Ainda segundo este levantamento, a referência regional de Goiânia é comparada a de Belo Horizonte. Os pesquisadores chegaram a esta conclusão a partir do cruzamento de dados do estudo Regiões de Influência de Cidades realizado pelo IBGE e registros do Datasus. A partir dos cadastros dos pacientes que fizeram consultas, operações preventivas e cirurgias na região metropolitana, foi possível identificar a origem e, automaticamente constatar a dimensão do raio e da influência da capital³.

Nesse sentido, Goiânia tornou-se referência em saúde. Embora seja um ponto positivo. Há mais pontos negativos, uma vez que a superconcentração de recursos esvazia os recursos de outros municípios, que ficam desassistidos e, por isso, sem recursos para atender os seus respectivos pacientes, que são encaminhados à capital para o atendimento ambulatorial de média e alta complexidade, sem que haja algum tipo de critério e contrato estabelecidos entre os seus gestores.

Essa problematização motivou a elaboração e sistematização do PDR-GO(2004): um documento que pudesse literalmente organizar essa desordem no sistema público de saúde goiano:

As distorções apresentadas apontam para a necessidade de reestruturação deste modelo, estabelecendo um sistema de saúde que realmente amplie o

³ Disponível em: <http://dradhemar.com.br/a-cidade-de-goiania-se-tornou-uma-referencia-em-medicina-em-todo-pais/>. Acesso em: 23 de fev. 2019.

acesso e garanta a equidade às ações e serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade da assistência, adotando como estratégia a regionalização, além da ampliação e qualificação da atenção básica, da organização hierarquizada da atenção de média e alta complexidade, do fortalecimento da capacidade de gestão, com definições claras de responsabilidade e prerrogativas dos partes envolvidas nos termos de compromisso de garantia de acesso, com a otimização dos recursos existentes em todo território e nas diversas esferas de governo (GOIÁS, 2004, p.19)

É preciso conceituar a priori: equidade (níveis de complexidade) e regionalização:

Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No âmbito do sistema nacional de saúde, se evidencia, por exemplo, no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade.

Exemplos práticos de equidade ocorrem frequentemente nos hospitais, especialmente naqueles nos quais se implantou a classificação de risco, onde a prioridade no atendimento é definida por critérios combinados de ordem de chegada, urgência e gravidade. Por esse princípio, uma vítima de acidente grave passará na frente de quem necessita de um atendimento menos urgente, mesmo que esta pessoa tenha chegado mais cedo ao hospital.

O princípio da equidade também norteia políticas de saúde, reconhecendo necessidades de grupos específicos e atuando para reduzir o impacto dos determinantes sociais da saúde aos quais estão submetidos. Neste sentido, no Brasil, existem programas de saúde em acordo com a pluralidade da população, contemplando as populações do campo e da floresta, negros, ciganos, pessoas em situação de rua, idosos, pessoas com deficiência, entre outros⁴.

O conceito de regionalização segundo o Ministério da Saúde (2001, p.32) é

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, 2001, s/p).

Esses dois conceitos são âncoras do Plano Diretor de Regionalização (2004) como formas de se apontar soluções para a problematização analisada historicamente pela

⁴ Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 15 mar. 2019.

desigualdade da saúde do ponto de vista geográfico e da má distribuição e alocação de recursos públicos em Goiás. Sendo assim, a equidade visa a promoção de igualdade e justiça – uma tentativa de mudar os rumos da história da saúde goiana – permitindo, principalmente, que os mais vulneráveis e os casos de alta complexidade tenham prioridades no atendimento. A regionalização, do mesmo modo, tem a pretensão de propiciar o atendimento mais rápido aos vulneráveis e os casos de alta complexidade. Para isso, adota um modelo técnico-político, com planejamento e divisão do espaço em redes de serviços à saúde.

O PDR-GO (2004), portanto, aponta métodos de descentralização da saúde, com foco especificamente na regionalização e na equidade. Assim, busca-se organizar todos os sistemas de saúde em seus níveis de atenção, sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde (SES). Dessa forma, a metodologia político-administrativa pretende garantir o recorte espacial do sistema de saúde, a fim de permitir que os entes governamentais tenham autonomia individualidade e na administração de recursos físico-financeiros.

Nesse sentido, para a implantação do Plano de Regionalização da Saúde no Estado de Goiás adotou-se, primeiramente:

A implantação de 13 Subsecretarias de Saúde com Centros Regionais de Referência, em substituição às 22 Regionais de Saúde em funcionamento atualmente, abrangendo todo o território Estadual, com a inserção de todos os municípios do Estado. Para a definição desta proposta foram observados o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico da população; identificação dos problemas de saúde prioritários, dentre outros, mas o número de municípios não foi considerado relevante, variando bastante entre as regiões propostas. A análise da distribuição espacial da população foi observada, para garantia de cobertura de ações e serviços de saúde, por área geográfica, incluindo os recursos físicos, humanos e financeiros, disponíveis e necessários, para que seja otimizada a organização do sistema e futuros investimentos, visando à garantia do acesso e à distribuição equânime de recursos (GOIÁS, 2004, p. 20).

Em seguida, a equipe técnica, da Secretaria de Estado de Saúde (SES), definiu manter a divisão territorial acordada entre os administradores municipais. Fizeram apenas o acréscimo da Região Macro Goiânia, que não tinha sido incluída anteriormente na proposta. Com isso, já havia uma denominação das Regiões de Saúde, as quais passaram por uma nova análise que tinha a finalidade de levantar dados acerca dos tipos de serviços oferecidos, o fluxo de usuários, características geográficas, distância e tempo para acesso aos serviços de saúde em cada um desses locais de atendimento.

A partir do resultado desses dados, passou-se a numa nova etapa, em que formou-se uma comissão de técnicos da Secretaria de Estado de Saúde (SES), com a participação de

representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), essa coligação foi responsável pela criação, discussão e aprovação do Plano Diretor de Regionalização de Goiás e de seus respectivos critérios. A pactuação se deu em reunião ordinária, conforme orientação da Comissão de Intergestores Bipartite – CIB:

Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País (BRASIL, 2009, p.82).

A partir dessa reunião ordinária e de um processo longo de análise, pesquisa, coleta de dados, discussão, planejamento e de pactuação entre gestores, a comissão propôs uma regionalização que foi, em primeiro lugar, apresentada ao Departamento de Descentralização e Gestão do Ministério da Saúde e ao presidente do Conselho de Secretários Municipais de Saúde. Em segunda lugar, aos representantes dos estados, em Brasília. Com os ajustes feitos em reuniões, outros encontros, em terceiro lugar, foram marcados para apresentar aos prefeitos municipais e as suas secretárias de saúde, entre outros membros municipais. Feito todos esses encontros, apresentações, discussões e ressalvas, o quarto passo, foi o processo de pactuação da proposta em reuniões regionais com os gestores e técnicos municipais, os quais, ainda, puderam tirar dúvidas e apontar sugestões de alteração, que voltaram a ser analisadas e discutidas, mas que no final foram aceitas pela equipe responsável do Plano Diretor de Regionalização. Concluída todas essas etapas anteriores, por fim, foi apresentado à Comissão de Intergestores Bipartite – CIB e pactuado com base na resolução CIB nº 040 de 30 de julho de 2001.

Com base nessa resolução, o Secretário de Estado da Saúde e Presidente da CIB, Fernando Passos Cupertino de Barros, e o Secretário Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia e Vice-Presidente do COSEMS, Carlos Augusto B. Machado, no uso de suas atribuições regimentais aprovaram por unanimidade esse texto visando “A necessidade de se estabelecer normas e procedimentos reguladores no processo de Regionalização, identificando

os critérios e prioridades de intervenção com vistas a organização da rede de Assistência Regionalizadas e Resolutivas”.

Além dessa resolução, outra foi apresentada em 27 de dezembro de 2001, de nº 067/2001 – CIB, em que novamente, o Secretário de Estado da Saúde e Presidente da CIB, Fernando Passos Cupertino de Barros, e o Secretário Municipal de Saúde de Aparecida de Goiânia e Vice-Presidente do COSEMS, Carlos Augusto B. Machado, consideraram e aprovaram:

- 1- A necessidade de se dar continuidade ao Processo de Descentralização e Organização do Sistema de Saúde com ênfase a Regionalização e Hierarquização dos Serviços de Saúde;
- 2- O que já foi deliberado através das resoluções de números, 040/2001, 055/2001 e 065/2001 da CIB-GO; e
- 3- O que preconiza as portarias PT/GM nº. 976 de 04/08/2001 e PT/GM nº 483 de 06/04/2001.

RESOLVEM:

Pactuar por unanimidade dos seus membros em sua 12ª reunião ordinária, realizada no dia 27/12/01, o Plano Diretor de Investimentos – PDI, como também a Repactuação dos critérios de Regionalização do Plano Diretor de Regionalização – PDR do Estado de Goiás.

A conclusão dessas resoluções contribuiu, posteriormente, para a elaboração do Plano Diretor de Regionalização, publicado em 2004, pelo Governo do Estado de Goiás, Sistema Único de Saúde, Secretaria de Estado de Saúde. Nesse PDR, o Estado de Goiás à priori ficou dividido em: “16 regiões, originadas da separação da Região Oeste em Oeste I e II; da Sudeste em Sudeste I e II; da Norte em Serra da Mesa e Norte; além da fusão da região Centro Norte à Macro Goiânia” (GOIÁS, 2004, p. 21).

Segundo o Plano Diretor de Regionalização (2004), regionalização goiana está fundamentada no planejamento integrado. Sendo assim, seu objetivo é mapear o território, identificar as prioridades e os sistemas de saúde, permitindo, dessa forma, garantir o princípio da equidade para a população mais vulnerável e propor soluções e tratamento de saúde.

Para isso, o planejamento do território estadual estabeleceu que o processo de regionalização deveria ter um nível de hierarquia na prestação de serviços de saúde:

- 1) Regiões de Saúde;
- 2) Microrregiões de Saúde;
- 3) Módulo Assistencial;

- 4) Municípios Satélites; e
- 5) Municípios Polos.

Dentro desses níveis hierárquicos de planejamento do território do Estado de Goiás, estabeleceu-se, que a Região de Saúde é o principal, porque é o “Nível de complexidade imediatamente superior à microrregião de saúde, além dos serviços de média complexidade, urgência, parto operatório (cesariana)” (GOIÁS, 2004, p. 22).

A superioridade hierárquica, igualmente, é resguardada por “ser referência em alta complexidade hospitalar e ambulatorial; e espaço territorial que coincide com as regiões pactuadas, abrigando as sedes administrativas destas” (GOIÁS, 2004, p. 22).

A Região de Saúde é a principal, portanto, é obrigada a “realizar cesárea e possuir Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal; e ter leitos de UTI e/ou hemodiálise e/ou referência em Saúde Mental” (GOIÁS, 2004, p. 22).

A segunda na posição hierárquica é a Microrregião de Saúde, pois é “a base territorial para fins de qualificação; espaço territorial com nível de complexidade resolutiva imediatamente superior ao módulo assistencial; e agrega maior complexidade e resolutividade, serviços especializados como consulta de pré-natal de alto risco” (GOIÁS, 2004, p. 22).

A Microrregião de Saúde é obrigada a “realizar pré-natal de alto risco; realizar assistência em urgência (24h) e/ou outros serviços de média complexidade; contiguidade de módulo assistencial e situação geográfica” (GOIÁS, 2004, p. 22).

Dessa forma, é obrigada e responsável por facilitar as vias de acesso do paciente, o transporte e o encurtamento da distância e do tempo entre os municípios satélite e a sede. Assim, sua função é impedir os obstáculos geográficos, de forma a manter o fluxo livre para os usuários serem atendidos.

Em terceiro lugar no nível de hierarquia está o Módulo Assistencial, o qual é o “primeiro nível de referência conforme a NOAS, constituído por um ou mais municípios” (GOIÁS, 2004, p. 23). Ele não tem a obrigatoriedade como os dois primeiros, mas zela pela contiguidade de municípios e pela situação geográfica deles. Tem a função de ser facilitador das vias de acesso, do transporte e do encurtamento da distância e do tempo entre os municípios satélite e a sede. Assim, sua função é contribuir para que o fluxo das vias esteja livre para a circulação de pacientes.

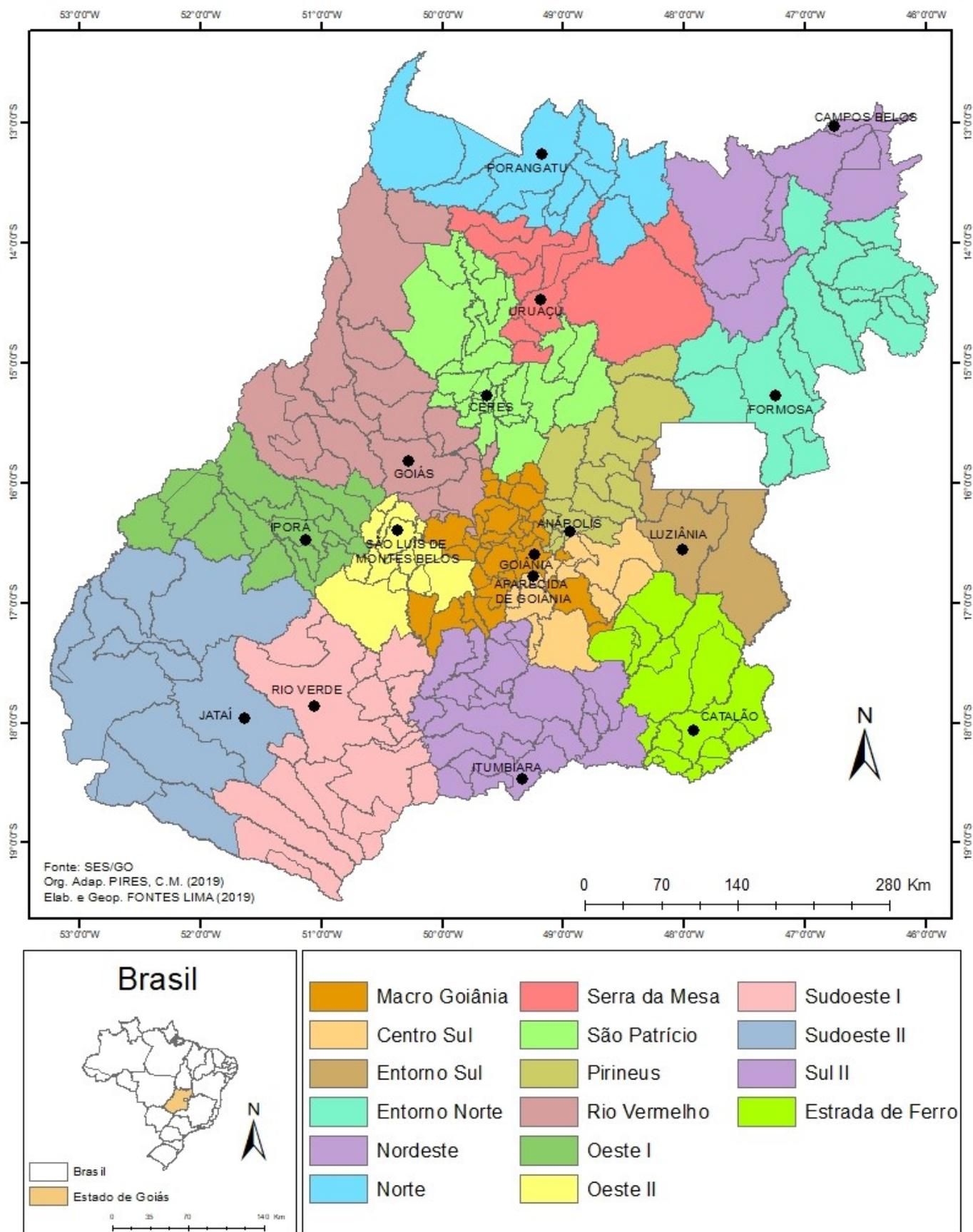
O Município Satélite está em quarto lugar nessa categorização de níveis de hierarquia. Ele está ligado ao nível anterior e entra como suporte na habilitação plena da Atenção Básica Ampliada.

Por fim, o último lugar nesse nível de hierarquia é do Município Polo, que é responsável pelo atendimento de quaisquer níveis de atenção, que esteja acima de procedimentos de média complexidade, seja em nível regional ou estadual.

Com base nesses níveis de Planejamento do Território de Goiás, a regionalização da saúde do Estado apresentou para 2004, o seguinte balanço: “16 regiões, 38 microrregiões, 58 módulos assistenciais e 188 municípios satélites, além de 16 municípios polos regionais, coincidentes com os municípios definidos como sedes administrativas das regiões e 38 municípios polos microrregionais” (GOIÁS, 2004, p. 24), Figura 14.

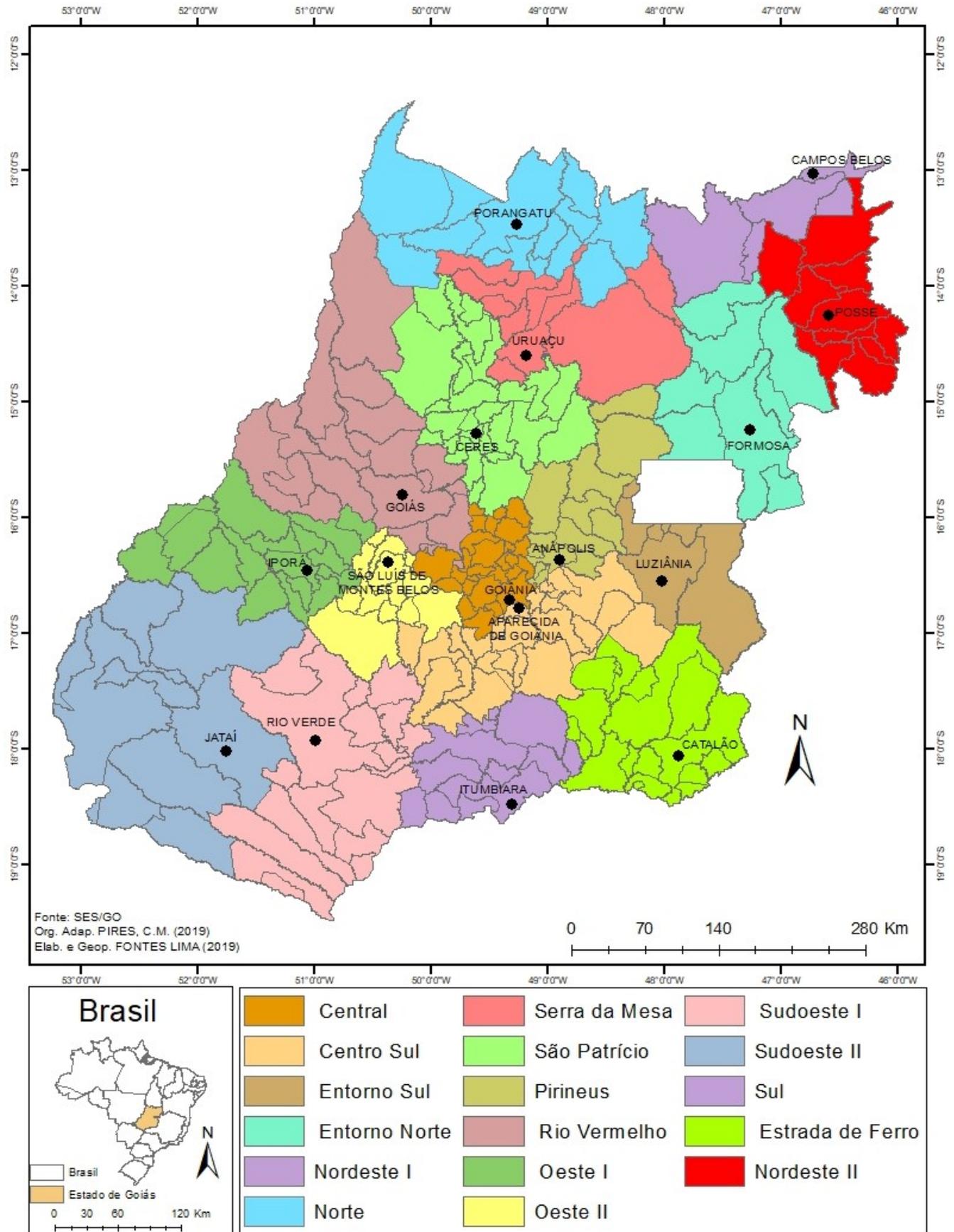
Em 2012 com a Resolução 028/2012 – CIB é criada a 17ª Região de Saúde com os seguintes municípios: Alvorada Do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Mambaí, Simolândia, Sítio D’Abadia, Guarani De Goiás, Iaciara, Nova Roma, São Domingos e o Município Polo de Posse, totalizando 11 municípios adstritos, Figura 15.

Figura 14 – Plano diretor de regionalização do Estado de Goiás/2004.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

Figura 15 – Proposta de revisão do plano diretor de regionalização do Estado de Goiás/Fevereiro 2012.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

Em 2014 foi realizada a última alteração nas Regiões de Saúde de Goiás com a criação da Região São Patrício II pela Resolução 344/2014 – CIB, passando, então, para as 18 atuais. A 18ª região recém criada conta com 8 municípios: Barros Alto, Goianésia, Itaguaru, Jaraguá, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Santa Rita do Novo Destino e Vila Propício, sendo Goianésia o Polo Regional de Saúde.

A Figura 1, apresentada na introdução da tese mostra a nova regionalização da saúde do Estado de Goiás e seus municípios polos: 18 regiões de saúde e seus respectivos polos municipais após a última alteração de 2014.

E o Quadro 6 temos a divisão macrorregional, a regional, os municípios polos, os menores e maiores contingentes populacionais da revisão do plano diretor de regionalização de 2014 e atualização populacional de 2018. A metrópole Goiânia com 1.412.364 habitantes, maior população do estado, na Região Central e Anhanguera com 1.093 habitantes na Região Estrada de Ferro, a menor de Goiás.

Quadro 6 – PDR 2014 (última alteração do PDR-Goiás) – Pop. 2018.

MACRORREGIÃO CENTRO OESTE	REGIÕES DE SAÚDE DE GOIÁS	MUN. INTEGRANTES/QUANTIDADE	MUN. POLO REGIONAL (POP. TOTAL HAB./2018)	MENOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)	MAIOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)
	Central	26 municípios: Abadia de Goiás, Anicuns, Araçu, Avelinópolis, Brazabrantes, Campestre de Goiás, Caturai, Damolândia, Goiânia, Goianira, Guapo, Inhumas, Itaguari, Itauçu, Jesúpolis, Nazário, Nerópolis, Nova Veneza, Ouro Verde de Goiás, Petrolina de Goiás, Santa Bárbara de Goiás, Santa Rosa de Goiás, Santo Antonio de Goiás, São Francisco de Goiás, Taquaral de Goiás e Trindade.	Goiânia (1.412.364)	Jesúpolis (2.428)	Goiânia (1.412.364)
	Oeste I	16 municípios jurisdicionados: Amarinópolis, Aragarças, Arenópolis, Baliza, Bom Jardim de Goiás, Diorama, Fazenda Nova, Iporá, Israelândia, Ivolândia, Jaupaci, Moiporá, Montes Claros de Goiás, Novo Brasil, Palestina de Goiás e Piranhas.	Iporá (32.169)	Moiporá (1.724)	Iporá (32.169)
	Oeste II	13 municípios: Adelândia, Aurilândia, Buriti de Goiás, Cachoeira de Goiás, Córrego do Ouro, Firminópolis, Palmeiras de Goiás, Palminópolis, Paraúna, São João da Paraúna, São Luis de Montes Belos, Sanclerlândia e Turvânia.	São Luis de Montes Belos (32.164)	Cachoeira de Goiás (1.430)	São Luis de Montes Belos (32.164)
	Rio Vermelho	17 municípios: Americano do Brasil, Araguapaz, Aruanã, Britânia, Faina, Goiás, Guaraíta, Heitorai, Itaberaí, Itapirapuã, Itapuranga, Jussara, Matrinchã, Mossâmedes, Mozarlândia, Nova Crixás e Santa Fé de Goiás.	Goiás	Guaraíta (2.300)	Itaberaí (38.983)

MACROREGIÃO CENTRO-NORTE	REGIÕES DE SAÚDE DE GOIÁS	MUN. INTEGRANTES/QUANTIDADE	MUN. POLO REGIONAL (POP. TOTAL HAB./2018)	MENOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)	MAIOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)
	Norte	13 municípios: Bonópolis, Campinaçu, Estrela do Norte, Formoso, Minaçu, Montividiu do Norte, Mundo Novo, Mutunópolis, Novo Planalto, Porangatu, Santa Tereza de Goiás, São Miguel do Araguaia e Trombas.	Porangatu (44.534)	Estrela do Norte (3.389)	Porangatu (44.534)
	Serra da Mesa	9 municípios: Alto Horizonte, Amaralina, Campinorte, Colinas do Sul, Hidrolina, Mara Rosa, Niquelândia, Nova Iguaçu de Goiás e Uruaçu.	Uruaçu	Nova Iguaçu de Goiás (2.935)	Niquelândia (44.895)
	São Patrício I	20 municípios: Campos Verdes, Carmo do Rio Verde, Ceres, Crixás, Guarinos, Ipiranga de Goiás, Itapaci, Morro Agudo de Goiás, Nova América, Nova Glória, Pilar de Goiás, Rialma, Rianópolis, Rubiataba, Santa Isabel, São Luiz do Norte, São Patrício, Santa Terezinha de Goiás, Uirapuru e Uruana.	Ceres (21.782)	São Patrício (2.058)	Ceres (21.782)
	Pireneus	10 municípios são: Abadiânia, Alexânia, Anápolis, Campo Limpo, Cocalzinho de Goiás, Corumbá de Goiás, Gameleira de Goiás, Goianápolis, Pirenópolis e Terezópolis de Goiás.	Anápolis (361.991)	Gameleira de Goiás (3.605)	Anápolis (361.991)
	São Patrício II	8 municípios: Barros Alto, Goianésia, Itaguaru, Jaraguá, Mimoso de Goiás, Padre Bernardo, Santa Rita do Novo Destino e Vila Propício	Goianésia (64.861)	Mimoso de Goiás (2.723)	Goianésia (64.861)

MACRORREGIÃO NORDESTE	REGIÕES DE SAÚDE DE GOIÁS	MUN. INTEGRANTES/QUANTIDADE	MUN. POLO REGIONAL (POP. TOTAL HAB./2018)	MENOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)	MAIOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)
	Entorno Norte	8 municípios: Água Fria de Goiás, Alto Paraíso, Cabeceiras, Flores de Goiás, Formosa, Planaltina, São João D'Aliança e Vila Boa.	Formosa (110.388)	Vila Boa (5.371)	Formosa (110.388)
	Entorno Sul	7 municípios: Águas Lindas de Goiás, Cidade Ocidental, Cristalina, Luziânia, Novo Gama, Santo Antonio do Descoberto e Valparaíso de Goiás.	Luziânia (191.139)	Cristalina (52.235)	Luziânia (191.139)
	Nordeste I	5 municípios: Campos Belos, Cavalcante, Divinópolis de Goiás, Monte Alegre de Goiás e Teresina de Goiás.	Campos Belos (19.412)	Teresina de Goiás (3.252)	Campos Belos (19.412)
	Nordeste II	11 municípios: Alvorada do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Guarani de Goiás, Iaciara, Mambaí, Nova Roma, Posse, São Domingos, Simolândia e Sítio D'Abadia.	Posse (34.192)	Sítio D'Abadia (2.956)	Posse (34.192)
MACRORREGIÃO SUDOESTE	REGIÕES DE SAÚDE DE GOIÁS	MUN. INTEGRANTES/QUANTIDADE	MUN. POLO REGIONAL (POP. TOTAL HAB./2018)	MENOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)	MAIOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)
	Sudoeste I	18 municípios: Aparecida do Rio Doce, em Rio Verde. Acreúna, Aparecida do Rio Doce, Cachoeira Alta, Caçu, Castelândia, Itajá, Itarumã, Lagoa Santa, Maurilândia, Montividiu, Paranaiguara, Porteirão, Quirinópolis, Rio Verde, São Simão, Santa Helena de Goiás, Santo Antonio da Barra e Turvelândia	Rio Verde (202.221)	Aparecida do Rio Doce (2.505)	Rio Verde (202.221)
	Sudoeste II	10 municípios: Aporé, Caiapônia, Chapadão do Céu, Doverlândia, Jataí, Mineiros, Perolândia, Portelândia, Serranópolis e Santa Rita do Araguaia.	Jataí (94.890)	Perolândia (3.090)	Jataí (94.890)

MACRORREGIÃO CENTRO SUDESTE	REGIÕES DE SAÚDE DE GOIÁS	MUN. INTEGRANTES/QUANTIDADE	MUN. POLO REGIONAL (POP. TOTAL HAB./2018)	MENOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)	MAIOR MUNICÍPIO (POP. HAB./2018)
	Centro Sul	25 municípios: Aparecida de Goiânia, Aragoiânia, Bela Vista de Goiás, Bonfinópolis, Caldazinha, Cezarina, Cristianópolis, Cromínia, Edealina, Edéia, Hidrolândia, Indiara, Jandaia, Leopoldo de Bulhões, Mairipotaba, Orizona, Piracanjuba, Pontalina, Professor Jamil, São Miguel do Passa Quatro, Senador Canedo, Silvânia, Varjão Vianópolis e Vicentinópolis.	Aparecida de Goiânia (511.323)	Mairipotaba (2.433)	Aparecida de Goiânia (511.323)
	Estrada de Ferro	18 municípios: Ananguera, Caldas Novas, Campo Alegre de Goiás, Catalão, Corumbáiba, Cumari, Davinópolis, Goiandira, Ipameri, Marzagão, Nova Aurora, Ouvidor, Palmelo, Pires do Rio, Rio Quente, Santa Cruz de Goiás, Três Ranchos e Urutaí	Catalão (96.836)	Ananguera (1.093)	Catalão (96.836)
	Sul	12 municípios: Água Limpa, Aloândia, Bom Jesus de Goiás, Buriti Alegre, Cachoeira Dourada, Goiatuba, Gouvelândia, Inaciolândia, Itumbiara, Joviânia, Morrinhos e Panamá.	Itumbiara (99.526)	Água Limpa (2.007)	Itumbiara (99.526)

Fonte: Alterações regionais conforme a Resolução 344/2014 – CIB – 18 Regiões de Saúde; IBGE (POP. ESTIMADA PARA 2018).

No próximo capítulo, apresenta-se um novo desenho dessa regionalização da saúde do Estado de Goiás, com base em dados de 2014 (revisto em 2018), os quais serão cruzados com esses de 2004, a fim de verificar as mudanças e o avanços na regionalização.

CAPÍTULO 4

5 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO ESTADO DE GOIÁS: A HIERARQUIZAÇÃO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE NAS REGIÕES DE SAÚDE E MUNICÍPIOS POLOS – 2004/2018

5.1 Regionalização da saúde e a importância dos serviços de média e alta complexidade

Esta pesquisa se realiza desde a concepção do PDR-GO em 2004, com foco na conformação e consolidação das regiões de saúde no Estado de Goiás, a partir e, principalmente, da rede de atenção de média e alta complexidade na oferta de serviços de saúde que exigem de seus procedimentos e profissionais mais qualificados e especializados à assistência com integralidade nos municípios integrantes e adstritos em cada região. E, portanto, solucionar um de seus problemas apontados, inicialmente, na produção do documento em questão, desconcentrar esses serviços da capital: Goiânia. Com isso, atender os princípios de integralidade e equidade do sistema tornando possível a assistência ao usuário do sistema público de saúde.

Para este capítulo inicia-se uma avaliação objetiva e técnica dos serviços pactuados em 2004 e regionalizados para as regiões de saúde no seu PDR, dando ênfase em seus municípios polos, pois, eles, evidentemente, são a primeira porta de entrada à média e alta complexidade e, portanto, à região de saúde como um todo.

Esse processo de regionalização de saúde ainda é novo em Goiás. Por isso, é preciso reconhecer que houve avanços, uma vez que faz apenas 15 anos desde a primeira e única publicação do PDR-GO/2004. As atualizações de 2012 e 2014 foram apenas na divisão regional e na redistribuição de seus municípios adstritos e sem registro de uma nova edição comentada e/ou discutida amplamente de forma teórica e metodologicamente significativa. Também não permitiu uma visualização mais ampla dos serviços de saúde ofertados nesses períodos, não se sabendo assim, se houve avanço na assistência da saúde e se seus requisitos mínimos exigidos foram atendidos conforme proposto na primeira edição do Plano Diretor. Assim sendo, por mais que haja o reconhecimento de avanços, é preciso continuar o desenvolvimento dessas diretrizes, a fim de garantir que a população goiana do interior tenha acesso às novas tecnologias de saúde, até então, centralizadas em Goiânia.

A regionalização e a hierarquização são princípios fundamentais que estruturam o Sistema Único de Saúde (SUS), em que a prestação de ações e serviços se dividem em dois: (1) atenção primária; e (2) média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar. Este último

tem destaque prioritário para a solução de casos de emergência e urgência: situações em que o/a paciente precisa de atendimento imediato no SUS.

Dado a sua relevância, a prestação desses serviços é cara e consome, aproximadamente, 40% dos investimentos da União em Saúde. Mesmo com esse dispêndio de verba, esse setor não consegue cumprir sua obrigação de entregar a população um serviço preconizado pelos dispositivos constitucionais e infraconstitucionais (CONASS, 2011).

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), conceitua média complexidade em saúde como

um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por 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 (BRASIL, 2009, p. 207).

É de responsabilidade desse nível de atenção à saúde oferecer os seguintes procedimentos:

1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultrassonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia (BRASIL, 2009, p. 207).

Para o funcionamento desse nível de atenção à saúde é preciso conhecimento em administração pública. Para isso, cabe ao profissional dessa área estabelecer parâmetros rigorosos de organização regionalizada das ações e serviços de média complexidade. Trata-se de um estudo minucioso de perscrutar dados epidemiológicos e sociodemográficos de seu município; de investir na contratação de funcionários aptos para exercer atividades de recepção à clínica médica e, sobretudo, conhecimento “entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações” (BRASIL, 2009, p. 207).

Como suporte administrativo, as secretarias estaduais de saúde, em parceria com os municípios, através de monitoramento de ações e serviços regionalizados, são responsáveis por definir os critérios de procedimentos mais procurados e os seus respectivos custos

financeiros. Com isso, procurar-se nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) e nos Conselhos Estaduais de Saúde (CES), o debate deles e o uso de estratégias de economia para custear todas essas despesas, com base no orçamento previsto, sem perder a prioridade na promoção da saúde da população.

A definição de alta complexidade proposta pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), do Ministério da Saúde (MS), abrange um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, “envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde: atenção básica e de média complexidade” (BRASIL, 2009, p. 32)

É importante destacar que essa tríade de níveis de atenção à saúde: básica, média e alta complexidade não concorrem à hierarquia, uma vez que um dos princípios do SUS é a sua integralidade, isto é, o acesso da população a todos os serviços de saúde. Sendo assim, todo atendimento deve ser individual e humanizado e, igualmente, envolve tecnologia e custo. Porém, existem atendimentos que demandam alta tecnologia. Por tecnologia, compreende-se toda a extensão do pensamento humano em técnicas para melhorar a qualidade de vida. Assim, por exemplo, uma maca é uma tecnologia. Embora, o seu custo seja bem inferior ao de um aparelho de tomografia computadorizada, que é outro exemplo de tecnologia, só que ele não foi criado para transportar doentes, mas para gerar imagens detalhadas do corpo humano, o que permite um diagnóstico mais detalhado do paciente. Enfim, toda a estrutura física, material, digital, virtual e humana do SUS é composta de tecnologia de baixo e alto custo; e, também, tecnologia de baixa e alta performance para atender os três níveis supracitados.

Nesse sentido, a alta complexidade é a soma de um custo elevado mais a tecnologia de ponta, ou seja, os avanços e inovações tecnológicas. O resultado dessa operação são formas de tratamento e

assistência ao paciente portador de doença renal crônica (por meio dos procedimentos de diálise); assistência ao paciente oncológico; cirurgia cardiovascular; cirurgia vascular; cirurgia cardiovascular pediátrica; procedimentos da cardiologia intervencionista; procedimentos endovasculares extracardíacos; laboratório de eletrofisiologia; assistência em traumatologia ortopedia; procedimentos de neurocirurgia; assistência em otologia; cirurgia de implante coclear; cirurgia das vias aéreas superiores e da região cervical; cirurgia da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos em fissuras lábio palatais; reabilitação protética e funcional das doenças da calota craniana, da face e do sistema estomatognático; procedimentos para a avaliação e tratamento dos transtornos respiratórios do sono; assistência aos pacientes portadores de queimaduras; assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica); cirurgia reprodutiva; genética clínica; terapia nutricional;

distrofia muscular progressiva; osteogênese imperfeita; fibrose cística e reprodução assistida (BRASIL, 2009, p. 32).

Para um maior entendimento didático desse modelo de organização dos serviços de saúde, segue em anexo, o Quadro 14, que descreve o nível tecnológico de complexidade da assistência ambulatorial e hospitalar, do SUS. A partir desses procedimentos listados, conclui-se, que o custeio deles envolve pesquisas de ponta e investimento financeiro, desde a sua produção inicial e, posteriormente, a sua distribuição em cada local de uso, enfim, eles têm alto custo de produção, uso e manutenção. Por isso, exigem profissionais especializados e qualificados para operá-los, a fim de evitar o mau uso e a falta de condicionamento adequado de medicamentos e o resfriamento de equipamentos que não podem ser usados em ambientes sem climatização, pois o excesso de calor pode danificá-los.

Por outras palavras: em linguagem econômica, a saúde é uma mercadoria e tem um custo em sua produção e reprodução. Procedimentos de diálise, da quimioterapia, da radioterapia e da hemoterapia, por exemplo, são caros, literalmente, no sentido de dinheiro e tecnologia de ponta, uma vez que todos atravessam um campo de alta complexidade. Apesar de serem procedimentos conhecidos popularmente, eles fazem parte desse nível de atenção de saúde complexo e elevado em valores materiais e humanos.

A falta de gestão competente para administrá-la pode ser desastrosa para a população que necessita e faz uso contínuo desses procedimentos médicos e hospitalares. Sendo assim, o território responsável pela oferta desse serviço de saúde é um nó que liga a outros nós e, juntos, formam as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A desarticulação desses nós, isto é, a falta de gestão e comunicação entre os municípios solidários e a ausência de participação do estado contribui para a obstrução do SUS, conseqüentemente, o resultado não é nenhuma novidade: falta de medicamentos, leitos, aparelhos quebrados; e o mais trágico, a população sem atendimento à espera de um tratamento, que foi muitas vezes interrompido, não apenas por falta de verba ou aquisição de tecnologia de alta complexidade, mas, por incompetência administrativa de recursos públicos ou gestores de má-fé com o dinheiro do povo.

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado de Goiás de 2004, sete (7) objetivos principais foram considerados na sua elaboração (GOIÁS, 2004), os quais são voltados para a regionalização e a hierarquização dos serviços em redes de atenção à saúde e visam atender aos usuários em seus territórios circunscritos em cada região, microrregião e módulo assistencial do estado. Para tanto, é objeto deste trabalho as regiões de saúde e os seus respectivos municípios polos com o objetivo de avaliar se houve a

descentralização dos serviços de saúde de média e alta complexidade de Goiânia a partir desta proposta de regionalização de 2004.

Nessa perspectiva, em consonância com os requisitos exigidos em seus objetivos, nas diretrizes expostas a seguir, no Quadro 7, como base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde no Estado e as definições nos seus conceitos-chave para região de saúde e município polo (GOIÁS, 2004). Assim, para esta análise, foram selecionados os grupos de variáveis que possam apresentar e avaliar se as 16 regiões de saúde e seus respectivos municípios polos regionais estão em conformidade com o descrito no documento de 2004 analisado. Posteriormente, utilizam-se esses grupos de variáveis para avaliar se, em 2018, eles se mantêm ou sofrem alterações significativas em sua rede de serviços de média e alta complexidade.

Para tanto, utiliza-se a edição do Plano Diretor de 2004 como fonte documental e bibliográfica para coleta de dados e informações dos serviços de saúde da rede de atenção de média e alta complexidade conformada para as 16 regiões de saúde e municípios polos em 2004.

Quadro 7 – Base de orientação para a reorganização dos serviços de saúde no Estado – PDR-GO/2004.

Regiões	Média Complexidade 2, 3 Internação Especializada Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
---------	--

Fonte: (GOIÁS, 2004, p. 18).

A região de saúde é definida da seguinte forma:

Nível de complexidade imediatamente superior à microrregião de saúde, além dos serviços de média complexidade, urgência, parto operatório (cesariana); Ser referência em Alta Complexidade hospitalar e ambulatorial; Espaço territorial que coincide com as Regiões pactuadas, abrigando as sedes administrativas destas.

Obrigatório:

Realizar cesárea e possuir Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal; Ter leitos de UTI e/ou hemodiálise e / ou referência em Saúde Mental (GOIÁS, 2004, p. 22).

O município polo, por sua vez, é

Município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - EPM1, podendo ser regional ou

estadual. Recomendável que seja habilitado em Plena do Sistema Municipal (GOIÁS, 2004, p. 24).

As informações utilizadas para análise do PDR-GO (2004) estão descritas no tópico “III. 6: PROPOSTA DE REGIONALIZAÇÃO POR REGIÃO DE SAÚDE” (GOIÁS, 2004, p. 27-125). Do mesmo modo, estão disponíveis as informações de todas as 16 regiões de saúde e municípios adstritos e regionalizados em seus “Módulos Assistenciais, Microrregiões de Saúde, Região de Saúde, Abrangência Populacional por Módulo Assistencial, Microrregião e Região de Saúde, Serviços de Saúde, Rede Especializada e o Plano Diretor de Investimento – PDI” (GOIÁS, 2004). Mas, são os quadros constantes no final de cada região de saúde que é o objetivo desta análise, pois, é onde está a regionalização dos serviços de saúde pactuados de média e alta complexidade para elas, os polos e os municípios que integram a rede de serviços especializados de referência do Estado nesse período.

Para 2018, a base da discussão são os dados secundários, especialmente, coletados nos portais da saúde, do Ministério da Saúde, do Departamento de Informática do Sistema de Saúde (DATASUS); no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Brasil (CNES), no Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e no Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), no Conecta SUS da Secretaria Estadual de Saúde de Goiás, no Instituto Mauro Borges (IMB) e, também, no IBGE.

5.2 Os principais grupos de variáveis da pesquisa e sua operacionalização

Em conformidade ao proposto no planejamento de um novo modelo de saúde com mais equidade, os objetivos e as diretrizes foram elaborados em grupos de variáveis dentro de cada quesito exigido para a região de saúde e o município polo. Ao todo foram selecionadas 28 variáveis dentro dos serviços de saúde de média e alta complexidade:

5.2.1 Grupo de variáveis a serem operacionalizadas em 2004 e 2018

1. Nível de complexidade imediatamente superior à microrregião de saúde, além dos serviços de média complexidade e município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - EPM1, podendo ser regional ou estadual. Foi selecionado para esta exigência os procedimentos de média complexidade do EPM2 e EPM3, que são:

a. Procedimentos ambulatoriais:

- Procedimentos por profissionais de nível superior;
- Procedimentos Traumato-Ortopédicos;
- Ultrassonografia; e
- Mamografia.

b. Assistência hospitalar clínica: leitos hospitalares

- UTI – Unidade Terapia Intensiva;
- UCI Neonatal – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal;
- CC – Clínica Cirúrgica;
- GO – Gineco-Obstétrico;
- CM – Clínica Médica; e
- Pd – Pediatria.

c. Especialidades médicas:

- Cardiologista;
- Neurocirurgião; e
- Oncologista Clínico.

2. Urgência:**a. Rede de atenção às urgências:**

- Ambulatório 24 horas;
- Unidade Hospitalar de Referência – UHR I, II Fixa;
- Unidade de Apoio Pré-Hospitalar – UAPH – Móvel;
- Central de Regulação Médica das Urgências.

3. Parto Operatório (cesariana):

a. Parto humanizado e pré-natal de alto risco:

- Assistência ao Pré-Natal de Alto Risco e Cesariana

4. Ser referência em Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial:

a. Procedimentos ambulatoriais:

- Quimioterapia;
- Ressonância Magnética; e
- Tomografia Computadorizada;

b. Assistência hospitalar clínica:

- Cirurgia Cardíaca;
- Cirurgia Neurológica;
- Cirurgia Oncológica (Controle Do Câncer De Colo De Útero e de Mama);
- Terapia Renal Substitutiva – TRS – Hemodiálise; e
- Transplantes.

5. Espaço territorial que coincide com as regiões pactuadas, abrigando as sedes administrativas dessas: conforme o documento, isso já é sinalizado em seu texto como referência básica: “no desenho final a Regionalização do Estado apresenta 16 regiões, 38 microrregiões, 58 módulos assistenciais e 188 municípios satélites, além de 16 municípios polos regionais, coincidentes com os municípios definidos como sedes administrativas das regiões e 38 municípios polos microrregionais” (GOIÁS, 2004, p. 24).

6. Obrigatório para a REGIÃO DE SAÚDE:

“Realizar cesárea e possuir Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal; Ter leitos de UTI e/ou hemodiálise e / ou referência em Saúde Mental”: desses elementos obrigatórios, apenas a variável de Saúde Mental foi escolhida, pois os outros já foram atendidos na escolha das variáveis anteriores.

- CAPS II – Referência Regional (> 70.000 hab.).
7. Recomendável para o Município Polo: que seja habilitado em Plena do Sistema Municipal:

Conforme o item sete (7), do Quadro 8, a seguir, dez (10) dos municípios polos possuem habilitação à Gestão Plena do Sistema Municipal (PSM): Goiânia, Aparecida de Goiânia, Luziânia, Uruaçu, Ceres, Goiás, Rio Verde, Jataí, Itumbiara e Catalão. As demais em Gestão Plena da Atenção Básica (PAB): Formosa, Campos Belos, Porangatu, Iporá e São Luís de Montes Belos.

Para isso, esta análise está dividida em duas etapas. A primeira é para efeito de comparação e análise, em que se dá prioridade para àquelas variáveis que visualizam a região de saúde proposta pelo documento pactuado em 2004, conforme os critérios definidos como obrigatórios para a região de saúde e, também, para o polo municipal, ambos têm em comum a obrigatoriedade de qualquer procedimento de média complexidade (GOIÁS, 2004).

Outrossim, avalia-se o nível cirúrgico das regiões e municípios polos pela variável Parto Cesariano, a existência de leitos hospitalares pelos leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal – UCI Neonatal e leitos de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI. Foram desconsiderados dos critérios obrigatórios os leitos para hemodiálise, pois esses não foram apresentados nos quadros de referência do documento analisado⁵, os quais foram substituídos pelo critério referente à Saúde Mental (CAPS II, > 70.000 hab.), que também é obrigatório e, portanto, caracteriza melhor as regiões de saúde nos seus critérios mínimos exigidos no momento de elaboração dessa regionalização.

Para avaliar o polo regional de cada região de saúde dentro do seu critério obrigatório: “município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade – EPM1 – podendo ser regional ou estadual” (MALACHIAS

⁵ No entanto, há a referência à Terapia Renal Substitutiva nos quadros de serviços de saúde existentes para Alta Complexidade (GOIÁS, 2004). Sendo a hemodiálise uma de suas modalidades, a TRS será analisada em tópico referente à Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial.

I. *et al*, 2010, p. 102-106). Para melhor compreensão dessas informações, verificar o Quadro 14, em anexo. Com base nessas informações, escolheu-se apenas a variável Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos, porque a exigência no PDR é de que o município atenda a “qualquer nível”; assim, fica aberto ao município ter apenas um para se enquadrar na categoria exigida (GOIÁS, 2004).

Em seguida com o objetivo de responder aos outros critérios definidos e pactuados como referência para a região de saúde e município polo no Plano Diretor de 2004, cabe conferir à rede de assistência à saúde em Goiás para os níveis de urgência e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, utilizando as outras variáveis conforme disposto no grupo de variáveis a serem operacionalizadas em 2004 e 2018 apresentadas anteriormente.

No Quadro 8, a seguir, visualiza-se a existência desses serviços de saúde no Estado em uma amostragem completa de todas as variáveis selecionadas para a pesquisa.

Unidade de Apoio Pré-Hospitalar – UAPH – Móvel;	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X
Central de Regulação.	1	X	-	-	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X
3. Parto Operatório (cesariana):																
a. Parto Humanizado e Pré-Natal de Alto Risco	Macro Goiânia	Goiânia	Centro Sul	Ap. de Goiânia	Entorno Sul	Luziânia	Entorno Norte	Formosa	Nordeste	Campos Belos	Norte	Porangatu	Serra da Mesa	Uruaçu	São Patrício	Ceres
4. Ser referência em Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial:																
a. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:																
Quimioterapia;	1	X	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ressonância Magnética;	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomografia Computadorizada;	1	X	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	X	1	X
b. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS:																
Cirurgia Cardíaca	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cirurgia Neurológica	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cirurgia Oncológica (Controle Do Câncer De Colo De Útero e de Mama)	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Renal Substitutiva – TRS	1	X	1	X	1	-	1	X	0	-	0	-	1	X	1	-
Transplantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
5. Espaço territorial que coincide com as Regiões pactuadas, abrangendo as sedes administrativas destas:																
6. Obrigatório para a REGIÃO DE SAÚDE?:																
Referência em Saúde Mental																
CAPS II Referência Regional (> 70.000 hab.).	3	X	1	X	4	X	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Recomendável para o Município Polo:																
Habilitado em Plena do Sistema Municipal	-	SIM	-	SIM	-	SIM	-	NÃO (PAB)	-	NÃO (PAB)	-	NÃO (PAB)	-	SIM	-	SIM

Móvel;																
Central de Regulação.	1	X	1	X	1	X	-	-	1	X	-	-	1	X	1	X
3. Parto Operatório (cesariana):																
a. Parto Humanizado e Pré-Natal de Alto Risco																
Assistência ao Pré-Natal de Alto Risco e Cesariana	2	X	6	X	3	X	3	X	2	X	3	X	5	X	5	X
4. Ser referência em Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial:																
a. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:																
Quimioterapia;	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ressonância Magnética;	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomografia Computadorizada;	1	X	-	-	-	-	-	-	1	X	1	X	1	X	1	X
b. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS:																
Cirurgia Cardíaca	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cirurgia Neurológica	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cirurgia Oncológica	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	X	-	-
Terapia Renal Substitutiva – TRS	1	X	1	X	1	X	-	-	1	X	-	-	1	X	1	X
Transplantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
5. Espaço territorial que coincide com as Regiões pactuadas, abrigando as sedes administrativas destas:																
6. Obrigatório para a REGIÃO DE SAÚDE:																
Referência em Saúde Mental ²																
CAPS II – Referência Regional (> 70.000 hab.).	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	X	1	X	-	-
7. Recomendável para o Município Polo:																
Habilitado em Plena do Sistema Municipal	-	NÃO (PAB)	-	SIM	-	NÃO (PAB)	-	NÃO (PAB)	-	SIM	-	SIM	-	SIM	-	SIM

Legenda: ND: Dados Não Disponíveis no PDR-GO/2004; PAB: Plena da Atenção Básica; CAPS: Centro de Apoio Psicossocial; X: Serviço existente; -: Serviço inexistente; ¹Quantidade de municípios na região indicando o serviço existente; ²As outras variáveis obrigatórias foram discutidas anteriormente no quadro.

Em um segundo momento, realiza-se a análise do mesmo grupo de variáveis para então, agora, as 18 regiões de saúde e seus respectivos polos, conforme o Quadro 9. Assim, primeiramente, as variáveis obrigatórias e depois as de referência.

No quadro, em seguida, visualiza-se os serviços de saúde que, realmente apresentam a realidade da rede da assistência de média e alta complexidade nas 18 regiões e polos municipais.

Quadro 9 - Avaliação da existência de serviços de saúde nas 18 regiões de saúde e seus respectivos polos municipais de saúde no Estado de Goiás, segundo os dados do CNES/SIA/SIH/SUS do DATASUS em 2018.

REGIÃO DE SAÚDE (qtd/mun.) POLO MUNICIPAL (hab.)	Macro ¹ Goiânia (30 mun.)	Goiânia (1.146.103 hab.)	Centro Sul (11)	Ap. de Goiânia (385.033 hab.)	Entorno Sul (7)	Luziânia (160.330 hab.)	Entorno Norte (16)	Formosa (84.352 hab.)	Nordeste (8)	Campos Belos (17.757 hab.)	Norte (12)	Porangatu (39.944 hab.)	Serra da Mesa (10)	Uruaçu (33.410 hab.)	São Patrício (24)	Ceres (19.208 hab.)
1. Nível de complexidade imediatamente superior à microrregião de saúde, além dos serviços de média complexidade e município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - EPM1, podendo ser regional ou estadual.																
a. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:																
Procedimentos por profissionais de nível superior	30	X	10	X	7	X	15	X	8	X	10	X	9	X	21	X
Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos	7	X	6	X	4	X	9	X	4	X	7	X	4	X	11	X
Ultrassonografia	2	X	1	X	-	-	2	X	-	-	1	X	2	X	1	-
Mamografia	1	X	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
b. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS: leitos hospitalares																
UTI – Unidade Terapia Intensiva	2	X	2	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	X	2	X
UCI Neonatal – Unidade de	1	X	1	X	1	X	3	X	1	X	1	X	1	X	1	X

Cuidados Intermediários Neonatal																
CC – Clínica Cirúrgica	24	X	9	X	4	X	9	X	5	X	9	X	6	X	15	X
GO – Gineco-Obstétrico	24	X	9	X	4	X	10	X	6	X	9	X	7	X	15	X
CM – Clínica Médica	24	X	9	X	4	X	10	X	6	X	9	X	7	X	15	X
Pd – Pediatria	23	X	9	X	4	X	10	X	6	X	9	X	7	X	15	X
c. ESPECIALIDADES MÉDICAS:																
Cardiologista	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Neurocirurgião	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Oncologista Clínico	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2. Urgência:																
a. Rede de Atenção às Urgências																
Ambulatório 24 horas	2	-	3	X	3	X	3	X	1	X	3	X	1	X	3	X
Unidade Hospitalar de Referência – UHR I, II Fixa;	2	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X
Unidade de Apoio Pré-Hospitalar – UAPH – Móvel;	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X
Central de Regulação.	1	X	-	-	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X	1	X
3. Parto Operatório (cesariana):																
a. Parto Humanizado e Pré-Natal de Alto Risco	Macro Goiânia	Goiânia	Centro Sul	Ap. de Goiânia	Entorno Sul	Luziânia	Entorno Norte	Formosa	Nordeste	Campos Belos	Norte	Porangatu	Serra da Mesa	Uruaçu	São Patrício	Ceres
4. Ser referência em Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial:																
a. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:																

Quimioterapia;	1	X	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ressonância Magnética;	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tomografia Computadorizada;	1	X	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	X	1	X
b. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS:																
Cirurgia Cardíaca	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cirurgia Neurológica	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cirurgia Oncológica (Controle Do Câncer De Colo De Útero e de Mama)	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Terapia Renal Substitutiva – TRS	1	X	1	X	1	-	1	X	0	-	0	-	1	X	1	-
Transplantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
5. Espaço territorial que coincide com as Regiões pactuadas, abrigando as sedes administrativas destas:																
6. Obrigatório para a REGIÃO DE SAÚDE²:																
Referência em Saúde Mental																
CAPS II Referência Regional (> 70.000 hab.).	3	X	1	X	4	X	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-
7. Recomendável para o Município Polo:																
Habilitado em Plena do Sistema Municipal	-	SIM	-	SIM	-	SIM	-	NÃO (PAB)	-	NÃO (PAB)	-	NÃO (PAB)	-	SIM	-	SIM

REGIÃO DE SAÚDE (qtd/mun.) POLO MUNICIPAL (hab.)	Pirineus (15)	Anápolis (298.154 hab.)	Rio Vermelho (19)	Goiás (26.920 hab.)	Oeste I (16)	Iporá (31.795 hab.)	Oeste II (13)	S. L. M. Belos (26.798 hab.)	Sudoeste I (18)	Rio Verde (124.753 hab.)	Sudoeste II (10)	Jataí (79.398 hab.)	Sul (22)	Itumbiara (83.544 hab.)	Estrada de Ferro (15)	Catalão (67.370 hab.)
1. Nível de complexidade imediatamente superior à microrregião de saúde, além dos serviços de média complexidade e município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade - EPM1, podendo ser regional ou estadual.																
a. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS:																
Procedimentos por profissionais de nível superior	11	X	15	X	13	X	12	X	12	X	6	X	19	X	13	X
Procedimentos Traumatológicos	5	X	9	X	11	X	4	X	10	X	3	X	12	X	9	X
Ultrassonografia	1	X	1	-	3	X	2	-	2	X	0	-	3	X	3	X
Mamografia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	X
b. ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS: leitos hospitalares																
UTI – Unidade Terapia Intensiva	1	X	1	X	1	X	1	X	2	X	-	-	1	X	2	X
UCI Neonatal – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal	1	X	1	X	1	X	-	-	1	X	-	-	1	X	1	X
CC – Clínica Cirúrgica	8	X	16	X	15	X	11	X	13	X	9	X	18	X	10	X
GO – Gineco-Obstétrico	8	X	17	X	15	X	11	X	13	X	9	X	18	X	10	X
CM – Clínica Médica	8	X	17	X	15	X	11	X	13	X	9	X	18	X	10	X
Pd – Pediatria	8	X	17	X	15	X	11	X	13	X	9	X	18	X	8	X
c. ESPECIALIDADES MÉDICAS:																

Cirurgia Neurológica	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Cirurgia Oncológica	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	X	-	-
Terapia Renal Substitutiva – TRS	1	X	1	X	1	X	-	-	1	X	-	-	1	X	1	X
Transplantes	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
5. Espaço territorial que coincide com as Regiões pactuadas, abrigando as sedes administrativas destas:																
6. Obrigatório para a REGIÃO DE SAÚDE:																
Referência em Saúde Mental ²																
CAPS II – Referência Regional (> 70.000 hab.).	1	X	-	-	-	-	-	-	-	-	1	X	1	X	-	-
7. Recomendável para o Município Polo:																
Habilitado em Plena do Sistema Municipal	-	NÃO (PAB)	-	SIM	-	NÃO (PAB)	-	NÃO (PAB)	-	SIM	-	SIM	-	SIM	-	SIM

Legenda: ND: Dados Não Disponíveis no PDR-GO/2004; PAB: Plena da Atenção Básica; X: Serviço existente; -: Serviço inexistente; ¹Quantidade de municípios na região indicando o serviço existente.

5.3 PDR-GO/2004 – Avaliação dos critérios obrigatórios para as Regiões de Saúde e os Municípios Polos

Os grupos de variáveis selecionados estão distribuídos no Quadro 8 em sete (7) partes, cada uma com seu grupo de procedimentos, assistência e serviços de saúde, conforme explicitado anteriormente para as regiões de saúde e os municípios polos.

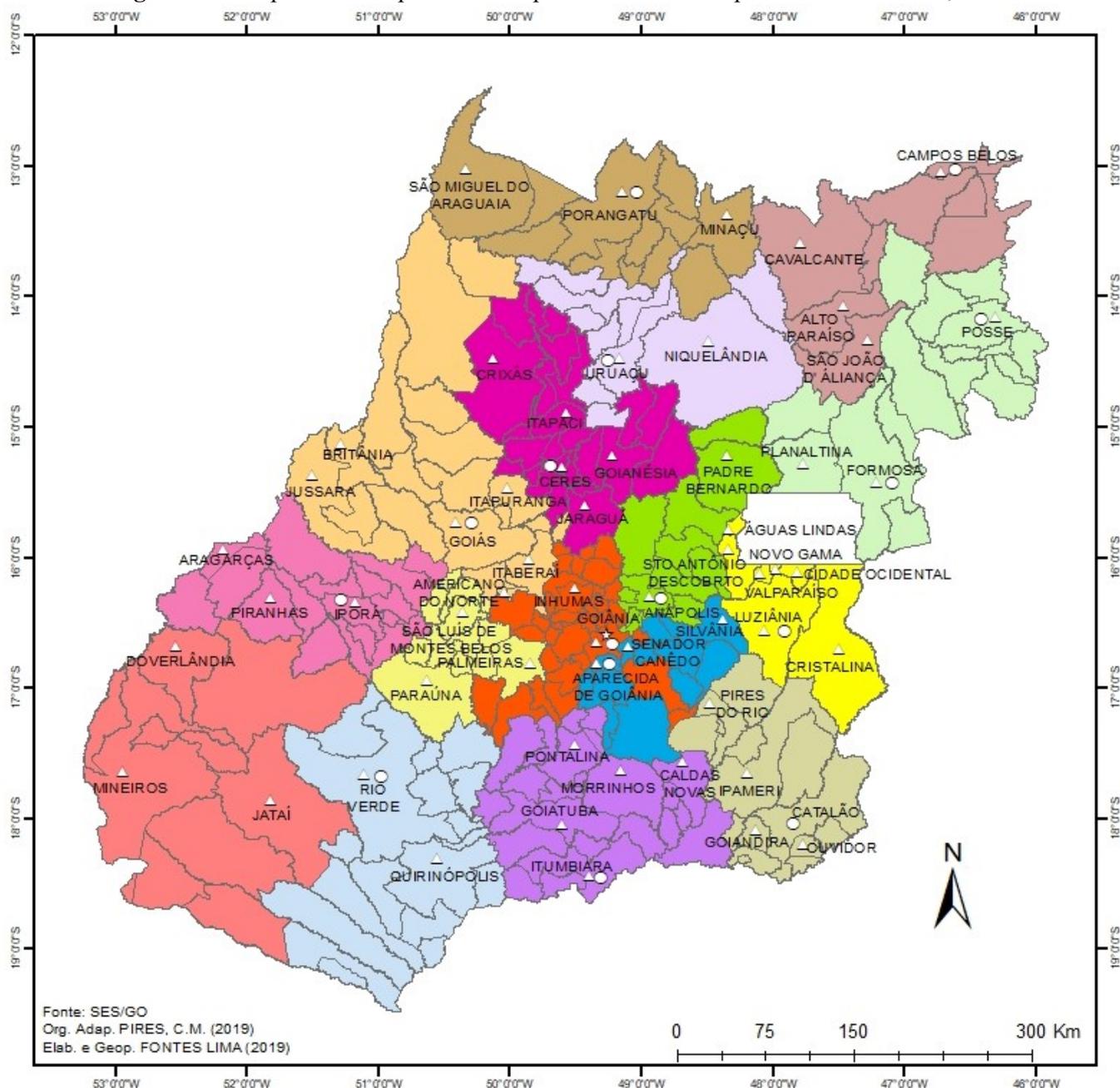
O Quadro 8 apresenta as 16 regiões de saúde, cada uma com a quantidade de municípios integrantes e adstritos, em 2004, com seu polo municipal e a quantidade de habitantes respectivos. No caso de averiguação da região, é possível, portanto, pelo PDR enumerar a quantidade de municípios de cada região que possui o serviço avaliado e, também, a existência de determinada variável existente em cada polo.

Apresenta-se, a seguir, uma síntese da regionalização das variáveis obrigatórias elencadas para a conformação das Regiões de Saúde (RS) e Municípios Polos (MP) em 2004.

- A. CESARIANA
- B. LEITOS UCI NEONATAL
- C. LEITOS UTI
- D. CAPS II – Referência Regional (> 70.000 hab.)
- E. PROCEDIMENTOS TRAUMATO-ORTOPÉDICOS

A. O nível cirúrgico das regiões e municípios polos pela variável Parto Cesariano: no documento constata a existência de cesariana em todas as 16 RS e MP, como se verifica na especialmente na Figura 16 sobre os pontos de atenção à saúde materna e infantil com a Assistência Microrregional ao Pré-Natal de Alto Risco e Cesárea, os leitos de UCI Neonatal de referência Regional e a UTI Materna de referência Estadual, está presente apenas na capital, Goiânia.

Figura 16 – Mapa de rede especializada – parto humanizado – pré-natal de alto risco, 2004.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

B. A existência de leitos hospitalares pelos leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal – UCI Neonatal: duas RS e MP não possuem leitos, a Oeste II (São Luís de Montes Belos) e a Sudoeste II (Jataí).

C. Leitos de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI (sem caracterização por nível, pois sabe-se que, por escolha e opções de financiamento e pactuação outras questões são priorizadas): 5 RS e MP não possuem: a Entorno Sul (Luziânia), a Entorno Norte (Formosa), a Nordeste (Campos Belos), a Norte (Porangatu) e a Sudoeste II (Jataí).

D. Saúde Mental (CAPS II, > 70.000 hab.) que também é obrigatória e, portanto, caracteriza melhor as regiões de saúde em seus critérios mínimos exigidos no momento de elaboração desta regionalização: como a referência regional é para municípios maiores que 70 mil habitantes, a metade (8) dos MP possuem população inferior em 2004 (PDR-GO, 2004) e, dessa forma, não possuem unidade de centro psicossocial em nível regional. Por conseguinte, suas RS também não, uma vez que essa pequena população é característica da maioria dos municípios goianos. São eles: o MP de Campos Belos (Nordeste), de Porangatu (Norte), Uruaçu (Serra da Mesa), de Ceres (São Patrício), de Goiás (Rio Vermelho), de Iporá (Oeste I), de São Luís de Montes Belos (Oeste II), de Catalão (Estrada de Ferro) e, Rio Verde (Sudoeste I) que, excepcionalmente, possui a população de 124.753 habitantes e não possui CAPS II, e, assim, não possui referência em Saúde Mental.

Dos critérios obrigatórios foram desconsiderados os leitos para hemodiálise, pois esses não foram apresentados nos quadros de referência do documento analisado. Então, eles foram substituídos pelo critério referido à Saúde Mental, porque optou-se de escolher entre eles, já que não é exigido ter todos dentro do grupo de variáveis e, sim, apenas um ou outro. Por questão metodológica, optou-se escolher mais de uma variável em segmentos diferentes na tentativa de apresentar uma rede assistencial de serviços de média e alta complexidade em mais de uma especialidade e também para faixas etárias diferentes, portanto, visualizando a assistência com mais equidade aos usuários em seus territórios regionais. Isso, para o que foi definido como obrigatório no Plano Diretor.

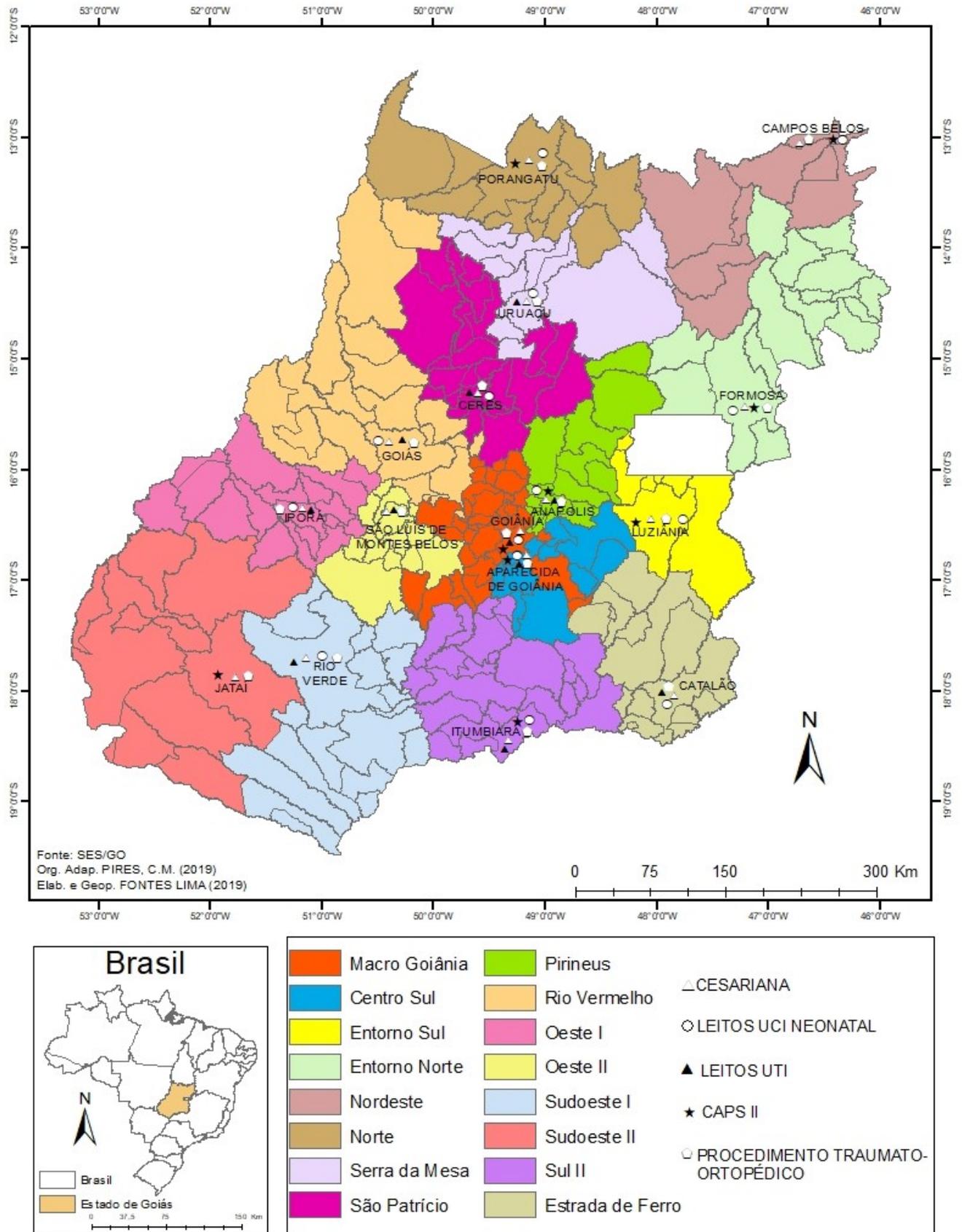
Para avaliar o MP de cada região de saúde dentro do seu critério obrigatório: “município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade – EPM, podendo ser regional ou estadual” (MALACHIAS I. *et al*, 2010, p. 102-106), escolheu-se apenas uma variável:

E. Procedimentos Traumato-Ortopédicos, pois a exigência no PDR é de que o município atenda a “qualquer nível”, assim fica aberto ao município ter apenas um para se

enquadrar na categoria exigida. Para essa exigência todas as RS e MP possuem o serviço, ou seja as 16 RS e 16 MP (GOIÁS, 2004).

A seguir, essas variáveis, são apresentadas geograficamente pelo território goiano na Figura 17.

Figura 17 – Serviços de saúde obrigatórios existentes nas regiões de saúde e municípios polos em 2004 conforme plano diretor.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

5.4 Conformação da Rede de Assistência Obrigatória para as Regiões de Saúde e Municípios Polos – 2004.

Ao todo foram cinco (5) tipos de serviços de saúde obrigatórios exigidos no Plano Diretor e avaliados: o Parto Operatório (Cesariana), a existência de Leitos de UCI Neonatal e de UTI, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e Procedimentos Traumato-Ortopédicos.

Das 16 RS e seus respectivos MP, quatro (4) apresentaram todas as cinco (5) variáveis exigidas como obrigatórias para tal classificação. São elas: a Região Macro Goiânia (Goiânia), a Centro Sul (Ap. de Goiânia), a Pirineus (Anápolis) e a Sul (Itumbiara).

Duas (2) RS/MP apresentaram quatro (4) variáveis, exceto os Leitos de UTI: São as seguintes: Entorno Sul (Luziânia) e a Entorno Norte (Formosa).

Seis (6) apresentaram quatro (4) variáveis, exceto o CAPS II: a Serra da Mesa (Uruaçu), a São Patrício (Ceres), a Rio Vermelho (Goiás), a Oeste I (Iporá), a Sudoeste I (Rio Verde), a Estrada de Ferro (Catalão).

Duas (2) apresentaram (3) variáveis, exceto os Leitos de UTI e CAPS II: a Nordeste (Campos Belos) e a Norte (Porangatu).

Uma (1) apresentou (3) variáveis, exceto os Leitos de UCI Neonatal e CAPS II: a Oeste II (S. L. de Montes Belos).

Uma (1) apresentou (3) variáveis, exceto os Leitos de UCI Neonatal e de UTI: a Sudoeste II (Jataí).

O Quadro 10 descreve essas informações:

Quadro 10 – Serviços de saúde obrigatórios existentes nas regiões de saúde e municípios polos conforme o plano diretor/2004.

A. CESARIANA		B. LEITOS UCI NEONATAL		C. LEITOS UTI		D. CAPS		E. PROCED. TRAUMATO-ORTOPÉD.	
Macro Goiânia	Goiânia	Macro Goiânia	Goiânia	Macro Goiânia	Goiânia	Macro Goiânia	Goiânia	Macro Goiânia	Goiânia
Centro Sul	Ap. de Goiânia	Centro Sul	Ap. de Goiânia	Centro Sul	Ap. de Goiânia	Centro Sul	Ap. de Goiânia	Centro Sul	Ap. de Goiânia
Entorno Sul	Luziânia	Entorno Sul	Luziânia			Entorno Sul	Luziânia	Entorno Sul	Luziânia
Entorno Norte	Formosa	Entorno Norte	Formosa			Entorno Norte	Formosa	Entorno Norte	Formosa
Nordeste	Campos Belos	Nordeste	Campos Belos					Nordeste	Campos Belos
Norte	Porangatu	Norte	Porangatu					Norte	Porangatu
Serra da Mesa	Uruaçu	Serra da Mesa	Uruaçu	Serra da Mesa	Uruaçu			Serra da Mesa	Uruaçu
São Patrício	Ceres	São Patrício	Ceres	São Patrício	Ceres			São Patrício	Ceres
Pirineus	Anápolis	Pirineus	Anápolis	Pirineus	Anápolis	Pirineus	Anápolis	Pirineus	Anápolis
Rio Vermelho	Goiás	Rio Vermelho	Goiás	Rio Vermelho	Goiás			Rio Vermelho	Goiás
Oeste I	Iporá	Oeste I	Iporá	Oeste I	Iporá			Oeste I	Iporá
Oeste II	S. L. M. Belos			Oeste II	S. L. M. Belos			Oeste II	S. L. M. Belos
Sudoeste I	Rio Verde	Sudoeste I	Rio Verde	Sudoeste I	Rio Verde			Sudoeste I	Rio Verde
Sudoeste II	Jataí					Sudoeste II	Jataí	Sudoeste II	Jataí
Sul	Itumbiara	Sul	Itumbiara	Sul	Itumbiara	Sul	Itumbiara	Sul	Itumbiara
Estrada de Ferro	Catalão	Estrada de Ferro	Catalão	Estrada de Ferro	Catalão			Estrada de Ferro	Catalão

Legenda: Roxo: 5 variáveis; vermelho: 4 variáveis; verde: 3 variáveis; células vazias: inexistente. Fonte: (GOIÁS, 2004). Org.: A autora, 2019.

A regionalização goiana está fundamentada no planejamento integrado e o seu objetivo é mapear o território, identificar as prioridades e os sistemas de saúde, permitindo, dessa forma, a garantia do princípio da equidade para a população mais vulnerável e propor soluções e tratamento de saúde a todos aqueles que necessitam do sistema público de saúde. Segundo o Plano Diretor de Regionalização (2004), o planejamento do território estadual estabeleceu-se por um processo de regionalização que deveria ter um nível de hierarquia na prestação de serviços de saúde: as Regiões de Saúde, as Microrregiões de Saúde, o Módulo Assistencial, os Municípios Satélites e os Municípios Polos.

Dentro desses níveis hierárquicos de planejamento do território do Estado de Goiás, estabeleceu-se, que a Região de Saúde é a principal, porque é o nível de complexidade imediatamente superior à microrregião de saúde, além dos serviços de média complexidade, urgência, parto operatório (cesariana), leitos de Unidades de Cuidados Intermediários – UCI Neonatal e Unidades de Terapia Intensiva – UTI e referência em Saúde Mental. Portanto, é obrigada a realizar cesariana, possuir leitos de UCI Neonatal, de UTI e/ou hemodiálise e/ou referência em Saúde Mental (GOIÁS, 2004).

Assim, de acordo com o Quadro 10, observa-se que isso não ocorreu em 2004, porque nem todas as 16 RS e MP possuem todos os serviços de saúde determinados como mínimos e obrigatórios para tal classificação: delas apenas quatro (4) obedeceram aos cinco (5) critérios exigidos. Oito (8) RS/MP apresentaram quatro (4) e quatro (4) RS/MP apresentaram 3 variáveis. Desse modo, não atenderam em 2004 aos seus próprios objetivos, princípios e diretrizes de regionalização com equidade, não atendendo aos seus usuários em sua própria região quando precisou de um desses serviços de saúde que não ofertam.

Igualmente, verifica-se na Figura 17, que ainda há uma centralização dos serviços de saúde obrigatórios nas regiões tradicionalmente conhecidas no território estadual, polarizadas por Goiânia (Macro Goiânia), Aparecida de Goiânia (Centro Sul), Anápolis (Pirineus) e, Itumbiara (Sul). E, RS com MP tendo seus usuários do SUS obrigados a se deslocarem de sua região em busca de atendimento em saúde, indo quase sempre à capital, Goiânia, como é o caso das outras 12 (doze) apresentadas pelo menos com um serviço de saúde obrigatório em falta no seu território.

A regionalização da saúde é uma estratégia política importante para “se fazer saúde”. Compreende-se que ela tornou o acesso relativamente menos complexo para os mais vulneráveis, com o objetivo de tentar executar o seu princípio de equidade. No entanto, ainda, as ações e os serviços de saúde, como princípio universal, no espaço geográfico, é um problema: “a regionalização, apesar dos benefícios, apresenta desafios, tais como as dificuldades para integrar e coordenar as ações e serviços, em diferentes

espaços geográficos, com distintas gestões e gerências para atender as necessidades de saúde e demandas da população na escala, qualidade e custos” (CONASS, 2011, p. 120).

5.4.1 Critérios Definidos como Referência para as Regiões de Saúde e Municípios Polos que Contemplam a Rede de Média e Alta Complexidade em 2004

Com o objetivo de responder aos outros critérios definidos e pactuados como referência para a Região de Saúde e Município Polo no Plano Diretor de 2004 cabe conferir a rede de assistência à saúde em Goiás para os níveis de urgência e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, utilizando as outras variáveis selecionadas, conforme disposto no grupo de variáveis a serem operacionalizadas em 2004 e 2018 já apresentadas.

No Quadro 8, visualiza-se a existência desses serviços de saúde no Estado numa amostragem completa de todas as variáveis selecionadas para a pesquisa. As referências “Urgência” e “Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial” estão dispostas nos itens 2 e 4, respectivamente, do quadro.

5.4.1.1 Urgência

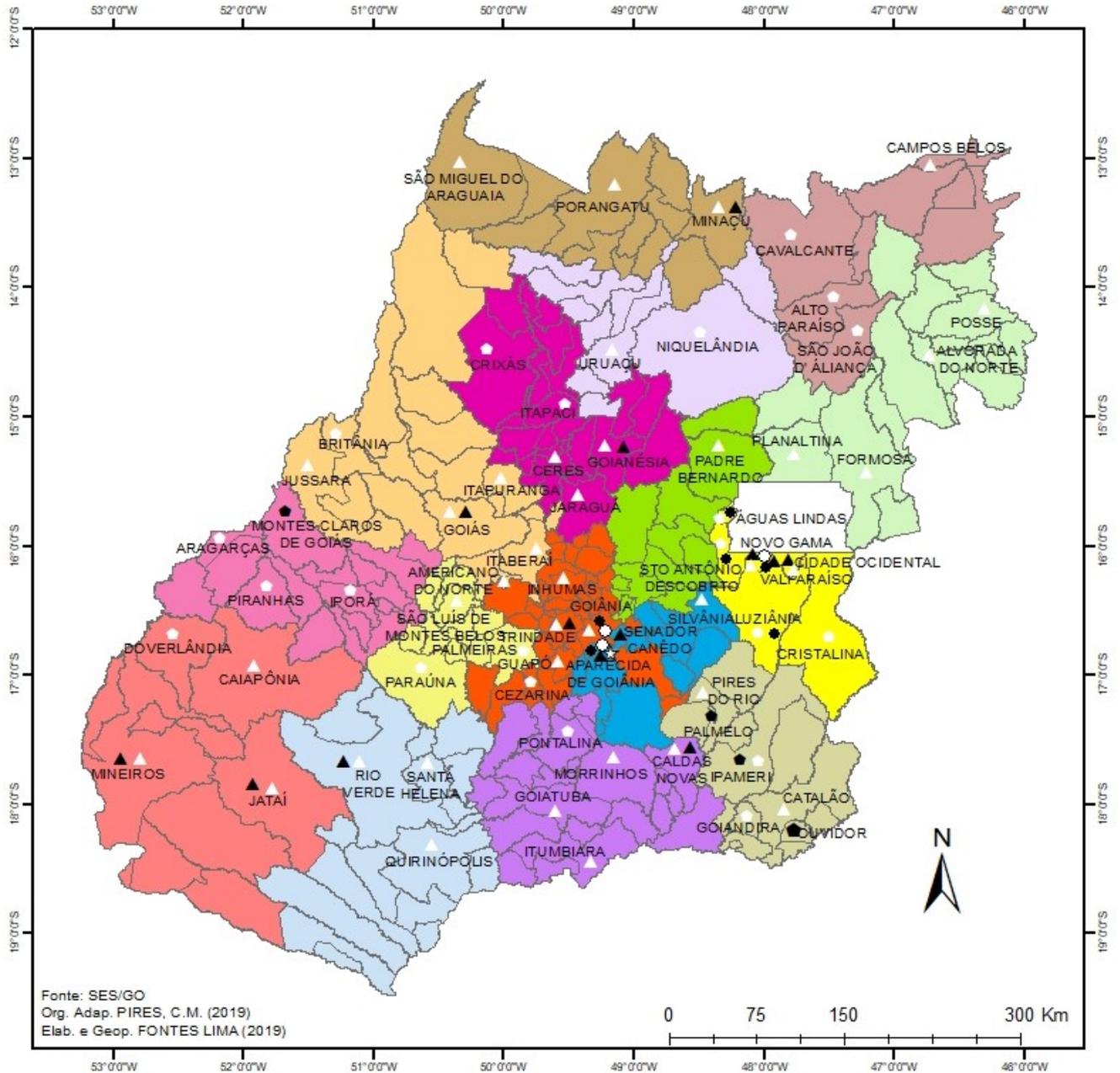
Para analisar a disposição da Rede de Atenção às Urgências no Estado de Goiás, em 2004, reproduziu-se o mapa elaborado em seu Plano Diretor⁶ com fidelidade ao documento, a fim de visualizar a rede geograficamente pelo Estado e, com os dados dispostos, conheceu-se a Rede de Urgência e Emergência (RUE). Observar Figura 18 que informa os municípios que possuem as variáveis:

- UPH – Fixa – Unidade Pré-Hospitalar Fixa (CAIS - Centro de Atenção Integrada à Saúde, Pronto de Socorro Municipal e Ambulatório 24 horas);
- UAPH – Móvel – Unidade de Apoio Pré-Hospitalar Móvel (UR – Unidade de Resgate e USB – Unidade de Suporte Básico);
- UHR I, II Fixa Unidade Hospitalar de Referência Fixa (Hospital Tipo I e Hospital Especializado) e
- HG – Hospital Geral.

⁶ Capítulo IV – REDE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE REFERÊNCIA: mapa 55 A – Rede Especializada – Rede de Atenção às Urgências (1ª Parte). (GOIÁS, 2004, p. 132).

Nessa referência de urgência selecionou-se quatro (4) variáveis para sintetizar a Rede de Atenção às Urgências na regionalização do PDR de 2004: ambulatório 24 horas, a Unidade Hospitalar de Referência – UHR I, II Fixa, a Unidade de Apoio Pré-Hospitalar – UAPH – Móvel e a Central de Regulação.

Figura 18 – Rede Especializada – Rede de Atenção às Urgências (1ª Parte) – 2004.



Fonte: SES/GO
 Org. Adap. PIRES, C.M. (2019)
 Elab. e Geop. FONTES LIMA (2019)



■ Macro Goiânia	■ Pirineus	UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR-FIXA
■ Centro Sul	■ Rio Vermelho	○ CAIS
■ Entorno Sul	■ Oeste I	☆ P.S. Municipal
■ Entorno Norte	■ Oeste II	△ Amb. 24h
■ Nordeste	■ Sudoeste I	UNIDADE PRÉ-HOSPITALAR-MÓVEL
■ Norte	■ Sudoeste II	▲ UR - Unidade de Resgate
■ Serra da Mesa	■ Sul	◆ USB - Unidade de Suporte Básico
■ São Patrício	■ Estrada de Ferro	UNIDADE HOSPITALAR FIXA
		● Hospital Tipo I
		○ Hospital Especializado

Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

A escolha desse grupo de quatro variáveis se justifica ao fato de juntas, quando ocorrerem, poder ofertar ao usuário do SUS a possibilidade de atendimento 24 horas, fixo ou móvel, a coleta e o diagnóstico de exames ambulatoriais, o repouso e/ou internação e sua devida regulação caso necessite de continuação da assistência. E um município e sua região de saúde têm a obrigação de atender minimamente doenças e agravos de saúde de forma resolutiva em casos que necessitem de atendimento imediato organizados em uma rede de urgência, pois:

Além da mortalidade precoce e das sequelas decorrentes dos acidentes de trânsito, de outras violências e das doenças cardiovasculares (DCV), deve-se considerar os sofrimentos enfrentados pelas pessoas acometidas por essas condições clínicas e suas famílias. Soma-se a isso o alto custo socioeconômico. Desse modo, a organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no Sistema Único de Saúde (SUS), mais do que uma prioridade, é uma necessidade premente, de modo a intervir de forma organizada e efetiva sobre tais doenças e agravos (BRASIL, 2013, p. 9).

Pela abordagem feita no Quadro 8, no item 7 sobre as urgências constata-se que das quatro (4) variáveis elencadas, as RS/MP têm boa representativa de unidades ambulatoriais 24 horas, hospitalares fixas e móveis, além da central de regulação pelo estado.

A RS Macro Goiânia apresenta todas as (4) variáveis, mas seu MP, Goiânia não possui ambulatório 24 horas.

As RS Centro Sul, Oeste II, a Sudoeste II e respectivamente seus MP, Aparecida de Goiânia, São Luís de Montes Belos e Jataí não possuem centrais de regulação. Mas, possuem as demais variáveis.

Excetuando essas RS/MP que foram citadas todas as demais possuem unidades das (quatro) 4 variáveis selecionadas.

Sabe-se que uma Rede de Urgência e Emergência têm um formato complexo, composto por diferentes pontos de atenção, com o intuito de atingir seu objetivo principal de reordenar a atenção à saúde em situações de atendimento de urgência de forma coordenada pela Atenção Básica, é imprescindível que se promova ações de saúde e de prevenção de condições adversas a ela de forma qualificada e resolutiva. Sendo assim, a intenção com essa proposta de avaliação é só de conhecer a RUE das RS/MP em Goiás, e, não, o de formar e/ou propor uma, pois selecionar condições de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, de diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos envolvem inúmeros fatores, legislações, pactuações, financiamentos e, principalmente, planejamento

epidemiológico e demográfico da situação de saúde de sua população e de seu território, onde se insere. Para tanto a RUE,

como rede complexa e que atende a diferentes condições (clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental etc.), é composta por diferentes pontos de atenção, de forma a dar conta das diversas ações necessárias ao atendimento às situações de urgência. Desse modo, é necessário que seus componentes atuem de forma integrada, articulada e sinérgica. Além disso, de forma transversal a todos os componentes, devem estar presentes o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013, p. 13-14).

5.4.1.2 Referência em alta complexidade hospitalar e ambulatorial em 2004

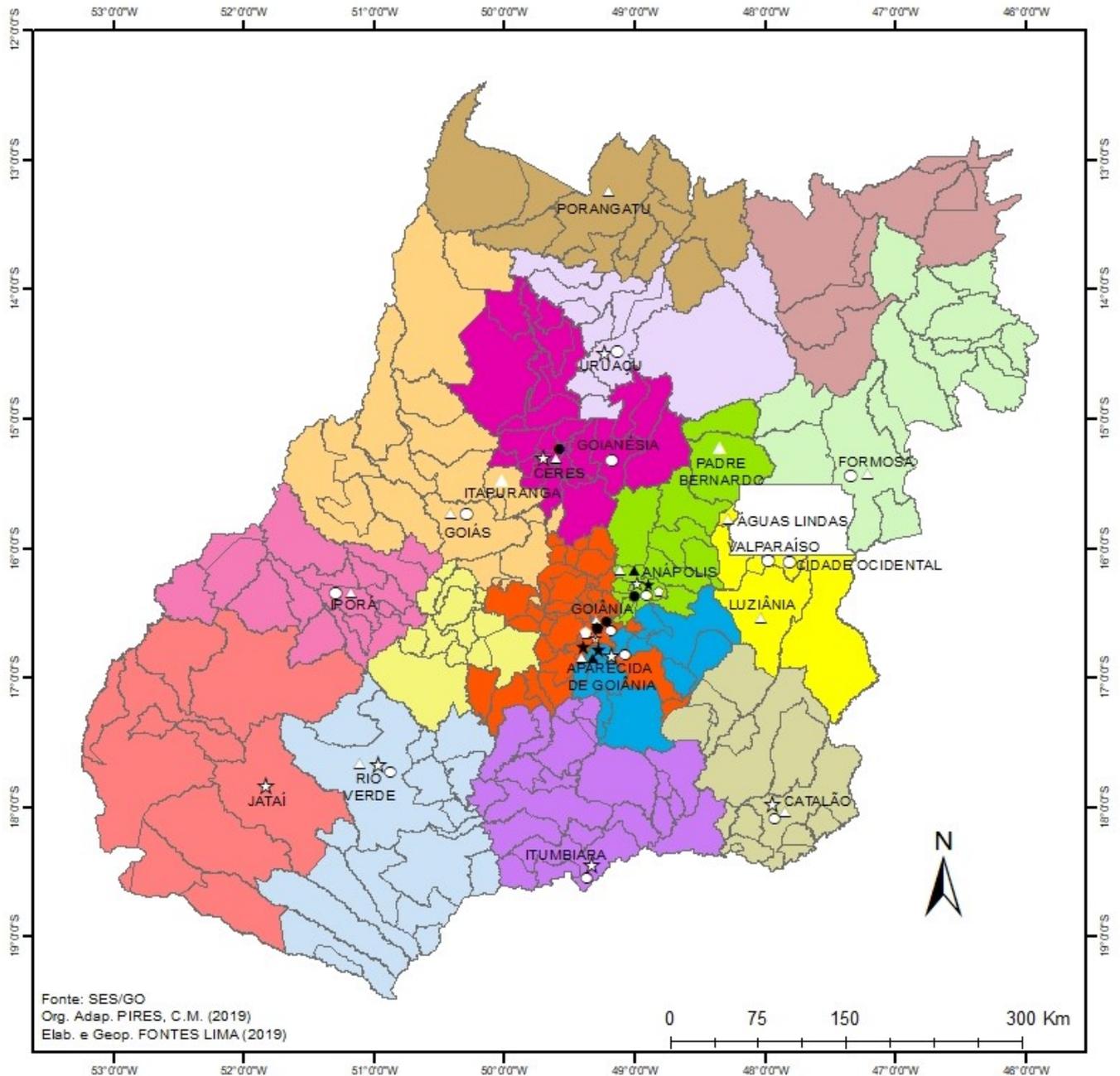
a. PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (ver Figura 19)⁷.

- **Quimioterapia:** Das 16 RS e MP apenas 3 (três) possuem este procedimento ambulatorial disponível em sua jurisdição: a Macro Goiânia (Goiânia), a Centro Sul (Ap. de Goiânia) e Pirineus (Anápolis).
- **Ressonância Magnética:** Com este a quantidade de RS e MP diminui para dois (2), a Macro Goiânia (Goiânia) e Pirineus (Anápolis).
- **Tomografia Computadorizada:** No entanto para este a quantidade de RS e MP aumenta para nove (9), a Macro Goiânia (Goiânia), a Centro Sul (Ap. de Goiânia), a Serra da Mesa (Uruaçu), a São Patrício (Ceres), a Pirineus (Anápolis), a Sudoeste I (Rio Verde), a Sudoeste II (Jataí), a Sul (Itumbiara) e a Estrada de Ferro (Catalão).

Dado o exposto, observa-se que em 2004 houve pouco investimento e planejamento para a compra e a manutenção de equipamentos que demandam tecnologia de ponta, profissionais especializados e gestão adequada dos recursos no campo da alta complexidade. Há uma centralização desses procedimentos ambulatoriais em RS/MP popularmente sobrecarregados em serviços de saúde desse campo, haja vista que apenas duas (2) RS e MP se repetem nas três variáveis estudadas: a Macro Goiânia (Goiânia) e a Pirineus (Anápolis).

⁷ Capítulo IV – REDE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE REFERÊNCIA: mapa 59 – Serviços Especializados e Alta Complexidade Ambulatorial – Referência Estadual (GOIÁS, 2004, p. 138).

Figura 19 – Serviços especializados e alta complexidade ambulatorial – referência estadual – 2004.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org.: Da Autora (2019).

b. ASSISTÊNCIA HOSPITAL CLÍNICAS:

As especialidades clínicas de **Cirurgia Cardíaca**, **Cirurgia Neurológica** e de **Transplantes** na assistência hospitalar não possuem dados disponíveis para estudo no PDR de 2004. Ver item 4, referência b, linhas 1, 2 e 5 do Quadro 8.

- **Cirurgia Oncológica:**

Esta variável de referência em alta complexidade hospitalar foi avaliada pela Rede de Atenção ao Controle Do Câncer De Colo De Útero e de Mama⁸, pois é a única referência oncológica disponível no documento de 2004 (Figura 20).

Goiânia, a capital e MP da Região Macro Goiânia é a única referência estadual para cirurgia de câncer de colo de útero e mama na rede de atenção à mulher para hospital de alta complexidade.

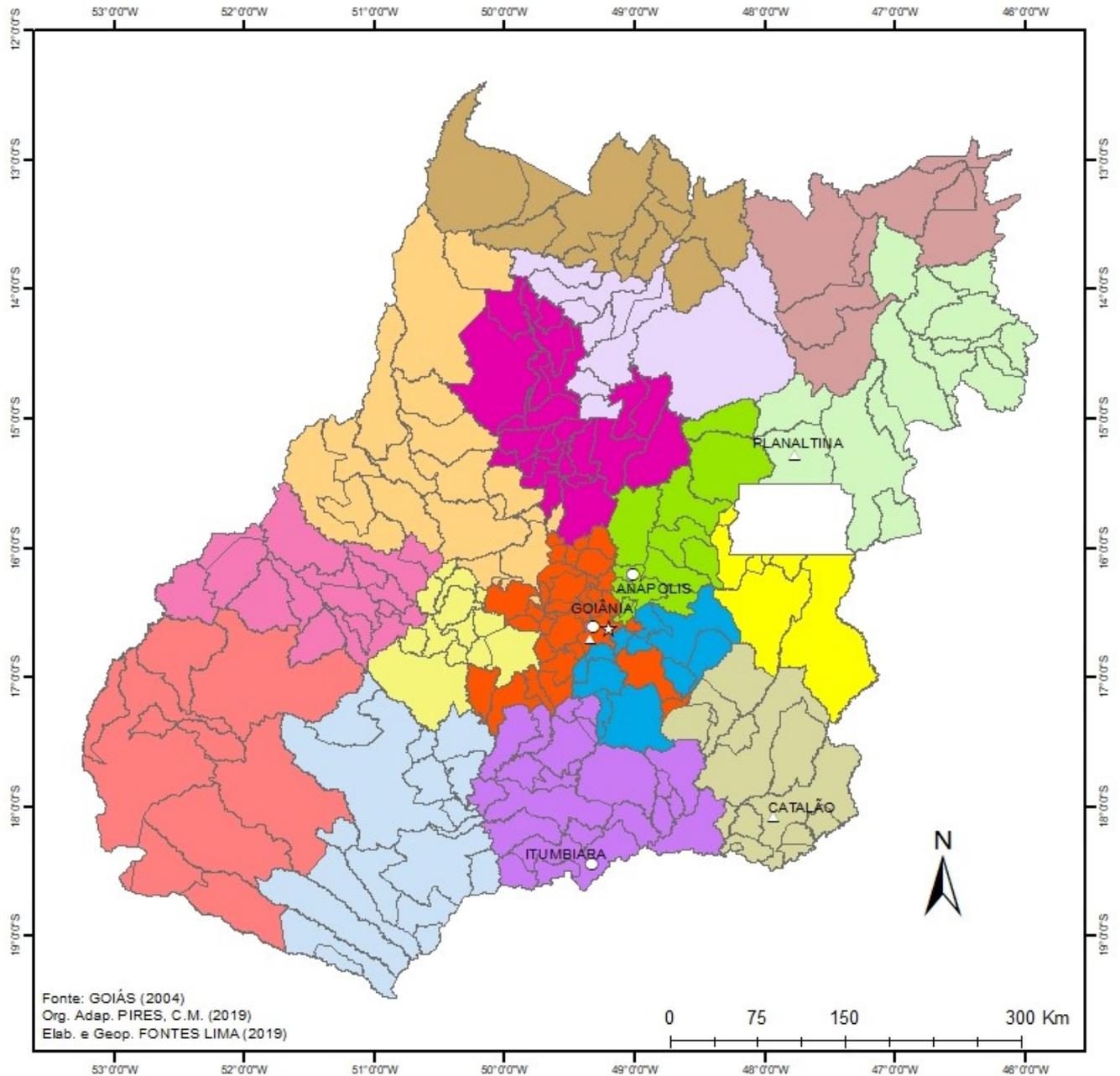
A referência regional para cirurgia de alta frequência fica com Goiânia (Macro Goiânia), Anápolis (Pirineus) e Itumbiara (Sul).

As referências regionais que realizam o exame de mamografia são nas RS e MP de Goiânia (Macro Goiânia), Catalão (Estrada de Ferro) e Entorno Norte que não é em seu MP, mas em Planaltina.

A assistência hospitalar e suas variáveis escolhidas reforçam a centralidade de Goiânia, porque, mais uma vez, é a única que possui todos os serviços de saúde, elencados nesta pesquisa, para avaliar a assistência de alta complexidade hospitalar (Figura 20).

⁸ Capítulo IV – REDE DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE REFERÊNCIA: mapa 58 – Rede Especializada – Controle de Câncer de Colo de Útero e de Mama (GOIÁS, 2004, p. 137).

Figura 20 – Rede especializada – controle do câncer de colo de útero e mama.



Fonte: GOIÁS (2004)
 Org. Adap. PIRES, C.M. (2019)
 Elab. e Geop. FONTES LIMA (2019)



	Macro Goiânia		Pirineus	REFERÊNCIA REGIONAL	
	Centro Sul		Rio Vermelho		Cirurgia de alta frequência
	Entorno Sul		Oeste I		Referência para mamografia
	Entorno Norte		Oeste II	REFERÊNCIA ESTADUAL	
	Nordeste		Sudoeste I		Hospital de alta complexidade
	Norte		Sudoeste II		
	Serra da Mesa		Sul		
	São Patrício		Estrada de Ferro		

Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

- **Terapia Renal Substitutiva – TRS (Figura 19)**

A hemodiálise e a diálise peritoneal são procedimentos de alta complexidade que necessitam do uso de equipamentos, profissionais especializados e assistência hospitalar adequada ao cuidado e tratamento da doença renal crônica (DRC). No Plano Diretor, não há especificamente a modalidade desse tratamento nas regiões de saúde ou municípios polos, mas há essa referência à TRS no campo da alta complexidade disponível. Das 16 RS, 12 (doze) possuem tratamento para DRC, 11 (onze) dessas estão inclusas seus MP: Macro Goiânia (Goiânia), Centro Sul (Ap. de Goiânia), Entorno Norte (Formosa), Serra da Mesa (Uruaçu), São Patrício (Ceres), Pirineus (Anápolis), Rio Vermelho (Goiás), Oeste I (Iporá), Sudoeste I (Rio Verde), Sul (Itumbiara) e Estrada de Ferro (Catalão). A região que possui TRS e o seu MP não, é a Entorno Sul.

5.5 Avaliação dos critérios obrigatórios para as Regiões de Saúde e os Municípios Polos – 2018

Em um segundo momento realiza-se a análise do mesmo grupo de variáveis, obrigatórias, mas, agora, referentes às 18 regiões de saúde e seus respectivos polos para 2018 (Quadro 11).

Quadro 11 – Serviços de saúde obrigatórios existentes nas regiões de saúde e municípios polos em 2018.

A. CESARIANA		B. LEITOS UCI NEONATAL		C. LEITOS UTI		D. CAPS		E. PROCED. TRAUMATO-ORTOPÉD.	
Central	Goiânia	Central	Goiânia	Central	Goiânia	Central	Goiânia	Central	Goiânia
Centro Sul	Ap. de Goiânia			Centro Sul	Ap. de Goiânia	Centro Sul	Ap. de Goiânia	Centro Sul	Ap. de Goiânia
						Entorno Sul	Luziânia	Entorno Sul	Luziânia
Entorno Norte	Formosa					Entorno Norte	Formosa	Entorno Norte	Formosa
Nordeste I	Campos Belos					Nordeste I	Campos Belos	Nordeste I	Campos Belos *
Nordeste II	Posse								
Norte	Porangatu					Norte	Porangatu	Norte	Porangatu
Serra da Mesa	Uruaçu					Serra da Mesa	Uruaçu	Serra da Mesa	Uruaçu*
São Patrício I	Ceres			São Patrício I	Ceres	São Patrício I	Ceres	São Patrício I	Ceres
São Patrício II	Goianésia					São Patrício II	Goianésia	São Patrício II	Goianésia
Pirineus	Anápolis			Pirineus	Anápolis	Pirineus	Anápolis	Pirineus	Anápolis
Rio Vermelho	Goiás			Rio Vermelho	Goiás	Rio Vermelho	Goiás	Rio Vermelho	Goiás
Oeste I	Iporá					Oeste I	Iporá *	Oeste I	Iporá
Oeste II	S. L. M. Belos					Oeste II	S. L. M. Belos	Oeste II	S. L. M. Belos
Sudoeste I	Rio Verde			Sudoeste I	Rio Verde	Sudoeste I	Rio Verde	Sudoeste I	Rio Verde
Sudoeste II	Jataí			Sudoeste II	Jataí	Sudoeste II	Jataí	Sudoeste II	Jataí
Sul	Itumbiara			Sul	Itumbiara	Sul	Itumbiara	Sul	Itumbiara
Estrada de Ferro	Catalão			Estrada de Ferro	Catalão	Estrada de Ferro	Catalão	Estrada de Ferro	Catalão

Legenda: roxo: 5 variáveis; vermelho: 4 variáveis; verde: 3 variáveis; azul: 2 variáveis; marrom: 1 variável; célula vazia: inexistente. *A RS possui o serviço, mas o seu respectivo MP, não. Fonte: (GOIÁS, 2004). Org.: A autora, 2019.

De acordo com essas informações verifica-se quais os serviços de saúde que, realmente apresentam a realidade da rede da assistência de média e alta complexidade nas 18 regiões e polos municipais.

O Quadro 6 apresenta as 18 regiões de saúde, cada uma com a quantidade de municípios integrantes e adstritos em 2018 com seu município polo e quantidade de habitantes respectivos e atualizados.

São variáveis selecionadas também a partir do que foi exigido no Plano Diretor de 2004, mas, com o objetivo de averiguar a existência delas 15 anos após sua primeira edição. Teve-se a preocupação de elencar variáveis que pudessem compor uma rede de média e alta complexidade no atendimento regional específico em cada território regional e em seu município polo. Como descrito anteriormente nas exigências planejadas e pactuadas para a conformação das redes de atenção no Plano Diretor, fez-se uma avaliação e comparação da obrigatoriedade de qualquer procedimento de média e alta complexidade para as regiões de saúde em 2018 da seguinte forma: uma primeira amostragem dos critérios obrigatórios; em seguida, a rede de urgência e emergência; e, por último, a alta complexidade hospitalar e ambulatorial.

PARA OS CRITÉRIOS OBRIGATÓRIOS EM 2018: ver Quadro 11.

A. O nível cirúrgico das regiões e municípios polos pela variável Parto Cesariano: constata a existência de cesariana em todas as 17 RS e MP. Apenas a Região Entorno Sul e seu polo municipal Luziânia não possuem informações da disponibilidade desses dados nos sites pesquisados.

B. A existência de leitos hospitalares pelos leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal – UCI Neonatal: apenas a RS Central e seu MP Goiânia possuem leitos. Todos os demais não possuem.

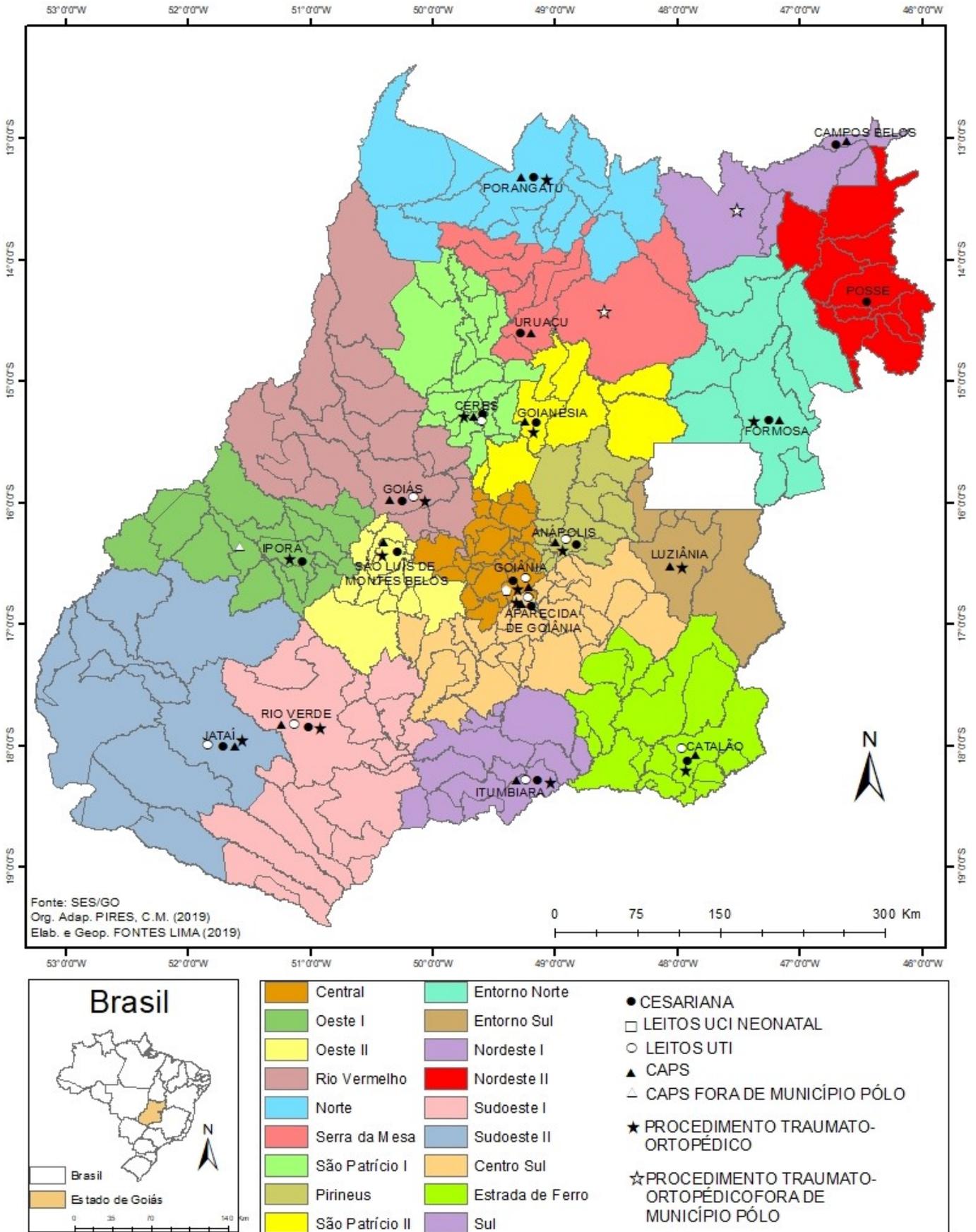
C. Leitos de Unidade de Tratamento Intensivo – UTI: a metade, 9 RS e MP não possuem: a Entorno Sul (Luziânia - ND), a Entorno Norte (Formosa), a Nordeste I - ND (Campos Belos - ND), Nordeste II - ND (Posse - ND); a Norte (Porangatu); Serra da Mesa (Uruaçu), São Patrício II (Goianésia), Oeste I (Iporá - ND) e a Oeste II (S. L. M. Belos - ND).

D. Saúde Mental: para 2018, pesquisou-se a existência do Centro de Atenção Psicossocial também como elemento obrigatório para compor a rede hierarquizada dos serviços de saúde de média complexidade das regiões de saúde em 2004 e, portanto, melhor caracteriza as regiões de saúde nos seus critérios mínimos exigidos no momento de elaboração desta regionalização em 2018. Apenas a RS e seu respectivo polo Nordeste I (Posse) não possui referência em Saúde Mental. Na RS Oeste I possui, porém não é em seu polo municipal, Iporá.

Para avaliar o MP de cada RS dentro do seu critério obrigatório: “município que atende qualquer nível de atenção acima do Elenco de Procedimentos da Média Complexidade – EPM, podendo ser regional ou estadual” escolheu-se apenas uma variável.

E. Procedimentos Traumato-Ortopédicos: para essa exigência 17 RS possuem o serviço, mas apenas 15 MP possuem também, como é o caso de Uruaçu (Serra da Mesa), e Campos Belos (Nordeste I) e a RS Nordeste II e seu MP (Posse) não possuem. A Figura 21 espacializa esses serviços pelo estado de Goiás.

Figura 21 – Goiás – serviços de saúde obrigatórios: revisão PDR/2018.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

5.5.1 Conformação da Rede de Assistência Obrigatória para as Regiões de Saúde e Municípios Polos – 2018

Ao todo foram cinco (5) tipos de serviços de saúde obrigatórios exigidos no Plano Diretor, analisados em 2004 e também para 2018: o Parto Operatório (Cesariana), a existência de Leitos de UCI Neonatal e de UTI, o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e Procedimentos Traumatológico-Ortopédicos. Ver Quadro 11 e Figura 21.

Das 18 RS e MP, apenas uma (1) apresenta todas as variáveis: a Central (Goiânia).

Oito (8) RS/MP apresentaram quatro (4) variáveis, exceto os Leitos de UCI Neonatal: a Centro Sul (Ap. de Goiânia), São Patrício I (Ceres), Pirineus (Anápolis), Rio Vermelho (Goiás), Sudoeste I (Rio Verde), Sudoeste II (Jataí), Sul (Itumbiara) e Estrada de Ferro (Catalão).

Sete (7) apresentaram três (3) variáveis, exceto os Leitos de UCI Neonatal e de UTI: a Entorno Norte (Formosa), a Nordeste I (Campos Belos), a Norte (Porangatu), a Serra da Mesa (Uruaçu), a Oeste I (Iporá) e a Oeste II (São Luís de Montes Belos).

Uma (1) apresentou duas (2) variáveis, exceto Cesariana, os Leitos de UCI Neonatal e de UTI: a Entorno Sul (Luziânia).

Uma (1) apresentou apenas uma (1) variável, a Cesariana: a Nordeste II (Posse).

Os dados descritos e apresentados nos Quadros 11 e Figura 21 mostram a concentração dos cinco serviços obrigatórios apenas na Região Central, em sua capital, Goiânia. Somando às oito RS/MP que apresentaram quatro variáveis temos a outra metade das regiões do estado apresentando de 60 % a menos dos serviços obrigatórios estudados aqui neste trabalho.

5.5.2 Critérios Definidos como Referência para as Regiões de Saúde e Municípios Polos que Contemplam a Rede de Média e Alta Complexidade em 2004

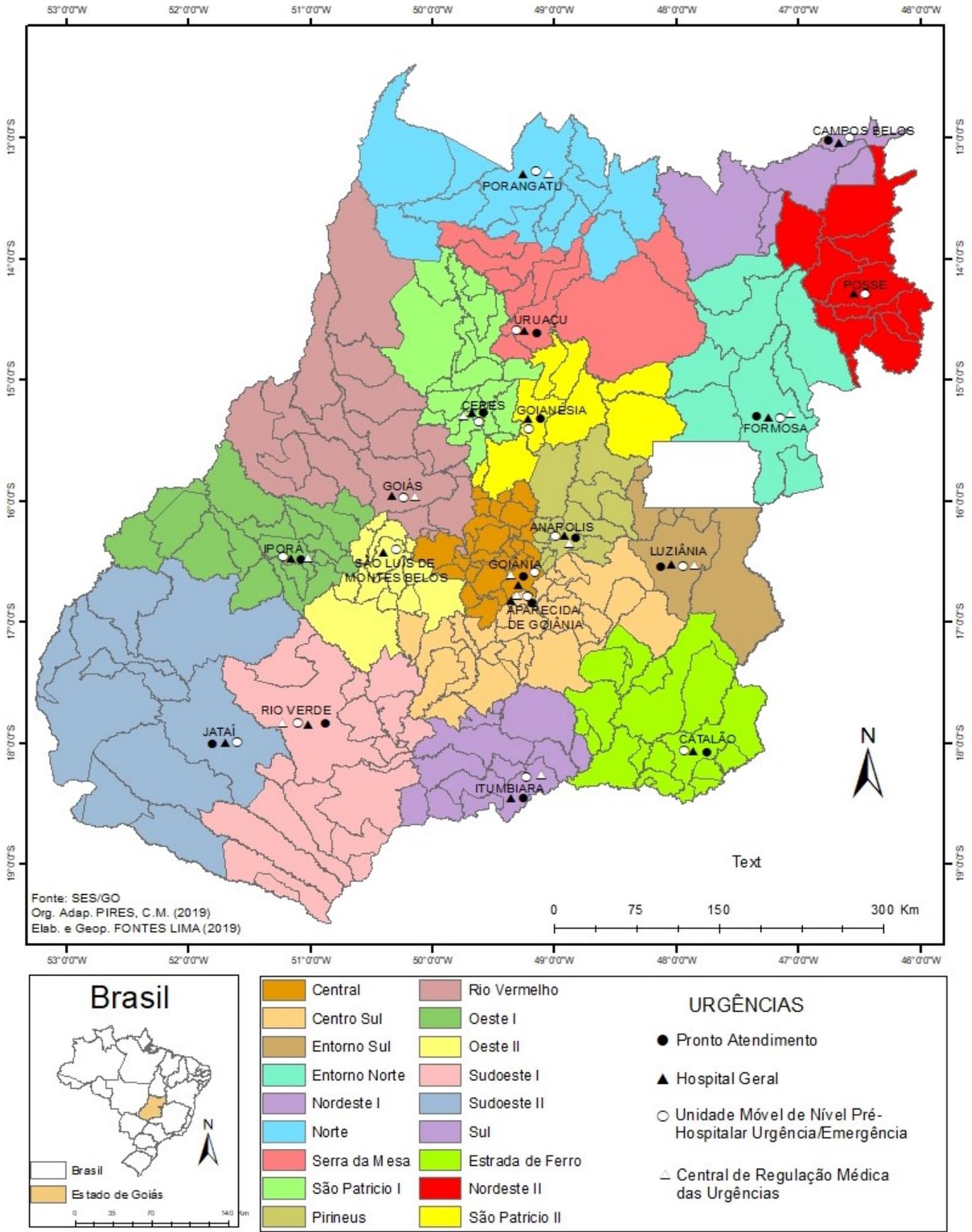
5.5.2.1 Urgência / 2018

Para visualizar a disposição da Rede de Atenção às Urgências no estado de Goiás em 2018 produziu-se a Figura 22, a fim de identificar os atendimentos escolhidos e regionalmente distribuídos pelo Estado e, com os dados dispostos, conheceu-se a Rede de Urgência e Emergência. Ele informa os municípios que possuem as variáveis:

- Unidade Pronto Atendimento 24 horas;
- Hospital Geral;
- Unidade Móvel de Apoio Pré-Hospitalar de Urgência e Emergência (SAMU 24 horas); e
- Central de Regulação Médica das Urgências.

Nessa referência de urgência, selecionou-se quatro (4) variáveis para sintetizar a Rede de Atenção às Urgências na regionalização do PDR de 2004: ambulatório 24 horas, a Unidade Hospitalar de Referência – UHR I, II Fixa, a Unidade de Apoio Pré-Hospitalar – UAPH – Móvel e a Central de Regulação.

Figura 22– Goiás – rede de atenção às urgências – 2018.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. da Autora (2019).

5.5.2.2 GOIÁS - UPA - Unidade de Pronto Atendimento 24 horas / 2018

As UPAs fazem parte da Política Nacional de Urgência e Emergência, as quais foram criadas pelo Ministério da Saúde em 2003, que estruturam e organizam a rede de urgência e emergência no País, com o objetivo de integrar a atenção às urgências (MP/PAC, 2019).

De 18 RS e seus respectivos MP apenas 4 não possuem unidades de pronto atendimento 24 horas: a Oeste II (S. L. M. Belos), a Rio Vermelho (Goiás), a Norte (Porangatu) e a Nordeste II (Posse). (MS/CNES, 2019).

Para ampliar esta análise para a rede de urgência e emergência em Goiás, pesquisou-se dados na SAGE – Sala de Apoio à Gestão Estratégia do Ministério da Saúde para mais esclarecimentos acerca das unidades em funcionamento e seus portes. Consequentemente, notou-se uma incoerência na alimentação dos dados, pois constatou-se que eles ainda são de outubro de 2016. Todavia, conseguiu-se ampliar a rede de unidades no Estado e nas RS, como se verifica na Figura 23 e pode-se verificar os MP 14 (catorze) que possuem unidades e outros sete (7) municípios do Estado de Goiás que também possuem unidades. São eles com seus portes de atendimento: 21 municípios com unidades de UPAs 24 horas; dessas 14 são MP das RS de Goiás. Aparecida de Goiânia e Goiânia contam com duas unidades cada, totalizando 23 no Estado de Goiás.

- Anápolis (Pirineus) – UPA III
- Aparecida de Goiânia (Centro Sul) – UPA III (duas unidades)
- Campos Belos (Nordeste I) – UPA I
- Catalão (Estrada de Ferro) – UPA I
- Caldas Novas (Estrada de Ferro) – UPA II
- Ceres (São Patrício I) – UPA II
- Cristalina (Entorno Sul) – UPA I
- Formosa (Entorno Norte) – UPA I
- Goiânia (Central) – UPA III (duas unidades)
- Goianésia (São Patrício II) – UPA I
- Inhumas (Central) – UPA I
- Iporá (Oeste I) – UPA I
- Itumbiara (Sul) – UPA I
- Jataí (Sudoeste II) – UPA I
- Luziânia (Entorno Sul) – UPA II

- Rio Verde (Sudoeste I) – UPA I
- Mineiros (Sudoeste II) – UPA I
- Senador Canedo (Centro-Sul) – UPA II
- Trindade (Central) - UPA II
- Uruaçu (Serra da Mesa) – UPA I
- Valparaíso de Goiás (Entorno Sul) – UPA II

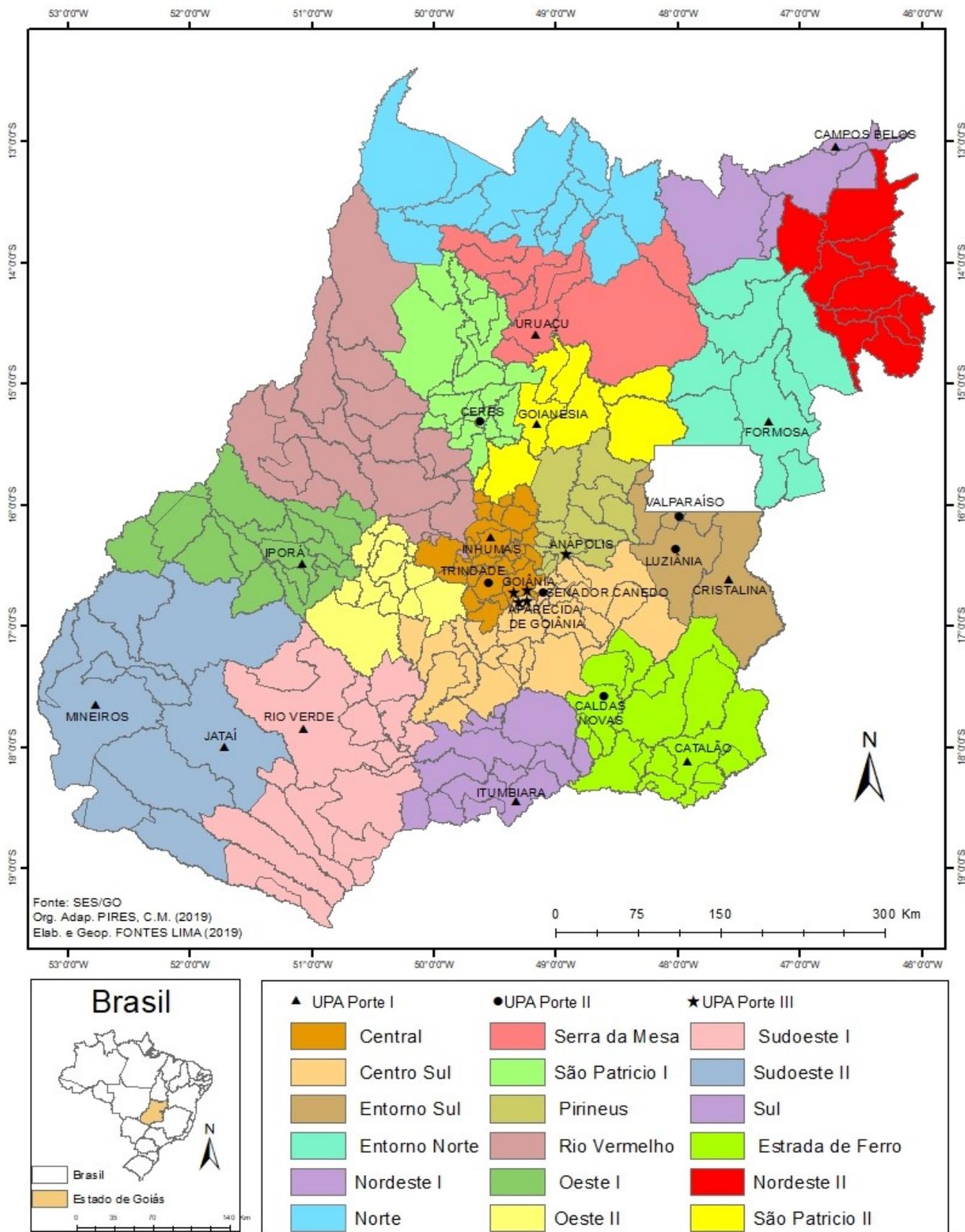
As UPAs podem ser de três portes diferentes:

UPA Porte I: tem de cinco (5) a oito (8) leitos de observação. Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.

UPA Porte II: nove (9) a 12 leitos de observação. Capacidade de atender até 300 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.

UPA Porte III: 13 a 20 leitos de observação. Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes (MP/PAC, 2019).

Figura 23 – Goiás – Unidade de pronto atendimento – 2018.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. da Autora (2019).

Unidades de Pronto Atendimento (UPA) funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame. Com isso, ajudam a diminuir as filas nos prontos-socorros dos hospitais. A UPA inova ao oferecer estrutura simplificada, com raio-X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. Nas localidades que contam com UPA, 97% dos casos são solucionados na própria unidade. Quando o paciente chega às unidades, os médicos prestam socorro, controlam o problema e detalham o diagnóstico. Eles analisam se é necessário encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24 horas.

5.5.2.3 Hospital geral

Hospital de referência para, no mínimo, uma região de saúde, conforme Plano Diretor Regional (PDR) deve ter uma cobertura populacional de até 200 mil habitantes. São estabelecimentos que possuem estrutura para realizações de média complexidade. Devem contar com equipe 24 horas composta por clínico geral, pediatra, cirurgião, anestesiológico, enfermeiros, técnicos e equipes para manejo de pacientes críticos. As portas de entrada hospitalares de urgência instaladas em estabelecimentos hospitalares estratégicos classificados como hospitais gerais receberão R\$ 100.000,00 (cem mil reais) como incentivo de custeio mensal (BRASIL, 2013, p. 45-46).

Atendendo à referência mínima para se ter hospital geral nas RS, todas elas e seus respectivos municípios polos possuem, no mínimo, uma unidade de hospital geral conforme tópico 2, segunda linha do Quadro 9.

5.5.2.4 Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar Urgência e Emergência: Central de Regulação Médica das Urgências

5.5.2.4.1 A importância do SAMU no contexto da regionalização de alta e média complexidade

Em 27 de abril de 2004 foi aprovado o Decreto nº 5.055:

Art. 1º Fica instituído, em Municípios e regiões do território nacional, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, visando a

implementação de ações com maior grau de eficácia e efetividade na prestação de serviço de atendimento à saúde de caráter emergencial e urgente.

Art. 2º Para fins do atendimento pelo SAMU, fica estabelecido o acesso nacional pelo número telefônico único – 192, que será disponibilizado pela ANATEL exclusivamente às centrais de regulação médica vinculadas ao referido Sistema.

Art. 3º Os Municípios ou regiões que pretenderem aderir ao SAMU deverão formular requerimento aos Ministérios da Saúde e das Comunicações, que decidirão, conjuntamente, sobre a assinatura de convênio para a disponibilização do número de acesso nacional, bem como a definição dos procedimentos a serem adotados (BRASIL, 2004, s/p).

Faz 15 anos que o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) entrou em vigor, no Brasil. É importante destacar que esse serviço não é nacional, conforme a previsão do art. 3º, o município ou região interessada deve manifestar o seu interesse no Ministério da Saúde, o qual avalia as condições de instalação desse tipo especial de serviço de saúde, nessa área solicitada.

Esse serviço é uma tecnologia avançada adotada em vários países. O objetivo dele, conforme prescreve os artigos 1º e 2º e em uma descrição mais sistemática e atual do Ministério da Saúde, é “chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar a sofrimento, a sequelas ou mesmo à morte. São urgências situações de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras” (BRASIL, 2019, s/p). Em síntese: verifica-se uma prioridade em salvar a vida da vítima, evitando a morte dela ou alguma sequela que possa decorrer dessa situação de urgência ou emergência.

O Conselho Federal de Medicina (CFM), em sua Resolução: nº 1.451, conceituou urgência como “ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata” (CFM, 2019, s/p). Já emergência, como: “constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato” (CFM, 2019, s/p).

O SAMU 192 é parte da Política Nacional de Atenção às Urgências: um modelo de extensão do SUS, com base nas “diretrizes a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social, ao lado da humanização, a que todo cidadão tem direito” (BRASIL, 2006, p. 5). Compreende-se que esse projeto tem a finalidade de atender às necessidades da população em situação de urgência e emergência. O atendimento inicia-se pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências através do atendimento telefônico 192, em

que “um médico regulador poderá dar um conselho, uma orientação, ou deslocar uma equipe com médico e enfermeiro e todos os equipamentos de uma UTI. A liberação de cada recurso será específica para a necessidade de cada paciente” (BRASIL, 2006, p. 5). É um serviço público e gratuito. Funciona dia e noite (24 horas), com equipe profissional de plantão para socorrer os chamados da população.

As ambulâncias do SAMU 192 são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. As unidades móveis podem ser ambulâncias, motolâncias, ambulanchas ou aeromédicos, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível (BRASIL, 2019, s/p).

O Ministério da Saúde recomenda os casos em que o SAMU 192 deve ser chamado, segundo o quadro abaixo:

Quadro 12 – Critérios para requisição do SAMU – 192.

- Na ocorrência de problemas cardiorrespiratórios;
- Intoxicação exógena e envenenamento;
- Queimaduras graves;
- Na ocorrência de maus-tratos;
- Trabalhos de parto em que haja risco de morte da mãe ou do feto;
- Em tentativas de suicídio;
- Crises hipertensivas e dores no peito de aparecimento súbito;
- Quando houver acidentes/traumas com vítimas;
- Afogamentos;
- Choque elétrico;
- Acidentes com produtos perigosos;
- Suspeita de Infarto ou AVC (alteração súbita na fala, perda de força em um lado do corpo e desvio da comissura labial são os sintomas mais comuns);
- Agressão por arma de fogo ou arma branca;
- Soterramento, Desabamento;
- Crises Convulsivas;
- Transferência inter-hospitalar de doentes graves;
- Outras situações consideradas de urgência ou emergência, com risco de morte, sequela ou sofrimento intenso.

Fonte: Ministério da Saúde (2019).

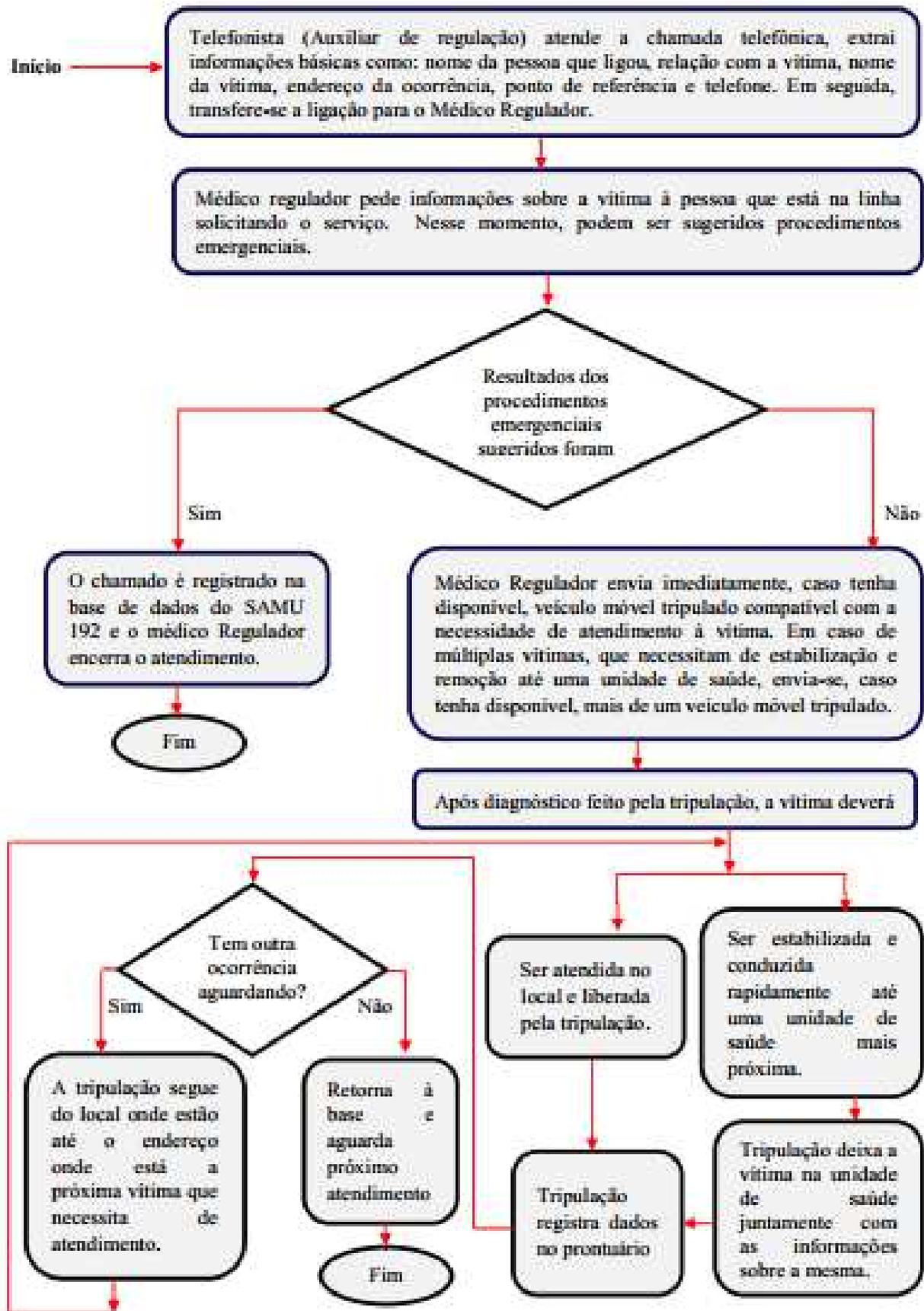
A pessoa que não estiver dentro desse quadro de urgência ou emergência deve

procurar o atendimento no ponto de saúde ou nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Isso é importante para manter a organização e o fluxo de atendimento nas redes de atenção às urgências e emergências, evitando que o serviço seja solicitado e desperdiçado em casos que não sejam complexos, por exemplo, vômito, diarreia, dor de dente, febre.

Rede de Atenção às Urgências e Emergências é um projeto para ser aplicado em situações de urgência e emergência, conforme o quadro acima. Sendo assim, há uma metodologia para ser executada nos chamados da população, a qual define o tipo de estabelecimento que o paciente é levado para a continuação do atendimento: “Promoção, Prevenção e Vigilância em Saúde; Atenção Básica; SAMU 192; Sala de Estabilização; Força Nacional do SUS; UPA 24h; Unidades Hospitalares e Atenção Domiciliar” (BRASIL, 2019, s/p).

Por se tratar de um atendimento 24 h com foco em situações de urgência e emergência, é um serviço complexo que exige profissionais qualificados, tecnologia de comunicação, informação, acolhimento, transporte e socorro imediato. A falta de um desses componentes que não estejam integrados e articulados comprometem o fluxo que a rede pretende alcançar com o seu projeto de salvar vidas, conforme a representação gráfica do processo de atendimento do SAMU 192, conforme a figura 24.

Figura 24 – Representação gráfica do processo de atendimento do SAMU 192.



Fonte: Mesquita, S.M.M (2018, p.84).

A representação gráfica do processo de atendimento do SAMU-192 descreve a metodologia de trabalho do SAMU 192. Dessa forma, é possível compreender melhor o fluxo dessa Rede de Atenção às Urgências e Emergências, que funciona 24 horas. Verifica-se que qualquer erro humano, falha de comunicação, veículos com problemas, enfim, qualquer problema de natureza humana ou de máquina, pode comprometer o fluxo dessa rede, com consequências graves para a vítima, que depende de atendimento rápido para continuar viva e sem sequelas, por exemplo, um Acidente Vascular Cerebral – AVC.

Em complemento ao Decreto nº 5.055/2004, O Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que trata da regionalização do SAMU 192:

Art. 7º O componente SAMU 192 será regionalizado, a fim de ampliar o acesso às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio de diretrizes e parâmetros técnicos definidos pela presente Portaria.

§ 1º Cada região terá um Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, nos termos definidos em ato do Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º Para o planejamento, implantação e implementação da regionalização, interiorização e ampliação do acesso ao SAMU 192, deverá ser utilizado, prioritariamente, o parâmetro de tempo-resposta, ou seja, o tempo adequado tecnicamente transcorrido entre a ocorrência do evento de urgência e emergência e a intervenção necessária.

Art. 8º A regionalização é pré-requisito para análise do componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional e poderá ocorrer das seguintes formas:

I - regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes;

II - regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes; e

III - implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências.

§ 1º O componente SAMU 192 contemplará a rede de urgência em caráter regional, corroborando os propósitos da assistência nas redes de atenção e de acordo com o Plano de Ação Regional da Rede de Atenção às Urgências, garantindo a integralidade do cuidado e a melhoria do acesso.

§ 2º A Rede de Atenção às Urgências estará integrada por sistemas de informação e comunicação que lhe permita a perfeita compreensão das várias situações, o exercício da Telessaúde e, conseqüentemente, a adequada atenção aos pacientes.

Art. 9º Os Municípios com população igual ou superior a 500.000 (quinhentos mil) habitantes que já possuem SAMU 192 poderão constituir por si só uma região, para fins de implantação de Central de Regulação das Urgências, desde que todos os Municípios do seu entorno já estejam cobertos por outra Central de Regulação das Urgências.

Art. 10. Projetos regionais com população inferior a 350.000 (trezentos e cinquenta mil) habitantes serão analisadas pela área técnica da CGUE/DAE/SAS/MS, no sentido de se buscar a adequação da cobertura do componente SAMU 192 às peculiaridades regionais que estarão detalhadas no respectivo projeto (BRASIL, 2012, s/p).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, na plataforma do Ministério da Saúde, DATASUS, é classificado em Unidade Móvel de Nível Pré-Hosp-Urgência/Emergência, o qual é definido como: “veículo terrestre, aéreo ou hidroviário destinado a prestar atendimento de urgência e emergência pré-hospitalar a paciente vítima de agravos a sua saúde” (BRASIL, 2019, s/p).

Com base na coleta de dados, verificou-se que todas as cinco macrorregionais de saúde têm o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, distribuídos assim: Macrorregião Centro Oeste: 51; Macrorregião Centro Norte: 39; Macrorregião Nordeste: 39; Macrorregião Sudoeste: 19; e Macrorregião Centro Sudeste: 49. Portanto, o total é de 197 SAMUs, no Estado de Goiás.

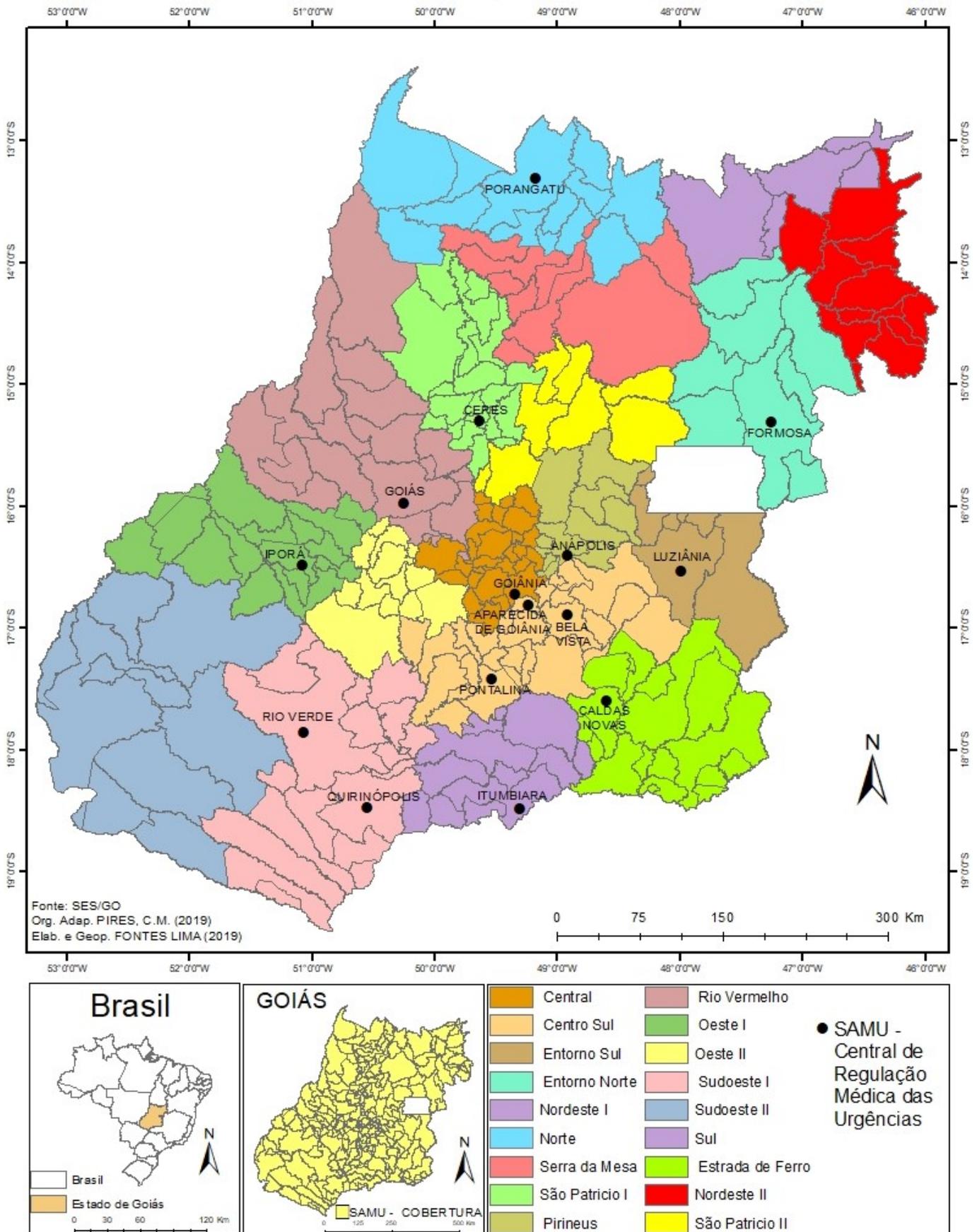
Em relação as dezoito Regiões de Saúde, a distribuição do SAMU 192 é: Central: 33 Oeste I: 5; Oeste II: 5; Rio Vermelho: 8; Norte: 8; Serra da Mesa: 4; São Patrício I: 10; Pireneus: 12; São Patrício II: 5; Entorno Norte: 14; Entorno Sul: 18; Nordeste I: 1; Nordeste II: 6; Sudoeste I: 11; Sudoeste II: 8; Centro Sul: 25; Estrada de Ferro: 14; Sul: 10. Todas as dezoito Regiões de Saúde, portanto, têm o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -192 (Figura 25).

Em relação aos dezoito Polos Regionais de Saúde: Anápolis: 8; Aparecida de Goiânia: 13; Campos Belos: 1; Catalão: 2; Ceres: 4; Formosa: 10; Goianésia: 2; Goiânia: 23; Goiás: 2 Iporá: 2; Itumbiara: 6; Jataí:2; Luziânia:5; Porangatu: 6; Posse: 4; Rio Verde: ;São Luís de Montes Belos: 2; Uruaçu: 2. Portanto, todos os dezoito Polos Regionais de Saúde, portanto, tem o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -192 (Figura 25).

O Estado de Goiás tem, segundo o IBGE, 246 municípios. Noventa (90) deles têm o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência -192.

A central de regulação médica de urgências é parte integrante do SAMU-192, definida como uma estrutura física com a atuação de profissionais médicos, telefonistas auxiliares de regulação médica (Tarm) e rádio-operadores (RO) capacitados em regulação dos chamados telefônicos que demandem orientação e/ou atendimento de urgência, por meio de uma classificação e priorização das necessidades de assistência em urgência, além de ordenar o fluxo efetivo das referências e contrarreferências dentro da Rede de Atenção à Saúde. As centrais de regulação do SAMU-192 devem ser regionalizadas, a fim de ampliar o acesso às populações dos municípios em todo o território nacional (BRASIL, 2013).

Figura 25 – Goiás – SAMU: Cobertura e central de regulação médica das urgências – 2018.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

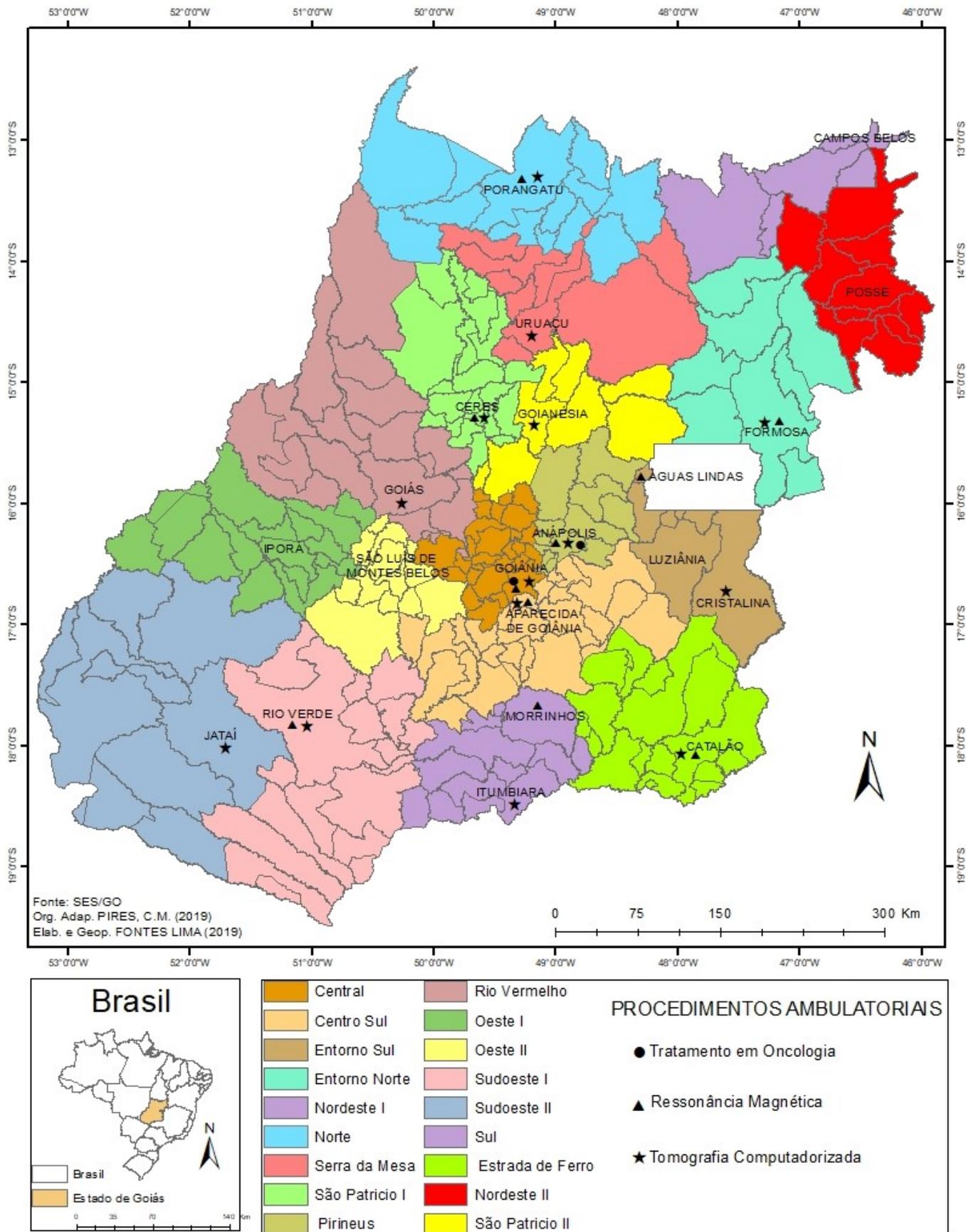
O SAMU-192 consegue alcançar todo o território goiano com suas unidades móveis de atendimento mesmo tendo sete (7) de suas RS e MP sem uma Central de Regulação Médica das Urgências (BRASIL, 2019). São elas: a Oeste II (S. L. M. Belos), a Serra da Mesa (Uruaçu), a São Patrício (Goianésia), a Nordeste I (Campos Belos), a Nordeste II (Posse), a Sudoeste II (Jataí) e a Estrada de Ferro (Catalão). Ver Figura 25.

5.6 Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial em Goiás / 2018

5.6.1 Alta complexidade hospitalar e ambulatorial – procedimentos ambulatoriais

Dos procedimentos ambulatoriais foram escolhidas as variáveis que exigem tecnologia e capacitação humana, de alta complexidade e que permitem atendimento a uma gama de usuários em diversos problemas de saúde. É o caso de tratamento em oncologia, a ressonância magnética e a tomografia computadorizada (Figura 26).

Figura 26 – Goiás – alta complexidade hospitalar e ambulatorial – procedimentos ambulatoriais – 2018.



Fonte: (GOIÁS, 2019). Org. Da Autora (2019).

Tratamento em oncologia:

- Das dezoito (18) RS e PM quatro (4) delas não possuem disponibilidade desses dados nos sites pesquisados: Oeste I (Iporá), Oeste II (S. L. M. Belos), Nordeste I (Campos Belos) e Nordeste II (Posse).
- Doze (12) não possuem o tratamento contra qualquer tipo de mal oriundo de câncer: a Rio Vermelho (Goiás), Norte (Porangatu), Serra da Mesa (Uruaçu), São Patrício (Ceres), São Patrício II (Goianésia), Entorno Norte (Formosa), Entorno Sul (Luziânia), Sudoeste I (Rio Verde), Sudoeste II (Jataí), Centro Sul (Ap. de Goiânia), Estrada de Ferro (Catalão) e Sul (Itumbiara).
- Apenas a RS Central (Goiânia) e Pirineus (Anápolis) possuem esse tipo de tratamento.

Ressonância magnética:

- Das dezoito (18) RS e PM quatro (4) delas não possuem disponibilidade desses dados nos sites pesquisados: Oeste I (Iporá), Oeste II (S. L. M. Belos), Nordeste I (Campos Belos) e Nordeste II (Posse).
- Três (3) RS e respectivos MP não possuem o serviço: a Rio Vermelho (Goiás), Serra da Mesa (Uruaçu), São Patrício II (Goianésia) e 3 MP (Luziânia, polo de Entorno Sul), (Jataí, polo de Sudoeste II), (Itumbiara, polo da Sul) também não apresentaram o procedimento ambulatorial mesmo a sua RS tendo a disponibilidade em seu território adstrito.
- A RS Central (Goiânia), Norte (Porangatu), São Patrício (Ceres), e Pirineus (Anápolis), Entorno Norte (Formosa), Entorno Sul (Águas Lindas – Não é polo), Sudoeste I (Rio Verde), Sudoeste II (município ND), Centro Sul (Ap. de Goiânia), Estrada de Ferro (Catalão) e Sul (Morrinhos – Não é polo) possuem esse tipo de tratamento.

Tomografia computadorizada:

- Das dezoito (18) RS e PM, quatro (4) não possuem disponibilidade desses dados nos sites pesquisados: Oeste I (Iporá), Oeste II (S. L. M. Belos), Nordeste I (Campos Belos) e Nordeste II (Posse).
- Catorze (14) RS e MP possuem o procedimento ambulatorial: a Central (Goiânia), Rio Vermelho (Goiás), Norte (Porangatu), Serra da Mesa (Uruaçu), São Patrício (Ceres), Pirineus (Anápolis), São Patrício II (Goianésia), Entorno Norte (Formosa), Entorno Sul (Cristalina – Não é polo), Sudoeste I (Rio Verde), Sudoeste II (Jataí), Centro Sul (Ap. de Goiânia), Estrada de Ferro (Catalão) e Sul (Itumbiara).

5.6.2 Alta complexidade hospitalar e ambulatorial - assistência hospitalar clínicas / 2018

A assistência hospitalar em 2018 foi avaliada pelas variáveis da Cirurgia Cardiovascular, Neurocirurgia, Cirurgia Oncológica, Hemodiálise (Equipamentos) e Transplantes. A espacialização pelo território goiano pode ser observada pela Figura 27.

Cirurgia Cardiovascular

- Possuem assistência hospitalar para cirurgia cardiovascular as sete (7) seguintes RS e MP: a Central (Goiânia), a Pirineus (Anápolis), a Entorno Sul (Luziânia), a Sudoeste I (Rio Verde), a Centro Sul (Ap. de Goiânia), a Estrada de Ferro (Catalão) e a Sul (Itumbiara).

Neurocirurgia

- Possuem assistência hospitalar para neurocirurgia as três (3) seguintes RS e MP: a Central (Goiânia), a Pirineus (Anápolis) e a Centro Sul (Ap. de Goiânia).

Cirurgia Oncológica

- Possuem assistência hospitalar para cirurgia oncológica apenas duas (2) RS e MP: a Central (Goiânia) e a Pirineus (Anápolis).

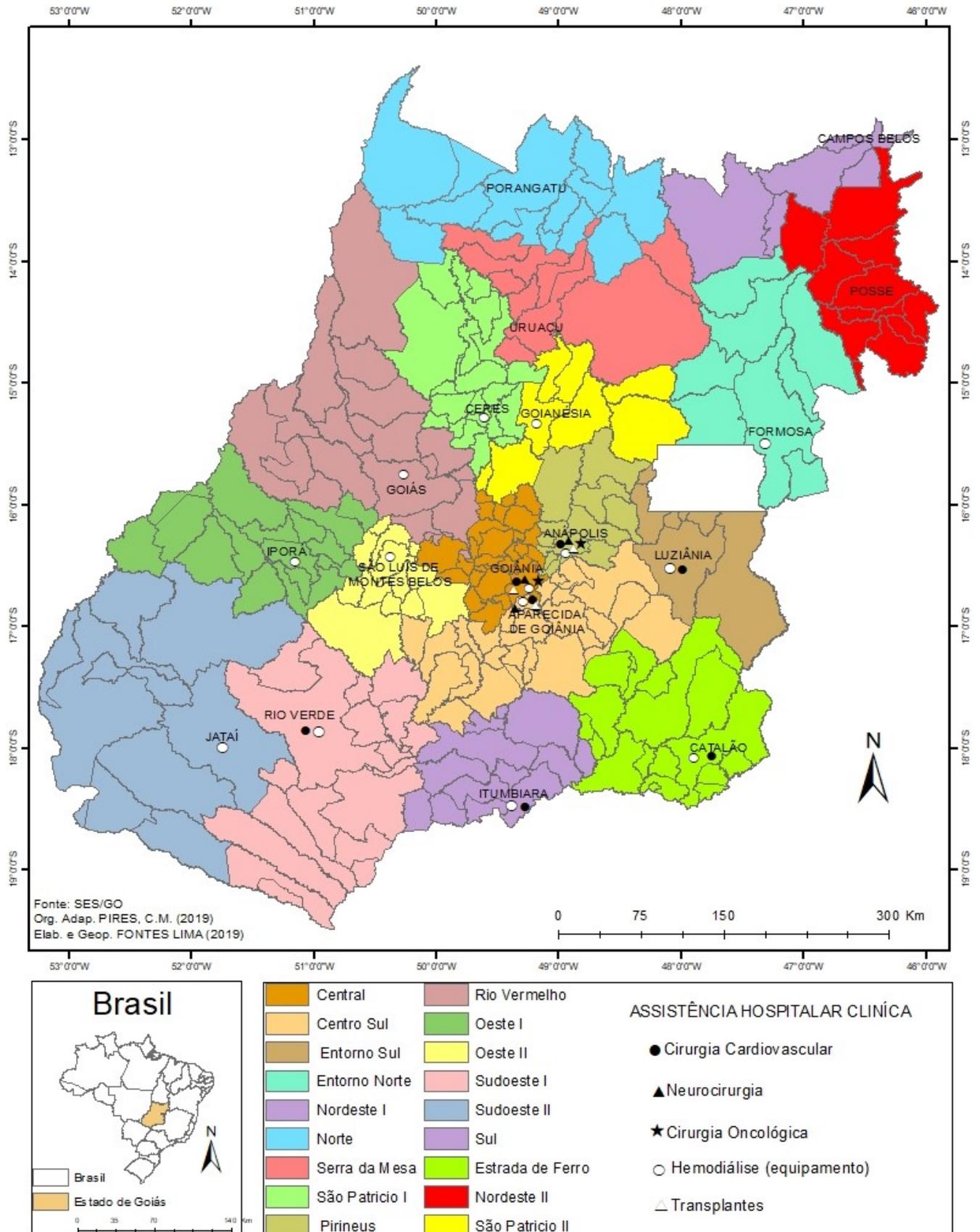
Hemodiálise (Equipamentos)

- Catorze (14) RS e MP possuem o equipamento para hemodiálise em unidade hospitalar: a Central (Goiânia), a Oeste I (Iporá), a Oeste II (S. L. M. Belos), a Rio Vermelho (Goiás), São Patrício I (Ceres), Pirineus (Anápolis), São Patrício II (Goianésia), Entorno Norte (Formosa), Entorno Sul (Luziânia), Sudoeste I (Rio Verde), Sudoeste II (Jataí), Centro Sul (Ap. de Goiânia), Estrada de Ferro (Catalão) e Sul (Itumbiara).

Transplantes

- Possuem assistência hospitalar para transplante de órgãos, tecidos e células as três (3) seguintes RS e MP: a Central (Goiânia), a Pirineus (Anápolis) e a Centro Sul (Ap. de Goiânia).

Figura 27 – Goiás – Alta complexidade hospitalar e ambulatorial – assistência hospitalar e clínicas / 2018.



Com a revisão do Plano Diretor de Regionalização da Saúde, em 2014, há 18 regiões de saúde e 18 municípios polos que devem em teoria cumprir seu papel de ofertar ao usuário do sistema público de saúde, todos, ou pelo menos, os previstos no documento de 2004 definidos como obrigatórios e de referência para as regiões de saúde e seus municípios polos, objetos desta pesquisa.

De acordo com os objetivos, diretrizes, critérios e conceitos-chave propostos no documento, foi analisado a regionalização da média e alta complexidade e produziu-se, aqui, o resultado obtido a partir da análise das variáveis escolhidas, resultando numa amostra de conformação da rede assistencial existente em 2018 segundo os serviços de saúde de assistência ambulatorial e hospitalares previamente definidos nos procedimentos metodológicos da pesquisa.

O Quadro 13 apresenta o resultado da conformação da rede assistencial ambulatorial e hospitalar das 18 regiões de saúde a partir de seus municípios polos. Na avaliação das Regiões de Saúde existem exigências obrigatórias e de referências para elas se consolidarem como redes resolutivas de atenção à saúde com integralidade e equidade. Para isso, são os seus municípios polos, que também, são sedes administrativas, os nós responsáveis pela materialização dos serviços de saúde de média e alta complexidade em seus territórios e, também, irradiar para além de sua jurisdição, sua região, a rede assistencial comprometidos nesses níveis. Assim, tem-se agora uma avaliação desses polos nos quesitos obrigatórios e de referência, a fim de compreendê-los e de justificar sua posição de polo regional de saúde no território goiano.

Foi avaliada a existência de parto cesariano, leitos de UCI Neonatal e de UTI, unidade CAPS, exame de mamografia, atendimento de urgência e emergência em UPA 24 horas, SAMU-192, central de regulação médica das urgências, tratamento em oncologia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, cirurgia oncológica, equipamento de hemodiálise e transplantes de órgãos, tecidos e células, um total de 16 variáveis de média e alta complexidade para os 18 municípios polos.

Goiânia – o único a apresentar todas as 16 variáveis, portanto, consolida-se como uma rede assistencial de média e alta complexidade para sua população municipal, regional e, sabemos estadual e, nacionalmente, de referência.

Aparecida de Goiânia – apresentou 13 variáveis: cesariana, leitos de UTI, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), ressonância magnética, tomografia computadorizada, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, hemodiálise e transplantes.

Luziânia – apresentou oito (8) variáveis: CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), tomografia computadorizada, cirurgia cardiovascular, e hemodiálise.

Formosa – oito (8) variáveis: cesariana, CAPS, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), ressonância magnética, tomografia computadorizada, e hemodiálise.

Campos Belos – quatro (4) variáveis: cesariana, CAPS, UPA 24 horas, e SAMU (cobertura).

Posse – duas (2) variáveis: cesariana e SAMU (cobertura).

Porangatu – sete (7) variáveis: cesariana, CAPS, mamografia, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), ressonância magnética e tomografia computadorizada.

Uruaçu – seis (6) variáveis: cesariana, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), tomografia computadorizada.

Ceres – dez (10) variáveis: cesariana, leitos de UTI, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), ressonância magnética, tomografia computadorizada, e hemodiálise.

Goianésia – sete (7) variáveis: cesariana, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), tomografia computadorizada e hemodiálise.

Anápolis – 14 variáveis: cesariana, leitos de UTI, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), oncologia, ressonância magnética, tomografia computadorizada, cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, hemodiálise e transplantes.

Goiás – oito (8) variáveis: cesariana, leitos de UTI, CAPS, mamografia, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), tomografia computadorizada, e hemodiálise.

Iporá – seis (6) variáveis: cesariana, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), e hemodiálise.

São Luís de Montes Belos – quatro (4) variáveis: cesariana, CAPS, SAMU (cobertura), e hemodiálise.

Rio Verde – 11 variáveis: cesariana, leitos de UTI, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), ressonância magnética, tomografia computadorizada, cirurgia cardiovascular e hemodiálise.

Jataí – oito (8) variáveis: cesariana, leitos de UTI, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), tomografia computadorizada e hemodiálise.

Itumbiara – dez (10) variáveis - cesariana, leitos de UTI, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), SAMU (central de regulação), tomografia computadorizada, cirurgia cardiovascular e hemodiálise.

Catalão – dez (10) variáveis - cesariana, leitos de UTI, CAPS, mamografia, UPA 24 horas, SAMU (cobertura), ressonância magnética, tomografia computadorizada, cirurgia cardiovascular, e hemodiálise.

Dos 18 municípios polos, 11 polos regionais de saúde apresentaram quantitativo igual ou inferior à metade das variáveis utilizadas na análise da rede de média e alta complexidade das regiões de saúde em Goiás no ano de 2018: Luziânia (8), Formosa (8), Campos Belos (4), Posse (2), Porangatu (7), Uruaçu (6), Goianésia (7), Goiás (8), Iporá (6), São Luís de Montes Belos (4) e Jataí (8).

Luziânia e Formosa são municípios populosos, economicamente fortes e apresentam uma rede com falhas em suas regiões de saúde. Vale lembrar que são polos regionais próximos a Brasília e podem sofrer influência da RIDE. No entanto, não foi feita uma análise mais profunda desses fatores.

Posse e Goianésia são polos regionais recentes na saúde, tendo suas regiões de saúde formadas em 2012 e 2014, respectivamente. Portanto, estão aprendendo e crescendo junto com a regionalização e o SUS.

De 10 a 14 variáveis ficaram presentes os polos regionais de Aparecida de Goiânia (13), Ceres (10), Anápolis (14), Rio Verde (11), Itumbiara (10) e Catalão (10).

Nesta avaliação final, observou-se que a assistência à média e à alta complexidade numa rede de assistência à saúde com 16 tipos de serviços diferentes, selecionados entre obrigatórios e de referência regional, da cirurgia à internação especializada, do tratamento diagnóstico e terapêutico ao atendimento de urgência e emergência e ao transplante de órgãos têm-se um sistema de saúde completo apenas na capital: Goiânia. Igualmente, ela não polariza somente nesta pesquisa, polariza também a atenção dos usuários, da mídia, do financiamento, das pactuações e dos gestores municipais e estaduais, atraindo pacientes para sua jurisdição até mesmo em casos que podem ser resolvidos na Atenção Básica em suas regiões de origem. Nesse caso, uma questão válida de ser lembrada: a falta de conhecimento do sistema o faz ser mal produzido e ter pouca resolubilidade.

Quadro 13 – Rede de assistência à saúde dos municípios polos em média e alta complexidade – 2018.**SERVIÇOS DE SAÚDE DE MÉDIA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL - 2018**

		PARTO OPERATÓRIO	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR		SAÚDE MENTAL	PROCEDIMENT O AMBULATORIA L	URGÊNCIA		
MUNICÍPIO POLO	REGIÃO DE SAÚDE		CESARIANA	LEITOS UCI NEONATAL	LEITOS UTI	CAPS	MAMOGRAFIA	UPA 24 H	SAMU COBERTUR A
Goiânia	Central	X	X	X	X	X	X	X	X
Ap. de Goiânia	Centro Sul	X	-	X	X	X	X	X	X
Luziânia	Entorno Sul	-	-	-	X	X	X	X	X
Formosa	Entorno Norte	X	-	-	X	- *2	X	X	X
Campos Belos	Nordeste I	X	-	-	X	-	X	X	-
Posse	Nordeste II	X	-	-	-	- *2	-	X	-
Porangatu	Norte	X	-	-	X	X	-	X	X
Uruaçu	Serra da Mesa	X	-	-	X	X	X	X	-
Ceres	São Patrício I	X	-	X	X	X	X	X	X
Goianésia	São Patrício II	X	-	-	X	X	X	X	-
Anápolis	Pirineus	X	-	X	X	X	X	X	X
Goiás	Rio Vermelho	X	-	X	X	X	-	X	X
Iporá	Oeste I	X	-	-	- *1	X	X	X	X
S. L. M. Belos	Oeste II	X	-	-	X	- ²	-	X	-
Rio Verde	Sudoeste I	X	-	X	X	X	X	X	X
Jataí	Sudoeste II	X	-	X	X	X	X	X	-
Itumbiara	Sul	X	-	X	X	X	X	X	X
Catalão	Estrada de Ferro	X	-	X	X	X	X	X	-

Legenda: x: existente; -: inexistente; *1: A RS Oeste I possui CAPS, mas não é em Iporá (MP); *2: As RS Entorno Norte, Nordeste II e Oeste II possuem mamografia, mas não é em seus respectivos MP.

Quadro 13 – Rede de assistência à saúde dos municípios polos em média e alta complexidade – 2018, continuação.

SERVIÇOS DE SAÚDE DE ALTA COMPLEXIDADE HOSPITALAR E AMBULATORIAL - 2018									
		PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS			ASSISTÊNCIA HOSPITALAR				
MUNICÍPIO POLO	REGIÃO DE SAÚDE	TRATAMENTO ONCOLOGIA	RESSONÂNCIA A MAGNÉTICA	TOMO GRAFI A COMP.	CIRURGI A CARDIOV ASCULAR	NEUROCI RURGIA	CIRURGIA ONCOLÓGIC A	HEMODIÁLIS E EQUIPAM.	TRANSPL ANTES
Goiânia	Central	X	X	X	X	X	X	X	X
Ap. de Goiânia	Centro Sul	-	X	X	X	X	-	X	X
Luziânia	Entorno Sul	-	- *3	X	X	-	-	X	-
Formosa	Entorno Norte	-	X	X	-	-	-	X	-
Campos Belos	Nordeste I	-	-	-	-	-	-	-	-
Posse	Nordeste II	-	-	-	-	-	-	-	-
Porangatu	Norte	-	X	X	-	-	-	-	-
Uruaçu	Serra da Mesa	-	-	X	-	-	-	-	-
Ceres	São Patrício I	-	X	X	-	-	-	X	-
Goianésia	São Patrício II	-	-	X	-	-	-	X	-
Anápolis	Pirineus	X	X	X	X	X	-	X	X
Goiás	Rio Vermelho	-	-	X	-	-	-	X	-
Iporá	Oeste I	-	-	-	-	-	-	X	-
S. L. M. Belos	Oeste II	-	-	-	-	-	-	X	-
Rio Verde	Sudoeste I	-	X	X	X	-	-	X	-
Jataí	Sudoeste II	-	- *3	X	-	-	-	X	-
Itumbiara	Sul	-	- *3	X	X	-	-	X	-
Catalão	Estrada de Ferro	-	X	X	X	-	-	X	-

Legenda: x: existente; -: inexistente; *3: As RS Entorno Sul, Sudoeste II e Sul possuem ressonância magnética, mas não é em seus respectivos MP.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problematização desta pesquisa está envolvida de questionamentos sobre o direito à saúde do cidadão brasileiro, pois, houve, a necessidade de alguns, em um momento da história, lutarem por muitos na consolidação de um Sistema Único de Saúde para todos, o SUS. É ele a base sólida, construída pela força da Constituição Federal de 1988 para responder às dúvidas, incertezas e propor soluções para os problemas de doença e/ou agravos à saúde pública. Um sistema de saúde descentralizado, integral e universal garantindo a todos e dever do Estado, do ponto de vista constitucional, criar políticas sociais e econômicas voltadas à proteção, promoção e manutenção da vida de sua população.

Assim, esta pesquisa pautou-se em dispositivos da lei (Constituição Federal, de 1988, e a extensão dela com a aprovação de leis infraconstitucionais) que garantem ao cidadão brasileiro o direito à saúde. Quando se propôs avaliar um instrumento normatizado pela legislação do SUS, procurou-se avaliar se as instituições e pessoas responsáveis pela execução do que lhe foi proposto realmente acontece.

Nesta pesquisa, dois questionamentos principais foram elaborados: as regiões de saúde de Goiás e seus municípios polos, na atual conformação de suas redes de atenção, em média e alta complexidade, conseguem atender a sua população em seu território, regionalmente, com integralidade e equidade? Para tentar responder, utilizou-se o documento Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado de 2004 para se analisar a proposta de regionalização da Secretaria de Saúde do Estado e, se possível, responder à sua grande questão apontada como negligenciada há anos: a população do interior ainda precisa recorrer à capital Goiânia em busca de serviços de média e alta complexidade? Para isso, avaliou-se as regiões de saúde e os polos regionais de acordo com o disposto em 2004 e em 2018.

Os principais questionamentos da pesquisa foram em busca de uma efetiva regionalização que promovesse com integralidade e equidade o acesso aos serviços de saúde no Estado de Goiás. Porém, conclui-se que isso não aconteceu após 2004. A metodologia de elaboração, planejamento e conformação das regiões de saúde proposta no documento permitiu elencar variáveis que pudessem avaliar se os objetivos, diretrizes, critérios e conceitos-chave realmente foram reverenciados e comprovados com a existência de uma rede assistencial de média e de alta complexidade em suas regiões de saúde.

Assim, de acordo com as análises do capítulo 5 e a metodologia própria de avaliação, observou-se que isso não ocorreu em 2004, pois nem todas as 16 RS e MP possuem todos os serviços de saúde determinados como mínimos e obrigatórios para tal classificação: delas

apenas quatro obedeceram aos 5 critérios exigidos. Oito RS/MP apresentaram 4 variáveis e quatro RS/MP apresentaram 3 variáveis. Portanto, não atenderam em 2004 à sua própria metodologia de regionalização com equidade e integralidade, pois, em 12 regiões de saúde e, também, seus respectivos municípios polos não foi possível assistir aos seus usuários em sua própria jurisdição.

Por conseguinte, também, constatou-se que em 2004 não se solucionou o problema da hiperconcentração dos serviços de saúde em Goiânia, uma vez que ainda há uma centralização dos serviços de saúde obrigatórios nas regiões tradicionalmente conhecidas no território estadual, polarizadas por Goiânia (Macro Goiânia), Aparecida de Goiânia (Centro Sul), Anápolis (Pirineus) e, Itumbiara (Sul). E, sendo assim, tendo usuários do SUS, residentes nas outras regiões obrigados a se deslocarem de sua regional em busca de atendimento de saúde, indo quase sempre à capital, Goiânia.

Utilizando a mesma metodologia do PDR/2004, fez-se, do mesmo modo, a análise para 2018. O resultado disso apenas acentuou a tese desta pesquisa, isto é, a de centralidade dos serviços de saúde em Goiânia, haja vista que das então 18 regiões e polos apenas uma apresenta todas as variáveis: a Central (Goiânia). Logo, pelo princípio da obrigatoriedade também não atenderam aos princípios constitucionais do SUS.

Avaliados quanto à obrigatoriedade, passou-se para a conformação das redes de assistência quanto à referência dada ao nível superior à média complexidade e, também, à alta complexidade. Para tanto, elaborou-se um quadro avaliativo com a existência de serviços de saúde de média e alta complexidade, com a finalidade de se avaliar a atual regionalização em 18 regiões de saúde, em seus municípios polos e, se eles, consolidaram-se como redes resolutivas de atenção à saúde com integralidade e equidade.

No entanto, com o intuito de olhar para a rede a partir de seu nó de conexão, o polo regional, fez-se a análise dos dados de seus municípios polos, que também, são sedes administrativas, porque são elos que materializam os serviços de saúde de média e alta complexidade em seus territórios e, igualmente, polarizam em sua direção os municípios adstritos de sua jurisdição regional à sua rede assistencial comprometida nesses níveis.

Foi avaliada a existência de Parto Cesariano, Leitos de UCI Neonatal e de UTI, unidade CAPS, exame de Mamografia, atendimento de Urgência e Emergência em UPA 24 horas, SAMU, Central de Regulação Médica das Urgências, tratamento em Oncologia, Ressonância Magnética, Tomografia Computadorizada, Cirurgia Cardiovascular, Neurocirurgia, Cirurgia Oncológica, equipamento de Hemodiálise e Transplantes de órgãos,

tecidos e células, um total de 16 variáveis de média e alta complexidade para os 18 municípios polos.

Dos elementos descritos verificou-se que a assistência à média e à alta complexidade numa rede de 16 tipos de serviços de saúde diferentes, da cirurgia à internação especializada; do tratamento diagnóstico e terapêutico ao atendimento de urgência e emergência; e ao transplante de órgãos, têm-se um sistema de saúde completo apenas na capital: Goiânia. Nesse sentido, ela não polariza somente os resultados desta pesquisa, mas polariza, também, a atenção dos usuários, da mídia, do financiamento, das pactuações e dos gestores municipais e estaduais, atraindo pacientes para sua jurisdição até mesmo em casos que podem ser resolvidos na Atenção Básica em suas regiões de origem. Nesse caso, uma questão válida de ser lembrada: a falta de conhecimento e de administração pública do sistema, faz com que ele seja mal produzido e tenha pouca **resolubilidade**.

A cidade de Goiânia tornou-se referência em Medicina em todo país. Pesquisas registradas pelo Jornal O Popular mostram que Goiânia é referência em saúde para diversos estados, atraindo pacientes até do Acre. Considerou-se também como referência regional comparada a de Belo Horizonte. Os pesquisadores chegaram a esta conclusão a partir do cruzamento de dados do estudo das Regiões de Influência de Cidades realizado pelo IBGE e registros do DATASUS de cadastros dos pacientes que fizeram consultas, operações preventivas e cirurgias na região metropolitana identificando a origem e, automaticamente a dimensão do raio e da influência da capital.

A partir de uma análise histórica, observa-se que os serviços de saúde no Estado de Goiás cresceram de uma forma geográfica desigual no território goiano, ficando a maior parte deles concentrados na capital de Goiás: Goiânia, ou seja, apenas um (1) dos 246 municípios recebeu mais investimentos, que os demais. O efeito dessa má distribuição é a extrema precarização desses serviços no interior, de Goiás, até os dias atuais. Percebe-se uma deficiente análise de situação de saúde daquele território estudado, há a precarização na avaliação epidemiológica e demográfica dos municípios no seu planejamento e no seu plano diretor de investimentos, pois há uma demasiada distorção no credenciamento de prestadores e instalação de serviços pelo Estado. Por conseguinte, há uma distribuição desigual dos serviços impossibilitando o sistema de referência e contra referência que, por fim, provocam deslocamentos constantes dos usuários.

As denúncias desse sistema desigual, em 2004, estendem-se até o momento presente, conforme se observou na análise dos resultados. De lá para cá, houve avanços em diversos municípios goianos, mas a capital continua com a maior parte de recursos físicos, financeiros

e humanos para atender todos os casos que são encaminhados do interior goiano, inclusive de outros estados.

Nesse sentido, Goiânia tornou-se referência em saúde. Embora seja um ponto positivo, há mais pontos negativos, uma vez que a superconcentração de recursos esvazia os recursos de outros municípios, que ficam desassistidos e, por isso, sem recursos para atender os seus respectivos pacientes, que são encaminhados à capital para o atendimento ambulatorial de média e alta complexidade, sem que haja algum tipo de critério e contrato estabelecidos entre os seus gestores.

Nesse sentido, a equidade e a regionalização temas-chave desta pesquisa, fundamentados na Constituição Federal de 1988 e nas leis infraconstitucionais, não alcançam os princípios universais do Sistema Único de Saúde. Com isso, o usuário do SUS, o cidadão brasileiro, contribuinte de impostos, tem os seus direitos à saúde, muitas vezes, negados, negligenciados e desrespeitados, o que culmina plenamente no ferimento de sua cidadania e dignidade humana, uma vez que ele como ser humano, morador, eleitor, trabalhador local de um município não tem acesso integral à saúde nos respectivos pontos de atenção à saúde próximos a sua residência, impedindo-o e limitando-o, no tempo e no espaço, de cuidar da sua saúde com rapidez e segurança. Assim, a falta de pontos de atenção à saúde próximos a sua residência impedem-no a promoção e a proteção da saúde, o diagnóstico, o tratamento, a redução de danos de uma doença ou o agravamento, o atendimento de urgência, a internação hospitalar, o cuidado da atenção e a manutenção da saúde e, sobretudo, da vida saudável e digna.

A equidade proporciona, portanto, ao indivíduo o princípio de igualdade e justiça, e a regionalização pode através da materialização de sistemas funcionais de saúde garantir acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de doença, otimizando os recursos disponíveis.

Considerando essas informações, a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade discutidas, nesta pesquisa, têm alto custo financeiro e envolvem pesquisas de ponta e investimentos caros para a sua produção e, posteriormente, a prestação de entrega desses serviços de saúde à população. Além dos custos financeiros para gerir todos esses investimentos físicos, é preciso, do mesmo modo, investir financeiramente no corpo de trabalhadores desse sistema, ou seja, funcionários com habilidades e competências para administrar, tratar e cuidar da saúde do cidadão brasileiro. Para isso, é necessário maior comprometimento, fiscalização, gestão, e, principalmente, do governo em exercício. É preciso, também, que a universalidade de conhecimento do SUS seja de todos os atores

envolvidos: o cidadão, o gestor e o governo. Contrariamente à essa ideia, muitos não conhecem o Sistema Único de Saúde, não o compreendem e, portanto, não o vivenciam da forma como ele foi planejado, contribuindo, assim, para o seu mau funcionamento e fluxo. Esse universo de leis, resoluções, pactuações, gestores, pessoas podem ser contraditórias e ter efeitos desastrosos na saúde da sociedade, caso eles não tenham o objetivo alinhado de proteger, promover e manter a saúde da população brasileira, afinal, no tempo e no espaço, todos usam (in)diretamente algum ponto da rede: esse sistema universal de saúde, que deve estar sempre em contínuo processo de desenvolvimento e pesquisa, a fim de promover e garantir à saúde de todos.

Nesse sentido, um gestor competente precisa tomar posse da Análise Situacional de Saúde de seu território, uma vez que é por meio dele que ele vai conhecer a infraestrutura existente, os equipamentos de saúde, a dinâmica do território, a quantidade de profissionais de saúde disponíveis, etc. A falta de competência nessa área profissional contribuiu para a precarização da maioria das ações e serviços, concomitante, desequilibra o fluxo de funcionamento da rede, acarretando consequências em menor ou maior grau a todos (in)diretamente.

A discussão de território não é apenas do território que os gestores desenham, discute-se todos os caminhos percorridos pelo paciente e sua família em situações de emergência e urgência. O usuário do SUS procura um ponto de saúde para atendimento e, muitas vezes, não recebe informação necessária para o seu atendimento e tratamento, porque a equipe profissional não o orienta corretamente, indicando o que ele deve fazer. Por exemplo, um paciente com câncer que não consegue resolver seu problema de saúde no Hospital do câncer, de Goiânia, acaba indo a Barretos-SP, porque é referência nessa doença.

Apesar dos avanços do SUS, sabe-se que ele vive com recursos financeiros limitados. A maioria dos governos não trata essa política pública de saúde com prioridade, eficácia e competência. Dessa forma, sem capital e administração correta do pouco dinheiro, os avanços nessa área são mínimos e desastrosos. Diante desse caos, cabe ao gestor, se a ele interessar, priorizar os tipos de doenças que mais acometem o território, que ele administra. Por isso, o estudo epidemiológico, ou melhor, o investimento financeiro nessa área, é tão importante para a prevenção de doenças da população.

Nesse sentido, deve-se promover saúde com o objetivo de prevenir doenças. Diagnosticar em tempo hábil (de preferência na AB) – tratar – curar/reabilitar. Como a maioria dos municípios goianos são pequenos, e não são tão ricos assim, não é possível atender todas as necessidades de saúde nesses locais. É importante destacar que as

necessidades de saúde só aumentam, quando as doenças não são tratadas ou pesquisadas. Logo, é preciso investir em gestão, prevenção, investimento em pesquisas, e entre outras tecnologias da área de saúde, a fim de que o SUS seja na prática tão eficaz quanto ele é descrito na teoria constitucional e infraconstitucional.

Dessa forma, os tratamentos de saúde mais baratos e simples devem ser oferecidos no próprio município. As especialidades deveriam ser ofertadas pelos Consórcios de Saúde, cujos municípios compartilham as despesas de profissionais/procedimentos de custo elevado. Outra opção poderia ser as policlínicas, onde desenvolvem o equipamento de saúde e as despesas são divididas eles através da solidariedade consorciada.

É importante destacar que esta solução é complexa e envolve questões burocráticas e interesses políticos. Todavia, a maioria dos problemas de saúde poderiam receber ajuda, apoio, informação, tratamento, se a Atenção Básica fosse mais valorizada e administrada por um gestor competente e conhecedor de toda a estrutura de seu território, tanto do ponto de vista dos tipos de doenças, quanto da clareza dos recursos financeiros, que devem ser bem geridos.

A partir dessa concepção de valorização da Atenção Básica, o primeiro tratamento seria o de contratar funcionários competentes para o cargo adequado e não por indicação política, isto é, os contratos comissionados. Ademais, a reforma sanitária se estende além das doenças, é preciso estrutura física adequada, materiais, insumos e medicamentos, NASF, com apoio matricial), programas de saúde bem implantados e implementados. Fazer com que a CIR seja um espaço de negociação, onde a bandeira de defesa seja unicamente a do SUS e não dos partidos políticos, para que seja possível fazer planejamento de médio e a longo prazo para a organização regional dos serviços de saúde em todo o território brasileiro.

Esta tese, portanto, teve o propósito de contribuir de forma singela para o avanço desse desenvolvimento, apontando que desde a Constituição de 1988 e suas respectivas leis infraconstitucionais, o SUS teve muitos avanços na saúde pública brasileira, porém, ainda, não é o suficiente para a população se contentar. Assim, com os resultados desta pesquisa espera-se que o movimento da população, as ações e os serviços de saúde, no Estado de Goiás, possam ser mais discutidos na universidade, na comunidade, com gestores, políticos e governantes, a fim de propor um maior equilíbrio entre os dispositivos em lei e a realidade da saúde pública, no Brasil, em especial, aos achados nesta pesquisa, referente à regionalização da saúde, no Estado de Goiás, em 2004 e 2018.

REFERÊNCIAS

ADHEMAR J.R. **A cidade de Goiânia se tornou uma referência em medicina em todo país.** Disponível em: <http://dradhemar.com.br/a-cidade-de-goiania-se-tornou-uma-referencia-em-medicina-em-todo-pais/>. Acesso em: 23 de fev. 2019.

ALBUQUERQUE, G.L. *et al.* **Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>. Acesso em: 14 mai. 2019. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46918>

ALBUQUERQUE, M. V. **O enfoque regional na política de saúde brasileira (2001-2011): diretrizes nacionais e o processo de regionalização nos estados brasileiros.** São Paulo, 2013. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. Orientadora: Ana Luiza D'Ávila Viana.

ALVES, G.J. **Equidade e os Projetos de Investimento em Saúde: possibilidades e limites do Projeto Reforsus.** Brasília: UNB/SER, 2009.

ASSUITI, L.F.C. *et al.*, 2014. **Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados.** Texto contexto - enferm, v. 23, n. 2, p. 417-425, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf. Acesso em: 19 jun. 2019.

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

_____. Ministério da Saúde. **Reforsus, Reforço à Reorganização do SUS.** Manual de Operação. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. : il.

_____. 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 n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar.** Brasília, 2001.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências /** Ministério da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 228 p.: il. – (Série E. Legislação de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Série: Pactos pela Saúde. Volume 4. Brasília, 2006b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, VOL. 9).

_____. Ministério da Saúde. **CNES: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil**. Brasília-DF, 2008. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>. Acesso em: 2 fev. 2019.

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

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2011a. 53p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, VOL. 4).

_____. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília, 2011b.

_____. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2011c.

_____. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2015a.

_____. **Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2016.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html. Acesso em: 27 mai. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015b.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do Sistema de Saúde (DATASUS)**. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Equidade, 2019**. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/equidade>. Acesso em: 3 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192)**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/servico-de-atendimento-movel-de-urgencia-samu-192>. Acesso em: 27 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. SAGE: Sala de Apoio à Gestão Estratégica. **SAMU – 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, 2019**. Disponível em: http://sage.saude.gov.br/?link=paineis/samu/corpa0&flt=false¶m=null&ufibge=52&municipioibge=&cg=&tc=&re_giao=&rm=&qs=&idPagina=42#. Acesso em: 3 jun. 2019.

_____. Ministério do Planejamento. **UPA-GO: Unidade de Pronto Atendimento de Goiás, 2019**. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento/go>. Acesso em: 3 jun. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sia/cnv/qago.def>. Acesso em: 4 abr. 2019.

_____. **Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: DF, 1990. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm. Acesso em: 18 abr. 2019.

_____. **Lei n. 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Brasília: DF, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm. Acesso em: 18 abr. 2019.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Brasília: DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 28 abr. 2019.

_____. **Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992**. Diário Oficial da União, Brasília-DF, Seção 1, p. 1584, 10 fev. 1992. Norma Operacional Básica. Disponível em: http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf. Acesso em: 18 abr. 2019.

_____. **Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993**. Brasília-DF, 1993. Norma Operacional Básica. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html. Acesso em: 20 abr. 2019.

_____. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Brasília-DF, 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html. Acesso em: 15 jun. 2019.

_____. **Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004**. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU, em Municípios e regiões do território nacional. Brasília: DF, 2004. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5055.htm. Acesso em: 27 jun. 2019.

_____. **Portaria nº 399, de 22 fevereiro de 2006**. Brasília-DF, 2006. Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e as suas Diretrizes. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 22 mai. 2019.

_____. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: DF, 2010. Disponível

em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html Acesso em 20 mar. 2018.

_____. **Portaria nº. 1.459, de 24 de junho de 2011.** A Rede Cegonha. Brasília-DF, 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011:** Regulamenta a Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília-DF: Diário Oficial da União, 2011.

_____. **Portaria nº. 1.600, de 7 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de saúde. Brasília-DF, 2011. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. **Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011.** Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: DF, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1601_07_07_2011_rep.html. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. **Portaria nº 2.994, de 13 de dezembro de 2011.** Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2994_15_12_2011.html. Acesso em: 16 abr. 2019.

_____. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Rede de Atenção Psicossocial no SUS. Brasília-DF, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 14 jul. 2019.

_____. **Portaria nº 665, de 12 de abril de 2012.** Brasília: DF, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/PRT0665_12_04_2012.html. Acesso em: 17 abr. 2019.

_____. **Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012.** Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2012. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 14 jul. 2019.

_____. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília: DF, 2012. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html. Acesso em: 08 abr. 2019.

_____. **Portaria nº 424, de 19 de março de 2013.** Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0424_19_03_2013.html. Acesso em: 17 abr. 2019.

_____. **Portaria nº. 252,** de 19 de fevereiro de 2013. Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>.

_____. **Portaria nº 874, de 16 de maio de 2013.** Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 19 jun. 2019.

_____. **Portaria nº 1.365, de 8 de julho de 2013.** Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1365_08_07_2013.html. Acesso em: 17 abr. 2019.

_____. **Portaria nº 104, de 15 de janeiro de 2014.** Brasília: DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0104_15_01_2014.html. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. **Portaria nº 389, de 13 de março de 2014.** Brasília: DF, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html. Acesso em: 19 jun. 2019.

_____. **Portaria n. 483, de 1 de abril de 2014.** Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html. Acesso em: 14 jul. 2019.

_____. **Portaria nº 895, de 31 de março de 2017a.** Brasília-DF, 2017. Disponível em: http://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/20139423/do1-2017-04-03-portaria-n-895-de-31-de-marco-de-2017-20139271. Acesso em: 14 jun. 2019.

_____. **Resolução nº 23, de 17 de agosto de 2017b.** Diretrizes para os processos de regionalização, planejamento regional integrado, e governança das Redes de Atenção à Saúde. Brasília: DF, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0023_18_08_2017.html. Acesso em: 7 de jun. 2019.

BRASÍLIA. Secretaria de Saúde. **Regionalização.** Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/regionalizacao/>. Acesso em: 24 jun. 2019.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Distrital de Saúde – PDS/2016-2019, PARTE I.** Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_I-1.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

_____. Secretaria de Saúde. **Plano Distrital de Saúde – PDS/2016-2019, PARTE II.** Disponível em: http://www.saude.df.gov.br/wp-conteudo/uploads/2017/11/PDS_2016-2019_OFICIAL_Parte_II-1.pdf. Acesso em: 13 jun. 2019.

BAPTISTA W.F. *et al.* Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: Disponível em: <https://scielosp.org/article/csp/2017.v33suppl2/e00129616/pt/>. Acesso em: 22 abr. 2019. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00129616>

BARROSO, L.R. **Curso de direito constitucional contemporâneo: os conceitos fundamentais e a construção do novo modelo.** 6ª ed. São Paulo: Saraiva: 2017.

BULOS, U.L. **Direito Constitucional ao alcance de todos.** 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 2015.

CARVALHO A.L.B. *et al.* **A Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão críticas de gestores do sistema.** Ciênc. saúde colet. 22 (4) Abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2017.v22n4/1155-1164/>. Acesso em: 17 jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>

CARVALHO, P.L.; PIOVESAN, F. **Políticas para garantir acesso aos medicamentos no país.** Conjur, 2008. Disponível em: https://www.conjur.com.br/2008-mar-14/politicas_garantir_acesso_aos_medicamentos_pais?imprimir=1. Acesso em: 16 abr. 2019.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede.** São Paulo: Paz e Terra. Volume I, 4ª edição, 2000.

CIB-GO. COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE. **Resolução nº 028/2012. Aprova desenho final do Plano Diretor de Regionalização - PDR do Estado de Goiás/2012.** Goiânia: CIB; 2012.

CIT. COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS.** Brasília: CIT; 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **RESOLUÇÃO CFM nº 1451/95.** Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/1995/1451_1995.htm. Acesso em: 9 jun. 2019.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Tradução Magda Lopes; consultoria, supervisão e revisão técnica Dirceu da Silva. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DILÉRIO A.S. *et al.* **Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas.** Saúde em debate: RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 208-223, SETEMBRO 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0208.pdf>. Acesso em: 6 jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>

DUARTE, C.M.R. *et al.* **Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil.** **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p.1163-1174,

2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2015000601163&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 4 mai. 2019.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 2010.

GOIÁS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE GOIÁS (SES-GO). **Situação de Saúde de Goiás**: Cartilha de Indicadores de Saúde. Goiânia: SES-GO, 2017. Disponível em: <http://www.saude.go.gov.br/indicadores-da-saude/>. Acesso em: 14 abr. 2019.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite – CIB. **Resolução nº 040/2001** – CIB. Plano Diretor de Regionalização. Disponível em: http://www.sgc.goias.gov.br/upload/links/arq_942_n.040.2001.doc. Acesso em: 18 jun. 2019.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Mapa da Saúde**. Goiânia, 2018. Disponível em: http://mapadasaude.saude.go.gov.br/#s=201802;v=map3;i=dados_aps.ab_qtd_acs;l=pt. Acesso em 03 mai 2018.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização – PDR**. Goiânia, 2004.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2008-2011**. Goiânia, 2007.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Goiânia, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso em: 2 abr. 2018.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estimativas de população 2018**. Brasília: IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em 02 abr. 2018.

GOMES, M.H.A.; SILVA, E.C. **Impasses no processo de regionalização do SUS: tramas locais**. Saúde soc. [online]. 2013, vol.22, n.4, pp.1106-1116. ISSN 0104-1290. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000400013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 6 mai. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000400013>

GUIMARÃES, M.C.L. **O debate sobre a descentralização de políticas públicas**: um balanço bibliográfico. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/osoc/v9n23/03.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2019. <https://doi.org/10.1590/S1984-92302002000100003>

GUIMARÃES, R. B. **Regiões de saúde e escalas geográficas**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4): p. 1017-1025, jul./ago. 2005. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400004>

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sausoc/2011.v20n4/867-874/pt>. Acesso em: 12 mai. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>

LEFEBVRE H. **O Direito à Cidade**. 5ª ed. São Paulo: Centauro; 2001.

LEVITSKY, S.; ZIBLATT, D. **Como as democracias morrem**. Zahar, São Paulo, 2018.

LIMA, L. D. *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n. 7, p. 1903-1914, 2012.

LUZ, J.S. A configuração da rede urbana goiana nas dimensões das cidades médias. **Simpósio Nacional do Espaço, Economia e Políticas Públicas**. Cidades e Questão ambiental: velhos desafios, novos paradigmas. Anápolis: GO, 2012.

MAGALHÃES, H.M.J. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. In: **Revista Divulgação em saúde para o debate**, 2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2019.

MARTINELLI, N.L. **A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso**: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte. São Paulo, 2014. Tese(doutorado) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Medicina Preventiva. Orientador: Ana Luiza D’Ávila Viana.

MALACHIAS, I. *et al.* **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MATO GROSSO. **Plano Estadual de Saúde PES MT 2016-2019**. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/8101. Acesso em: 11 jul. 2019.

_____. **Secretaria de Estado de Saúde**. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/>. Acesso em: 11 jul. 2019.

MATO GROSSO DO SUL. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Campo Grande, 2015. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2015/11/PES-2016-2019-Vers%C3%A3o-Final.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2019.

MELO, A. Z. **Constituição Federal Interpretada**: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo. Costa Machado, organizador; Anna Candida da Cunha Ferraz, coordenadora. 9º ed – Bauer, SP: Manole, 2018.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

_____. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.15(5):2297-2305, 2010. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>

_____. **A modelagem das Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2007.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011a.

_____. **Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Divulgação em saúde para debate, n. 52, p. 38-49, 2014.

_____. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, Tomo II, 2001.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2ª ed. Brasília: 2011b.

_____. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, p. S3-S11, 2008.

_____. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, G.F. **Curso de Direito Constitucional**. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2018.

MENDONÇA, C.S. **Sistema Único de Saúde: um sistema de saúde orientado pela Atenção Primária**. Organização Pan-Americana da Saúde. In: Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras. Navegador SUS: série técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde. Brasília, 2011.

MESQUITA, S.M.M. **A vida pela vida: o trabalho dos profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192: uma leitura da Psicodinâmica do Trabalho**, 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Gestão Regional. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, 2010.

MOREIRA, M.R; RIBEIRO, J.M. **A crise do federalismo cooperativo nas políticas de saúde no Brasil**. Saúde em Debate: Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 14-24, dez. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40nspe/0103-1104-sdeb-40-spe-0014.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2019. <https://doi.org/10.1590/0103-11042016s02>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, Organização Mundial da Saúde, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 1993. *Apud*: MENDES, E V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. **Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família**. Revista Brasileira de Enfermagem, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 23 jun. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>

PIRES, C. M. **Catalão (GO) – uma contribuição ao estudo de cidades médias**, 2009. 174 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2009.

_____. C. P.; RAMIRES, J. C. L. **Regionalização da saúde e as cidades em Goiás: considerações preliminares**. In: XX Semana Acadêmica da Geografia, 2017, Uberlândia. XX Semana da Geografia. Uberlândia: Instituto de Geografia - UFU, 2017. p. 411-428.

RAMIRES, J. C. L.; PESSÔA, Vera Lucia Salazar (Org.). Pesquisa qualitativa em geografia: nas trilhas da investigação. 1. ed. Uberlândia: Assis, 2009. v. 1. 544p. Rotschild Ed.; Santo André: Cescos, 2007.

RAMIRES, J. C. L. Cidades médias e serviços de saúde: algumas reflexões sobre os fixos e os fluxos. In: Maria Encarnação Bletrão Sposito. (Org.). **Cidades médias: espaços em transição**. 1ed. São Paulo: Expressão Popular, 2007, v. 1, p. 1-630.

RAMIRES, J. C. L.; PESSÔA, V. L. S. **Geografia e pesquisa qualitativa: nas trilhas da investigação**. Uberlândia: Assis, 2009.

ROTHENBURG, W.C. **Direitos fundamentais**. São Paulo: Método, 2012.

SANTOS, F.A.S. et al. **A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso**. *Cad. saúde colet.*, v. 23, n. 4, p. 402-408, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-402.pdf>. Acesso em: 7 mai. 2019.
<https://doi.org/10.1590/1414-462X201500040126>

SÃO PAULO. Secretaria de Estado de Saúde. **Programação Pactuada e Integrada, 2019**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/documentos-de-planejamento-em-saude/programacao-pactuada-e-integrada>. Acesso em: 9 mai. 2019.

VIANA, A.L.D.; SILVA, H.P. **Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde**. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n7/2107-2118/pt>. Acesso em: 27 mar. 2019.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.07582018>

VIANA, A.L.A. *et al.* Tipologia das regiões de saúde: determinantes estruturais da regionalização no Brasil. *Saúde soc.*, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200002>

VIANA, A.L.A. *et al.* Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, 2008. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf. Acesso em: 10 jan. 2019.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2317-2326, 2010.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500007>

WEICHERT, M.A. **Direito à saúde**. Dicionário Brasileiro Constitucional, 2012.

GLOSSÁRIO

Acolhimento e Classificação de Risco nos Serviços de Urgência : A classificação de risco é uma ferramenta que, além de organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada, tem também outros objetivos importantes, como: garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado; informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera; promover o trabalho em equipe por meio da avaliação contínua do processo; dar melhores condições de trabalho para os profissionais pela discussão da ambiência e implantação do cuidado horizontalizado; aumentar a satisfação dos usuários e, principalmente, possibilitar e instigar a pactuação e a construção de redes internas e externas de atendimento.

Adscrição da clientela: É a delimitação da clientela a ser assistida por uma determinada equipe de saúde da família, a qual deve ser residente na microárea sanitária sob responsabilidade desta mesma equipe. Exemplo: a equipe A está responsável por todo o território do Bairro Saúde. Assim, a população residente neste bairro é a clientela adscrita à equipe A.

Atendimento pré-hospitalar: É o atendimento a portadores de quadros agudos, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que ocorre fora do ambiente hospitalar e pode ser definido como a assistência prestada em um primeiro nível de atenção à Saúde. É fundamental para garantir suporte e a sobrevivência das pessoas vitimadas por quadros de maior gravidade. Os gestores municipais de saúde devem estruturar, de acordo com a demanda em seu território, uma rede de urgência e emergência (capaz de atender da pequena à grande urgência), envolvendo serviços pré-hospitalares e em articulação com a rede geral de serviços de saúde, de modo a otimizar o atendimento e a prestar socorro imediato à população. Nesse contexto, insere-se o serviço de atendimento móvel de urgência (Samu).

Bloco da atenção básica: Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da Saúde. É formado por dois componentes: o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo) e o Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável). O PAB Fixo destina-se ao custeio de ações de atenção básica à saúde cujos recursos são transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de Saúde dos municípios

e do Distrito Federal. O PAB Variável é constituído por recursos destinados ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da atenção básica em Saúde. Os recursos do PAB Variável são transferidos do FNS aos fundos de Saúde dos municípios e Distrito Federal mediante adesão e implementação das ações às quais se destinam, desde que constantes nos respectivos planos de saúde. Com a aprovação do Pacto pela Saúde, os recursos de custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária, que antes integravam o PAB Variável, passaram a compor os blocos de financiamento da assistência farmacêutica e da vigilância em Saúde, respectivamente.

Bloco da atenção de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar: Um dos cinco blocos de custeio que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados às ações e serviços da Saúde. É constituído por dois componentes: Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (Faec). O componente MAC dos estados, municípios e Distrito Federal destina-se ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, sendo transferidos mensalmente para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde. Os recursos federais deste componente serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos fundos de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal conforme a Programação Pactuada e Integrada (PPI) da assistência, publicada em ato normativo específico. O Faec abrange recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos: 1) os regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade (CNRAC); 2) os transplantes e os procedimentos vinculados; 3) as ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; 4) os novos procedimentos não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, sendo que esses últimos serão custeados pelo Faec por um período de seis meses para permitir a formação da série histórica necessária à sua agregação ao componente MAC. Os outros recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do Faec serão incorporados ao MAC dos estados, municípios e Distrito Federal conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Bloco de gestão do SUS: Um dos cinco blocos de financiamento que, a partir da definição do Pacto pela Saúde, passaram a compor os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços da Saúde. Destina-se ao fortalecimento da gestão do SUS para custeio de ações

específicas relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde. Os recursos federais que o integram são constituídos pelos seguintes componentes: I) para a Qualificação da Gestão do SUS e II) para a Implantação de Ações e Serviços de Saúde. A transferência dos recursos no âmbito do componente de Qualificação da Gestão do SUS dar-se-á mediante a adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, com incentivo específico para cada ação que integra, sendo elas: I) Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; II) Planejamento e Orçamento; III) Programação; IV) Regionalização; V) Gestão do Trabalho; VI) Educação em Saúde; VII) Incentivo à Participação e ao Controle Social; VIII) Informação e Informática em Saúde; IX) Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; X) Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico. A transferência dos recursos no âmbito do componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única, respeitados os critérios estabelecidos em cada política específica, atualmente designados a: I) Implantação de Centros de Atenção Psicossocial; II) Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; III) Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; IV) Fomento para ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (Caps AD); V) Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; VI) Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); VII) Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); VIII) Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; IX) Implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; X) Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; XI) Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

Centros de Atenção Psicossocial (Caps): São serviços de saúde mental de base territorial e comunitária do SUS, referenciais no tratamento das pessoas que sofrem com transtornos mentais (psicoses, neuroses graves e demais quadros), cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência em um dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O objetivo dos Caps oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários, pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos, equipamento estratégico da atenção extra-hospitalar em saúde mental. Existem diferentes tipos de Caps, segundo seu porte e

clientela: Caps I - serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes; Caps II – serviço aberto para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante para municípios com população com mais de 70 mil habitantes; Caps III – serviço aberto para atendimento diário e noturno, durante sete dias da semana, de adultos com transtornos mentais severos e persistentes: trata-se de equipamento importante em grandes cidades; Caps i – voltado para a infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais; Caps ad – voltado para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso dessas substâncias. Para implantar Caps públicos, verifique se o seu município tem mais de 20 mil habitantes e se não dispõe de outros recursos assistenciais em saúde mental, como ambulatorios, oficinas terapêuticas, centros de saúde com equipe de saúde mental, equipes de saúde mental na rede básica. Procure conhecer as normas técnicas que se aplicam aos Caps (referências abaixo). O Ministério da Saúde (MS) oferece incentivo único antecipado para os municípios que têm Caps em processo de implantação.

Colegiados de Gestão regional: Espaço permanente de pactuação, co-gestão solidária e cooperação das regiões de saúde que tem como objetivo fundamental garantir o cumprimento dos princípios do SUS. É imprescindível para a qualificação do processo de regionalização, sendo composto por todos os gestores municipais de saúde do conjunto de municípios que integram uma Região de Saúde e por representantes do(s) gestor(es) estadual(ais) envolvido(s). Suas decisões devem se dar por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto dos gestores com os compromissos pactuados. A constituição e a organização para funcionamento de um Colegiado de Gestão Regional deve adotar os seguintes procedimentos: 1) Composição do Colegiado, com as presenças dos gestores de saúde de todos os municípios envolvidos e da representação estadual. No caso da existência de Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) regionais, constituídas por representações e não sendo possível a imediata incorporação de todos os municípios da Região de Saúde, deve-se pactuar um cronograma de adequação no menor prazo possível para a inclusão de todos os municípios em seus respectivos Colegiados de Gestão Regional. 2) Constituição de uma estrutura de apoio ao Colegiado, por meio de câmara técnica e, eventualmente, grupos de trabalho formados por técnicos dos municípios e do estado. 3) Estabelecimento de uma agenda regular de reuniões. 4) Organização de uma estrutura de funcionamento do Colegiado

que contemple a execução, com qualidade, das seguintes funções: instituição de processos dinâmicos de planejamento regional; atualização e acompanhamento da Programação Pactuada e Integrada (PPI); elaboração do desenho do processo regulatório, com a definição dos fluxos e protocolos; priorização das linhas de investimento; estímulo às estratégias de qualificação do controle social; apoio aos processos de planejamento locais.

Comissão Intergestores Tripartite (CIT): Instância de articulação e pactuação na esfera federal que atua na direção nacional do SUS, integrada por gestores do SUS das três esferas de governo – União, estados, DF e municípios. Tem composição paritária formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo Ministério da Saúde (MS), cinco pelo Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e cinco pelo Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). A representação de estados e municípios nessa Comissão é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões no País. Nesse espaço, as decisões são tomadas por consenso e não por votação. A CIT está vinculada à direção nacional do SUS.

Comissões intergestores Bipartites (CIB): Espaços estaduais de articulação e pactuação política que objetivam orientar, regulamentar e avaliar os aspectos operacionais do processo de descentralização das ações de saúde. São constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual – indicados pelo Secretário de Estado da Saúde – e dos secretários municipais de Saúde – indicados pelo órgão de representação do conjunto dos municípios do estado, em geral denominado Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems). Os secretários municipais de Saúde, por meio de seus espaços de representação, debatem entre si os temas estratégicos, antes de apresentar suas posições na CIB. Os Cosems são, também, instâncias de articulação política entre gestores municipais de Saúde, sendo de extrema importância a participação dos gestores locais nesses espaços. As CIBs foram institucionalizadas pela Norma Operacional Básica nº 1 de 1993 e instaladas em todos os estados do País. O gestor municipal deve procurar o Cosems de seu estado e discutir, ali, quais são as possibilidades de participação no processo de constituição e funcionamento da CIB.

Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP): Comissão instituída pela Portaria MS/GM n.º 2.261, de 22 de setembro de 2006, composta por representantes do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, do Departamento de Gestão da Educação na Saúde, da

Coordenação-Geral de Recursos Humanos, do Departamento de Informática do SUS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, que tem por finalidade: a) apresentar proposições sobre o conteúdo e a metodologia das ações de capacitação para as equipes dos setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das secretarias de saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios e sobre o cronograma de desenvolvimento de cada ação; b) apresentar proposições de melhoria para o funcionamento desses setores; c) apresentar proposição referente aos indicadores que serão usados na avaliação do impacto do ProgeSUS no que tange ao fortalecimento desses setores; d) acompanhar e apresentar proposições que contribuam para a eficaz execução do ProgeSUS; e) avaliar e classificar os projetos apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde na quarta etapa do componente I do ProgeSUS; f) definir o conjunto de dados que conformarão o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho.

Compensação de Especificidades Regionais (CER): A Compensação de Especificidades Regionais (CER) visa atender às especificidades regionais e/ou municipais de cada estado, a exemplo de sazonalidade, migrações, dificuldade de fixação de profissionais, IDH, indicadores de resultados, educação permanente, formação de ACS. Os incentivos financeiros referentes à CER passaram a compor, a partir da publicação da Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006, a fração variável do Piso da Atenção Básica (PAB). Correspondem a percentuais do valor mínimo do PAB Fixo – definidos a partir da estratificação do IDH de cada unidade da Federação – multiplicados pela população de cada estado e do Distrito Federal. A cada ano, a transferência dos incentivos financeiros referentes à CER é regulamentada por meio de publicação de Portaria específica, a exemplo da Portaria nº 1.364, de 3 de julho de 2008, que define que, para o ano de 2008, os valores serão definidos conforme descrito a seguir: a) 9% para unidades da Federação com valor de IDH até 0,7; –b) 7% para unidades da Federação com valor de IDH maior que 0,7 e até 0,755; e –c) 5% para unidades da Federação com valor de IDH maior que 0,755. Esses incentivos são transferidos diretamente a municípios, a partir de critérios regionais definidos pelas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB) As Secretarias de Saúde dos Estados devem enviar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde/MS, documentação em que constem os critérios para alocação dos recursos, a listagem de Municípios com os valores e o período de transferência dos recursos, bem como a memória de cálculo pactuados na respectiva CIB.

Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass): Órgão que congrega os secretários de saúde dos estados e do Distrito Federal e seus substitutos legais, tendo por finalidade operar o intercâmbio de experiências e informações entre seus membros, assegurando a implementação dos princípios e diretrizes constitucionais e da legislação complementar da saúde brasileira, na implementação de ações e serviços de saúde. Promove o pleno exercício das responsabilidades das secretarias de saúde, no que diz respeito às políticas de saúde, junto aos órgãos dos governos federal e municipal, ao Poder Legislativo e às entidades da sociedade. Realiza diligência no sentido de que as secretarias de saúde dos estados e do Distrito Federal participem da formulação e tomada de decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas de saúde nas unidades federadas, em conjunto com o Ministério da Saúde (MS). Assegura às secretarias municipais de saúde ou órgãos municipais equivalentes, por meio da direção do Conselho ou Associação de Secretários Municipais de Saúde de cada unidade federada, a participação em todas as decisões que digam respeito ao desenvolvimento dos sistemas municipais ou intermunicipais de saúde. Encaminha aos órgãos competentes propostas para equacionar os problemas da área de Saúde em todo território nacional, estimulando e intercambiando experiências quanto ao funcionamento dos conselhos de saúde, promovendo estudos e propondo soluções aos problemas relativos ao desenvolvimento da área da Saúde. Orienta e promove a realização de congressos, conferências, seminários e outros encontros tendentes ao aperfeiçoamento das atividades do setor Saúde. Mantém intercâmbio com órgãos e entidades nacionais e estrangeiras de interesse para o setor Saúde. Sua diretoria é eleita em assembleias anuais.

Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems): Entidade não-governamental, sem fins lucrativos, criada com o objetivo de representar as secretarias municipais de Saúde. Sua importância no cenário político brasileiro deve-se à constatação de que cabe, prioritariamente, ao município a prestação de serviços de saúde, com a cooperação técnica financeira dos estados e da União. Conclusão baseada no entendimento de que é no município onde as necessidades de saúde da população podem ser dimensionadas de perto. Nesse sentido, nada mais importante do que a existência de uma entidade que represente as secretarias municipais de Saúde, atuando: na formulação de políticas públicas intersetoriais e de saúde; na disputa política em espaços nacionais de pactuação federativa e de implementação compartilhada das políticas públicas; no intercâmbio de experiências entre os municípios e com outros países e, na propagação dos princípios da universalidade, equidade e integralidade da saúde. Na condição de representante das 5.562 secretarias municipais de

Saúde do Brasil, o Conasems participa do Conselho Nacional de Saúde (CNS), órgão deliberativo do SUS, e da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne a representação dos três entes federados: o Ministério da Saúde (MS), o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass) e o Conasems. Na CIT, são definidos diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. O Conasems mantém, ainda, os Núcleos Temáticos, espaços onde secretários municipais de Saúde e assessores reúnem-se para discutir políticas, realizar estudos e preparar informações e pareceres para decisão dos colegiados. Os participantes dos Núcleos Temáticos têm assento nas comissões e grupos de trabalho tripartites do SUS. Realiza o Congresso Anual Conasems, que reúne, presencialmente, todos os secretários municipais de Saúde para discutir temas do interesse dos gestores municipais e definir orientações para o trabalho de representação do Conasems e, a cada dois anos, elege a diretoria do órgão.

Consórcios intermunicipais de saúde: Também conhecidos como consórcios administrativos intermunicipais, são acordos despersonalizados, firmados entre entidades públicas de uma mesma espécie ou do mesmo nível, com a finalidade de desenvolver atividades comuns ou implementar programa de interesse comum. Têm natureza contratual e implicam a criação de uma pessoa jurídica de direito privado (civil ou comercial), vinculada às finalidades do consórcio, para executá-lo, que assume os direitos e as obrigações inerentes. Apresentam estrutura de gestão autônoma e orçamentos próprios, constituídos e financiados pelos gestores municipais, objetivando solucionar demandas específicas ou problemas de saúde que não podem ser resolvidos, de forma isolada, por cada município. A partir da edição da Lei n. 11.107/2005, a instituição de consórcios na área de Saúde deve ser baseada em suas orientações.

Contrarreferência: É o procedimento por meio do qual um caso clínico solucionado ou estável é reencaminhado ao profissional ou equipe que dará continuidade ao cuidado ou tratamento em nível primário. (Exemplo: o gastroenterologista, após avaliação e conduta, reencaminhará o paciente para o médico de família ou nutricionista da UBS para a devida atenção ao longo do tempo).

Contratualização/Contratação de serviços de saúde: Ato do gestor municipal ou estadual contratar e/ou conveniar um estabelecimento de saúde já cadastrado no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (Cnes), para atendimento ao SUS, após ter sido identificada

necessidade de complementar a oferta de serviços, em consonância com a programação e visando à ampliação da cobertura assistencial à população. A contratação pode referir-se a serviços ambulatoriais (prestador SIA), serviços hospitalares (prestador SIH) ou a ambos. Os contratos de prestação de serviços devem ser entendidos como instrumentos de gestão, pois legitimam a relação do gestor com os prestadores de serviços de saúde. A Portaria 1.286, de 26/10/93 está sendo reformulada com a inserção de regras e orientações para contratação de serviços de saúde, visando a atualizar as diretrizes vigentes.

Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29): Alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 189 da Constituição Federal, estabelecendo um percentual mínimo da receita para aplicação de recursos na área da Saúde. No caso de estados, municípios e do Distrito Federal os recursos destinados às ações e serviços de saúde estão vinculados à receita de impostos e transferências constitucionais. No caso da União, o percentual mínimo de aplicação é definido com base na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem disponibilizar obrigatoriamente para a Saúde 12% de suas receitas, enquanto municípios devem aplicar uma soma de 15%. O desrespeito à lei autoriza a União a intervir nos estados e estes nos seus respectivos municípios. A fiscalização da Emenda Constitucional deve ser feita pelos conselhos de Saúde e pelas assembleias legislativas e câmaras municipais. Atualmente já foi incorporada à Constituição Federal

Fundo Municipal de Saúde (FMS): O Fundo de Saúde integra todos os recursos a serem utilizados nas ações e serviços de Saúde e deve ser gerenciado pelos secretários de Saúde. No caso do município, tendo em vista que este é o responsável sanitário por excelência, ou seja, em função do SUS, as ações e serviços são descentralizados ao município, para poder cumprir com essa responsabilidade, por meio de unidades de Saúde, próprias ou prestadores de serviços credenciados para atuar na rede, é indispensável a criação dos fundos de saúde por meio de lei. É necessário que haja uma organização mínima do Fundo, compatível com o grau de complexidade da rede de serviços, com vista à manutenção das ações e serviços e dos pagamentos em dia. Mais informações no Manual de Gestão Financeira do SUS.

Fundo Nacional de Saúde (FNS): Fundo especial organizado de acordo com as diretrizes e objetivos do SUS, cujos recursos estão previstos na Lei Orçamentária Anual (LOA), de acordo com o Plano Plurianual dos Projetos e Ações Governamentais e provenientes de fontes nacionais – de receitas do Tesouro Nacional e de arrecadação direta do FNS – e internacionais

– de acordos firmados pelo governo brasileiro com instituições financeiras internacionais, como o BIRD e o BID para financiamento de projetos na área de Saúde. Constituem recursos do FNS os consignados a seu favor nos Orçamentos da Seguridade Social e Fiscal da União; os decorrentes de créditos adicionais; os provenientes de dotações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de cooperação técnica, de financiamento e de empréstimo; os provenientes do Seguro Obrigatório do DPVAT; os resultantes de aplicações financeiras; os decorrentes de ressarcimento de recursos por pessoas físicas e jurídicas originários de prestação de contas, do acompanhamento ou das ações de auditoria; as receitas provenientes de parcelamentos de débitos apurados em prestação de contas de convênios ou derivadas do acompanhamento de auditorias e de financiamentos relacionados com as ações e os serviços de Saúde; os créditos provenientes dos agentes ou das entidades integrantes do SUS, bem como aqueles resultantes de transações financeiras e comerciais; as receitas provenientes do ressarcimento previsto no Artigo 32 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998; os obtidos por intermédio de operações de crédito; as receitas provenientes da execução de seus créditos; os saldos positivos apurados em balanços, transferidos para o exercício seguinte; as rendas e receitas eventuais que lhe venham a ser destinadas; os de outras fontes, de acordo com o Artigo 32 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. A gestão dos recursos é exercida pelo diretor-executivo, sob a orientação e supervisão do Secretário-Executivo do Ministério da Saúde, observando o Plano Nacional de Saúde e o Plano Plurianual do Ministério da Saúde, nos termos das normas definidoras dos orçamentos anuais, das diretrizes orçamentárias e dos planos plurianuais. A execução dos recursos é feita, em nível central, por meio da unidade gestora da Diretoria-Executiva do FNS e das unidades gestoras criadas junto às áreas técnicas do Ministério da Saúde. Nas unidades federadas, por meio das unidades gestoras descentralizadas junto às representações estaduais e unidades assistenciais do SUS, sob a gestão do Ministério da Saúde (MS). Todos os recursos transitam em conta única do FNS em consonância com o preceito constitucional de aplicação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por meio de fundo de saúde. Os recursos financeiros do MS, administrados pelo FNS, destinam-se a prover: despesas correntes e de capital do MS, seus órgãos e suas entidades, da administração direta e indireta, integrantes do SUS; transferências para a cobertura de ações e serviços de saúde, destinadas a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial e hospitalar e às demais ações de saúde do SUS a serem executados de forma descentralizada pelos estados, Distrito Federal e municípios; financiamentos destinados à melhoria da capacidade instalada de unidades e serviços de saúde do SUS; investimentos previstos no Plano Plurianual do Ministério da

Saúde e na Lei Orçamentária Anual; outras despesas autorizadas pela Lei Orçamentária Anual.

Gestão plena do sistema municipal/estadual: Modalidade de gestão definida na NOB SUS 96 e na Nãos SUS 01/02 e substituída, no Pacto pela Saúde e Pacto de Gestão do SUS, pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão Municipal.

Habilitação: Ato do gestor municipal, estadual ou federal autorizar um estabelecimento, já credenciado no SUS, a realizar determinado procedimento especial da tabela do SUS.

A habilitação pode ocorrer nas esferas municipal, estadual ou federal, sempre que seus gestores autorizem estabelecimentos de Saúde, já credenciado para atendimento ao SUS, a realizarem determinados procedimentos especiais da tabela do SUS. O estabelecimento de Saúde, para ser habilitado a realizar determinado tipo de procedimento, deverá discriminar as modalidades de serviços, assim como os equipamentos e/ou profissionais exigidos nas normalizações específicas.

Instâncias de pactuação: São espaços intergovernamentais, políticos e técnicos onde ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de Saúde Pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), estimulando o debate e a negociação entre as partes.

Integralidade: É um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do Sistema de Saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.

Intersetorialidade em saúde: A intersetorialidade é uma estratégia política complexa, cujo resultado na gestão de uma cidade é a superação da fragmentação das políticas nas várias áreas onde são executadas. Tem como desafio articular diferentes setores na resolução de problemas no cotidiano da gestão e torna-se estratégica para a garantia do direito à saúde, já que saúde é produção resultante de múltiplas políticas sociais de promoção de qualidade de vida. A intersetorialidade como prática de gestão na saúde, permite o estabelecimento de espaços compartilhados de decisões entre instituições e diferentes setores do governo que

atuam na produção da saúde na formulação, implementação e acompanhamento de políticas públicas que possam ter impacto positivo sobre a saúde da população. Permite considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas, demonstrando que ações resolutivas em saúde requerem necessariamente parcerias com outros setores como Educação, Trabalho e Emprego, Habitação, Cultura, Segurança, Alimentar e outros. Intersetorialidade remete também ao conceito/ideia de rede, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência de serviços para garantir a integralidade das ações. Finalmente, o contexto da intersetorialidade estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade. Demanda a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre qualidade de vida e saúde de que dispõem.

Média complexidade: É um dos três níveis de atenção à saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por 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. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726, de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde. Suas atribuições estão descritas no Artigo 12 da proposta de regimento interno da Secretaria de Assistência à Saúde. Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumatológico-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnóstico; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia. O gestor deve adotar critérios para a organização regionalizada das ações de média complexidade, considerando a necessidade de qualificação e especialização dos profissionais para o desenvolvimento das ações; os dados epidemiológicos e sócio-demográficos de seu município; a correspondência entre a prática clínica e a capacidade resolutiva diagnóstica e terapêutica; a complexidade e o custo dos equipamentos; a abrangência recomendável para cada tipo de serviço; economias de escala e métodos e técnicas requeridas para a realização das ações. As secretarias estaduais de saúde, em conjunto com os municípios, devem estabelecer parâmetros de concentração para os grupos e subgrupos de procedimentos, a serem aprovados nas comissões intergestores bipartite (CIB) e nos conselhos estaduais de

Saúde. Os parâmetros adotados deverão refletir não apenas necessidades em saúde em abstrato ou recomendadas por normas técnicas ou consenso de especialistas, mas também seu impacto financeiro e as disponibilidades de sua cobertura com os recursos disponíveis.

Pacto de Gestão do SUS: É uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, estabelece as responsabilidades de cada ente federado do SUS, de forma clara e inequívoca, diminuindo competências concorrentes e estabelecendo diretrizes em aspectos como descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, Programação Pactuada e Integrada (PPI), regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na Saúde. Extingue as antigas formas de habilitação estabelecidas pela NOB US 96 e na Noas SUS 01/02, substituídas pela assinatura do Termo de Compromisso de Gestão. Os estados e municípios devem deflagrar processos de discussão e avaliação, antecedendo à assinatura de seus respectivos termos de Compromisso de Gestão, nos quais deverão estar explicitadas as responsabilidades já assumidas e/ou em condições de serem assumidas, bem como indicado o cronograma para o cumprimento das responsabilidades cujos cumprimentos ainda não tenham sido contemplados.

Pacto em defesa do SUS: Uma das três dimensões do Pacto pela Saúde, o Pacto em Defesa do SUS tem como proposta a ampliação do diálogo com a sociedade na defesa do SUS, resgatando o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, além de promover o desenvolvimento e articulação de ações que visem qualificar e assegurar o SUS como política de Estado. O Pacto em Defesa do SUS deve formar-se através de iniciativas que busquem a repolitização da saúde, a promoção da cidadania como estratégia de mobilização social e a garantia do financiamento de acordo com as necessidades do sistema de saúde

Pacto pela saúde: O Pacto pela Saúde reúne um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) e tem o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social. A adesão se dá pela construção do Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que substitui os processos de habilitação das várias formas de gestão anteriormente vigentes e estabelece metas e compromissos para cada ente da federação. O Pacto pela Saúde engloba o Pacto pela Vida, O Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

O documento de diretrizes operacionais foi pactuado na reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 26 de janeiro de 2006, aprovado na reunião do Conselho Nacional de Saúde do dia 9 de fevereiro de 2006 e formalizado pela Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentado pela Portaria GM/MS nº. 699, de 30 de março de 2006.

Piso de Atenção Básica (PAB): O Piso da Atenção Básica (PAB) consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família (SF); ACS; Saúde Bucal (SB); Compensação de Especificidades Regionais; Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF), Saúde Indígena (SI); e Saúde no Sistema Penitenciário. Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Plano Diretor de Investimentos (PDI): Considerado também um instrumento de planejamento do processo de regionalização, o PDI deverá expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento estadual e regional. Os planos de investimentos deverão ser discutidos e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) dos estados. O PDI deverá conter investimentos destinados a: 1) processo de regionalização; 2) desenvolvimento de ações de promoção à saúde; 3) recuperação, readequação, expansão e organização da rede física de saúde; 4) aquisição de equipamentos; 5) desenvolvimento de ações de vigilância à saúde; 6) constituição de espaços de regulação; 7) promoção da equidade inter-regional, entre outras necessidades pactuadas.

Pontos de atenção: São nós das RAS que ofertam determinado tipo de serviços, especializados ou não. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciária mais densos tecnologicamente do que os pontos de atenção secundários. Na perspectiva das RAS, não há hierarquia ou subordinação entre eles, já que são todos igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns da RAS (referência nº 12 – módulo I). É importante ressaltar: (1) que um ponto de atenção não

necessariamente é igual a uma unidade de saúde. Por exemplo: um hospital pode ser um ponto de atenção terciário (UTI) ou secundário (ambulatório especializado); e (2) as unidades ou serviços da APS não são considerados pontos de atenção, e sim centros de comunicação.

Programação Pactuada e Integrada (PPI): Processo de programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde que deve ser realizado pelos estados e municípios brasileiros. Envolve a definição, a negociação e a formalização de pactos entre os gestores, com o objetivo de estabelecer, de forma transparente, os fluxos assistenciais das redes regionalizadas e hierarquizadas de serviços, bem como os limites financeiros destinados a cada município, explicitando as parcelas destinadas à assistência da população e as referências recebidas de outros municípios. É, portanto, uma etapa do planejamento em saúde que agrega funções de alocação de recursos e reorganização das redes de atenção, concretizando as diretrizes e prioridades expressas nos processos e instrumentos gerais de planejamento, tais como: planos de saúde, planos plurianuais de saúde e outros. Embora até o momento a PPI tenha se restringido a recursos federais de custeio, pretende-se que passe a englobar recursos próprios dos estados e dos municípios. A PPI deve ser construída em três etapas: 1) Etapa preliminar – Em coerência com as diretrizes da política de saúde estabelecida nos planos estaduais de saúde, planos plurianuais, pacto da atenção básica, planos diretores de regionalização e demais instrumentos do planejamento, o gestor estadual e os gestores municipais definem conjuntamente, por meio das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), as situações específicas de seus territórios, no campo da assistência. Resulta dessa fase a macroalocação dos recursos a serem programados e os parâmetros assistenciais médios a serem adotados, de maneira a refletir as prioridades definidas. 2) Etapa de programação municipal – O processo de programação é descentralizado para os municípios, etapa em que os gestores municipais adaptam os parâmetros às especificidades locais e promovem a pactuação das referências intermunicipais, por meio de fóruns regionais e ou microrregionais. Nessa etapa, a coordenação e o apoio técnico da secretaria estadual de saúde (SES) são fundamentais. O processo deve resultar na composição dos tetos municipais e na formalização dos pactos. 3) Etapa de consolidação da PPI estadual – A SES deve proceder à compatibilização das programações municipais, à consolidação do teto estadual e deve publicar em Diário Oficial do estado os limites financeiros assistenciais. Uma nova proposta de PPI está em elaboração, introduzindo mudanças nessas diretrizes, incluindo a lógica da programação, as aberturas programáticas e a concepção do Sistema de Informações da Programação Pactuada e Integrada (SisPPI), projeto conjunto da Secretaria de Vigilância em

Saúde (SVS) e do DATASUS que inclui a etapa de programação intramunicipal e chega aos estabelecimentos de saúde. A PPI só terá utilidade prática se refletir os fluxos estabelecidos e for acompanhada sistematicamente.

Recursos financeiros/transferências: As ações e serviços de saúde são pactuadas entre a União, estados e municípios e, geralmente, realizadas pelo município. Excepcionalmente, podem ser realizadas pelo estado e, mais excepcionalmente ainda, pela União. Para tanto, os planos de saúde devem contemplar os recursos próprios e as necessárias transferências intergovernamentais, repassadas de forma regular e automática (inclusive “fundo a fundo”), mediante a celebração de convênios.

Tratamento Fora do Domicílio (TFD): Estabelece que as despesas relativas ao deslocamento de usuários do SUS para tratamento fora do município de residência possam ser cobradas por intermédio do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS), observado o teto financeiro definido para cada município/estado. Os benefícios foram estabelecidos pela Portaria SAS nº 55, de março de 1999, e são concedidos quando todos os meios de tratamento existentes na origem estiverem esgotados ou ausentes e somente enquanto houver possibilidade de recuperação do paciente. O financiamento consiste no fornecimento de passagens para atendimento médico especializado de diagnose, terapia ou cirurgia, concedido exclusivamente a pacientes atendidos na rede pública ou conveniada/ contratada do SUS. Consiste também em ajuda de custo para alimentação e pernoite a pacientes e acompanhante (se este se fizer necessário), após a devida comprovação da necessidade, mediante análise socioeconômica efetuada por assistente social vinculado à rede pública de saúde ou ao setor de assistência social do município de origem do paciente. Não obstante a relevância desses procedimentos para garantir a todos os cidadãos do Estado o acesso universal aos serviços de saúde, os gestores estadual e municipal devem realizar esforços a fim de ampliar a capacidade instalada dos serviços de saúde locais visando a atender aos usuários o mais próximo possível de suas residências. Cabe às secretarias de estado da saúde (SESS) propor às respectivas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) a estratégia de gestão, entendida como: definição de responsabilidades da SES e das secretarias municipais de saúde (SMSs) para a autorização do TFD; estratégia de utilização com o estabelecimento de critérios, rotinas e fluxos, de acordo com a realidade de cada região, além da definição dos recursos financeiros destinados ao TFD, cuja normatização é sistematizada no Manual Estadual de TFD, que o gestor municipal deve buscar junto à sua SES. A referência dos pacientes a serem atendidos pelo

TFD deve ser explicitada na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada município. O TFD só será autorizado quando houver garantia de atendimento no município de referência (ou seja, no município onde o paciente será atendido), com horário e data definidos previamente. As despesas permitidas pelo TFD são as relativas a transporte aéreo, terrestre e fluvial; diárias para alimentação e pernoite para paciente e acompanhante, devendo ser autorizadas de acordo com a disponibilidade orçamentária do município/ estado. A solicitação de TFD deverá ser feita pelo médico assistente do paciente nas unidades assistenciais vinculadas ao SUS e autorizada por comissão nomeada pelo respectivo gestor municipal/estadual que solicitará, se necessários, exames ou documentos que complementem as análises de cada caso. Será permitido o pagamento de despesas para deslocamento para acompanhante apenas nos casos em que houver indicação médica esclarecendo o porquê da impossibilidade de o paciente se deslocar desacompanhado. Quando o paciente retornar ao município de origem no mesmo dia, serão autorizadas apenas passagens e ajuda de custo para alimentação (para ele e acompanhando, quando for o caso). Havendo óbito do usuário em TFD, a Secretaria de Saúde do Estado/Município de origem se responsabilizará pelas despesas decorrentes. Ficam vedadas as autorizações de TFD para acesso de pacientes a outro município para tratamentos que utilizem procedimentos assistenciais contidos no Piso da Atenção Básica (PAB), assim como o pagamento de diárias a pacientes encaminhados por meio de TFD que permaneçam hospitalizados no município de referência, em deslocamentos menores do que 50 Km de distância ou realizados em regiões metropolitanas.

ANEXOS

Quadro 14 – Modelo de organização dos serviços de saúde – SUS/MG, segundo o nível tecnológico de complexidade da assistência ambulatorial e hospitalar.

Níveis tecnológicos	Assistência Ambulatorial	Grupos de procedimentos ambulatoriais	Assistência hospitalar clínicas	Consulta médica especialidade
I	Procedimentos da atenção básica	- Ações executadas por outros profissionais de nível superior; - Ações básicas de odontologia; - Ações médicas básicas; - Ações exercidas por enfermeiro e/ou profissional de nível superior.		
II	Elenco de procedimentos básicos ampliados PABA	Procedimentos anteriores e mais: - Atendimento profissional de nível superior - Pequenas cirurgias ambulatoriais - Odontologia - Patologia Clínica	- Clínica Médica - Clínica Pediátrica - Clínica Obstétrica	
III.1	Equivale ao EPM1 e as Sedes de Módulos	Todos os procedimentos anteriores e mais: - Atendimento por profissionais de nível superior EPM1 (1) - Cirurgias ambulatoriais (1) Procedimentos traumatológico-ortopédicos (1) - Patologia Clínica (1) - Radiodiagnóstico (1) - Diagnóstico (1) - Fisioterapia (1) - Terapias especializadas (1)	- Clínica Médica - Clínica Pediátrica - Clínica Obstétrica	Atendimento Médico de Urgência e Emergência - Clínica Médica - Obstetria - Pediatria
III.2	Elenco de procedimentos - Média Complexidade - Nível Microrregional - EPM1 mais outros procedimentos	Todos os anteriores e mais: - Anatomocitopatologia (1) - Ultrassonografia (1)	Todos os anteriores e mais: - Cirurgia Obstétrica - Cirurgia Geral - Clínica Ginecológica	Todos os anteriores e mais: - Oftalmologia - Ortopedia - Dermatologia - Otorrinolaringologia - Neurologia - Saúde Mental - Urologia - Endocrinologia
IV	Bloco de procedimentos de Média Complexidade Nível Regional Equivale no FAE ao EPM2 e inclui grupos do SIASUS de número 22 e 26 e excepcionalmente os grupos 28 e 29 quando o município for polo regional.	Todos os anteriores e mais: - Procedimentos por profissionais de nível superior EPM2 (2) - Cirurgias Ambulatoriais (2) - Procedimentos Traumatológico- ortopédicos (2) - Odontologia (2) - Patologia Clínica (2) - Anatomocitopatologia (2) - Radiodiagnóstico (2) - Ultrassonografia (2) - Diagnóstico (2) - Fisioterapia (2) - Terapias especializadas (2) - Mamografia Excepcionalmente: - Radioterapia - Quimioterapia - Tomografia	Todos os anteriores e mais: - Cirurgia Ortopédica - Cirurgia Endocrinológica - Cirurgia Otorrino Maxilar - Cirurgia de Tórax - Cirurgia Oftalmológica - Queimados - Cirurgia Neurológica - Cirurgia de Mama - Cirurgia Vascular Arterial - Saúde Mental	Todos os anteriores e mais: - Cirurgia Plástica - Gastroenterologia - Pneumologia - Proctologia - Angiologia - Hematologia - CirurgiaVascular - Homeopatia - Neurocirurgia - Fisioterapia - Oncologia - Reumatologia - Alergiologia - Cirurgia Pediátrica - Medicina do Trabalho - Nefrologia - Infectologia

V	<p>Bloco de Procedimentos de Média Complexidade</p> <p>Nível Macrorregional</p> <p>Equivalência no FAE ao EPM3 e inclui litotripsia, blocos 28, 29, 31, 32, 33 e 35, quando pelo macrorregional</p>	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos por prof. de nível superior EPM3 (3) - Cirurgias Ambulatoriais (3) - Procedimentos Traumatológico-ortopédicos (3) <ul style="list-style-type: none"> - Odontologia (3) - Patologia Clínica (3) - Anatomocitopatologia (3) <ul style="list-style-type: none"> - Radiodiagnóstico (3) - Ultrassonografia (3) <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico (3) - Fisioterapia (3) - Terapias especializadas <ul style="list-style-type: none"> - Litotripsia - Anestesia - Hemodinâmica - Radioterapia - Quimioterapia - Ressonância Magnética - Medicina Nuclear - Tomografia 	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirurgia Oncológica - Transplantes - Cirurgia Cardíaca - Cirurgia Neurológica de Alta Complexidade 	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cirurgia de Cabeça e Pescoço - Imunologia - Infectologia - Cirurgia Torácica - Geriatria - Neurologia
VI	<p>Estadual</p> <p>Polo Estadual Inclui bloco 33</p>	<p>Todos os procedimentos anteriores e mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos por prof. de nível superior - Cirurgias Ambulatoriais - Procedimentos Traumatológico-ortopédicos <ul style="list-style-type: none"> - Odontologia - Patologia Clínica - Anatomocitopatologia - Radiodiagnóstico ou Ultrassonografia <ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico - Fisioterapia - Terapias especializadas <ul style="list-style-type: none"> - Anestesia - Radioterapia - Quimioterapia - Ressonância Magnética - Medicina Nuclear - Radiologia intervencionista 	<p>Todas as clínicas e referência macrorregional para cobertura de macrorregiões além de sua capacidade instalada</p>	<p>Todas os anteriores e mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Genética - Traumatologia II

Fonte: MINAS GERAIS, 2002, p. 6-8. **Legenda:** (1) Procedimentos da tabela SIA/SUS descritos na NOAS 1 e 2 como EPM. (2) Procedimentos da tabela SIA/SUS descritos na NOAS como EPM2.