

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

***“O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais”***

*por*

***José Veloso Souto Junior***

*Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.*

*Orientador: Prof. Dr. José Mendes Ribeiro*

*Rio de Janeiro, novembro de 2010.*

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

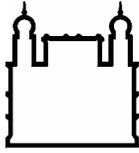
Catálogo na fonte  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca de Saúde Pública

S728 Souto Júnior, José Veloso  
O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em  
Minas Gerais. / José Veloso Souto Júnior. Rio de Janeiro: s.n., 2010.  
129 f., tab., graf., mapas

Orientador: Ribeiro, José Mendes  
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio  
Arouca, Rio de Janeiro, 2010

1. Regionalização. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Descentralização.  
4. Consórcios de Saúde. I. Título.

CDD - 22.ed. – 362.10425



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

*Esta dissertação, intitulada*

***“O papel da CIB/MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais”***

*apresentada por*

***José Veloso Souto Junior***

*foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:*

Prof. Dr. Roberto Passos Nogueira

Prof. Dr. Marcelo Rasga Moreira

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro – Orientador

*Dissertação defendida e aprovada em 30 de novembro de 2010.*

## DEDICATÓRIA

À D. Rayone, Sra dos meus encantos, que caiu dos céus para iluminar o meu caminho. E a memória dos meus pais que saíram cedo inesperadamente do teatro da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos os amigos do CONASEMS, em especial a Ênio, Nardi, Marcus, Nelsão e ao Gilson Carvalho, pela compreensão e apoio.

As amigas da SES/MG, Myrian Araújo, Iveta Malaquias e Anaíde Silva pelo apoio e ajuda de sempre.

Aos meus colegas e professores e ao meu orientador José Mendes Ribeiro, que na arte do encontro, souberam encaminhar os nossos relacionamentos de forma amigável e serena.

### **Martim Cererê**

Lá lá lá lá lauê	Tudo era dia
Fala Martim Cererê	O índio deu a terra grande
Lá lá lá lá lauê	O negro trouxe a noite na cor
Fala Martim Cererê	O branco a galhardia
	E todos traziam amor
Vem cá Brasil	
Deixa eu ler a sua mão	Tinham encontro marcado
menino	Pra fazer uma nação
Que grande destino	E o Brasil cresceu tanto
Reservaram pra você	Que virou interjeição
Fala Martim Cererê	
Lá lá lá lá lauê	Lá lá lá lá lauê
Fala Martim Cererê	Fala Martim Cererê
Lá lá lá lá lauê	Lá lá lá lá lauê
	Fala Martim Cererê [...]

### **Zé Catimba e Gibi**

SOUTO JÚNIOR, José Veloso Souto. O Papel da CIB/MG no Processo de Regionalização do

SUS em Minas Gerais. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas). Fundação Osvaldo Cruz – Ipea - ENSP, Brasília, 2010.

## RESUMO

**Introdução:** Trata-se da descrição do papel da CIB-MG no processo de regionalização do SUS em Minas Gerais, desde sua criação e constituição. Relata o histórico do seu desenvolvimento, capilarização e empoderamento como lócus de co-gestão do sistema estadual de saúde, seu *modus operandi* (os Planos Diretores de Regionalização), os pactos nela gerados relativos ao processo de descentralização e regionalização através da constituição das macro e microrregiões de saúde e suas respectivas CIBs. **Objetivo geral:** Descrever como a CIB/MG contribuiu para o processo de regionalização em Minas Gerais, no período de 2004 a 2007. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo, utilizando como técnica principal o Estudo de Caso descritivo simples. **Resultados e Discussão:** Os achados das atas demonstram que a CIB/SUS/MG desenvolve um trabalho significativo na discussão das políticas de saúde do Estado. Tem elevado grau de participação de gestores e técnicos estaduais e municipais, bem como de representantes de consórcios intermunicipais de saúde nas suas pactuações e deliberações. Mantém também relações verticais com as CIBs macro e microrregionais e a CIT. Há um alto grau de liberdade e horizontalidade na definição dos pontos de pauta e grande participação, tanto numérico como representativo dos atores das esferas de governo. Entretanto, ainda se configura um quadro que permite a predominância de interesses de regiões de maior poder econômico e político, tanto na repartição dos recursos, como na manutenção do *status quo* do sistema e do modelo atenção de atenção à saúde. **Considerações Finais:** A CIB/SUS/MG desempenha um papel de fundamental importância para o sistema estadual de saúde de Minas Gerais, sendo um espaço de debate democrático de idéias e de opiniões. Carece, entretanto, de um amadurecimento que possibilite uma predominância dos princípios que visem à busca de uma mudança de modelo de atenção, voltados para a consolidação de uma atenção primária forte e resolutiva. Carece também de maior capacidade de intervenção na disputa entre os interesses públicos e privados, através de controle da agenda e da pauta da CIB, buscando discutir a construção do SUS com base nas necessidades da população e não sob a imposição da oferta de serviços.

**Palavras chaves:** regionalização, CIB, descentralização.

SOUTO JR, Jose Souto Veloso. The Role of the CIB / MG in the Process of Regionalization of public health in Minas Gerais. 2010. Dissertation (Professional

Master in Development Policy and public). Oswaldo Cruz Foundation - IPEA - ENSP, Brasilia, 2010.

## ABSTRACT

**Introduction:** This is the description of the role of the CIB-MG in the process of regionalization of public health in Minas Gerais since its creation and constitution. It chronicles the history of its development, empowerment and capillarization as a locus of co-management of the state health system, its modus operandi (Masterplans Regionalization), it generated the covenants relating to the process of regionalization and decentralization through the establishment of macro and micro health and their CIBs. **General Objective:** To describe how the CIB / MG has contributed to the regionalization process in Minas Gerais in the period 2004 to 2007. **Methodology:** This is a qualitative study using the technique as the main descriptive single case study. **Results and Discussion:** The findings of the minutes show that the CIB / SUS / MG develops significant work in the discussion of health policies in the state. Has high degree of participation of managers and technical state and municipal as well as representatives from Health Consortia in their agreements and resolutions. It also maintains relations with the vertical CIBs macro and micro-regional and CIT. There is a high degree of freedom and the horizontality of the points of agenda setting and great participation, either numeric or representative of the actors from the spheres of government. Nevertheless, it still sets a framework for the predominance of the interests of regions of greater economic and political power both in the allocation of resources, as in maintaining the status quo and the system of care model of health care. **Conclusion:** The CIB / SUS / MG plays a fundamental role for the state health system in Minas Gerais, an area of democratic debate of ideas and opinions. It lacks, however, a maturation that allows for a predominance of principles that aim to search for a paradigm shift of attention toward the consolidation of a strong primary care, and efficient. Also requires greater capacity to intervene in the dispute between the public and private interests, by controlling the agenda and the agenda of the IWC, discussing the construction of SUS based on population needs and not under the charge of service provision.

**Keywords:** regionalization, CIB, decentralization.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Mapa das Regiões de Consórcios Intermunicipais de Saúde Minas Gerais.....	48
Figura 2 -	Mapa das macro e microrregiões de saúde de Minas Gerais.....	51
Figura 3 -	Freqüência da produção hospitalar de cardiovascular de Minas Gerais, do período de 2004 a 2009.....	99
Figura 4 -	Valor deflacionado da produção cardiovascular de Minas Gerais, do período de 2004 a 2009.....	100
Figura 5 -	Freqüência da produção hospitalar de urgência e emergência de Minas Gerais, do período de 2004 a 2009.....	101
Figura 6 -	Valor deflacionado da produção hospitalar de urgência e emergência de Minas Gerais, freqüência e, do período de 2004 a 2009.....	101
Figura 7 -	Freqüência da produção hospitalar de oncologia de Minas Gerais e valor deflacionado, do período de 2004 a 2009.....	102
Figura 8 -	Valor deflacionado da produção hospitalar de oncologia de Minas Gerais, freqüência e valor deflacionado, do período de 2004 a 2009....	102

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Percentual de aplicação de recursos próprios em saúde - EC 29, no Estado e municípios de Minas Gerais, do período de 2002 a 2009.....	104
Tabela 2 -	Percentual de aplicação de recursos próprios em saúde - EC 29, dos municípios pólo macrorregionais de Minas Gerais, do período de 2002 a 2009.....	105

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1 Federalismo.....	14
2.2 Descentralização.....	18
2.3 Regionalização e o Papel da CIB.....	28
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>32</b>
3.1 Desenho do Estudo.....	32
3.2 Delimitação do Objeto .....	33
3.3 Fonte de Dados.....	33
3.4 Caminhos da Pesquisa.....	34
3.5 Plano de Análise.....	35
3.6 Limitações do Estudo.....	36
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
4.1 O Papel da CIB - MG no Processo de Regionalização: Um Resgate Histórico.....	37
4.2 Os Consórcios Municipais de Saúde no SUS de Minas Gerais.....	43
4.3 A Regionalização na Perspectiva do PDR.....	51
4.4 O Papel da CIB na Regionalização: um Relato das Atas.....	56
4.5 Evolução da Oferta de serviços: Produção e Financiamento.....	98
4.6 Recursos Investidos em Minas Gerais: Municípios X Estado.....	103
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>106</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>119</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>120</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde - SUS constitui-se um projeto social único que nasceu da reconstrução do Estado democrático na década de 80, com a Constituição Federal de 1988, que instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção e proteção. Surgiu para garantir o acesso igualitário e integral da assistência a saúde a todos os brasileiros, no momento em que o cenário econômico internacional já havia se modificado, representando, portanto um movimento contra-hegemônico. É fruto de uma construção coletiva envolvendo, principalmente, os grupos sociais, a articulação acadêmica e corporativa de renovação médica (SCOREL, 1998).

O SUS está orientado para que as ações e serviços públicos sejam estruturados em uma rede Regionalizada e Hierarquizada. Estes dois últimos princípios abrigam a concepção de organização do SUS, que prevê ainda as diretrizes: Descentralização, com comando único em cada esfera de governo; Integralidade, com prioridade para as ações preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e a Participação da Comunidade (BRASIL, 1988).

São pretensões ambiciosas, retratos de uma era de reconquista democrática e também de fortes expectativas, que nem sempre são fundadas na realidade. Tais contradições são frutos de transformações políticas, econômicas e culturais que se desencadearam durante a década da constituinte e principalmente a década seguinte. A legítima ambição dos constituintes, no momento da elaboração da Carta Magna, e depois da Lei Orgânica da Saúde, pode não ter encontrado campo propício para as suas aspirações, questão que é latente na área da saúde (GOULART, 2008).

Com duas décadas de implantação do SUS percebe-se grandes avanços e desafios para sua consolidação, considerando os princípios constitucionais. Dos avanços destaca-se à ampliação do acesso, sobretudo no nível primário, através de ações incrementalistas para o acesso universal. Entretanto, como desafios estão a regionalização e a integralidade não conquistadas, configurando uma descentralização incompleta e parcial (ELIAS, 2001).

Segundo Campos (2007) uma das evidências na não implementação do SUS se dá pela regionalização e integração entre municípios e serviços serem quase virtual. Da mesma forma, Santos (2007) enfatiza a implantação da regionalização com um dos eixos estratégicos para vencer parte dos desafios do SUS. Pestana & Mendes (2005), abordam a regionalização como uma nova forma de descentralização do SUS: a regionalização cooperativa.

A regionalização pressupõe uma forma de organização do Sistema de Saúde, com base populacional e territorial, que busque uma distribuição de serviços e promova equidade do acesso, qualidade, otimização dos recursos e racionalidade dos gastos. A regionalização constitui uma estratégia para corrigir desigualdades no acesso e a fragmentação do serviço de saúde, por meio da organização funcional do Sistema e com definição das responsabilidades sanitárias (BRASIL, 2006).

Para Barcelos et al (2008) a regionalização pode ser definida também como recortes territoriais identificados a partir de identidades econômicas, sociais e culturais. Nestes termos a região se impõe como espaço de manifestação da solidariedade entre os parceiros que compartilham a gestão do Sistema. Solidariedade e sinergia necessárias para a concretização do SUS, em seu plano operacional, representando o aprimoramento das mediações entre os níveis de comandos e co-gestão dos serviços.

Ao longo da implantação e desenvolvimento do SUS um rol de Leis, Normas e Portarias foram sendo instituídas para determinar as regras e os mecanismos desse processo em todo território nacional, com destaque para: Leis Orgânicas da Saúde de 1990; Normas Operacionais Básicas de 1993 e de 1996; Norma Operacional de Assistência à saúde de 2001 e 2002. Entretanto, a expectativa por novos e maiores recursos para viabilizar a saúde, resultou-se em frustração, principalmente, por parte dos municípios que sofriam de perto com os problemas da falta de recursos versus aumento crescente das demandas da saúde.

Em 2004 iniciou-se a discussão em volta da construção de um Pacto de Gestão, visando superar os impasses do sistema sem novos recursos. Em 2006 este pacto é consolidado como Pacto pela Saúde, em que se propôs, dentre outras estratégias, a criação de Colegiados de Gestão Regional buscando capilarizar para as microrregiões as instâncias de pactuação visando fortalecer um dos principais instrumentos de inovação da gestão do SUS, as Comissões Intergestoras Bipartite-CIB (estaduais) e a Comissão Intergestora Tripartite - CIT (nacional). Criadas como

arenas de construção de “consensos” e de pactuações de políticas, de programas e de ações assistenciais e de gestão, pelas três esferas de governo. Através da Norma Operacional Básica – NOB/93, elas seriam o *locus* de condução do processo de regionalização nos estados (SANTOS, 2007), como veio a ser denominada no instrumento do Pacto de Regionalização Solidária e Cooperativa (BRASIL, 2006).

Levcovitz et al (2001) pressupõem as Instâncias de pactuação como elemento essencial para o fortalecimento e efetivação do processo de descentralização, regionalização e integração do sistema em rede, dada à urgência de se romper, no SUS, com a lógica de organização do sistema fragmentado (LEUCOVITZ et al, 2001) voltado para a lógica do pagamento procedimental, que não traduz nas necessidades da população.

A CIB é o *locus* de co-gestão do sistema estadual de Saúde, onde deve ser discutida a política estadual e municipal de saúde, onde deve se discutir a política de saúde de todo o Estado, envolvendo o seu planejamento, execução e avaliação, bem como atuar fortemente para a operacionalização das políticas pactuadas. A CIB se constitui então como espaço institucional de relações, pactuação e gestão intergovernamental, imprescindível para a interação e articulação em redes dos diversos órgãos e esferas de governo nas áreas política, administrativa e interorganizativas. São, assim, indispensáveis para o aperfeiçoamento da gestão do SUS nas macro e micro-políticas necessárias para o melhor desempenho das ações, tanto no que diz respeito à assistência como nas ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção das doenças, essenciais ao sistema público de saúde.

É neste contexto, que propomos estudar o papel da CIB no processo de regionalização da saúde em Minas Gerais. A regionalização se apresenta como um aspecto fundamental para a estruturação de um sistema de saúde de um país federativo, com maior intensidade para um país com as dimensões, as especificidades regionais e as peculiaridades da federação Brasileira, trina e, marcada pelo horizontalismo nas relações entre os entes federados, além da autonomia, conforme determina nosso texto constitucional de 1988.

O interesse pelo tema surgiu da observação do autor nos vinte anos de militância e trabalho à frente da gestão municipal do SUS em Minas Gerais, onde participou ativamente da discussão, formulação e implementação dos principais políticas e programas. Neste momento o autor reconhece e explicita o grau de

implicação com o objeto pelos anos de experiência e também de implicação com o objeto.

Das experiências acumuladas e olhares em todo o país o autor ressalta a grande capacidade de articulação e funcionamento da CIB de Minas Gerais, que lhe dá um motivo a mais para estudá-la. Uma condição desafiadora, que reforça a sua escolha é a heterogeneidade do Estado, das “muitas minas” e do alto dos seus 851 municípios.

Portanto, a importância deste estudo se dá pela necessidade de se conhecer o papel desta instância de pactuação no processo de regionalização do SUS de Minas Gerais, base fundamental da busca de compreender os desafios e os avanços da implantação da regionalização, entendendo-o como parte importante do processo de descentralização, com vistas ao fortalecimento do SUS.

O objetivo geral deste trabalho é descrever como a CIB/MG contribuiu para o processo de regionalização em Minas Gerais, no período de 2004 a 2007. Os objetivos específicos são: descrever o histórico da criação e funcionamento da CIB/MG; analisar se as decisões tomadas na CIB apontam para a Regionalização do SUS em Minas Gerais; e identificar como se deu a construção de alguns programas específicos no estado, enfatizando a participação da CIB/MG e a oferta de serviços descentralizados, por regiões em Minas Gerais, em redes temáticas específicas, oriundas das deliberações da CIB/MG no período estudado.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Federalismo

Para buscarmos entender as relações intergovernamentais, as pactuações, os arranjos e as decisões coordenadas, faz-se necessário avaliar antecipadamente, o sistema de governo, a formalidade jurídica, legal e normativa que regula o grau de centralização ou de descentralização das políticas públicas e o tipo de governança adotado nas suas excussões no âmbito do Estado.

Os sistemas ou tipos de governos contemporâneos são analisados, principalmente, no aspecto das relações de autonomia política, entre os entes governamentais, podendo ser classificados como unitários ou federativos sendo que estes últimos se caracterizam por relativo grau de autonomia política dos entes federados sub -nacionais que são considerados e tem estatutos de estados membros, ou seja, os municípios e estados (SOUZA, 1996).

O federalismo é uma forma de governo para a qual a autoridade de governo é compartilhada entres os níveis de governo, sendo que no Brasil entre os três, municipal, estadual e federal. O federalismo hoje abrange 28 países e 40% da população mundial (ANDERSON, 2009).

O federalismo brasileiro é estudado por diversos autores, em várias áreas de conhecimento, quase sempre enfocando a sua área temática. Uma visão histórica mais abrangente pode ser vista na abordagem, que entendemos melhor se adaptar ao escopo da nossa pesquisa, feita por Souza (2009, p. 11).

Há mais de um século, o Brasil adotou o federalismo como uma das suas instituições políticas. Desde então [...] Durante a vigência das sete constituições que regeram as instituições brasileiras após a república, as regras relativas ao federalismo, embora fazendo parte do corpo constitucional, foram sendo modificadas a partir de mudanças dos contextos econômicos, do papel e das funções dos três níveis de governo, neste ultimo caso transformando também as relações intergovernamentais. Assim, o federalismo brasileiro adaptou-se as agendas de outros sistemas, como o político e macroeconômico.

A despeito das adaptações e do reconhecido fortalecimento da federação após a redemocratização, o federalismo brasileiro permanece submetido à várias

tensões. Entre estas tensões, destacam-se: A) a federação está assentada em alto grau de desigualdades entre as regiões, estados, municípios e, até mesmo, no interior dos municípios; B) a federação conta com escassos mecanismos de coordenação e cooperação intergovernamentais, tanto verticais como horizontais, coibindo a criação de canais de negociação que tornem a ação coletiva entre os entes federados mais baseada na cooperação e em regras operacionais, do que na coerção das regras legais e constitucionais (SOUZA, 2009, p. 12).

As dificuldades e os desdobramentos históricos do federalismo brasileiro podem ser abordados por diversos ângulos e aspectos. Nunes (1997) discute a existência de quatro padrões institucionalizados de relações que estruturam os laços entre sociedade e instituições formais no Brasil: *Clientelismo*, *Corporativismo*, *Insulamento Burocrático* e *Universalismo de Procedimento* as quais ele denomina de “gramática”. Explica que a operacionalização do *clientelismo* repousa em uma rede de relações que perpassam os partidos políticos, burocracias e *cliques* que contam com vasta rede de corretagem política do alto escalão, da metrópole até os pequenos municípios. Os privilégios vão desde os empregos, até os símbolos criados para favorecer o acesso ao poder, que impregnam as instituições do Estado e que se mantêm fortes até nos períodos democráticos. Desenvolve a idéia de que o *universalismo de procedimento* e o *insulamento burocrático* podem ser vistos como forma de enfrentamento e de compensação ao clientelismo. Os atores do estado sempre procuram insular aquilo que entendem como núcleo técnico, enquanto o universalismo de procedimento seria associado à cidadania plena e a igualdade perante a lei, que se opõe ao sistema de patronagem. O *corporativismo* reflete uma busca da racionalidade que desafia a natureza informal do clientelismo, inibindo a lógica de interesse autônomo do clientelismo, além de suprimir os conflitos políticos e de classe; estas teriam sido as aspirações dos seus primeiros ideólogos no Brasil.

O autor destaca a era Vargas como um longo período de *state building*, caracterizado pela intervenção na economia e pela centralização política e administrativa, aprofundadas no Estado Novo. Três novas gramáticas foram produzidas nesse período: Legislação corporativista, Insulamento Burocrático com novas agências e empresas estatais e universalismo com reforma do serviço público que interagiram e se amalgamaram com os arranjos clientelistas previamente existentes.

Schwartzman (1988) faz uma análise da relação do capitalismo ocidental e o *patrimonialismo* em dois níveis, um estruturalista e outro político. A sua abordagem estrutural se baseia na noção histórica de que existe uma linha de desenvolvimento histórico originário da Europa feudal que conduz às sociedades capitalistas ocidentais, modernas e desenvolvidas de hoje. Esta experiência tem embasado o entendimento de outro tipo de desenvolvimento histórico, que parte de outra variante de sistemas políticos tradicionais - o *patrimonialismo*, que conduz a um tipo radicalmente distinto de sociedades contemporâneas: algumas sub - desenvolvidas, outras socialistas, outras ainda autoritárias e fascista. O domínio da idéia, na ciência política, de que assim como existe desenvolvimento econômico, haveria também “desenvolvimento político”, a partir de crescimento contínuo de participação política, não leva em consideração o fato de que, instabilidade e autoritarismo não são necessariamente resultados de excesso de demandas, mas, talvez na maioria dos casos, conseqüência de uma reduzida capacidade social de articulação e representação de interesses, em um contexto de excessiva *concentração de poder na mão do Estado*, que suprime e coopta as tentativas de articulação social deixando-as dependentes do poder político. Nos sistemas patrimoniais tradicionais não havia diferença entre as esferas políticas e econômicas, também predominantes nas sociedades onde o aparato estatal é grande e antecede a organização social e, onde a busca, pelo poder, visa a posse de um grande patrimônio e o controle direto de um fonte substancial de riqueza. Relata uma relação íntima entre “patrimonialismo” como característica estrutural e cooptação política resumida na expressão “*patrimonialismo político*”. A expressão “cooptação política” sugere um sistema em que aqueles que controlam o sistema político têm meios para comprar ou cooptar os esforços de participação mantendo os vínculos de dependência entre os detentores do poder e as lideranças emergentes (SCHWARTZMAN, 1988).

Isso significa que a administração pública é vista como um bem em si e a sua organização governamental é um patrimônio a ser explorado de forma central, moderna, refinada e com habilidade necessária para “controlar o aparelho estatal”. No sistema de cooptação quanto mais íntimo a participação do líder na burocracia governamental, maior sua força política e eleitoral. Seu escopo abrange militantes da direita e esquerda, liberais e conservadores e esta perspectiva é um dos melhores

pontos de vista para o entendimento do processo político brasileiro através dos tempos.

Analisando as origens do federalismo brasileiro Abrúcio (1998) afirma que um dos *dilemas* constitutivos da formação e desenvolvimento do Estado nacional no Brasil é o da *centralização e descentralização do poder*. A colonização portuguesa não conseguiu criar uma centralização político-administrativa capaz de aglutinar e ordenar a ação de grupos privados instalados nas diversas regiões que compunham o território nacional (ABRUCIO, 1998). Com a independência, e mais especificamente com o segundo reinado, a solução imperial e unitária foi a vencedora, permitindo a formação de um poder central forte e evitando que o Brasil seguisse o caminho fragmentador da América hispânica. O legado do império foi neste sentido a unidade territorial, a busca da constituição de um sentimento de nacionalidade e, acima de tudo, a criação de duradouro *consenso entre as elites* sobre a necessidade de uma efetiva autoridade central (MERQUIOR,1992 apud ABRUCIO, 1998).

A Constituição de 1891, definidora da nova ordem republicana adotou a estrutura federativa, rompendo-se com a tradição do unitarismo imperial. Embora o principal idealizador da estrutura federativa, Rui Barbosa tivesse em mente o modelo americano de federalismo, as origens e a forma assumida pelo federalismo brasileiro foram bem distintas. Ao contrário da experiência americana, em que havia unidades territoriais autônomas antes do surgimento da União, no Brasil, como notara Rui Barbosa: *“tivemos União antes de ter estados, tivemos o todo antes de termos as partes”* (ABRÚCIO, 1998, p.32).

O federalismo brasileiro deve seu nascimento ao descontentamento ante o forte centralismo imperial. Surge então como resultado do clamor pela descentralização, o que deu um sentido especial a palavra federalismo no vocabulário político brasileiro, que persiste até hoje. Como aquela definida por Torres: *“Afinal, federalismo entre nós quer dizer apego ao espírito de autonomia; nos Estados Unidos, associação de estados para defesa comum”* (TORRES apud Abrúcio 1998, p. 32).

Antes mesmo da república e diante da fraqueza do estado nacional em controlar todo território nacional, a engenharia institucional do império fez do presidente de província o elo entre o governo central e as bases locais. *“Ao presidente da província cabia a função de garantir a maioria ao grupo que estivesse*

*no poder, fosse o Partido Conservador, fosse o Partido Liberal”* (VIANNA, 1987 apud ABRÚCIO, 1988 p 33). A autonomia da província, requerida desde então, significava o controle do processo eleitoral pela elite local o que é um marco da origem da federação brasileira, que vai influenciar fortemente o processo político nacional, caracterizando a Primeira República, principalmente a partir de Campos Salles como a “política dos governadores” que consolida o pacto federativo instituído pela Constituição de 1891. Ainda não se conseguirá êxito na busca de equilíbrio federativo, ficando a relação entre União e Estados desequilibrada pelo forte poder de Minas e de São Paulo e pelo fraco poder central, que para diminuir suas fragilidades iniciou pactos com os estados mais pobres e distantes da capital. A alternância entre centralização e descentralização, em 30 com Vargas, em 46 com a nova Constituição, em 64 com o regime de exceção, em 86 com a Nova República e 88 com a constituição, e posteriormente, nos meados dos anos 90, com a forte revisão constitucional, será um contínuo na história brasileira e irá marcar muito o Estado e as Políticas Públicas.

## **2.2 Descentralização**

A descentralização, como tangenciamos na perspectiva de Abrúcio (1988), é um dos elementos fundamentais da discussão do processo histórico, econômico e sociológico brasileiro, não sendo marcada como uma política perene e definitiva de Estado, mas sendo políticas de governo, de épocas e de adaptações do Estado ao contexto político econômico, interno e externo.

Exatamente por não constituir um movimento rígido e sereno e ser caracterizado mais por ser um processo social cuja dinâmica e substância são estabelecidos pelos determinantes citados anteriormente, é que torna mais complexa a definição e conceituação da descentralização.

Historicamente, diversas abordagens são feitas na análise do próprio SUS. Neto (1997) afirma que a descentralização tem sido tratada historicamente, na nossa cultura institucional, sob o aspecto administrativo, eufemístico. Cita o decreto-lei nº 200 do regime militar, como exemplo de instrumento que dizia promover a descentralização, mas que somente promoveu a desconcentração, que não

transferiu poder de decisão para as outras esferas. Preconiza que na perspectiva do SUS a descentralização teria outra conotação, a de que o poder de decisão estaria sendo repassado para aqueles atores reais que estariam o mais próximo possível de onde acontecem os fatos, o que, do seu ponto de vista, significava dar caráter ético às decisões. Alerta que o processo seria longo e difícil, pois pressuporia não só as mudanças nas culturas institucionais, mas também *no autoritarismo, no clientelismo e no patrimonialismo*. A descentralização teria de ser compreendida como uma diretriz eminentemente política, e para sua efetivação, teria que ser superada não só as dificuldades já citadas, mas, o próprio imobilismo e acomodação das demais esferas de governo (NETO, 1997).

A problemática da descentralização trata, fundamentalmente, da distribuição do poder e da atribuição de competências às diferentes esferas de governo, que indicariam o grau de centralização e descentralização de um sistema, sendo um fenômeno de diferentes gradações onde as variáveis não são puras nem rígidas (TEIXEIRA et al, 1995).

A descentralização se apresenta nas práticas sociais com graus e formas distintas e baseadas na tipologia que propõe quatro formas de descentralização em que esta é dividida em: *desconcentração, devolução, delegação e privatização*. A *desconcentração* consistindo no deslocamento de algumas responsabilidades administrativas para níveis hierárquicos diferentes sem a transferência de poder decisório, que podemos entender como esferas de governo ou nível sub-nacional. A *devolução* consistindo na transferência de poder para outro nível sub-nacional que adquire assim autonomia política e administrativa. A *delegação* envolvendo estado e sociedade civil, em que o Estado transfere responsabilidades gerenciais para organizações não governamentais, que continuam com financiamento e regulação estatais. A *privatização* é a transferência de instituições estatais para a iniciativa privada, sob domínio das regras de mercado (RONDINELLI et al, 1983 apud PESTANA & MENDES, 2004).

Pestana & Mendes (2004) advogam que o processo de descentralização do SUS foi uma combinação de três mecanismos: A) a desconcentração para as secretarias de estado da saúde e algumas secretarias municipais de grandes municípios; B) a devolução foi realizada em função do grande volume de serviço do SUS ter sido repassado aos municípios; C) e a delegação se dá pela forma de

compra de serviço e pelo número de prestadores hospitalares e privados serem muito significativo.

Apesar de ser uma proposta antiga, que remonta aos anos 50 e à década seguinte, ter sido apresentada pelo ministro Wilson Fadul, na 3ª Conferência Nacional de Saúde (FADUL, 1978), o conceito de descentralização em saúde no SUS, sempre foi muito ligado aos processos de redemocratização e municipalização, como historicamente vêm sendo construídas através das Conferências Nacionais de Saúde e pela implantação das NOBs. Uma excessiva polarização entre União e municípios acabou por inibir o papel dos estados. Sem esquecer a advertência do Eleutério sobre o imobilismo e acomodação das esferas de governo, não se pode ignorar as implicações do federalismo fiscal do início dos anos 90 e suas repercussões nos estados e na capacidade de sustentabilidade das políticas públicas neste dado período histórico. Ponto de vista que pode explicar melhor a dificuldade de entender o papel dos estados no SUS, altamente limitados devido ao ajuste fiscal e de caixa daquele momento (TREVISAN, 2007).

A ênfase na descentralização é acentuada no texto constitucional em diversos capítulos de variadas áreas. A descentralização foi uma reação histórica à centralização ocorrida no regime militar, tornando-se assim uma bandeira de luta e um eixo central da Constituição, conforme sintetizamos no Quadro do **Anexo I**.

A descentralização, legítima ambição dos constituintes que pode não ter encontrado campo propício para os seus desideratos, isso é latente na área da saúde. Segundo Goulart (2008) teria contribuído para isso não só os fenômenos sócio-econômicos já citados, mas também a fragmentação das decisões políticas e sua lentidão, seus desencontros e incoerências. O autor avalia o processo de descentralização da saúde desde seu marco conceitual até o próprio processo de busca da sua efetivação através da implantação das normas operacionais. Sua busca de fundamentos se remonta ao entendimento de Bobbio (1992) de que centralização e descentralização não são instituições jurídicas únicas, mas formulações relativas a possíveis modos de ser dos aparelhos administrativos. Representam valores entrelaçados, entre os quais se estabelece uma troca contínua, sendo que todos os ordenamentos jurídicos conhecidos são parcialmente (e imperfeitamente) centralizados e descentralizados.

Tais diferenças não são apenas quantitativas, remetendo a discussão para a distinção entre a descentralização administrativa e aquela efetivamente política,

mais factível nas federações. Costuma ser um dilema mal resolvido, pois as obrigações do Estado federado vigoram imperfeitamente face ao recorte das regiões, que não dispõe efetivamente de uma real independência face ao governo central como, aliás, é o caso brasileiro (ABRUCIO & SOARES, 2001).

Outra perspectiva é a que relaciona positivamente descentralização com liberdade pluralismo e democracia, o que remonta a falsa dicotomia entre centralização e descentralização, categorias que não chegam a ser contrapostas. Arretche (1997) destaca o aparente paradoxo no processo de descentralização, tal como tem se desenvolvido no Brasil, tem evidenciado: o eventual sucesso das medidas descentralizadoras supõe o fortalecimento das capacidades institucionais e administrativas – e, portanto, do poder decisório – do governo central. Argumentando ainda que, não existem garantias de fato, de que os benefícios das políticas descentralizadoras são sempre distribuídos com equidade.

A autora questiona a experiência brasileira e aponta, particularmente na área da saúde, uma expansão seletiva das funções do governo central, com fortalecimento da condução e da regulação das políticas decorrentes do próprio processo da descentralização.

Nem por isso a autora deixa de destacar as ações políticas positivas para a descentralização: coordenação, incentivo, indução, cálculo, escolha, decisão, associadas as dimensões estruturais e institucionais. A redemocratização e descentralização pós anos 80, fortaleceu sobremaneira o poder político dos entes sub-federados, mas não acarretou uma distribuição uniforme dos benefícios da descentralização, impossível em um país tão vasto em tamanho como nas desigualdades sociais e regionais. A discussão do federalismo implica em detalhamento de certos aspectos indissociáveis do mesmo: poder local, autonomia e redes federativas.

Falar de descentralização implica em considerar associadamente a questão do federalismo, aspecto relevante no Brasil, pelas características inéditas, de forte autonomia/soberania de seus entes constituintes como já ressaltamos anteriormente com Souza (1996), as transferências de atribuições e competências encontram-se diretamente relacionadas com as chamadas barganhas federativas. A autora propõe fatores que permitiriam entender e explicar a Descentralização no Brasil: a) estruturais, como a capacidade fiscal e a capacidade administrativa; b) institucionais, as políticas prévias, as regras constitucionais e a engenharia

operacional inerente a prestação de bens e serviços; c) ação indutiva das esferas de governo interessadas em transferir responsabilidades; d) tradição de participação política local, ou cultura cívica.

Assim, as relações governamentais, a autonomia local e os efeitos da descentralização variaram muito, dependentes das forças políticas locais que varia em cada época e circunstância da cena política estadual cujo município está vinculado.

Quanto à autonomia, Abrucio & Soares (2001) ressaltam ser uma questão complexa e mal resolvida no Brasil, cabendo indagar de qual descentralização realmente se fala. Estes autores apontam para a necessidade de se direcionar o foco para os mecanismos de coordenação entre governo, com busca num equilíbrio fundado na diversidade e moldada permanentemente pelos princípios contratualistas versus o viés competitivo entre os entes da federação brasileira.

Assim recuperamos a idéia das relações inter-governamentais (RIG) e da gestão inter-governamental (GIG) surgidos na década de 30 como fruto da reflexão sobre o sistema federal dos Estados Unidos da América e passou a ser utilizado com o advento do *New Deal*, segundo Wright (1997). Retomadas sob novas denominações de Pacto Interfederativo com criação de instituições, políticas e práticas entre níveis de governo de modo a reforçar os laços entre os entes sem prejuízo do pluralismo e das autonomias.

Abrúcio & Soares (2001) preconizam também o revigoramento da consciência regional como um dos aspectos favoráveis à manutenção e ampliação da cooperação intermunicipal e da formação de redes.

Abordando a relação entre entes federados, sem deixar de destacar os paradoxos da política de descentralização, que precisou se apoiar em forte indução estratégica central, Viana (2001) lembra que estas estratégias não foram unicamente constrangedoras aos níveis sub-nacionais de governo, abrindo espaços de negociação e de pactuação, com novos ordenamentos e novos atores no cenário, uma transição para um novo pacto federativo em curso no país com reflexos notáveis na área da saúde.

Após 1990 houve de fato uma progressiva transferência de ações e serviços estatais do centro para a periferia, sob controle da esfera central. A principal mudança seria restrita ao plano administrativo, parcial, incompleta e essencialmente conservadora, dado o controle político e financeiro da esfera central (ELIAS, 2001).

Dessa essencialidade decorreriam às formas de financiamento vigentes, determinantes das políticas de saúde tradicionais, que a descentralização não interrompeu, ao contrário, reforçou (GOULART, 2009). Para este autor as normas operacionais já nasceram marcadas pela e para a transitoriedade, cada uma ganhou certa coloração ideológica. As NOBs de 91 e 92 foram associadas ao governo Collor e a um momento centralizador da política de saúde, ainda capitaneada pelo INAMPS. A NOB de 1993, principalmente na visão dos seus autores, dos mais fundamentalistas da reforma sanitária, veio para marcar o renascimento na saúde e seu lema muito adequadamente foi *a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*. Os defensores da NOB 96 falam dos avanços conseguidos com o PAB. Da NOAS 2001-2002 ficou a não aplicação, ou a semi-aplicação.

As discussões sobre um pacto pela saúde iniciaram em 2004, no Congresso do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS ocorrido em Natal - RN, em março de 2004, cuja carta final pedia um SUS pós – NOB. Entretanto, efetivamente, a primeira grande rodada de negociações se deu em agosto do mesmo ano, a chamado do Secretário Executivo do Ministério da Saúde da época, que preferiu realizá-la no prédio ao lado do MS, o famoso bolo de noiva do Ministério do Exterior, tudo para não melindrar o então Ministro que desconhecia o assunto.

Durante os dois anos seguintes o MS, CONASS – Conselho Nacional das Secretarias Estaduais de Saúde de e CONASEMS discutiram semanalmente o que seria inicialmente o Pacto de Gestão do SUS e veio a se tornar Pacto pela Saúde, agora dividido em Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS atendendo a demanda do novo Ministro. Em 2006, através da portaria 399/GM, nasceu o Pacto, que até o momento teve pouco ou nenhum resultado, como pouca prioridade nas gestões estaduais e na federal. Consumado já pela gestão da saúde federal transferida ao PMDB, cujos primeiros ministros ainda o apoiaram inicialmente, mas que no segundo governo não foi prioridade da gestão, como também não foi para uma boa parte dos estados que têm um papel crucial no processo proposto.

Alguns analistas da descentralização sob as NOBs e as portarias apontam avanços: a transição dos modelos de descentralização de uma forma tutelada e convenial até a descentralização com regionalização com resgate do papel dos estados e partilha das funções dos entes federados; incremento do papel da gestão

local, da capacidade gerencial e de produção de serviços, com aumento da força de trabalho, do dispêndio municipal com saúde; abertura de espaços de negociação e de pactuação de interesses na área, originando novos ordenamentos além da emergência e fortalecimento de novos atores e centros de poder na arena política; avanços na organização e descentralização político administrativa e mudanças na Atenção Básica com o advento do PAB; ampliação das transferências fundo a fundo, de incentivos financeiros e de maior autonomia do gasto para a maioria dos municípios e estados; ampliação e fortalecimento das ações de regulação, controle e avaliação e aumento do emprego da PPI – Programação Pactuada e Integrada.

Os menos otimistas entendem as NOBs como: retardadoras da operacionalização das Leis e do cumprimento dessas e até como flagrante desobediência a elas, coroando um processo burocrático recentralizador, com hegemonia quase absoluta do Ministério da Saúde, havendo uma discreta divisão de poder com os estados e municípios (CARVALHO,2001); a de redefinidoras incorretas das funções de governo que levou a uma maior fragmentação da gestão do sistema segundo níveis de complexidade da assistência, subtraindo ao gestor municipal poder de decisão; o entendimento de que o pacto federativo que vigora no Brasil é fruto de um modelo econômico que sufoca o equilíbrio orçamentário das esferas de governo; a tênue combinação de políticas de gestão descentralizadas com mecanismos políticos de participação e negociação entre as partes para que seja possível ampliar e aprofundar a democratização da gestão pública. Um aspecto é quase unanimidade para a maioria dos analistas: a verdadeira colcha de retalhos dos instrumentos de regulação e indução emanados pelo governo federal ao longo do processo de implantação do SUS, também chamados de *cipoal de normas desencadeado pelo furor normativo* do Ministério da Saúde.

Extrapolando as normas, no contexto das mudanças do papel de Estado brasileiro a partir da década de 90 é evidente a sua perda de capacidade de formular e implementar políticas nacionais de desenvolvimento, focalizando o ajuste fiscal.

A necessidade de um acompanhamento do SUS mais intenso e mais qualificado mediante estabelecimento de etapas e metas passíveis de serem cumpridas, mesmo considerando o denso e complexo labirinto de normativo vigente, além da não superação da imposição de modelos baseados na oferta, em conflito permanente com as necessidades da população, constituem, conforme observa

Santos (2007), aspectos extremamente problemáticos no processo de descentralização que não escapa às contradições decorrentes da existência de uma política implícita apenas nas entrelinhas versus a uma outra explícita, traduzida nas linhas constitucionais e da legislação complementar.

Percebendo-a como uma reforma incompleta, de implantação heterogênea e desigual Campos (2007) defende a necessidade de uma autêntica revolução cultural na saúde, com reais mudanças do padrão de gestão onde a autonomia dos entes federados seja ligada as suas responsabilidades sanitárias.

Semelhantemente, Solla (2006) defende a necessidade de reformulação em aspectos substanciais do processo de descentralização, tendo como aspecto paradigmático o projeto de “Lei de Responsabilidade Sanitária” que aponta para um modelo de contratualização, entre gestores, isso faria com que a responsabilidade deixasse de ser uma mera decisão do gestor local com a concordância dos demais, passando a ser assumida de modo negociado, com criação de capacidade progressiva de gestão, o que daria base legal aos pactos criados a partir de 2004.

Goulart (2008) questiona se não seria melhor conduzir a política de descentralização no SUS de maneira mais modesta e realista, de forma a se instalar um processo fundamentado na negociação entre gestores, envolvendo Estado e Sociedade. Denomina-o também de um jeito pós - NOB, também pós-burocrático, criativo e dinâmico, rejeitando assim o que chama de “*um SUS esculpido a golpes de portaria*”.

A estratégia da descentralização se explica pelo próprio momento da constituição do SUS, quando a descentralização de recursos, competências e responsabilidades para os estados e municípios foram identificadas, no discurso contra o regime militar e o autoritarismo, com a ampliação da democracia e a eficiência governamental. Longe de representar um recurso para desmantelamento do Estado, na perspectiva liberal, teve o significado de unificar os discursos de diferentes atores políticos interessados em ampliar a sua participação nas arenas política decisórias principalmente governamentais, e no bolo tributário.

No entanto, a simples descentralização não é suficiente para a instituição de um sistema nacional de saúde principalmente em um estado federativo e, mais ainda, em uma federação trina com os níveis de expectativas de autonomia criados com a constituição cidadã, conforme já abordamos na introdução. O caso da saúde é abordado neste mesmo entendimento por Viana (1994, p 18), textualmente:

O que é relevante, no caso da saúde, não é apenas o processo de descentralização, mas a tentativa de formação do sistema nacional de saúde [...] de relacionamento entre as esferas de forma a ocorrer integração articulação e regionalização entre os serviços, instituições e níveis de governo [...] diferentes níveis de governo em um tipo específico de integração e articulação. O sistema é composto pelas instâncias de governo e seus serviços, organizados de forma integrada e complementar, obedecendo a uma lógica espacial.

A regionalização constitui hoje um dos pressupostos da atual fase de descentralização do SUS e um importante processo para diminuir as grandes desigualdades no território brasileiro. Por outro lado tornou-se evidente, principalmente depois das dificuldades de aceitação das NOAS, que uma visão estritamente normativa sobre o sistema de saúde é facilmente contestado pela definição de território vivo trazido por (SANTOS,1999), pois pactos pela saúde são conformados nos lugares, onde de fato se constituem os sistemas locais e regionais de saúde. Um dos principais desafios do desenvolvimento do SUS é, pensar a regionalização a partir de novos critérios e conteúdos que dêem conta da realidade do Brasil e que não engessem as políticas, os acordos e compromissos intergovernamentais em um único formato.

Há que se resgatar que, concomitante ao processo de descentralização, uma inovação foi protagonizada pelos municípios, iniciada na década de 80 e absorvida pelas Leis Ordinárias da Saúde no artigo 10 da Lei 8080, os Consórcios Municipais de Saúde. Estes Consórcios representam parcerias estabelecidas entre governos municipais de determinadas micro-regiões que pactuam regras de financiamento de serviços e de acesso de clientela com base em recursos dos municípios associados. Alguns governos estaduais adotaram os consórcios como política de regionalização e desenvolveram formas de gestão e de co-financiamento principalmente através de convênios. Os estados de maior desenvolvimento desta inovação, embora com formatos diferenciados, foram os Estados de Minas Gerais - que possui 65 consórcios, 50 deles criados no período de 1995 a 1998, com estímulo e ajuda do governo estadual e o Estado do Paraná, que adotou outra estratégia, repassando para os consórcios a gestão dos Centros Regionais de Saúde. O caso de Minas será aprofundado ao avaliarmos o histórico da sua descentralização e regionalização, fortemente influenciada pelas disputas políticas e ideológicas desde o início dos anos 90.

De modo geral, os consórcios visam ampliar a oferta de especialistas médicos ou de serviços de maior densidade tecnológica que exijam escala pouco compatível com as prefeituras de pequeno porte que atue isoladamente.

O estudo sobre os consórcios de Ribeiro & Costa (2000, p. 176) sugere questões relevantes para a configuração do SUS, entre elas destacam as seguintes:

- a) que essas associações decorrem da fragilidade de municípios de pequeno porte que passam a atuar como “compradores” de serviços junto ao município sede, capitalizando sua oferta e gerando economia de escala;
- b) que induzem à auto exclusão dos estaduais (por desinvestimento, desinteresse político) remetendo aos municípios a função de regionalização e hierarquização da assistência à saúde;
- c) que representam avanços em termos de cooperação local, ampliando coalizões políticas e a qualidade de governo.

Postulam, em função do resultado dos seus estudos, que a ampliação da capacidade de governo municipal representa o principal fator de implementação de consórcios e apresentam os seguintes fatores de sustentação da conclusão:

[...] a existência de coalizão partidária entre os participantes voltada à sustentação do consórcio; indução e eventual financiamento de governos estaduais e as etapas de construção de consórcios; distribuição simétrica dos benefícios da parceria entre os participantes; ampliação da oferta de serviços ambulatoriais entre os consorciados; financiamento solidário por sistemas de cotas mensais entre os participantes; percepção de ganhos coletivos entre parceiros; e efeitos positivos decorrentes da durabilidade da parceria e da inexistência de ação predatória do município-sede perante os demais (RIBEIRO & COSTA, 2000, p. 176).

Os autores ressaltam que a multiplicação dos consórcios leva a formação de fundos regionais que estimulam uma maior integração entre os serviços oferecidos. Vinculam os consórcios ao tema da regionalização da atenção à saúde mostrando alguns pontos de contato com as tendências observadas e reformas do setor em âmbito internacional que podem ser resumidos em: descentralização, mecanismos de acesso e contratualização das ações e serviços oferecidos pelo sistema público.

## 2.3 Regionalização e o Papel da CIB: Aspectos Gerais

A regionalização do sistema pressupõe, além das definições territoriais e Planos Diretores de Regionalização - PDR, a forte participação das *instâncias de pactuação* para a consolidação de um *sistema regionalizado* que busque a ampliação do acesso, a qualificação dos serviços, a racionalização dos custos, a viabilidade econômica, a eficiência da gestão e a satisfação da população, dentro de uma lógica de pactuação cooperativa e solidária.

A Regionalização estava prevista como diretriz do sistema de saúde desde os documentos originais que subsidiaram a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e depois a LEI 8080 (BRASIL, 1990) mas os esforços iniciais, até mesmo pela conjuntura de reconstrução democrática de pós ditadura, se acentuaram mais na descentralização e municipalização dos serviços e da gestão, embora o artigo 198 da Constituição tenha definido o papel central da regionalização na estruturação do SUS. Com as edições das Normas Operacionais Básicas - NOB - a organização dos serviços e da gestão assumem maior relevância e a regionalização se dá de *forma lenta e assimétrica*. A NOB 93 (BRASIL, 1993a) cita a regionalização na introdução, porém foca na articulação intermunicipal, mas devemos destacar que: uma das pré-condições de repasse de recurso para os estados era o estabelecimento das CIBs estaduais, como lócus de pactuação das políticas, o que visava fortalecer o processo de descentralização. A NOB 96 (BRASIL, 1996) se restringe quase que exclusivamente, na estruturação do sistema municipal.

A partir das Normas Operacionais de Assistência à Saúde - NOAS (BRASIL 2001, 2002), até mesmo pela necessidade de mais eficiência, a regionalização ganha maior importância, sendo o objetivo central da norma, consubstanciado no Plano Diretor de Regionalização – PDR, como ferramenta de planejamento e organização do SUS, apesar de quase restringir a Regionalização a um instrumento de desenho da distribuição e articulação das ações e serviços assistências (BRASIL, 2006).

O Pacto pela Saúde retoma a centralidade da Regionalização alçando a visão para um além da assistência, evidenciando a necessidade de se estabelecer pré-requisitos da conformação de sistemas regionais que dêem conta da organização da saúde de forma integrada, nas diversas dimensões da Integralidade

de um sistema de saúde. O PDR assume a função de ferramenta de planejamento sistêmico do espaço regional, sendo o CGR a instância de co-gestão do sistema regional. Assim, o SUS configura-se um sistema de planejamento que pressupõe a atuação contínua das áreas de planejamento das três esferas de governo, sendo a gestão, um dos eixos orientadores para análise situacional e para a formulação de objetivos, diretrizes e metas dos planos de saúde. A regionalização é um dos mais fortes eixos do Pacto pela Saúde, expressando a cooperação entre as esferas de governo, a estratégia de coordenação da promoção da equidade, a pactuação e a regulamentação do Sistema e o desenho das redes regionalizadas de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

O Plano Diretor de Regionalização - PDR e o Plano Diretor de Investimento - PDI devem ser elaborados a partir das diretrizes determinadas nos instrumentos de planejamento da união e dos estados nos planos de saúde, de forma ascendente e mantendo a coerência com os demais instrumentos de planejamento do país e do SUS. As ações e serviços de saúde, organizados a partir do PDR fazem parte das Pactuações Pactuadas e Integradas - PPI, ferramenta de planejamento, execução, regulação, controle e monitoramento dos Pactos estabelecidos.

Abordando a regionalização e as Comissões Intergestoras dentro de uma avaliação global sobre a evolução do SUS, Viana (2008) opina:

[...] a política de saúde tentou superar as contradições e conflitos inerentes as relações inter-governamentais, geradas no contexto do federalismo predatório, através de alguns instrumentos chaves, incluídos nas NOB, formulados e implementados nos anos 90, principalmente as NOB 93 e NOB 96, tais como: a criação dos Conselhos de Saúde e as Comissões Inter-gestores Tripartite e Bipartite (CIT e CIB) com a presença dos representantes dos Conselhos Estaduais e Municipais de Secretários de Saúde [...](VIANA, 2008)

Para além das leis, normas e das conformações já experimentadas, de que maneira a ênfase na regionalização poderia proporcionar melhorias na descentralização e na democratização, além de maior sensibilidade política e analítica diante das desigualdades do território brasileiro? Desde a década de 70 um grande geógrafo brasileiro se empenhou em entender o espaço geográfico como ente dinamizador da sociedade e não, simplesmente, como receptáculo ou palco onde se dão as relações sociais, tampouco materialidade inerte as relações que nele

se dão. Entendo-o tanto como resultado do processo histórico quanto base material e social para as novas ações humanas, o espaço geográfico é definido em seu papel ativo, papel motor. Busca-se assim o conceito de território usado (Santos, 1996; 1999; 2003) híbrido de materialidade e ações, entre trabalho morto e trabalho vivo, entre forma e conteúdo, entre o meio construído e o movimento da sociedade. O território usado é, portanto, conteúdo e não simples continente.

No Brasil, as divisões regionais produzidas - em geral solicitadas pelo Estado para servirem à formulação de políticas públicas - subsidiam cada recorte com uma variedade de critérios que, pontuados para satisfazer as estratégias do interesse requerido pela divisão, terminam por prejudicar a efetividade das políticas propostas e acirrar desigualdade sócio-territoriais (SOUZA, 1993).

No intuito de definirmos melhor o sentido da regionalização para poder avaliá-las com mais eficiência vamos buscar ressaltar duas concepções principais que permeiam a prática das regionalizações e de planos regionais elaboradas por Ribeiro (2004), trata-se das regionalizações como fato e das regionalizações como ferramenta. A regionalização como fato:

Independe da ação hegemônica do presente [...] depende da reconstrução histórica dos múltiplos processos que movimentaram e limitaram a ação hegemônica. Desta maneira, a regionalização como fato encontra-se vinculada aos jogos dinâmicos de disputa de poder, inscritos nas diferentes formas de apropriação (construção e uso) do território (RIBEIRO, 2004b p.194-195 apud VIANA 2008).

Já a regionalização como ferramenta refere-se a uma instrumentalidade vinculada a essa ação hegemônica da atual conjuntura. Não raro a regionalização assim concebida pressupõe objetividade/fim/instrumentalidade, articulando-se com ideologias e recursos públicos administrativos (RIBEIRO, 2004b). A regionalização neste sentido aparece menos como um fato e mais como uma classificação de áreas e locais. A multiplicidade de elementos que caracterizam a existência de uma regionalização dão lugar a um conjunto de variáveis estabelecidas, segundo a finalidade a se alcançar, e acompanha a transformação da eficácia em meta política e a imposição do agir instrumental e estratégico (RIBEIRO, 2004b:197).

A regionalização constituiria assim uma ferramenta, haja vista que regionalizar, segundo a autora, compreende a institucionalização de fronteiras e

limites na busca de implementar uma ação específica: analítica, política, econômica, social (RIBEIRO, 2004b, p.200)

A regionalização como ferramenta sempre sustentou a ação hegemônica [...] Nos movimentos do presente, a região como ferramenta é disputada pelo Estado, pelas corporações e pelos movimentos sociais sendo também contestada nos conflitos territoriais, relacionados à afirmação, em diferentes escalas, de novos sujeitos e novas redes sociais [...].

De forma mais simples e objetiva a conformação de um processo de regionalização foi proposto por Vainer (1996) que alerta para a relevância de identificar os agentes que definirem os recortes regionais, isto é, quem fala pela região: *“quem se propõe a dizer: a região quer, a região luta por, a região necessita de!”* além da importância de evidenciar que recortes estão em confronto (VAINER, 1996, p.20).

A descentralização e sua face regionalizadora são de suma importância para o processo de planejamento territorial brasileiro e as desigualdades não devem ser vistas como empecilho para a regionalização do SUS, elas devem ser encaradas como um processo de pactuação política no âmbito do planejamento do território e deve contribuir para o debate entre saúde e territórios superando a visão estática, estatística e setorial dessa relação. A regionalização não deve necessariamente resultar na delimitação, hierarquização, e nomeação das áreas do território, mas sim, em acordos políticos embasados por informações coerentes com a dinâmica de uso do território (VIANA 2008).

O papel da CIB, como instância de pacto intergestores, portanto com parcela de cunho político é, de coordenar, equilibrar e formalizar o processo de regionalização desde a sua elaboração, no seu acompanhamento, na sua execução, nos seus ajustes e nas suas revisões, amparada por câmaras técnicas conforme prevê sua regulamentação. Entra então no âmbito da governança entendida como *governança* a capacidade de ação estatal na implementação de políticas (meios de interlocução e administração de conflitos de interesses, mecanismos de responsabilização pública dos governantes etc.) e de inserção do Estado na sociedade (SANTOS, 1997: 11-34).

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um Estudo de Caso, em função das questões levantadas neste estudo, que visam aumentar um entendimento sobre um fenômeno.

Segundo Yin (2005), em geral, o Estudo de Caso representa uma estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “porque”, focalizam nos acontecimentos contemporâneos, sobre as quais o pesquisador tem pouco ou nenhum controle.

As definições encontradas sobre o estudo de caso, na concepção de Yin (2005) na sua grande maioria são insuficientes, entretanto ele apresenta uma definição a partir da concepção de outro autor, que diz que:

[...] a essência de um estudo de caso, a principal tendência em todos os tipos de estudo de caso, é que ela tenta esclarecer uma decisão ou um conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e quais os resultados (Schramm, 1971 apud YIN, 2005, p.31).

O estudo de caso pode ser dividido em três tipos de estudos: *explanatório*, *exploratórios* e *descritivos*. Embora cada estratégia tenha características distintas, há em vários aspectos a sobreposição entre elas. Para o autor, a técnica básica, no entanto, é considerar todas as estratégias de maneira inclusiva e pluralística como forma do pesquisador estabelecer um procedimento de acordo com cada situação da pesquisa.

Portanto, o conjunto de características apresentados, no que pese o tipo de questão levantada, que segundo o autor é a mais importante para a definição do tipo de estudo, é que fundamentou a nossa escolha. Os procedimentos adotados serão detalhados à frente.

### **3.2 Delimitação do Objeto**

O objeto de estudo trata-se da Comissão Intergestora Bipartite - CIB de Minas Gerais, locos de pactuação da gestão do SUS, do período de 2004 a 2007, como tentativa de compreender como se deu o processo de regionalização do SUS nesse estado.

Inicialmente, propusemos estudar uma década (período 2000 a 2009) de discussão materializada nas atas das CIBs, que retratam as abordagens, os processos, os atores envolvidos, os mecanismos de construção dos consensos e seus resultados por meio das deliberações e serviços implantados. Entretanto, em função do grande volume, da complexidade e variedade dos assuntos tratados nas atas, e principalmente, considerando a limitação de tempo para a efetivação deste estudo, fizemos um novo recorte e uma nova abordagem, reservando a proposta anterior para um estudo futuro.

Portanto, buscamos centrar nossas abordagens em três redes temáticas específicas (urgência/emergência, cardiologia e de oncologia) buscando identificar e descrever as atividades da CIB, voltadas para a regionalização, ressaltando as discussões de maior relevância e as deliberações sobre o processo de regionalização na conformação das redes temáticas pré-definidas.

### **3.3 Fonte de Dados**

Utilizou-se de variadas fontes de dados, cuja principal e primordial se refere às atas de reuniões da CIB/MG, do período 2004 a 2007 que, aliás, ganha uma seção especial neste trabalho. Outras fontes complementares se tornaram necessárias para ajudá-la na compreensão do fenômeno, são elas: Sistema de Informação de Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS, Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, Sistema de Informação Hospitalar – SIH, Regimento Interno da CIBSUS-MG e documentos registrados na Secretária Executiva da mesma.

### 3.4 Caminhos da Pesquisa

#### 1) Coleta dos dados

Os dados relativos a CIB/SUS/MG foram extraídos das atas das reuniões das mesmas que representou também um esforço para a delimitação do objeto, conforme já relatamos.

Fizemos a segunda leitura das atas nos 10 anos propostos inicialmente. Por ano havia uma média de 12 atas, sendo que cada uma delas tinha cerca de 80 páginas no seu corpo, mais os anexos e deliberações com média de 47 páginas, o que representava em 10 anos, mais de 15.000 páginas, o corpo da ata é a transcrição na íntegra das falas dos participantes, desde a abertura, até a finalização da reunião.

Fizemos então, uma terceira leitura das atas do período de 2000 a 2007, um total de 91, em que focamos além das redes temáticas já relatadas, algumas palavras-chaves correlacionadas com o nosso objeto de estudo, quais sejam: regionalização, redes, regulação, Programação Pactuada Integrada PPI, Plano Diretor de Regionalização - PDR, Plano Diretor de Investimento PDI, Comissão de Intergestores Bipartite Regional - CIBr, Comissão de Intergestores Tripartite CIT, urgência e emergência, cardiologia, oncologia, teto e deliberações.

Numa quarta revisão, procuramos identificar e separar as discussões sobre o processo de regionalização e constituição de redes, identificando as discussões sobre o PDR, ou seja, a regionalização sobre o ponto de vista do aspecto estrutural/físico do território, dentro dos ditames e perspectivas da NOAS de 2001. Outra visão foi sobre o seu aspecto de modelagem de um Sistema de Atenção à Saúde e as ações que busquem uma regionalização como tecedora da Rede de Atenção, asseguradora da continuidade do cuidado. Nesta fase identificamos também alguns aspectos do processo de discussão dentro da CIB/MG destacando os principais atores da discussão e da construção dos consensos que vieram a se tornar deliberações da CIB/MG. Fizemos então um apanhado dessas deliberações que apresentaram um total de 478 do ano de 2004 a 2007, numa média 47,8 deliberações ano.

Os demais dados relativos aos recursos financeiros e produção nas três áreas (urgência/emergência, oncologia e cardiovascular) foram extraídos dos bancos de dados de domínio público e condensados e trabalhados no programa Excel.

Ressalta-se que os recursos financeiros foram considerados o seu valor nominal e deflacionado de acordo com o IGPD – FGV a partir do mês seis de cada ano trazendo a 07/2010.

## 2) Classificação das atas em categorias

As informações geradas das atas serão agregadas em categorias de análise, conforme discutiremos adiante, de acordo com a temática sugerida nas palavras chaves, da seguinte forma:

CATEGORIA DE ANÁLISE	PALAVRA-CHAVE
Rede temática	Urgência/emergência, oncologia, cardiovascular.
Território/fluxo/gestão/Atenção à Saúde	Regionalização, Redes, Regulação, PPI, PDR, PDI, CIB.

## 3) Estruturas e serviços implantados

Foram realizadas coletas nas fontes complementares para posterior análise, juntamente com as atas.

### **3.5 Plano de Análise**

Depois de levantadas as deliberações nas áreas de urgência/emergência, oncologia, cardiologia, buscamos fazer um paralelo destas deliberações de credenciamento de serviços regionais com a produção de serviços através dos dados do SIA e SIH, vistos através da produção regional e também uma descrição dos dados sobre o financiamento do SIOPS do estado e municípios de MG.

Foram analisadas quais as deliberações da CIB/MG se basearam em uma perspectiva de regionalização dos serviços, atendendo as normas e portarias do MS

e da SES/MG e das deliberações prévias da CIB/MG no âmbito do objeto do estudo, relacionadas com os seguintes Programas: redes urgência e emergência, de oncologia e de cardiologia.

Para tanto serão acompanhados as discussões da CIB/MG no que diz respeito às categorias propostas e sua relação com os programas e políticas que servirão de indicadores/marcadores no acompanhamento da implantação dos serviços.

Por fim, foram identificados os consórcios que também são mecanismos de regionalização.

### **3.6 Limitações do Estudo**

As principais limitações do estudo são:

- Limitações da própria metodologia adotada, utilizando apenas os dados secundários;
- Viés dos sistemas de informação, que são auto informados sem a devida apuração de erros;
- O grande número e o volume das atas e a não realização de uma análise mais aprofundada dos discursos;
- Não aborda todo o sistema de saúde de Minas Gerais, apenas uma parte do sistema público-SUS, relativa a três especialidades;

## **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 O Papel da CIB-MG no Processo de Regionalização: Um Resgate Histórico**

Para melhor conhecimento do funcionamento da CIB/SUS/MG fizemos uma resenha das atas, desde o início do funcionamento da comissão, de forma mais livre e abrangente, mas buscando focar nas ações e deliberações relativas ao papel da CIB na regionalização nos primeiros seus primeiros anos de funcionamento. De 2004 a 2007 em que centramos o estudo nos eixos especificados no projeto, optamos por tentar relatar da forma mais fidedigna possível a participação de cada um dos atores envolvidos nas discussões.

A Comissão Intergestora Bipartite - CIB de Minas Gerais foi instituída por meio da Resolução SES/MG nº 637, de 25 de junho de 1993, como uma instância de negociação e pactuação dos aspectos operacionais do SUS. Esta resolução também define as atribuições e regulamenta o processo de descentralização no âmbito estadual.

A primeira reunião ordinária ocorreu no dia 09 de agosto de 1993, sendo instalada a Secretaria Técnica da CIB e aprovados os nomes do coordenador, secretário-executivo e membros para sua composição, tanto da Secretaria de Estado de Saúde como do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS. Cabia ao coordenador a indicação dos titulares e suplentes. Essa reunião teve ainda como ponto de pauta a composição das CIBs regionais de Juiz de Fora, Barbacena, Varginha, Alfenas, Itabira, Patos de Minas (Guaxupé) e Ponte Nova, e a discussão de recursos financeiros para a assistência. A criação, das Comissões Regionais, neste momento, já configurou um importante passo para descentralização e regionalização dos processos embora a proposta inicial de organização, em 1993, tenha sido revista posteriormente.

Em 27 de agosto de 1993, houve a primeira reunião extraordinária, pelo qual se reivindicou o repasse de recursos na modalidade fundo-a-fundo e não por convênio, visando à desburocratização do processo. A partir desta reunião inicia-se o estudo, junto à área jurídica e financeira da SES, na tentativa de viabilizar tal

proposta. Discute-se também os critérios para habilitação dos municípios nos três níveis de gestão, conforme previsto na NOB 93 que são: incipiente, semi-plena e plena. Apresentaram também o cronograma de viagens das equipes que fariam as orientações as CIBs regionais, quanto às análises dos documentos dos municípios para o processo de habilitação nos níveis de gestão. Ao final da reunião foi solicitado à Secretária-Executiva a Secretária Técnica a elaboração de um modelo simplificado de relatório de gestão e plano de saúde para orientar os municípios. Nesta época existia a concentração de recursos nos fundos federal e estadual, visto que não existiam nos municípios as secretarias municipais de saúde ou departamentos correspondentes. Este momento representava-se o início do processo de municipalização e os municípios não estavam estruturados e nem preparados para exercer autonomia sobre os recursos. A transferência fundo-a-fundo possibilita autonomia e agilidade na execução das políticas públicas de saúde no município. Os demais pontos da discussão se referiram à aprovação do processo de enquadramento de gestão de alguns municípios e a necessidade de definição, por parte do Ministério da Saúde, dos tetos ambulatorial e hospitalar, e custo médio por município. Alguns processos de habilitação de municípios em gestão incipiente e parcial são aprovados.

Encontramos na 3ª reunião ordinária, realizada em 8 de novembro de 1993, o registro a presença do Secretário da Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que discutiu sobre os “*desafios da distribuição dos recursos de saúde*”, e esclarecer sobre alguns pontos da NOB 93 e as competências da CIB no desafio de “*cumprir e fazer cumprir a lei*”, lema da NOB. O foco maior das discussões eram as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e as portarias que traziam os programas que continham recursos financeiros federal com contrapartida estadual.

O funcionamento da CIB é posto em discussão nas reuniões havendo solicitação para que as deliberações aprovadas tivessem suas cópias enviadas à tripartite. A solicitação relativa à entrega do material com antecedência e objetividade nos temas apresentados e nas suas discussões, permanece até os dias de hoje.

O processo de municipalização teve início em 1991 com a transferência da rede básica e ambulatorial contratada para os municípios. Posteriormente foi incorporado aos municípios a gestão da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), de maneira que, a 3ª reunião ordinária discute o processo de habilitação dos municípios em gestão incipiente, semiplena e plena, tema que foi constante e

predominou em todas as reuniões da CIB-SUS/MG durante os anos 1993 e 1994, da 3ª à 13ª reunião, sendo um sinal da importância do tema, contido na NOB 93, no processo de descentralização.

A partir da 14ª reunião ordinária iniciou-se a discussão sobre a revisão e avaliação técnica desses processos a serem realizados pelas CIBs regionais. A discussão sobre perda da condição de gestão de alguns municípios inicia-se partir da 16ª reunião ordinária em 13 de maio de 1995.

A necessidade de esclarecimento quanto ao funcionamento da comissão aparece com frequência nas atas dos primeiros anos. O coordenador esclarece que a CIB, é uma instância de discussão e negociação quanto os aspectos operacionais do SUS, onde as decisões se dão por consenso entre os gestores estaduais e municipais, para melhor encaminhamento da municipalização em Minas Gerais. O tema da formulação de políticas que visem à reorganização do modelo e não somente a prestação de serviços aparece na 12ª Reunião Extraordinária de 12 abril de 1995, assim como o tema de mecanismos formais para regulamentar e estabelecer recursos de negociação entre gestores para composição de tetos orçamentários já existentes. Na época é sugerido que se apresente uma proposta com os critérios para modificação de teto e viabilização de acordo entre os gestores. A proposta de reorganização do modelo de gestão e teto financeiro vem sendo discutida ao longo dos anos.

A discussão sobre os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) aparece pela primeira vez na 17ª Reunião Ordinária em 14 de junho de 1995, quando foram apontados os fundamentos para sua implantação o que ocorreu neste momento buscando solucionar problemas comuns para os municípios.

Na 18ª reunião ordinária de 4 de dezembro de 1995, pela primeira vez, aparece a discussão sobre a habilitação do Estado de Minas em gestão simplificada ou plena. A ata da 24ª reunião ordinária, de 14 de fevereiro de 1996, registra que o Estado de Minas Gerais foi habilitado em gestão plena.

Os outros principais temas tratados nas atas dos primeiros anos do funcionamento foram: financiamento, Autorização de Internação Hospitalar (AIH) a transferência de recursos, a inclusão de novos prestadores no sistema de informação, e a transferência de contrato de prestação de serviço.

Os anos de 1995 a 1998 talvez tenham sido os anos em que o processo de descentralização foi mais desestabilizado em virtude do desfinanciamento da

saúde (CARVALHO, 2002), fruto da dificuldade advinda da macro-economia, quando acentuou-se a falta de recursos para as ações de saúde. Os pequenos e médios municípios estavam assumindo a gestão da atenção básica dos seus municípios e os recursos programados estavam alocados historicamente (chamado de série histórica, para base de cálculo dos recursos a serem repassados ao município) nos médios e, principalmente, nos grandes municípios, o que em Minas, desencadeou um processo antropofágico entre os municípios de pequeno e grande porte.

Nesta conjuntura a SES/MG deu início a discussão da Programação Pactuada e Integrada - PPI em março de 1997. Seria a primeira a ser tentada no Brasil, sem a ajuda franca do Ministério da Saúde, que temia a sua repercussão, dada a escassez de recursos e, com o pavor dos grandes municípios do estado de perder recursos.

Campos (2000) abordando as relações intergovernamentais no SUS, relata que devido aos intensos conflitos verificados durante o processo de elaboração PPI, envolvendo atores dos três níveis de governo, a sua implementação representou um momento privilegiado de descrição e análise de um processo empírico de gestão intergovernamental (GIG) do financiamento da saúde, com resultados conclusivos, objetivos e potencialmente verificáveis. Segundo o autor o tema das relações intergovernamentais se encontrava, quase que totalmente, ausente dos debates e da produção teórica na área de políticas de saúde, apesar de suas potenciais contribuições para análise da implementação e estruturação e dinâmica do SUS e do seu financiamento. Seja as abordagens sob a ótica federalista, seja do processo de descentralização ou dos aspectos fiscais relacionados ao montante de recursos alocados no setor, seja nas formas de distribuição destes recursos para instâncias descentralizadas. O autor se baseia em Wright (1997) ao criticar o caráter formalista e prescritivo dos estudos existentes, bem como o uso abusivo das análises das relações estatais-nacionais, propondo já em 2000, um conceito de relações intergovernamentais (RIG) que incluiria as complexas relações entre funcionários públicos pertencentes aos diversos níveis de governo, predominantemente informais e não hierárquicos, privilegiando os modos concretos de formulação e implementação de políticas públicas. O autor julga que a apropriação do enfoque da gestão intergovernamental pelos atores interessados possibilitaria, potencialmente, contribuir para uma maior eficácia na implementação e gestão do SUS. A interação e a negociação permanente num sistema de gestão

intergovernamental complexo e interdependente constituem sua essência. O modelo de organização do SUS pode ser considerado como um típico sistema de relações intergovernamentais. Neste sentido poderíamos reforçar os cinco traços distintivos dessas relações, propostos por Wright (1997), tentando vislumbrar um paralelo com as relações interfederativas nas instâncias de pactuação no SUS:

- 1- as relações intergovernamentais transcendem as pautas de atuação governamentais reconhecidas e incluem uma ampla variedade de relações entre todas as unidades de governo;
- 2- a importância do elemento humano: "não existem relações entre governos, unicamente se dão relações entre pessoas"
- 3 - as RIG incluem os contatos contínuos dos funcionários e os intercâmbios de informação e de opiniões;
- 4 - qualquer tipo de funcionário pública é, ao menos potencialmente, um participante no processo de tomadas de decisões nas RIG;
- 5 - "As RIG se caracterizam por suas vinculações às políticas públicas", com interação nas diversas fases de sua formulação, implantação, e avaliação das políticas (WRIGHT,1997:71-87). Tradução de Campos revista pelo autor.

Os traços distintivos acima podem se encaixar muito bem nos trabalhos dos espaços interfederativos propostos hoje no Pacto pelo SUS, como pôde evidenciar Campos (2000) no seu estudo da PPI de Minas Gerais, ocorrida dentro da CIB/MG, muito se caminhou, incorporando os acúmulos da gestão das políticas sociais dos anos 30 nos Estados Unidos às nossas NOB (a de 93, principalmente o seu documento introdutório: "*Descentralização das ações e serviços da Saúde: a ousadia de cumprir e de fazer cumprir a lei*") para que se pudesse chegar a este arranjo institucional flexível, interativo, participativo e fortalecedor do entendimento do sistema como um sistema onde os executores da política pública são antes de tudo, interdependentes.

A análise cronológica da implantação da CIB-MG de Campos (2000) demonstra o papel e a importância que esta instância foi tomando no SUS, e mais especificamente na gestão do SUS de Minas Gerais, ainda na década de 1990. De 1991 a 1993, o gestor estadual já consultava os gestores municipais via COSEMS/MG antes de definir os mecanismos de transferência da rede básica e da cessão de pessoal, no momento inicial da municipalização. Durante o ano de 1993 a SES/MG realizou seminários Macrorregionais no intuito de convencer os gestores municipais e prefeitos a receberem a gestão da rede hospitalar – transferência dos hospitais estaduais e do controle das AIH- autorização de internação hospitalar da rede contratada.

No primeiro ano da gestão 1991-94 tudo saía como forma de resolução do Secretário. Gradativamente, a Bipartite foi assumindo o papel normativo da secretaria. Ações que eram consideradas de competência exclusiva da secretaria estadual passaram a ser gradativamente assumidas como deliberação da CIB. Passou a ser um processo de negociação.

Em 1995, a nova gestão estadual encontrou uma situação em que os tetos (limites de recursos a serem repassados aos municípios) se encontravam distribuídos, com seus limites definidos pelo Ministério da Saúde. O programa de governo privilegiava os Consórcios municipais e o PSF- programa de saúde da família. O Consórcio foi encarado até pela tecno-burocracia do estado como uma instância de poder regional que enfraqueceria o poder das estruturas estatais. O COSEMS mantinha-se constituído por representantes dos municípios de grande porte, que não aceitavam as propostas do novo governo com receio de perder recursos do seu teto. A decisão que alterou radicalmente o papel da CIB foi à aliança dos pequenos municípios para eleger uma nova diretoria do COSEMS. O nome da chapa fala por si: CONSÓRCIO. Neste momento, se aproveitando da vitória dos pequenos municípios dentro do COSEMS a SES/MG tentou emplacar os Consórcios Municipais com espaço institucional de coordenação da programação e pactuação regional, no que foi rechaçada pelos secretários municipais de saúde. Tentou também colocar representantes dos Consórcios como representantes de municípios na CIB/MG, mudando sua composição através de um ato interno da SES, no que foi novamente rechaçada, voltando atrás e recompondo a CIB conforme o estabelecido nas portarias que as criaram.

Uma nova eleição do COSEMS, ocorrida em 1998, elegeu representantes de pequenos, médios e grandes municípios e deu início a uma nova fase de superação dos conflitos entre os municípios, não havendo, nas eleições seguintes embates ou disputas entre municípios de diferentes tamanhos ou escalas. Houve sim, dentro do COSEMS, um acerto tácito de distribuir regionalmente a representação nas chapas de diretorias, de forma a assegurar uma representação mais ampla e regionalizada dos municípios, princípio este que foi estendido à própria representação do COSEMS na CIB/MG onde as grandes macro-regiões do estado estão quase que invariavelmente representadas, o que indica um modo de prática regionalizadora por parte dos municípios.

Na década de noventa a implantação do SUS quase que suprimiu a discussão da Regionalização e, como já descrevemos, pode ser caracterizada como a década da descentralização sem ordenamento do território e sem busca de integração da atenção e da gestão.

Em Minas, com o funcionamento da CIB/MG e a criação das CIB regionais o processo começou a acontecer na prática, mas sem planejamento durante toda a década, só vindo a ser retomado em 2000.

Formalmente a NOAS de 2000 e 2001 foram responsáveis por trazer de volta a discussão da Regionalização. Conforme já relatamos houve uma rejeição inicial, misto de reação municipal com imobilismo estadual que impediu a evolução do processo. Contudo, no dia 11 de novembro ano 2000 foi pactuada na CIB uma proposta de elaboração de um Plano Diretor de Regionalização, homologada em 20/11/2000, dividido em duas etapas. Na primeira se prevê uma proposta de PDR propriamente dita e um momento de pequenos ajustes e na segunda uma consolidação do processo de regionalização da Assistência à saúde no estado (Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais/Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte: Coopmed, 2002).

Foi instituído pela CIB/MG um grupo de nível central de coordenação do PDR, da PPI e do PDI formado por representantes do COSEMS/MG, SES/MG e do CES/MG que elaboraram um documento que foi repassado para as Câmaras Técnicas Regionais, auxiliares das CIBs regionais. Em 18/12/2001 foi apresentado na CIB o andamento do projeto, que tinha algumas pendências a serem resolvidas nas CIBs regionais.

Chamado de PDR 2000-2004 este trabalho propôs 7 pólos macrorregionais, 21 Regiões Assistenciais, 95 Microrregiões de Saúde e 22 Regiões Administrativas. Sem muita consequência prática na assistência teve também pouca repercussão no planejamento até porque o investimento declarado do estado em saúde não chegava a 6,5%, sem a correção do SIOPS, ou seja, a capacidade de investimento foi mínima.

A regionalização, entretanto foi prioridade do novo governo (2003-2008) e as mudanças na saúde do estado fazem parte de um movimento que busca uma regionalização mais conseqüente procurando conciliar os aspectos positivos da municipalização dita autárquica com a construção de outros espaços relevantes para o desenho e operacionalização das redes de atenção à saúde, com vistas a superar

o dilema entre a referida municipalização autárquica e a regionalização cooperativa (GOULART, 2008).

Em 20 de novembro de 2003 a deliberação CIB/MG de nº 42 aprova um novo PDR, e em 17 de maio de 2004 a deliberação nº 95 cria a CIBs Macro e Micro e suas regras (na verdade legitimar) e publica no Diário Oficial do Estado de Minas Gerais.

A fim de aprofundar o entendimento do papel da CIB-MG faremos uma breve descrição quanto à composição, atribuições e funcionamento da mesma, no tópico seguinte.

### **Composição, atribuições e funcionamento da CIB**

O Estado de Minas Gerais possui uma CIB central, chamada de CIB/SUS/MG, 13 CIBs macrorregionais e 75 CIBs microrregionais que se reúnem ordinariamente, uma vez por mês, em data e local que são definidos no cronograma anual e, extraordinariamente, quando são convocadas pela SES/MG ou pelo Colegiado de Secretários Municipais de Saúde.

A deliberação CIB-SUS/MG Nº 377, de 20 de setembro de 2007 reconheceu o quantitativo das CIBs microrregionais, como sendo equivalentes aos “Colegiados de Gestão Regional” de Minas Gerais, pela nova denominação trazida pelo Pacto, através da Portaria MS/GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.

A CIB/SUS/MG é composta de forma paritária por sete dirigentes da SES/MG e sete representantes do COSEMS/MG, sendo que o Secretário Municipal de Saúde da capital é membro nato, estando este incluído na representação do COSEMS/MG. O representante do Ministério da Saúde é convidado permanente da Comissão em Minas Gerais tendo direito a voz. Somente os titulares ou seus suplentes, na ausência dos titulares, que têm direito a participação nos consensos das decisões. É facultado o uso da palavra às pessoas não integrantes da CIB quando autorizado pelo Coordenador da reunião.

De acordo com regimento interno a CIB/SUS/MG tem uma Secretaria Executiva que tem como funções: a) orientar, coordenar e controlar as atividades da Secretaria; b) receber, analisar e dar encaminhamento às correspondências dirigidas a CIB-MG; c) providenciar a convocação das reuniões e a divulgação das pautas; d) articular-se com os setores envolvidos quanto às proposições em questão, cabendo-

lhe convocar os representantes, quando necessário; e) secretariar as reuniões das Comissões; encaminhar aos membros da CIB-MG e da Secretaria Técnica cópia dos expedientes referentes aos assuntos constantes da pauta das sessões, com antecedência mínima de 48 (quarenta e oito) horas da reunião correspondente; f) divulgar e encaminhar à execução as decisões tomadas pela Comissão; g) manter em dia o expediente da Comissão; e h) executar outras atividades delegadas pela Comissão Intergestores Bipartite.

A Secretaria Técnica tem a função de Coordenar as Comissões e os Grupos de Trabalhos definidos pela CIB-SUS/MG. As Comissões paritárias da Secretaria de Estado de Saúde e Colegiado de Secretários Municipais de Saúde (SES/COSEMS) surgiram a partir da necessidade de aprofundar e melhorar a qualidade da discussão de temas específicos e tem como objetivo dar suporte técnico e proporcionar maior qualidade nas discussões, pactuações e decisões da CIB-SUS/MG e são hoje em número de 10.

As 13 CIBs Macrorregionais abrangem as Macrorregiões do PDR e são frutos das primeiras CIBs montadas no início da década de 90. A atuação histórica dessas instâncias levaram à sua manutenção na estrutura. Elas são coordenadas pelas direções regionais do estado que indicam os seus representantes, geralmente 5 técnicos chefes de núcleos da regional. Os municípios indicam os representantes de cada microrregião contida na macro. A SES e o Cosems regional têm o mesmo peso na formação do consenso. A CIB Macro discute os problemas que demandam pactuação de toda a Macrorregião e dirimem problemas surgidos e não resolvidos nas suas microrregiões. O seu fluxo de funcionamento é similar ao das CIBs Micro descrito abaixo.

A CIB microrregional é composta pelos os secretários municipais de saúde de todos os municípios que compõem a microrregião de saúde e a representação estadual é dada pelo mínimo de 2 (dois) representantes da respectiva Gerência Regional de Saúde (GRS), indicados por Resolução do Secretário de Estado de Saúde. Para cada componente da CIB microrregional SUS/MG haverá um suplente, formalmente indicado juntamente com o titular.

As pactuações delegadas a esta instância pela CIB/MG se referem a: atenção básica; média complexidade assistencial, conforme PDR e PPI; baixa complexidade de vigilância sanitária, conforme Portaria MS/GM n.º 2.473/2003; baixa

complexidade de vigilância à saúde, conforme Portaria MS/GM n.º 1.399/1999; e outras ações e políticas de saúde de abrangência da microrregião.

As competências da CIB microrregionais são: a) acompanhar a implantação e implementação do processo de descentralização da gestão das ações e dos serviços de saúde; b) cumprir e fazer executar, em nível da microrregião, deliberações da CIB – SUS/MG; c) criar condições para discussão do modelo assistencial vigente, no nível microrregional, considerando as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão, tais como PPI e PDR; d) encaminhar suas deliberações para homologação pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB-SUS/MG e para conhecimento da CIB Macrorregional; e) assessorar, analisar e emitir parecer sobre assuntos operacionais do SUS, encaminhando-os para a Comissão Intergestores Bipartite – CIB-SUS/MG; e) cumprir e fazer cumprir o regimento interno, e f) realizar outras atribuições definidas pela CIB - SUS/MG.

As reuniões das CIBs só iniciam com a presença de cinquenta por cento mais um dos membros da CIB-SUS/MG cujas discussões são lavradas em atas que registram, o local e a data, o nome dos membros presentes, os assuntos apresentados e debatidos, as pactuações e as deliberações aprovadas. As pautas são divididas e apresentadas em quatro blocos, sendo: o primeiro para homologação, que inclui as pactuações das CIBs Micro e Macrorregionais e ou outros pontos já discutidos e acertados previamente, o segundo de pactuação, o terceiro de apresentação e o quarto de informes.

As decisões oriundas das CIBs micro SUS/MG – CGR são encaminhadas para homologação da CIB-SUS/MG e com conhecimento da CIB macrorregional, por intermédio de parecer, numerado, datado e rubricado pelo coordenador. O primeiro ponto de pauta da CIB estadual é sempre referente às pactuações ocorridas nas CIB micro e macrorregionais. As decisões das CIBs macro SUS/MG somente poderão ser vetadas pela CIB-SUS/MG se estiverem em desacordo com a legislação e a normatização pertinente com os planos, programas e projetos no âmbito do SUS/MG. As decisões das CIBs micro SUS/MG homologadas têm vigência a partir do mês posterior a sua aprovação, garantindo-se o tempo hábil para sua implementação. Quando o objeto de discussão compreender a circunscrição de mais de uma microrregião, a proposta será encaminhada pelas respectivas CIB micro SUS/MG à CIB-SUS/MG.

Portanto a retomada do processo histórico das fases da implantação CIB/MG, na década de 1990, bem como o funcionamento da mesma visa ao entendimento do papel da CIB no processo de regionalização de Minas Gerais, na década posterior, especificamente no período considerado neste estudo de 2004 a 2007, para a análise das atas.

#### **4.2 Os Consórcios Municipais de Saúde e a Regionalização no SUS de Minas Gerais**

A Constituição Federal de 1988 garantiu aos municípios a autonomia da gestão do sistema de saúde no âmbito local, prerrogativa constitucional de mando único, devendo para isto estruturarem-se política e administrativamente.

Entretanto, as discussões hoje giram em torno desta pseudo autonomia transferida aos pequenos municípios, com menos de 30.000 habitantes, pela incapacidade de resolver grande parte dos problemas de saúde de seus habitantes, justamente por não contar com estruturas administrativas suficientes e eficientes, ausência de técnicos e recursos humanos em geral, precariedade de investimentos e, ainda, em razão de outras tantas dificuldades operacionais. Falar em autonomia municipal começou a ser mais real no momento em que tais municípios, por meio de um acordo de cooperação, resolveram se consorciar para comprar serviços com maior escala e com escopo definido com base nas suas necessidades. Muitos dos problemas a cargo dos governos municipais - os quais, às vezes, exigem soluções que extrapolam o alcance de sua capacidade resolutive - foram equacionados com a criação e implantação de Consórcios Intermunicipais a partir do enfoque de escala e economicidade como meio para se alcançar resultados finais favoráveis.

Em Minas, existem 65 Consórcios Intermunicipais de Saúde - CIS que abrangem principalmente municípios com população inferior a 20.000 habitantes e estão distribuídos em territórios conforme a figura 1, que se segue. Dos 714 municípios consorciados 581 são municípios com população entre menos do que 5.000 até 20.000 habitantes, o que corresponde ao percentual considerável de 81,3% dos municípios consorciados (COSECS, 2007).



teve início na década de 90, mas foi entre os anos de 1995 e 1997 que houve uma grande expansão do número de consórcios.

Os consórcios foram um dos pilares da política do governo em Minas Gerais (gestão 95 a 98) para o setor saúde, fazendo parte de uma proposta relativamente hierarquizada, para a atuação direta na atenção secundária de médio custo – média complexidade - que desde aquela época já se mostrava como um dos maiores “gargalos” do sistema. A atuação conjunta entre os consórcios e municípios trouxe a possibilidade de se negociar menores preços de equipamentos que só existiam em grandes centros e a otimização de equipamentos inoperantes no interior, por escassez de profissionais, resultando na economia de recursos. Isso permitiu evitar o deslocamento de pacientes do interior de Minas Gerais para grandes centros.

Apesar de terem sido incentivados pelo Estado, de fato a iniciativa nasceu dos municípios, principalmente dos pequenos, na tentativa de equacionar vários problemas como aqueles apontados anteriormente. Obviamente, a influência do Estado é notória, pois entre 1995 a 1998, foram criados 50 dos 65 consórcios existentes hoje, sendo que a mudança de governo e da política para o setor, não foram suficientes para que tais estruturas tivessem um fim. Pelo contrário, continuaram existindo e sendo financiados quase exclusivamente pelos governos municipais, com pouca ou nenhuma ajuda dos governos estaduais. Os municípios maiores, naquele período, mais estruturados e, portanto, não vivenciando dos mesmos problemas dos pequenos, não apoiaram a opção de consorciamento a princípio, com o argumento de que não era uma iniciativa municipal. Ressaltamos que naquele momento os gestores dos grandes municípios dominavam o COSEMS/MG.

Como destacamos anteriormente, os municípios foram os responsáveis por essa inovação desde os meados dos anos 80, cujos fatores de êxito podem ser explicados através dos postulados do estudo de Ribeiro & Costa (2000), que se referem a melhoria da capacidade de governo municipal; a da distribuição simétrica dos benefícios (difícil de se conseguir na administração pública direta); os efeitos positivos da durabilidade da parceria; e da inexistência da ação predatória do município-sede perante os demais que fortaleceram essa modalidade de gestão regional no SUS.

Passado o período de maior ortodoxia ideológica, quando os pequenos municípios eram acusados de “adesismo” ao programa de incentivo ao consórcio pela SES/MG, os sanitaristas e gestores de municípios de maior porte, quase que invariavelmente se apegaram à idéia do consorciamento, principalmente nas regiões metropolitanas, como forma de enfrentar a escassez de recursos e as limitações legais às ações carentes de maior agilidade administrativa.

A década de 1990 foi um momento em que o processo de descentralização, um dos caminhos apontados como necessário para a reforma do estado pelo próprio “*mail streams*”, foi desestabilizado pelo desfinanciamento da saúde, fruto da dificuldade advinda da macroeconomia (CARVALHO,2002). Começaram a faltar recursos para as ações de saúde exatamente quando os pequenos e médios municípios haviam assumido a gestão da atenção básica, sendo que os recursos programados estavam alocados, historicamente (chamado de série histórica, para base de cálculo do teto municipal), principalmente, nos grandes municípios, o que, em Minas, desencadeou um processo fratricida entre os municípios de pequeno e grande porte.

Nesta conjuntura a SES/MG deu início a discussão da PPI, que seria a primeira a ser tentada no Brasil, sem a ajuda franca do Ministério da Saúde, que temia a sua repercussão, dada a escassez de recursos e com o pavor dos grandes municípios de perder recursos. A PPI foi o primeiro passo para a discussão de alocação de recursos de forma organizada, regionalizada e hierarquizada no SUS, que conforme já abordamos anteriormente, foi protagonizada na CIB-MG. Com o início da discussão da PPI a SES/MG, espontaneamente e talvez sem a consciência de muitos de seus representantes, deu-se início ao processo de discussão da regionalização prevista no artigo 198 da Constituição. Foi quando os novos atores, dos pequenos e médios municípios começaram a ter noção de onde realmente estavam alocados seus recursos e começaram a reivindicar o direito de programarem o uso dos recursos próprios com seus cidadãos.

Este momento é um marco na construção do SUS em Minas Gerais, quando toma corpo a CIB/MG, como lócus de pactuação do sistema e como orientadora do processo de regionalização que, ainda que insipientemente, começa a acontecer.

O Estado de Minas Gerais apresenta hoje como instrumento para planejamento de ações, o Plano Diretor de Regionalização que divide todo o

território em 13 macrorregiões e 75 microrregiões que hierarquizam o acesso a serviços. Observamos com este trabalho que os limites dos Consórcios Intermunicipais de Saúde nem sempre coincidem com os limites dos territórios das microrregiões.

#### 4.3 A Regionalização na Perspetiva do Plano Diretor de Regionalização - PDR

O Estado de Minas Gerais apresenta hoje como instrumento para planejamento de ações, o PDR, que divide todo o território em 13 macrorregiões e 75 microrregiões que hierarquizam o acesso aos serviços de saúde, conforme figura 2 a seguir:

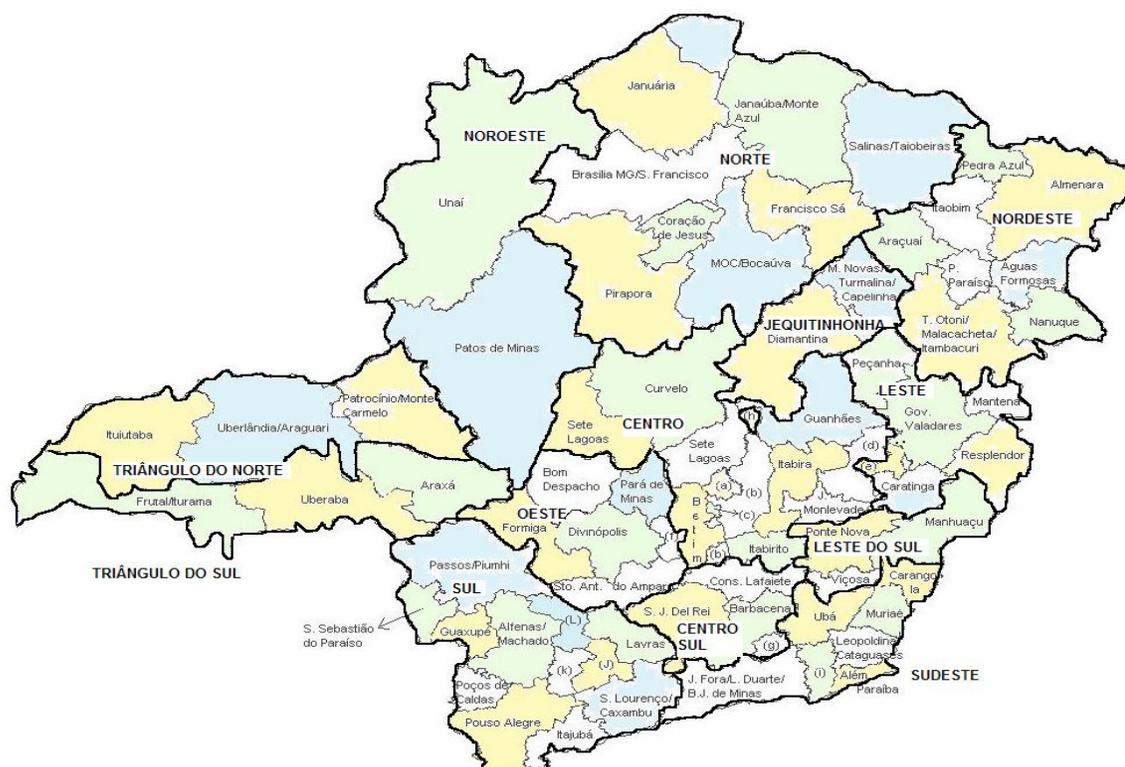


Figura 02: Mapa das macro e microrregiões de saúde de Minas Gerais.  
Fonte: Centro de Planejamento da SES - MG (2007)

A regionalização é parte do processo de descentralização do SUS. Em Minas Gerais este processo se iniciou nos primeiros anos 90 quando foi desencadeado um dos maiores movimentos de municipalização de uma política pública precipitados na área da saúde no Brasil.

Esta municipalização foi efetivada por uma equipe coordenada por um militante da reforma sanitária, que antes de ocupar a direção do sistema estadual de saúde já havia sido gestor municipal no mesmo estado, ocupado cargo de chefia no INAMPS e no Ministério da Saúde em Brasília, tinha laços e relações com a gestão do MS, principalmente da gestão da SAS/MS. Esta ligação, para além do nível pessoal, estreitava também duas grandes diretrizes do SUS daqueles anos de 1992, quando a 9ª Conferência Nacional de Saúde definiu que “*municipalizar é o caminho*” e já no ano seguinte o documento apresentador da NOB - SUS 93 trazia o lema “*O desafio de cumprir e de fazer cumprir a lei*”. Redes de relações pessoais e idéias levaram a um acordo de fazer de Minas Gerais um laboratório da descentralização, o que potencializou a municipalização no Estado, contando inclusive com o apoio financeiro para o objetivo. Havia municípios antes do estado na implementação do SUS em Minas Gerais, deliberado pela própria gestão estadual, que inclusive tomou as providências de convencer os prefeitos municipais a assumir a rede hospitalar estadual, bem como a gestão das AIH da rede contratualizada no seu município, conforme apontou o estudo de Campos (2000).

Este processo de municipalização reforçou a posição dos municípios na gestão do SUS em Minas, mas também sobrecarregou os municípios mineiros com o custeio da saúde. Tanta sobrecarga levou os municípios a procurarem alternativas para a gestão, como foi o caso da regionalização pelo consorciamento surgido logo a seguir, principalmente nos anos de 1995 a 1998, quando foi política adotada pela gestão estadual até para compensar sua incapacidade de investimento em saúde (COSECS, 2007).

De forma sábia a constituição previu a necessidade de integração dos serviços de forma organizada e hierarquizada no território, sendo a regionalização entendida como princípio organizativo, estruturante e operacional do SUS no sentido de garantir cobertura e acesso na medida em que possibilita uma distribuição técnica e espacial mais adequada, com mais eficiência institucional e social.

Ocorre que a regionalização não aconteceu concomitantemente com o processo de descentralização, como vínhamos relatando na evolução do SUS em

Minas, e da forma como proposta na NOAS em 2001 sofreu resistência de diversos atores, a começar pelos municípios receosos de um movimento de “recentralização”, não muito incomum no nosso processo histórico, conforme podemos avaliar nos nossos marcos teóricos, e nem de todo descartável nas intenções ministeriais daquele momento. Por outro lado, a resistência se deu por inaptidão dos estados, pelo próprio receio de assumir responsabilidades e também e não menos importante pela processo de estrangulamento financeiro dos estados em função dos ajustes constitucionais, da Lei Kandir, da Lei de Responsabilidade Fiscal entre outras. O fato é que aquele processo de municipalização ocorrido em Minas tinha deixado o estado meio inoperante, talvez por não entender seu papel no processo de construção e gestão do sistema estadual de saúde, conforme observa Campos (2000).

Entretanto nos primeiros anos do novo milênio, houve uma retomada no estado da discussão da necessidade de regionalização, como forma de organização do sistema, através de um Plano Diretor de Regionalização conforme apregoava a NOAS, mas com uma forte participação dos representantes municipais, através do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS e seus representantes na rede de colegiados macro e micro-regionais.

A regionalização começou a ser discutida dentro da CIB/MG, de onde se desencadeou reuniões regionais para, de forma ascendente e com grau de participação cada vez mais crescente por parte dos municípios forjar, com um formato próprio e diferente do proposto na NOAS, um plano diretor de regionalização já no ano de 2002.

Este primeiro PDR trazia algumas idiossincrasias, próprias de uma primeira experiência, de um processo em que o receio de perder comando e poder, aliado a algumas espertezas características do partido que ocupava o Palácio da Liberdade, sede do governo de MG, não muito afeito e acostumado ao trabalho livre da CIB, impunham à sua construção. Foram criadas então outros níveis territoriais intermediários, encaixados dentro dos níveis propostos pela NOAS: Gestão Plena da Atenção Básica; Módulo Assistencial e Sede de Módulo Assistencial; Microrregião de saúde e Pólo Microrregional de Saúde; Região de Saúde e Pólo Regional; Macrorregião de Saúde e Pólo Macrorregional de Saúde e Pólo Estadual de Saúde. Estas modificações levaram um impasse à implantação do processo de regionalização devido principalmente a falta de capacidade de planejamento em escala, um dos principais objetivos de um processo de regionalização. Como era fim

de governo, não se buscou a continuidade e o processo de implantação foi então adiado.

No novo governo, a regionalização foi incorporada como uma das principais diretrizes, com alguma similitude com a proposta de regionalização solidária elaborada pelo governo federal. A proposta de regionalização cooperativa do governo mineiro foi amplamente debatida dentro da CIB e no dia 16 de outubro de 2003 foi aprovado um PDR visando ganho de escala, sendo que se buscou uma escala mínima de 150 mil habitantes para se conformar uma Microrregião, embora três microrregiões de menor porte tenham sido incluídas. Afinal se chegou a uma divisão de treze macrorregiões, sendo uma bipolar e outra multipolar, e 75 microrregiões com 95 municípios pólos. Foi estabelecida uma comissão de acompanhamento e revisão anual do processo de regionalização que tem como objetivo manter a CIB informada do funcionamento das pactuações e dos fluxos micro e macro regionais.

A nova proposta de regionalização em Minas Gerais é então denominada de *regionalização cooperativa* e entendida por seus autores como novo paradigma, já que sem similar na experiência nacional e internacional, este novo paradigma foi descrito assim pelos seus autores Mendes & Pestana (2004, p. 35 - 36), textualmente:

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de um espaço privilegiado, a microrregião de saúde, onde os municípios da microrregião sanitária, em associação entre si e com apoio da União e da Secretaria Estadual de Saúde, farão a gestão das ações de atenção primária e secundária à saúde [...] ao associar municípios contíguos, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de saúde. [...] assenta-se no princípio da cooperação gerenciada [...] supera uma visão restrita de recorte territorial [...] para apresentar-se como um processo de mudança das práticas sanitárias no SUS, o que implica considerar suas dimensões política, ideológica e técnica. [...] política, dado que busca a transformação do SUS, atuando num espaço mesorregional, numa situação de poder compartilhado onde se manifestarão diversos interesses de distintos atores sociais; ideológica, uma vez que, ao se estruturar na lógica das necessidades e demandas da população, implicitamente opta por um modelo de atenção à saúde contra flexneriano, cuja implantação tem nítido caráter de mudança cultural; e técnica que exige a utilização e, até mesmo, a produção de conhecimentos e tecnologias coerentes com o projeto político e ideológico que a referência (PESTANA & MENDES, 2004, p. 35 – 36).

O processo de regionalização, entretanto, foi uma alternativa de gestão procurada pelos prefeitos municipais já na década de 80 com o consorciamento

intermunicipal, não sendo, portanto filha de uma proposta pronta e acabada de algum autor ou gestor. Sendo imprescindível a vontade política da gestão estadual também o é a vontade e capacidade dos gestores municipais para que seja trabalhada, desde o seu planejamento, de forma ascendente, baseada em um fortalecimento da capacidade de gestão municipal e do entendimento da interdependência intermunicipal e entre as três esferas de governo, para que possa ser posta em prática. Mais ainda em Minas, onde o processo de municipalização já havia proporcionado uma elevada força política aos municípios, força esta que não pode ser entendida somente como autarquização como insistem alguns autores, até pelo contrário, seria uma busca de suplantação do isolamento e abandono dos municípios pelos níveis supranacionais.

A baixa aplicação da NOAS, principalmente por ser 2002 o último ano do governo, fez com que ela ficasse fora das discussões só voltando a ser retomada quase um ano após a posse da nova gestão do MS, pressionados inclusive pelos municípios na Carta de Natal que desencadeou negociações em torno de “Um Pacto de Gestão”.

A Secretaria Executiva do Ministério da Saúde criou em 2004 um grupo de discussão, juntamente com representantes do CONASS e do CONASEMS buscando alternativas de gestão para o SUS. Entre as prioridades de discussão do Pacto estava a retomada do processo de regionalização. Recordo isso aqui para lembrar que muitos dos membros participantes deste grupo eram os mesmos representantes das suas instituições no GT – Grupo de Trabalho da Atenção à Saúde da CIT, onde se pactuava as novas portarias de cadastramento e recadastramento de serviços, principalmente das especialidades. Isto significava que as novas portarias, mesmo que superficialmente já eram impregnadas pela ótica da regionalização e da conformação de redes de serviços. O trabalho dentro das instâncias de pactuação estadual, mais especificamente das CIB, foi de certo modo em alguns lugares e de incerto jeito em outros, influenciado pela negociação desencadeada na esfera nacional.

#### 4.4 O Papel da CIB na Regionalização: Um Relato das Atas

Esta seção se refere à descrição das principais abordagens materializadas nas atas de reuniões das CIBs referentes às áreas temáticas e programas pré-selecionados neste estudo como base para o entendimento do processo de regionalização em Minas Gerais. Procuramos, de forma relativamente breve, entretanto mais fidedigna possível relatar as falas contidas nas atas, descrevendo como se deu o processo de discussão e de construção dos consensos e deliberações, longe de tentar aprofundar em aspectos metodológicos analíticos. Essa descrição se refere ao período de 2004 a 2007, que visa, juntamente com as informações de produção que abordaremos a frente, facilitar o entendimento do papel da CIB no processo de regionalização. Para facilitar a abreviação da leitura fizemos um sumário dos acontecimentos mais relevantes ao final de cada ano, quem quiser pode ir direto a eles e voltar às atas citadas quando interessar.

A tabela (**APÊNDICE I**) cita as discussões das áreas temáticas e assuntos relacionados ao objeto estudado nas atas ordinárias e extraordinárias das CIB-MG, do período de 2004 a 2007. Foram pesquisados 12 temas relacionados às categorias de análises propostas no estudo e a sua frequência nos debates da CIB, sendo elas: regionalização; regulação; PPI; PDR; PDI; CIBr; relativos às CIB Regionais; CIT; urgência e emergência; cardiologia; oncologia ;teto e deliberações.

Observa-se que os temas relativos ao processo de regionalização, redes, regulação, PDR, e CIBr estiveram presentes, com muita frequência em todos os anos, e irão marcar as deliberações. As especialidades apresentaram uma frequência sazonal, ligadas principalmente ao repasse de recursos federais que desencadeavam a discussão para pactuação e na conformação dos serviços e programas de saúde em Minas Gerais, embora seja justo salientar que em determinados momentos o estado propôs e custeou o déficit da alta complexidade na oncologia e na cardiologia conforme ficam explicitadas nas atas..

Verificamos na leitura das atas a presença constante dos membros representantes dos municípios e do estado, sejam titulares ou suplentes, acompanhados pelos seus superintendentes, diretores e coordenadores de áreas e técnicos das áreas específicas que estão na pauta das discussões. Outro

contingente sempre muito presente são os secretários executivos de Consórcios Municipais de Saúde, sempre participantes, inclusive com falas expressivas.

As reuniões da CIB registram uma presença crescente de membros representantes das instituições SES e COSEMS, que mostram também que as reuniões evoluíram de 6 encontros anuais para 12 reuniões anuais em média, geralmente 10 ordinárias e 2 extraordinárias. Chegaram a durar quase o dia todo, e às vezes entrar noite adentro na década de 90. Atualmente têm a duração de quatro a cinco horas consecutivas e um público médio de 120 participantes, que na grande maioria é composta de gestores municipais de saúde, representados pela direção do COSEMS – Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde, técnicos municipais e do estado.

#### **Atas de 2004**

Já na primeira ata do ano de 2004, a da reunião da CIB nº 93 de 5/2/2004 destacam-se alguns aspectos da regionalização, quando o Secretário Estadual de Saúde - SES apresenta à CIB uma nova jurisdição de duas novas Diretorias Administrativas Descentralizadas de Saúde do Estado (DADS) –, atendendo a demanda de emancipação de dois territórios (Pirapora e Januária), ligados à DADS de Montes Claros. Foram criadas, então, duas novas regiões administrativas na Macrorregião de Montes Claros, no Norte de Minas. O secretário informa que as novas diretorias obedecem ao PDR aprovado e que serão publicadas. Outro indicativo do modelo regionalizado vem das origens da pauta regular da CIB: as demandas das CIBR, ou CIB regionais.

Nas reuniões seguintes, o PDR continua sendo ponto de discussão, através da apresentação de relatórios da comissão mista SES/COSEMS encarregada da revisão do mesmo e com prazo estimado de finalização para 10/10/2004. A coordenadora do Centro de Planejamento da SES, responsável pelo trabalho de elaboração do primeiro PDR em 2000-2002 comenta algumas das interpretações errôneas que vêm acontecendo em relação ao PDR. Observa que confundem jurisdição das DADS com os PDR e pede aos gestores e técnicos presentes que tentem esclarecer que estas têm função de apoio logístico ao funcionamento das microrregiões, que terão funções determinadas e trabalhadas dentro das CIBs microrregionais. Assim, a discussão da Saúde vai se dá no espaço

microrregional nas CIBs Micro, entendendo a mesma como responsável pela assistência da baixa e média complexidade do território que abrange. Este papel será detalhado e estudado no próximo PDR. Fala também do ajuste das DADS ao PDR.

**Na 96ª reunião da CIB, em 13/5/2004**, o estado anuncia o lançamento do edital de concorrência das Centrais de Regulação ainda para maio.

**Na 99ª reunião da CIB/MG, em 5/8/2004** a coordenação estadual de alta complexidade da SES apresenta a proposta de critérios para credenciamentos de CACON – Centros de Alta Complexidade em Oncologia no estado de Minas Gerais: estudo dos pontos de atenção Alta Complexidade em Oncologia; a identificação de capacidade instalada; a necessidade de ampliação da rede; a ausência de serviços integrados; a inexistência de mecanismos de controle; a necessidade de serviços com atendimento contínuo; a distribuição irregular dos serviços por região geográfica; demanda reprimida e falta de recursos humanos.

Propõe à CIB aprovar critérios abaixo:

I – definição da demanda por usuários e não por serviços; II – constatação de características de incidência da doença; III – atendimento aos seguintes Parâmetros Assistenciais: a) Parâmetro Populacional: - Um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) para cada 550.000 habitantes; b) Parâmetros Epidemiológicos: - Incidência de Câncer na População – 0,24% - 70% necessitam de quimioterapia e 60% de radioterapia; c) Parâmetro Custo/Benefício: mínimo de procedimentos de quimioterapia/mês – 600/mês; mínimo de procedimentos de radioterapia: 300/mês; número de pacientes de quimioterapia: 1.000/ano; número de pacientes de radioterapia: 60/mês; d) Parâmetro de Qualidade: 2 (dois) oncologistas para cada CACON. 2º - O credenciamento de novos serviços de Oncologia no Estado de Minas Gerais obedecerão rigorosamente a organização assistencial prevista no Plano Diretor de Regionalização/PDR e serão implantados em pólos macrorregionais, dentro de estrutura hospitalar. 3º - O Centro de referência para tratamento oncológico credenciado obedecerá aos seguintes indicadores de qualidade:

1 - tempo médio entre a data do diagnóstico e início do tratamento o menor possível; 2 - porcentagem de paciente tratado em seguimento; 3 - tempo médio em que os pacientes ficam sob tratamento; 4 - tempo médio de sobrevida global de

pacientes tratados por localização primária e extensão do tumor; 5 - taxa de abandono de tratamento.

Após discussão, com ampla participação, foram pactuados os critérios que norteariam o credenciamento dos CACON e a proposta da Rede de Alta Complexidade em Oncologia, a ser discutida na câmara técnica e trazida para apreciação da CIB.

**Na reunião seguinte, de número 100, ocorrida em 15/9/2004,** tendo em vista um déficit na alta complexidade dos municípios em GPSM, identificado pela análise de execução da PPI pela Comissão SES/COSEMS no período de outubro de 2003 a março de 2004, que comprova a insuficiência dos recursos federais para o custeio, propõe um pagamento, em forma de ressarcimento da produção até que se recomponha o teto da Alta Complexidade pelo Ministério. A SES propõe apresentar á comissão SES/COSEMS uma metodologia para execução do ressarcimento, com recursos do Fundo Estadual de Saúde, e trazer a CIB para Pactuação. Ficou aprovada a autorização para os GPSM continuarem a produzir e assegurar o acesso dos usuários e o atendimento programado na Oncologia e na TRS.

A coordenação de Planejamento informa que devido à eleição municipal, o atraso na entrega das propostas e a provável mudança de gestores levaram a comissão SES/COSEMS apresentar a proposta de adiamento da revisão do PDR para maio de 2005, o que foi considerado apropriado pela maioria dos que se manifestaram, sendo então pactuada a nova data.

**Na reunião 101, do dia 25/10/2004** o Diretor de Regulação da SES/MG, responsável pela proposta apresentada na reunião anterior (de ressarcimento aos extrapolações da Alta Complexidade), informa que, conforme deliberação da CIB, foram pagos as competências de janeiro a maio e que foram levantados os valores referentes a junho e julho, cujo valor é de R\$ 2,3 milhões.

**No dia 19/12/2004, na 102ª reunião,** a coordenação estadual de planejamento volta a informar do adiamento da data de revisão do PDR e expõe que de 77 encaminhamentos de propostas de adequação, 36 eram referentes a mudanças de DADS e não de Micro. Solicita as CIB-Micro que encaminhem as confirmações das solicitações até 15 de março para que se consiga fechar o estudo e emitir parecer para apreciação da CIB/MG.

Na Oncologia, o presidente do COSEMS apresenta questionamento da gestão de Poços de Caldas que havia solicitado credenciamento junto a Hemominas

e não foi atendido, sendo que o próprio gestor toma a palavra para dizer que é credenciado e atende alta complexidade em oncologia e que vem arcando com as despesas. O SES diz que vai fazer contato com a direção e procurar solução, para ser apresentada na próxima reunião.

#### **Sumário do ano 2004:**

- Na reunião ordinária nº 93 de 5/2/2004: discute-se o novo PDR/2003.
- Na reunião ordinária nº 96 de 13/5/2004: discute-se e pactua-se os critérios de credenciamento dos CACONS – Centro de Alta Complexidade em Oncologia de Minas Gerais.
- Na reunião nº 100 discute-se o ressarcimento com recursos do Fundo Estadual de Saúde dos extrapolamentos de tetos de alta complexidade pelos municípios em GPSM. Na reunião seguinte nº 101, é informado os valores pagos.

#### **Atas de 2005**

**A primeira reunião do ano, de número 103, ocorrida em 15/2/2005** foi iniciada pelo Secretário de Estado da Saúde – SES (que coordena as reuniões e que a partir de agora passo a denominar de o SES, seja ele o titular ou seu adjunto) que ressaltou que a CIB-MG é um instrumento imprescindível para a construção do SUS, uma vez que possibilita a integração entre Estado, Município e União. Enfatiza a necessidade do fortalecimento das CIB's Micro e Macrorregional, as quais irão encaminhar soluções para problemas estruturais do SUS em relação à municipalização e a convivência entre os municípios e sua interface com os Governos Federal e Estadual. Expõem que o Estado tem uma agenda de curto e uma de longo prazo; problemas de reforma estrutural; questões da regionalização são a mais alta prioridade da SES/MG

A coordenação de planejamento vem colocar algumas emergências: lembra que o PDR 2001/2002, foi elaborado com ampla participação dos municípios, através de Comissões Bipartite Regionais constituídas por Deliberações da CIB-MG as quais integravam representantes da SES, COSEMS, DADS, CMS e CES. Lembra que o PDR foi ajustado, em 2003 de forma a atender a proposta do Plano de Governo, proposta essa dentro dos critérios de escala e escopo, para o que é imprescindível o ordenamento da rede assistencial, da atenção primária aos níveis mais complexos. Lembra da literatura internacional, segundo a qual a escala ideal

para uma microrregião seria em torno de 150 mil habitantes. Rememora que, dessa forma, microrregiões foram agregadas e os Polos anteriormente designados, que passariam a vigorar em caráter complementar quando o equipamento exigisse escala, mantidos. Refere-se ao ajuste realizado no PDR-2001/2002, onde se agregou microrregiões, dando origem ao PDR-2003/2006 que foi aprovado em outubro de 2003 pela CIB-MG, gerando o PDR 2003/2006, com previsão de ajuste em outubro/2004 e postergado por entendimento da CIB/MG. Lembra que os ajustes combinados serão efetuados em bloco e não de forma isolada, sendo a exceção apenas em caráter emergencial para as solicitações do Vale do Jequitinhonha, pactuada na reunião da CIB-MG, em 10/12/04, ficando os demais a serem discutidos com as CIB's MM, conforme cronograma a ser definido. Esclarece que cerca de 100 municípios apresentaram solicitações, mas apenas 36, que tem grandes chances de serem aceitas se referem ao PDR e que os demais fizeram solicitação de vínculo a DADS. Apresenta as solicitações de Jenipapo de Minas, Pontos dos Volantes, Itinga e Capelinha, que solicita se constituir como Polo de Micro. Pondera que como as micros precisam de escala não seria o mais aconselhável. Porém, considerando Capelinha como município que polariza municípios circunvizinhos, embora não realize todos os procedimentos de média complexidade hospitalar esperado para uma micro, além de outros critérios técnicos, como as grandes distâncias, opina favoravelmente à reivindicação, mas como micro excepcionalmente tripolar, juntamente com Turmalina e Minas Novas.

O técnico representante da gestão de Juiz de Fora pondera que a regionalização é muito importante para disciplinar o fluxo do usuário em busca de serviços de média e alta complexidade. Que tem sérias dúvidas da proposta criada pelo Estado de micro bipolar e tripolar. Entende que se é mais de um, ninguém assume a responsabilidade. Relata sua experiência, que alguns municípios têm a concepção de que o Polo da Macro tem de dar conta de toda a alta complexidade e da urgência e emergência, tendo ou não vaga, que esta questão tem que ser mais discutida e que está encaminhando a discussão para a Superintendência de Regulação e CIB-MG para que se regularize a questão dos encaminhamentos da urgência e emergência para os municípios Pólo de Macro, seriam ou não obrigados a atenderem toda a emergência, mesmo sem capacidade instalada.

O SES esclarece que a idéia é que as Macrorregiões sejam auto-suficientes no atendimento de emergência, mas a partir da implantação do sistema de regulação.

O técnico de Juiz de Fora informa que foi solicitado ao Secretário de Estado, pelo COSEMS, que os recursos do PRÓHOSP fossem vinculados a metas assistenciais, e que foi aceito, mas não está sendo cumprido, então o Município de Juiz de Fora, através da macro, está solicitando suspensão do repasse dos três hospitais qualificados por não terem atingido as metas pelo segundo trimestre consecutivo.

Solicita a SES e ao COSEMS que têm se tomar posições e ser muito mais rígido em relação à presença significativa do Gestor Municipal no acompanhamento das metas, visando a não alocação de recursos onde o impacto na atenção não for perceptível.

**Na reunião de número 104, de 2/3/2005** o SES solicita aprovação do credenciamento em Cirurgia Cardíaca dos Hospitais Márcio Cunha, de Ipatinga e Haroldo Tourinho, de Montes Claros, encaminhados pelas CIBs Macrorregionais e atendendo todos os pré-requisitos das portarias e do PDR.

O gestor municipal de Governador Valadares manifesta o interesse de seu município em credenciar o serviço de Cirurgia Cardíaca na média complexidade, o que já teria sido discutido na CIB-macro. O Superintendente de Epidemiologia da SES/MG pondera que naquela macro não cabem 2 serviços.

O credenciamento dos serviços de Ipatinga e Montes Claros são aprovados.

**Na reunião de número 105 de 2/5/2005** o SES abre sua fala abordando os credenciamentos da Alta Complexidade. Informa que se trata de novo credenciamento em função de mudanças ocorridas nas portarias Ministeriais. Que o Ministério estabeleceu prazo, já prorrogado, para envio dos processos de Terapia Renal, Ortopedia e Cirurgia Cardíaca. Relata que esteve no Ministério juntamente com a Coordenadora Estadual de Alta Complexidade e com o Secretário Municipal de Saúde de Belo Horizonte e que o Ministério informou que não seria possível permanecer com os serviços que não estejam credenciados ou que não tenham se credenciado. Se esses serviços não se enquadrarem às novas condições das portarias e forem encaminhados sofrerão interrupção do pagamento dos procedimentos apresentados ao DATASUS, se não forem descredenciados. A

coordenadora salienta que apesar dos esforços junto as DADS e Municípios, muitos processos ainda não chegaram.

A direção do COSEMS pede a CIB-MG que solicite a CIT prorrogar o prazo para envio dos processos, além do não descredenciamento e corte do pagamento dos serviços prestados.

A coordenadora estadual esclarece em relação aos recursos financeiros, que foi solicitado ao município apenas uma declaração do teto, e quanto ao impacto da portaria, será solicitado ao Ministério que cubra. Que em estudo realizado pelo Estado, foi certificado que a maioria dos serviços credenciados para realizarem cirurgia cardíaca não faz o número mínimo preconizado pelo Ministério. Que no momento a intenção é que os serviços credenciados atinjam o número de 180 procedimentos e após pensará nos novos credenciamentos.

O SES argumenta que o que mobiliza no momento é a falta de teto para custear os novos serviços, se, pelo menos, a Oncologia e Nefrologia fossem assumidas na integridade pelo Ministério; o Estado está pagando um milhão e meio de reais de pacientes que já estão em tratamento. A CIB aprovou o encaminhamento de solicitação ao Ministério da Saúde, assinado pelo Secretário de Estado de Saúde e Presidente do COSEMS.

**Na reunião de nº 106 de 27/6/2005** foi dado prosseguimento ao debate sobre as Redes de Alta Complexidade e a coordenação estadual explicou: “vamos aplicar nesta rede, especialmente o parâmetro populacional que o Ministério da Saúde publicou nas novas Portarias sobre: Ortopedia, Cirurgia Cardíaca, e TRS. A Coordenação Estadual já tinha feito uma rede, mas o Ministério não concordou muito com a nossa proposta de rede estadual e tivemos que refazê-la em alguns pontos.”

Em relação à Cirurgia Cardíaca o MS colocou vários parâmetros dependendo da especificação, do tipo da cirurgia cardiovascular a ser realizada. O MS definiu um parâmetro de uma (01) unidade para 600 mil habitantes, já na cirurgia pediátrica uma (01) unidade a cada 800 mil habitantes. Na cirurgia de procedimento com intervenção lícita ele colou uma (01) unidade para 600 mil habitantes, na cirurgia vascular uma (01) unidade para 500 mil habitantes. Na cirurgia endovascular e na eletrofisiologia ele colocou uma (01) unidade para cada 4 milhões de habitantes.

“Então, atendendo a portaria, temos o seguinte quadro: na cirurgia cardiovascular, de um serviço para 600 mil habitantes, vamos trabalhar com as 13 macrorregiões, conforme o PDR. Na macro Norte de Minas, na região de Montes

Claros, podemos implantar duas (02) unidades, na Macro Nordeste uma (01) unidade. Na Macro Leste do Norte, que é a região de Ipatinga e Governador Valadares, seriam duas (02) unidades; Macro Leste do Sul, uma (01) unidade; na Macro Sudeste (região de Juiz de Fora) duas (02) unidades; na Macro Centro-Sul, que é a região de Barbacena, São João Del Rei, uma (01) unidade; na Macro Centro, maior região com cerca de 5 milhões de habitantes, seriam nove (09) unidades; na Macro Oeste, duas (02) unidades; na Macro Sul, mais quatro (04) unidades; na Macro Triângulo do Sul, uma (01) unidade; Triângulo do Norte, duas (02) unidades; na Macro Noroeste, uma (01) unidade.”

A coordenação informa que na cirurgia cardiovascular, o Estado já fez o credenciamento. Diz que só conseguiu mandar quatro processos (alguns de Belo Horizonte). Foi encaminhado ao MS um (01) processo do Norte de Minas, um (01) do Sudeste (Juiz de Fora), um (01) de Divinópolis e um (01) de Uberaba. Estão enviando agora os processos de Belo Horizonte, que são mais ou menos seis (06) processos, revistos. Destes, conseguiram enviar três (03) e ainda faltam os outros três (03).

A representante do Consórcio Intermunicipal do Médio Jequitinhonha questiona em relação ao credenciamento do Vale do Jequitinhonha: “quantos serviços poderiam ser credenciados nessa região?” A coordenação responde que “nesse momento” não sabe precisar esse número, que tem que fazer o estudo. É considerado também o serviço em uma escala que o Ministério coloca para cada procedimento. Mas nessa macrorregião (Vale do Jequitinhonha), “a infra-estrutura que temos é muito ruim, não temos condições de implantar um serviço de cirurgia cardíaca”.

O SES faz uma intervenção dizendo que foi uma proposta do Estado, que tem sido a de induzir um Pólo no Jequitinhonha através de Diamantina, dividindo um pouco o médio e alto Jequitinhonha, baixo Jequitinhonha com Teófilo Otoni. “Na verdade tem sido uma enorme dificuldade fazer isto, até mesmo o serviço de Terapia Renal, está parado, porque não consegue um Nefrologista para ir morar lá. Veja que temos vários entraves desta natureza. O Estado na verdade está fazendo um grande esforço para compensar esta defasagem do Vale do Jequitinhonha e no Norte de Minas, que já é um pouco melhor. Mas no Vale do Jequitinhonha isso é ainda mais difícil. Temos tido dificuldade de conseguir, principalmente recursos humanos qualificados, adequados e dispostos a ir trabalhar principalmente em Diamantina,

que é a cidade escolhida como Pólo indutor da Alta Complexidade no Vale do Jequitinhonha.”

A coordenação continua afirmando que a cirurgia intervencionista tem como parâmetro uma proximidade de 1 milhão habitantes, como a cirurgia cardiovascular, em que, para se ter procedimento intervencionista, é necessário ter-se como pré-requisito a cirurgia cardiovascular hemodinâmica. “Não se credencia esse procedimento isoladamente. O pré-requisito é o mesmo da cardiovascular.”

A representação do COSEMS explica que devido aos critérios populacionais, de infra-estrutura e de disponibilidade de recursos humanos, principalmente médicos especialistas, fica restrito o credenciamento de algumas regiões.

**Na reunião de número 107, de 26/7/2005,** foi homologada a última CIB-Macro do estado, a da Macro Oeste.

**Na reunião de nº109 de 5/9/2005,** a discussão sobre as redes de Alta Complexidade “encheu” a pauta, principalmente no que dizia respeito à insuficiência de recursos, dos baixos valores de tabela e de parâmetros.

Destaco aqui a atuação de um técnico municipal, de Juiz de Fora, cuja presença e fala eram frequente e já aparecera em reuniões anteriores, como da 103ª de 15/2/2005, para demonstrar a característica da CIB de liberdade de expressão, fato inegável.

A coordenação estadual de Alta Complexidade pede para passar à aprovação da CIB os credenciamentos em Alta Complexidade. Todos os serviços que foram passados aqui fazem parte da rede assistencial, e comportam o credenciamento dessas unidades. Então, o Hospital Ibiapaba de Barbacena, para cirurgia cardiovascular e o Hospital São Lucas de Governador Valadares, são para Alta Complexidade cardiovascular e de procedimentos intervencionistas. Hospital Odilon Behrens, Hospital da Baleia, Hospital João XXIII, aqui de Belo Horizonte, somente para cirurgia cardiovascular. Porque muitos procedimentos da vascular passaram da Média para Alta Complexidade. Já fazem parte da rede e estão de acordo com os parâmetros do Ministério. Os hospitais de cirurgia cardiovascular de Ibiapaba de Barbacena e Governador Valadares são novos, os outros são antigos.

O técnico representante de Juiz de Fora pergunta se Minas Gerais está tendo condições de credenciar serviços de cardiologia, com o parâmetro atual. A

coordenação responde que sim. Com parâmetro populacional que o Ministério coloca dá para credenciar. A coordenação diz que o Ministério está estudando, que foi mandada uma planilha, e que vão dar um aporte de recursos para esses credenciamentos. “É a posição do Ministério da Saúde”.

A direção estadual da regulação explica: “na portaria, à medida que você credencia, a unidade se compromete a ter esse desempenho, não é anterior ao credenciamento, é o contrário”.

O técnico de Juiz de Fora replica: o Odilon Behrens hoje faz cinquenta (50), quando deveria fazer cem (100). Para seu credenciamento ele obriga-se a fazer 100, para tanto seriam necessários recursos adicionais. O SES fala que Ministério está ampliando as metas, está alocando recursos para permitir que essa meta prevista na portaria possa ser factível para aquela unidade.

O Técnico de Juiz de Fora diz: “isso não vai acontecer senhor Secretário, na medida que você está credenciando o serviço de Alta Complexidade em cirurgia cardíaca, próxima a Juiz de Fora, o serviço vai começar a produzir procedimentos da cirurgia cardíaca agora, ou seja, está fora daquela diretriz da Secretaria de Estado de Saúde, de agregar o serviço de Alta Complexidade dentro do critério de escala e escopo. A direção estadual da regulação concorda e explica que, o Ministério mudou as Portarias. Quando a Coordenação de alta complexidade apresentou no ano passado, era uma escala, depois o que estava acontecendo foi levado ao Ministério, os serviços existentes não estavam dando conta de atender”. O técnico afirma que não é o caso de Juiz de Fora.

O gestor de Juiz de Fora diz: “dentro desta mesma linha, já tínhamos conversado com o Ministério a respeito da verba nova para o serviço credenciado, já estávamos sabendo disso. Agora, persiste a dúvida no que foi falado aqui pelo Diretor de Regulação. Juiz de Fora já produz 100% a mais do pactuado, se não recebe por esse 100% pactuado, vai continuar a distorção. Temos uma demanda de série histórica, temos capacidade de produção, o credenciamento de Barbacena não vai resolver o problema da região, vamos persistir um déficit financeiro na produção, tanto da Alta Complexidade da cardiologia, e principalmente da traumatologia-ortopedia que temos R\$ 17.000,00 (dezesete mil reais) por mês.” A SES diz que até fez essa discussão: “A coordenação deve se lembrar. Foi colocada”.

A direção do COSEMS fala que “o que temos que fazer é tomar alguma providência emergencial, em relação à questão da Alta Complexidade, não o que

seja um problema único de Minas Gerais, mas temos vivido essa situação. Temos hoje vários serviços montados, que atendem a quem da necessidade dos municípios, ou seja, há uma demanda reprimida muito grande na questão da Alta Complexidade. Em Belo Horizonte, nós temos essa dificuldade, o próprio município tem, e nós do município da região metropolitana temos a dificuldade do acesso. Ou é parâmetro, ou é valor de tabela, eu não sei o que é, deve ser contextual, são ambos, e a gente tem que ter emergencialmente alguma ação. Porque Juiz de Fora está falando aqui uma verdade, eles atendem uma demanda acima do que é pactuado, tem um prejuízo enorme, e se propõe a criação de um novo serviço, portanto, sou a favor de descentralizar tudo, discutimos isso com a coordenação constantemente, ela que pondera comigo, o que deve e o que não deve ser descentralizado por muitas razões, temos que viabilizar primeiro os serviços que já existem, e, segundo, garantir o acesso da comunidade. Pergunta à coordenação estadual, se eles vão aumentar o valor dos procedimentos, globalmente falando. O meu questionamento é esse. A coordenação responde que vai aumentar o número de procedimentos que aquela unidade vai atender. Então, logicamente, vai aumentar o recurso financeiro, o custeio.”

O SES dirige-se à direção do COSEMS: “vamos continuar tendo, em termos de dificuldades e de absorção, que minimamente corrigir os parâmetros de Minas Gerais, para média nacional. O que tenho na verdade de impacto negativo e de serviços ociosos, é porque o parâmetro de Minas Gerais para quase tudo, começando pela internação geral de seis e meio (6,5), está baixo, realmente muito abaixo da Média Mínima Nacional. Se conseguíssemos corrigir os parâmetros para média nacional, que temos pretendido há muito tempo, não estaríamos tratando desta questão.”

O SES diz que a melhor idéia, “é que convoquemos o grupo técnico, na figura do Diretor da Atenção Especializada do Ministério da Saúde, para uma discussão na Câmara Técnica da CIB. Fazemo-la, e depois trazemos para uma discussão plenária da CIB o que ficar discutido e acertado na Câmara Técnica.” O Diretor de Regulação fala: “Antes do encaminhamento, acho que o problema da SES/MG é político, tem dois anos que fizemos um estudo técnico, o diretor do MS não tem poder de decisão, a equipe técnica do Ministério não tem poder de decisão. Até já falei isso, que farei um estudo apenas se o Secretário obrigar, mas senão me recuso a fazer mais estudo técnico para o Ministério. Porque já fizemos estudos, já

fizemos comparação com a média do Sudeste per capita, não tem mais o que discutir”.

A direção do COSEMS propõe que, então, promovam um encontro com o Ministro. O diretor diz que o problema é com o Ministro, não é com a equipe técnica, que nada tem contra se a CIB quiser chamar a equipe técnica.

O técnico de Juiz de Fora diz concordar plenamente com o diretor estadual: “primeiro é o viés técnico, tem que recuperar todo aquele esforço que foi feito pela Regulação, pela Secretaria de Estado de Saúde e pelo COSEMS. Acha, também, que é um “problema político”. “Sabemos que existe uma pressão muito grande dos prestadores privados por credenciamento de serviço da Alta Complexidade. Se não resolvermos minimamente os problemas da assistência, de parâmetros, metas físicas e financeiras, vamos ficar realmente espalhando uma rede que não vai ter resolutividade nenhuma, que não vai ter recursos para custear esta rede”.

O diretor estadual continua a explicar: “estamos com *per capita* da Média e Alta Complexidade de 11,79 (onze unidades e setenta e nove décimos) inferior a Média do Sudeste. É um dado que temos. “Estamos brigando, o COSEMS, a Secretaria, ir ao Ministério e mostrar. Até outubro temos que ter uma solução. Não é que o Ministério prejudicou Minas Gerais, historicamente, porque o Sul tinha razões até sociais de imigração, eles tiveram um aumento da capacidade instalada muito maior do que Minas Gerais, ao longo dos anos. Com isso, a sua per capita aumentou, e mais um detalhe que, inclusive é bom lembrar para o COSEMS, é que o nosso teto de Média Complexidade ficou defasado, a partir de 94, quando o Ministério monetarizou as AIH's, porque naquela época, não era monetarizada, era número. O que o Ministério fez na época de 94, ele alocou nos Estados os recursos correspondentes a média de produção, no primeiro semestre de 94. O que aconteceu, como Minas Gerais não extrapolava o teto, foi ficamos lá em baixo, São Paulo e outros Estados que extrapolavam tiveram um teto maior. Minas Gerais não extrapolava, porque naquela época o nosso Secretário não permitia que a gente extrapolasse o teto, era uma ordem, um contrato que ele fez com o Ministério, de que seguiria o teto...”

**Na reunião extraordinária de número 39 - 16/9/2005** foi discutida a recomposição do financiamento do SAMU, um dos passos importantes para iniciar a

discussão da Rede de Urgência e Emergência, até então não colocada na agenda como prioridade:

A coordenação estadual de urgência e emergência apresenta, então, o andamento: Relata que o SAMU é um projeto do Governo Federal, que por pactuação feita na CIB e no âmbito Federal também com o Estado, o Governo Federal entra com 50% do custeio, o Município entra com 25% e o Governo do Estado entra com 25%. No final de 2003 foram apresentados doze projetos à Coordenadoria de Urgência e Emergência que administra o Projeto SAMU do Ministério da Saúde. Foram progressivamente aprovados, a começar pelo de Belo Horizonte. “Vamos pela ordem cronológica, ou seja Belo Horizonte, Betim, Contagem, Ipatinga, Patos de Minas e, mais recentemente, Barbacena e Governador Valadares.

O SES fala: “Só fazendo uma complementação são três pontos que nos estamos querendo pactuar aqui: primeiro, O Estado por um equívoco nosso pagou ao longo do primeiro semestre, metade do valor devido as oito cidades que estavam habilitadas. “Então das dez aí é só tirar Barbacena e Valadares, os municípios restantes receberão metade dos recursos a que o Estado se obrigou, se comprometeu com o co-financiamento do SAMU. Aprovando a Deliberação aqui, na próxima semana nós vamos pagar em parcela única esses atrasados de pagamentos indevidos. 2º aspecto, também estaremos pagando em uma parcela já do 2º Semestre com valor corrigido, as competências de julho, agosto e setembro. E o 3º item de pactuação, aprovação dos projetos de Barbacena e Valadares, que foram submetidos à Câmara Técnica de manhã, são esses três pontos” Foram aprovados os três pontos.

**Na reunião de nº110 de 20/10/2005.** Esta é uma ata a que foi dado destaque especial pois discute O PDR – Plano Diretor de Regionalização, que foi o ponto principal da pauta e é a base da nossa pesquisa o que justifica a sua amplitude. Nas falas registradas pode-se notar a tentativa dos municípios de sobrepujarem as diretrizes que visam o ganho de escala com o processo de regionalização alguns tentando a condição de pólo micro, mesmo que sem capacidade instalada, se propondo até a investir em infra-estrutura para alcançar a condição de polo (exemplo de Jequitinhonha). Nos casos de polo macro as motivações parece estarem relacionadas a conjugação de interesses público x privados, onde já existia alguma capacidade instalada mas não credenciada ao SUS

(casos de Sete Lagoas), bem como da motivação política (caso de Muriaé) que tentam dividir a condição de Pólo Macrorregional com Belo Horizonte e Juiz de Fora. Em ambos os casos há um histórico extrapolamento de produção de serviços pelos polos macro de Juiz de Fora, que recebe uma demanda inclusive de outro estado, e B. Horizonte que, mesmo possuindo um forte poder regulador, produz mais do que o pactuado, arcando ambos os municípios, com recursos próprios municipais, as despesas de cidadãos de outras municipalidades.

A coordenação do Centro de Planejamento da SES/MG apresenta o histórico das discussões do PDR, os adiamentos e enfatiza que foi proposta aos secretários municipais um ajuste para outubro de 2004 foi proposto 77 mudanças e que delas só 36 diziam respeito a mudanças no PDR. As outras eram questões relativas às DADS. Fala então das etapas de elaboração do documento com os ajustes: primeira etapa, a elaboração do novo PDR de 2003-2006, com agregação de micros para alcançar escala e escopo. Na Segunda etapa foi a aprovação na CIB e o terceiro foi publicizar o documento aprovado visando que se explicitassem as contestações para que se pudesse fazer os ajustes. O documento foi divulgado e colocado na internet para que todos tivessem conhecimento. A estratégia foi descentralizar para as bipartites essas discussões, tão logo as CIBs Micro foram constituídas foram inseridas no processo. Houve atraso no envio de documentos pelas CIBs com prorrogação de prazo. Foi elaborado um relatório final, um consolidado que foi apresentado ao colegiado de diretores da SES/MG e ao COSEMS. Houve algumas contestações por parte do COSEMS, Muriaé e Sete Lagoas contestaram e também a região de Itaobim/Almenara.

O resultado das apresentações do Estudo do Centro de Planejamento foi encaminhado para discussão e emissão de parecer por parte do GTR. Outro passo é o encaminhamento dos pareceres do GTR as DADS e CIB Micros. Se é preciso reverter fluxo, torna-se necessário elaborar um termo de compromisso, confeccionar, por exemplo, aqueles municípios que teriam que fazer uma reversão do atendimento da sua população acima de 60%. “Consideramos grave fazer uma movimentação de uma população já habituada a ir para um lugar, de repente para outro. A idéia é somente que o Gestor tenha condições. Esse Parecer era o esperado como retorno das CIB’s Micros. Devido ao atraso de muitos, tornou-se necessário novo acordo e adiamento dessa reunião. Assim que retornaram todos os pareceres das CIB’s

Micro, elaborou-se a consolidação desses pareceres, e elaborado um relatório, discutido com o Colegiado dos Diretores e com o COSEMS.

Quais ajustes foram combinados e Quais foram efetuados? Os pareceres finais da Secretaria de Estado, negociados nas CIB's Micros em reuniões com o COSEMS, são os apresentados a seguir para aprovação da CIB. Inclusive aqueles cuja negociação parece dúbia. Esses são poucos, mas estarão discriminados, mas são os pareceres finais, que foram negociados com as CIB's Micros. Não houve parecer só da Secretaria de Estado.

Os municípios que pediram a mudança dentro do subconjunto, também tiveram seus pedidos acatados. Vinte municípios que encaminharam a proposta inicialmente retificaram a solicitação inicial e optaram pela não alteração.

Apresenta pareceres técnicos desfavoráveis, mas revertidos mediante termos de compromisso assinados pelos Gestores. Houve parecer técnico desfavorável, quando os municípios apresentaram necessidade de reversão de fluxo hospitalar de Média Complexidade, e Média Complexidade na área hospitalar, Média Complexidade do tipo II, e o elenco de procedimentos de Média Complexidade Ambulatorial II, então, tendo acima de 60%, uma série histórica que documentava esse tipo de encaminhamento, e ainda solicitavam transferência. Além desse componente, pediam transferência para distâncias maiores em relação ao município de atendimento. Desses casos só um se enquadrava totalmente. O Secretário de Bandeira do Sul ratificou e assinou, dizendo que a população dele sairia de menos de 20 km, e uma série de vários anos de encaminhamento de 80% da sua pactuação com o município vizinho, que é Poços, para ir para os Centros, isso não é para ir para referência como Pólo Macro, é para ir como Micro na Média Complexidade.

O parecer foi desfavorável. Fica evidenciada a tentativa de negociação e a abertura que a Secretaria tenta fazer no sentido de escutar, mas não se pode deixar de registrar que eventualmente, se isso tiver algum problema, não foi por falta de alerta. São Félix de Minas era outro município nesta mesma condição, mas felizmente São Félix de Minas não manteve a sua solicitação inicial. Então, somente o município de Bandeira do Sul foi transferido de Poços de Caldas para Alfenas. Apresenta agora, a estrutura do PDR. Esclarece que são solicitações de desmembramento de Micros que foram agregadas, e que, se desmembradas, implicariam na redução de escala, e para algumas, abaixo do critério adotado. Quais sejam: O município de Lima Duarte solicitou desmembramento de Juiz de Fora e

Bom Jardim. Teófilo Otoni solicitou desligamento da Micro Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri. Juiz de Fora também fez a mesma solicitação de Lima Duarte. O município de Taiobeiras solicitou o desligamento Salinas/Taiobeiras, e o município de Monte Azul, solicitou desmembramento entre Janaúba e Monte Azul.

O parecer do GTR foi desfavorável a qualquer um desses retornos, com base nos critérios e diretrizes já divulgados. Esses pareceres do GTR, contrários ao desmembramento, foram homologados em reunião com Colegiado de Diretores das DADS, realizado em Setembro de 2005. O Colegiado confirmou que tais desmembramentos não eram possíveis. Esses Pareceres também foram homologados na reunião com o COSEMS, dia 29 de setembro.

Permanecem agregadas essas Micros, conforme o PDR 2003/2006. Outra solicitação é a de Sete Lagoas, que solicitava ser Pólo Complementar da Macro Centro. O Parecer do Centro de Planejamento e do GTR foi contrário. Favorável a médio prazo. Porém a coordenadora acredita que com a grande concentração de serviços em Belo Horizonte, e pelo crescimento populacional da região de Sete Lagoas e Curvelo. A médio prazo isso deve ocorrer. Reforça a idéia de que seria uma mudança a médio prazo, porque Sete Lagoas não apresenta os pré-requisitos combinados e acordados, o perfil esperado, as condições para essa situação. Muriaé também reivindicou ser Polo Macro da região Sudeste. Nós tínhamos um Parecer que foi desfavorável, pelos mesmos motivos eram poucos os itens previstos como perfil esperado para um Pólo Macro. Contudo ficou claro na reunião com o COSEMS e expresso pelo representante da reunião, aqui presente, que já havia uma combinação anterior dos Secretários Municipais interessados, no caso Muriaé e Ubá na época, Diretoria Regional de Ubá.

O Centro de Planejamento considera esse caso passível da negociação, só que essa negociação não cabe só ao Centro de Planejamento. O Parecer, já que não esgota todos os itens de um Pólo Macro, precisa ser referendado pelo Gabinete da Secretaria de Estado e pelo COSEMS.

Outras solicitações são para constituição de Pólos Microrregionais. Visconde do Rio Branco e Lagoa da Prata solicitaram constituir-se em Pólos Microrregionais. Ambos são municípios que têm boa capacidade de oferta. Mas se constituído novo Pólo, cai naquele problema quem é o Pólo? Quem pega qual? Escala.

“Abrir muito essa porta significa uma corrida que por vezes é uma busca para o recurso do PROHOSP, sendo que cabe discutir novos projetos de investimentos para outros itens e outra modalidade, e não o PROHOSP. Quando um Pólo é artificialmente induzido em busca desse recurso, nem sempre ele consegue porque não tem escala, e a avaliação do PROHOSP a curto e médio prazo, pode reverter negativamente.”

Lagoa da Prata e Visconde do Rio Branco teriam as suas solicitações indeferidas. O caso foi tão especial, que gerou a criação de uma Comissão Técnica. O Parecer é favorável com esse acordo com a ex CIB Micro de Peçanha que hoje deve ter outra denominação, então foi acatado como última instância o Parecer da CIB Micro. A síntese das mudanças, negociadas nas CIB's Micros, no Colegiado de Diretores e COSEMS com relação aos Pólos Microrregionais. Esses itens foram apresentados na Câmara Técnica, que sugeriu encaminhamento a CIB-SUS/MG. Na sexta-feira à tarde, uma reivindicação que nos chegou, a única mudança solicitada e não discutida em nenhum dos Fóruns anteriores, dentro da metodologia mencionada.

Tal solicitação refere-se à mudança na estrutura das Micros de Pedra Azul, Itaobim e Almenara. A primeira solicitação a esse respeito chegou até o Centro, por parte da DADS. Foi estudada e indeferida pelo GTR, e discutida na época, com o Secretário de Estado, que achou viável encaminharmos o Parecer final, porque era uma proposta fora dos critérios acordados, ou seja, ele alterava completamente a estrutura do PDR, tornava outra vez as Micros com escalas diferenciadas. E aí fica essa questão, a proposta do município de Jequitinhonha, decisão deveria ser efetivada nessa CIB - MG?

O diretor de regulação do estado toma a palavra e diz não pretender fazer semelhanças entre coisas distintas: Quando do início da discussão do Ajuste da PPI, chegou-se, em um determinado momento, à seguinte conclusão: há questões que são consensuais, portanto serão aprovadas, e questões que não são consensuais, que exigem maior estudo técnico e pactuação política, por isso, serão discutidas em um outro momento.

O PDR tem uma dimensão política legítima e deve ser respeitado. O que não for consensuado, fica a cargo dessa Comissão emitir um parecer técnico mais aprofundado, no prazo a ser determinado pela CIB, para uma próxima discussão, se for o caso. Nesse momento o Secretário Municipal de Saúde de Jequitinhonha,

apresenta cópia de um projeto, pedindo a polaridade com a Micro de Almenara, e não a criação de uma nova Micro. O Coordenador de Planejamento de Juiz de Fora, diz do interesse de Juiz de Fora pelo tema Regionalização da Assistência. Concorde com a coordenação quando a mesma diz da quantigüidade, elemento balizador de qualquer Plano Diretor de Regionalização. Mas lhe parece mais uma vez a proposta do PDR apresentada, não incorporar a preocupação várias vezes trazida para a CIB-SUS/MG, para a Comissão de acompanhamento da PPI Assistencial, que é a Regionalização que eventualmente extrapole os limites entre os Estados. No caso de Juiz de Fora, pensa ser uma questão de sobrevivência do Sistema Regional de Saúde.

O técnico de Juiz de Fora pensa que Muriaé não pode ser qualificada como Pólo-Macro ou mesmo entrar como Bipolar de Alta Complexidade para Macro de Juiz de Fora, por não atender aos procedimentos elencados no SIH da Alta Complexidade e do SIA Alta Complexidade. Acredita não bastar à criação de mais Pólos Microrregionais ou mais Pólos Macrorregionais, para se resolver problemas de assistência, que outra lógica: a da programação, que se resolve com recursos, com parâmetros adequados de necessidade, e não com critérios que às vezes atendem os interesses de agentes políticos, pessoas técnicas do município e da região, mas que de maneira nenhuma vão propiciar melhoria da assistência, porque os Gestores Municipais, sabem que o problema frágil da Programação de Assistência à Saúde do Estado de Minas Gerais, é decorrente da falta de recursos e de parâmetros inadequados, e não um problema de divisão de acesso, de território.

A presidência do COSEMS propõe ao representante de Muriaé e Ubá, que como representante, reúna-se com os municípios de Guidoal, Muriaé, Juiz de Fora, e em uma reunião da CIB Macro, preparem a documentação, estudem os números de atendimento, das ofertas de serviços, e apresentem-nos à Comissão SES/COSEMS, num prazo aproximado de trinta dias, e então, observada a necessidade e havendo acordo, que se prepare à cidade de Muriaé para ser um Pólo Macrorregional ou mesmo uma Macro Bipolar.

O técnico do município de Juiz de Fora lembra que um Gestor tem autonomia para negociar um com outro, o remanejamento de metas na Média Complexidade, sem precisar consultar o COSEMS Regional. O Polo Macro Regional além da garantia da oferta dos serviços de Alta Complexidade, tem também que ordenar o atendimento da Média Complexidade, da Urgência e Emergência, dos

procedimentos eletivos, etc. Argumenta também que os Gestores Municipais não estão preocupados em defender interesses única e exclusivamente dos prestadores de serviços, mas da população como um todo. Pensa também que tais assuntos são de muita gravidade para serem tratados sem que se passe por uma discussão nas instâncias colegiadas devidas, no caso a CIB Macro Regional.

O SES diz estar de acordo com a exposição do técnico de Juiz de Fora, e pensa que deve advertir à estrutura Regional do estado para acompanhar a discussão atenta a esta questão.

O SES propõe também a aprovação do PDR dentro do que foi apresentado na reunião pela coordenação do Centro de Planejamento, e a constituição de uma Comissão Especial para que ad referendum da CIB-SUS/MG, estude no prazo de 90 dias, os pontos polêmicos. A CIB aprova a deliberação, procrastinando a resolução das pendências políticas do PDR.

Na mesma reunião a coordenação da alta complexidade da SES/MG apresenta a proposta de criar uma Comissão Permanente de Alta Complexidade avaliadora das propostas de credenciamento de novos serviços de cirurgia cardíaca e oncologia nos locais onde existe mais de um prestador interessado no credenciamento. . A proposta de constituição desta Comissão é a seguinte: um técnico da SES, um técnico do COSEMS, um representante da sociedade mineira de cirurgia cardiovascular, um representante da sociedade mineira de cardiologia e um representante da sociedade brasileira de oncologia clínica, regional de Minas Gerais. A presidência do COSEMS alerta à coordenação que se deve ter cuidado para que não se caia em contradição, continuando a concentrar os serviços nos pólos macros.

A secretaria municipal adjunta de Belo Horizonte pondera que quando se fala de alta complexidade, até a composição da comissão é complicada, fazendo então uma recomendação na escolha desses membros. É muito difícil não se ter gente vinculada a serviços, mas que seja o menos comprometido possível com a questão do lucro, que é a perversidade da questão da prestação de serviço. Que se tenha a preocupação de pelo menos misturar nessa comissão gente vinculada ao serviço público também, que não sejam pessoas, membros da sociedade, só vinculados ao serviço privado. Pleiteia junto ao presidente que Belo Horizonte, pelo menos num primeiro momento seja representação do COSEMS.

A coordenação de Urgência e Emergência apresenta uma proposta de criação de uma comissão SES/COSEMS para avaliar as implantações dos SAMU

que estão acontecendo diretamente entre o Ministério e os municípios, causando diversos problemas: o que se propõe nesse momento, é a criação de uma Comissão. Gostaríamos de sugerir ao Plenário que considerasse a atualização da Composição dessa Comissão Paritária para análise e aprovação do Projeto SAMU e renove a delegação para fazer ad referendum da CIB. Apresentando o 1º artigo: Renovam-se a função e composição da Comissão Paritária para análise e aprovação dos projetos, com a delegação para fazer ad referendum da CIB, conforme a aprovação prévia de 2003 e a Resolução do Gabinete de 2004. As atribuições da referida Comissão serão exercidas sob estrita condição de Pleno atendimento por todas as partes interessadas, dos parâmetros de formulação e projetos e de compromissos prévios que implica, está previsto isto, estão estabelecidos na Portaria nº 1864 de 2003, e por uma Portaria de 2004, que trata da Regulação Médica de Urgência e das Centrais SAMU. 3º - Os projetos aprovados pela Comissão referida no caput, serão encaminhados a Coordenadoria Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde para análise e aprovação e subseqüentes expediente previsto na Portaria nº 1864 até aprovação pela CIT. 4º - A CIB se reserva antes da habilitação, qualificação final, pelo Gabinete Ministerial, o direito de referendar, cada uma das aprovações, hora delegadas ad referendum de forma a assegurar o Co-financiamento pelo tesouro Estadual através do Fundo Estadual de Saúde, mediante a composição e programação orçamentária, e da garantia de recursos para os repasses mensais regulares para os novos projetos comentados. Após essa discussão do PDR, nossa orientação de avançar com o Programa de Urgência e Emergência, depende de uma articulação, Primeiro com o PDR, e em segundo lugar de uma profunda participação da Superintendência de Regulação, e não só da área de Redes Assistenciais. O que pode caber à CIB, com orientação da programação operacional da Superintendência de Regulação, é pedir para que seja adiado o início da operação. Dadas aquelas considerações iniciais de alto custo. Por último, a Coordenação referida no caput será exercida no âmbito da Secretaria da SES/SUS pela Superintendência de Atenção a Saúde, através da Coordenadoria de Urgência e Emergência, e pela Diretoria de Programação da Superintendência de Regulação. Enfatiza que a aprovação disso inclua plenamente a Regulação também através da Diretoria de Programação Assistencial. Estaria sendo coordenado pelas Redes Assistenciais e pela Diretoria de Programação Assistencial. A Comissão Paritária ficaria reconstituída pela SES, com representação da coordenação de planejamento, de

forma que isso correspondesse ao PDR, e ao Planejamento Estratégico do Governo do Estado para a área de Saúde e o Plano Estadual de Urgência e Emergência. Para a coordenação estadual de U. E, por uma questão funcional, e pela Diretora de Programação Assistencial. Pelo COSEMS, foram mantidos os mesmos integrantes da Comissão anterior, incluindo o secretário de Belo Horizonte.

**Na reunião extraordinária de número 40 de 28/19/2005** a diretoria de regulação informa a alocação de recursos novos federais no valor de 4,4 milhões para a cirurgia cardíaca. A alocação foi distribuída no teto dos municípios com serviços credenciados, próprios ou contratados, a partir da competência de outubro.

**Sumário do ano de 2005:**

- Na reunião ordinária nº 103 de 15/2/2005, primeira do ano, o SES/MG avalia o SUS do estado, exalta a CIB/SUS/MG como instrumento imprescindível de construção e integração do sistema e coloca a regionalização como a mais alta prioridade da gestão estadual. A coordenação Estadual de Planejamento faz explanação sobre os ajustes do PDR ressaltando a questão da escala para as microrregiões e o escopo das macrorregiões.

- Na reunião nº 104 de 2/3/2005 credencia-se os serviços de alta complexidade Cirurgia Cardíaca dos Hospitais Márcio Cunha de Ipatinga e Haroldo Tourinho de Montes Claros.

- Na reunião nº 105 de 2/5/2005 discute-se a nova portaria de credenciamentos da Alta Complexidade. Pactua-se um envio de solicitação para a CIT de prorrogação dos prazos dos credenciamentos para evitar cortes de pagamentos.

- Na reunião nº 106 de 27/6/2005 continua a discussão das novas portarias das Redes de Alta Complexidade publicadas pelo MS. É apresentada uma proposta de conformação das redes baseadas no PDR. Discute-se as limitações das regiões e as dificuldades de se cumprir com os parâmetros das portarias em função de um déficit dos parâmetros da MAC de Minas Gerais.

- Na reunião nº 110 de 20/10/2005 há uma ampla discussão do PDR, onde se observa um claro conflito de interesses intermunicipais, com várias posições e tentativas de mudança do desenho da regionalização para suplantar as pactuações e seus limites geográficos e técnicos.

- Na reunião extraordinária nº 40 é informada a alocação de recursos novos federais no valor de 4,4 milhões para a Cirurgia Cardíaca.

## **Atas de 2006**

**Na primeira reunião do ano de 2006, a de nº 113 de 9/2/2006** a coordenação a Coordena do Centro de Planejamento da SES/MG lembra que na última reunião da CIB-SUS/MG, que tratou do Ajuste do PDR (Plano Diretor de Regionalização), foi criada uma Comissão para dar um parecer final sobre três pendências relacionadas. Isto foi proposto e aprovado na reunião do dia vinte de outubro de 2005. Esta Comissão foi constituída através da Deliberação CIB-SUS/MG nº 212 de 20 de outubro de 2005.

A Comissão reuniu-se com os Gestores dos Municípios solicitantes. Estes se manifestaram amplamente sobre o assunto dados e apresentações verbais de cada situação foram avaliadas e discutidas em reunião com os próprios gestores e sempre com a presença e participação dos representantes do COSEMS e da Secretaria Estadual de Saúde. Com relação a Sete Lagoas, o Gestor, em reunião com a Comissão, realizada no dia 4 de dezembro de 2005, apresentou as seguintes propostas: incrementar Serviços de Alta Complexidade, especialmente na Cardiologia, com Cirurgia Cardíaca, Cateterismo, Angioplastia, Oncologia e Ortopedia. Segundo ele, cujos Serviços já estão instalados, comprovados através de dados e produção apresentados, produção não realizada através do SUS, mas de natureza particular.

Estes serviços, segundo o gestor, já estão implantados no município, necessitando apenas de credenciamento pelo SUS para iniciar o atendimento. Quanto a Muriaé, foi realizada reunião no dia 18 de novembro de 2005. O Gestor, Dr. Marcos Guarino, reivindicou essa polarização e apresentou as seguintes considerações: Já implantou Serviços de Alta Complexidade que são referência para alguns municípios da Macro, especialmente na Oncologia. Estes serviços em Muriaé possibilitariam ampliar a oferta e facilitar o acesso da população da Macro a outros Serviços de Alta Complexidade.

O Gestor de Jequitinhonha informou que a zona de abrangência da Bipolaridade de Jequitinhonha com Almenara seria constituída pelos municípios de Felisburgo, Joáima, Monte Formoso, Rio do Prado e Palmópolis. Informa que na reunião da qual participou o Gestor do Município de Jequitinhonha, não esteve presente, embora convidada, a Secretária de Almenara, que participou em uma outra

reunião. A mesma reconheceu que de fato, Almenara vinha de uma história com uma série de problemas e que isto estava sendo retomado. Um dos problemas argumentados é a dificuldade de manter algumas Prestações de Serviços em função do custeio. A coordenação pensa que não se deve ter uma conclusão muito taxativa, a não ser o que foi avaliado pela Comissão, que é o seguinte: de fato, problemas vinculados a pactuação devem ser resolvidos na pactuação, e tem pouco a ver com a organização, a estrutura propriamente dita do PDR. Não é típica a ocorrência de dois (02) ou mais pólos por região. Aconteceu em Minas Gerais por se respeitar o Plano Diretor de Regionalização (PDR) já aprovado. A idéia de complementariedade tem origem neste fato anterior. Não que seja normal criar-se novos Pólos complementares. Isto é uma premissa que orientou a decisão e estudo da Comissão. Demonstra que no caso dos Pólos Macros, foram elencados sete grandes Grupos de Serviços a serem oferecidos na Alta Complexidade, e que Sete Lagoas fazia um determinado número, 03 (três), e Muriaé fazia um pouco mais. Afirma que em termos de complementariedade do pólo micro, o Município de Jequitinhonha não possui uma série histórica que demonstra o Fluxo de mais de um município.

A representação do COSEMS pede a palavra para esclarecer que foram analisados os dados da PPI no caso de Sete Lagoas, confrontados também com as informações de Belo Horizonte, não só da população do Município de Sete lagoas, que utiliza muito mais do que tem pactuado com Belo Horizonte.

O município de Juiz de Fora provou através de documentos, que estava atendendo as microrregiões que fizeram a pactuação. Lembra que uma população mínima para uma macrorregião, pelos critérios das normas técnicas exigidas pelo Ministério da Saúde, por exemplo, para um Serviço de CACON seria cerca de 550.000 (quinhentos e cinquenta mil) habitantes. Segundo a mesma, se for feita a divisão da Macro de Juiz de Fora com Muriaé, tanto Juiz de Fora, quanto Muriaé, com aquelas micros que normalmente já convergem um pouco mais para cada um desses; um já é pólo e o outro (Muriaé) é um pólo em potencial, está caminhando para ser pólo. Então eles já teriam um quantitativo populacional que permitiria Escala. Está em torno de 700.000 (setecentos mil) habitantes, para uma população usuária, já daria potencialmente, bastaria ter condições de fixar Recursos Humanos Especializados e capacidade para efetuar estas instalações. Já no caso de Sete Lagoas, acredita que a densidade populacional, em termos de Escala exigida para um CACON, ainda está abaixo do previsto.

A Comissão reunida apresentou suas conclusões, quais sejam: Os municípios de Sete Lagoas e Muriaé apresentam alguns Serviços de Alta Complexidade, sem caracterizar um perfil macrorregional.

Quanto a Jequitinhonha, o município não apresenta perfil de serviços previstos para pólo microrregional.

Apresenta agora sugestões da Comissão para Sete Lagoas e Muriaé, quais sejam: “os Credenciamentos de Serviços de Alta Complexidade poderiam ser realizados, independente da condição do pólo macro, visando a descentralização de alguns serviços, especialmente para a desconcentração de Belo Horizonte, desde que observados os critérios técnicos do MS (Ministério da Saúde) e da SES/MG; ou promover-se novas pactuações, objetivando reforçar referência da demanda para outros pólos ou até mesmo, quem sabe, para o próprio pólo. A Comissão recomenda ainda, sejam estas questões reexaminadas no próximo ajuste do PDR, previsto para dentro de dois anos.”

O SES afirma que vai pessoalmente verificar a situação de Juiz de Fora e Muriaé. Alerta que não há Teto novo disponível por parte do Ministério da Saúde. A presidência do COSEMS expõe seu ponto de vista, acreditando que no momento em que Muriaé se torne Pólo, não estará retirando recursos de Juiz de Fora; pelo contrário, vai garantir acesso à comunidade, à população, por isso pensa que o município de Juiz de Fora em si, não tem o porquê não ser favorável. Que se pode condicionar a proposta de que no momento em que Muriaé se transforme em Gestão Plena de Sistema, esteja então garantida a bipolaridade com a Macro Juiz de Fora. A questão de Sete Lagoas, bem a de Jequitinhonha, têm que esperar a próxima revisão do PDR.

O SES sugere que também se coloque como pré-requisito para ser pólo que Muriaé credencie seu serviço de Alta Complexidade em neurocirurgia. Ficando assim deliberado.

**Na reunião de nº 114 de 28/3/2006** ficou consensado e deliberado o credenciamento de Cirurgia Cárdia-Cardiovascular: Hospital Regional do Sul de Minas - Município de Varginha e Hospital Nossa Senhora das Graças- Município de Sete Lagoas

**Na reunião de nº 116 de 18/5/ 2006** a secretária municipal de Patos de Minas volta a solicitar apoio da CIB no credenciamento do serviço de cirurgia cardiovascular. Relata que enviou ofício para a SES/MG pedindo que esta intervenha junto

ao MS para prorrogação do prazo de credenciamento. O SES pede informações sobre o andamento do processo e ela informa que devido a ações de embargo de dois possíveis prestadores, com problemas com a Vigilância Sanitária. O SES pede para registrar em ata que há três anos o município não consegue dar encaminhamento ao credenciamento do serviço, um absurdo. Foi apreciado o credenciamento em Cardiovascular: Fundação Filantrópica e Beneficente de Saúde Arnaldo Gavazza Filho - Ponte Nova e Hospital das Clínicas Samuel Libânio – Pouso Alegre.

**Na reunião de nº 117 de 14/6/2006** o ponto de pauta foi a Urgência e Emergência. O SES solicita ao Técnico da Urgência e Emergência que apresente este ponto de pauta. Ele apresenta os municípios que solicitam aprovação e deliberação do projeto SAMU. Estes são: Poços de Caldas que já tem a Central de Regulação já aprovada, Uberaba que ainda está esperando tanto a aprovação da Central de Regulação quanto do SAMU, Ouro Preto que já saiu a publicação da portaria ministerial do SAMU e do município de Mariana. O SES pede para reforçar o valor para cada município. O técnico da U.E. diz que a contrapartida do Estado é no valor anual para Poços de Caldas é R\$ 429.000,00 (quatrocentos e vinte nove mil reais), para o Município de Uberaba é de R\$ 504.000,00 (quinhentos e quatro mil reais), Município de Ouro Preto é de R\$ 429.000,00 (quatrocentos e vinte nove mil reais) e para o Município de Mariana é de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais). O SES registra que Minas Gerais é um dos três estados que aderiram ao SAMU do ponto de vista de co-financiamento e que já estão superando o montante anual de R\$ 7.000.000,00 (sete milhões de reais) destinados ao custeio do SAMU em todos os municípios.

A Gestora do Município de Itabira coloca que o Estado deveria ter uma Rede de Urgência e Emergência. Ela diz que Itabira já está a um ano e meio de funcionamento do SAMU e não tem, de Belo Horizonte até Ipatinga, nenhum município a não ser Itabira, para fazer a cobertura da rodovia. A presidência do COSEMS diz que essa colocação da gestora procede. Acha que todos têm que ter consciência de que a responsabilidade de um município por uma região é inviável. Solicita que o Estado agilize na construção de sua Rede do SAMU para que possa desonerar os municípios que o implantaram. O SES coloca que a discussão que estão fazendo é de tentar trabalhar com SAMU Microrregional. E se não houver a união dos municípios menores é impossível que um sozinho implante o SAMU.

Então é construção de Rede mesmo. Relata que foi aprovada no Comitê Gestor da Urgência e Emergência a realização de um seminário para discutir construção de Rede SAMU e a idéia é fazer no início do segundo semestre deste ano. E pergunta a plenária se podem considerar este ponto aprovado. O assunto em questão foi aprovado.

O SES aborda a questão da regulação e relembra uma aprovação feita na CIB-SUS/MG, que lhe parece que foi em dezembro do ano passado, de um Plano Microrregional de Saúde que nada mais é do que colocar o recurso todo disponível na mão dos municípios, não é só a questão de remanejamento daquele residual. Na verdade está se falando de Câmara de Compensação, mas já foi pactuado na CIB-SUS/MG, um instrumento muito mais potente que é montar o Plano Microrregional de Saúde redistribuindo os recursos. A presidência do COSEMS diz que alguns municípios pequenos ainda não entenderam a grande importância desse processo, e se dirige ao técnico representante de Juiz de Fora dizendo que todos eles têm como obrigação alertar e trabalhar nessa lógica. E que estarão trabalhando o SUS de maneira mais coerente e correta no dia em que as microrregiões tiverem nas mãos o recurso da referência.

**Na reunião de nº 118 de 13/7/2006** o principal ponto da pauta foi a Rede de Alta Complexidade em Cardiologia. A diretora de regulação da SES faz uma longa e minuciosa explanação da proposta para a CIB/MG: os municípios que tiveram portarias publicadas, de Credenciamento de Serviço Cardiovascular de Alta Complexidade, e o desenho da Rede, que subdivide o subgrupo Cirurgia Cardíaca em Especialidades da Cirurgia Cardíaca, onde teríamos a cirurgia cardiovascular com implante do desfibrilador, a cirurgia cardiovascular, a cardiologia intervencionista, a cirurgia cardiovascular pediátrica, a vascular, os procedimentos endovasculares extracardíacos, eletrofisiologia. Continua dizendo que dentro da nova proposta do Ministério da saúde, de adequação da Rede, há todo um apoio de Média Complexidade envolvendo consultas de cardiologia, cardiologia pediátrica, consultas de angiologia e cirurgia vascular, teste de esforço, holter, ecocardiograma e ultra-sonografia com doppler colorido de três vasos.

Primeiramente, a Portaria GM nº 1.169 de 15 de junho de 2004, que define a Política Nacional da Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade e segundo todas as outras portarias que publicam os credenciamentos dos serviços que serão capazes de atender a cirurgia cardíaca no Estado de Minas Gerais. Em terceiro

lugar, foi utilizado também como referência, muito ligado à questão de produção, capacidade de produção, capacidade de produzir estes procedimentos no Estado, naqueles Municípios que estavam ligados não só a PPI, mas também ao acompanhamento da execução da mesma, para que se obtivesse, através dos mapas de fluxos, uma possibilidade de se realizar um processo de repactuação. Então ficaria a PPI como matriz e também o acompanhamento da execução. Os passos metodológicos utilizados foram os seguintes: sabia-se que havia um recurso financeiro e metas físicas já pactuadas no Estado de Minas Gerais. Este recurso foi apartado da Cirurgia Cardíaca de Alta Complexidade, e somou-se ao mesmo, novos recursos publicados em portaria; ou seja, havia aproximadamente R\$ 40.000.000,00 (quarenta milhões de reais), que somados aos aproximadamente R\$ 22.000.000,00 (vinte e dois milhões de reais) oriundos das portarias, totalizaria aproximadamente R\$ 66.000.000,00 (sessenta e seis milhões de reais) para se trabalhar esta Rede. Continua dizendo que era preciso calcular, através da planilha inicial da SAS, qual seria o impacto de apoio da Média Complexidade nas estruturas hospitalares e municípios que fariam a cirurgia cardiovascular.

Concluíram que corresponde na Rede a aproximadamente 4,5% (quatro e meio por cento) do total dos recursos. Isso significa dizer que para cada R\$ 100,00 (cem reais) disponibilizados para um dado município que atenda à Rede de Cirurgia Cardíaca, R\$ 4,05 (quatro reais e cinco centavos) seriam destinados para apoio na Média Complexidade. Então foi retirado da somatória dos recursos.

Foram aproveitados todos os processos de execução da PPI, os mapas e tudo o que está dando certo, para se chegar o mais próximo possível daquilo que estava acontecendo na realidade. Esclarece que este é um instrumento de planejamento, e que a execução às vezes foge um pouco deste desenho, mas como planejamento foram utilizados todos os recursos possíveis para adequar a Cirurgia Cardíaca o mais dentro possível da lógica da portaria, da questão da escala e da proximidade geográfica, considerando o princípio básico da questão da regionalização

Em síntese explica que na realidade, o custo médio foi ajustado, toda a lógica da pactuação foi redesenhada, e com isto, saiu-se de 8.236 (oito mil, duzentos e trinta e seis) procedimentos de cirurgias cardíacas, para 10.859 (dez mil, oitocentos e cinqüenta e nove) procedimentos, totalizando um ganho de 2.623 (dois mil, seiscentos e vinte três) procedimentos, distribuídos em cada município, naqueles

tipos de cirurgias para as quais ele foi efetivamente credenciado. Existem municípios que realizam todo tipo de especialidade e municípios que realizam parte da especialidade.

Usa como exemplo o valor pactuado para o município de Barbacena que era de R\$ 539.134,00 (quinhentos e trinta e nove mil e cento e trinta e quatro reais). Foram adicionados através de portarias mais R\$ 1.210.980,36 (um milhão, duzentos e dez mil, novecentos e oitenta reais e trinta e seis centavos), totalizando R\$ 1.750.114,36 (um milhão, setecentos e cinquenta mil, cento e quatorze reais e trinta e seis centavos). Ao se montar a Rede, com a Alta e Média Complexidade, o valor total final passa a ser de R\$ 1.444.977,55 (um milhão, quatrocentos e quarenta e quatro mil, novecentos e setenta e sete reais e cinquenta e cinco centavos); para o município de Belo Horizonte, o valor pactuado era de R\$ 26.405.751,75 (vinte e seis milhões, quatrocentos e cinco mil, setecentos e cinquenta e um reais e setenta e cinco centavos). Foram adicionados através de portarias mais R\$ 10.706.097,21 (dez milhões, setecentos e seis mil, noventa e sete reais e vinte e um centavos), totalizando R\$ 37.111.848,96 (trinta e sete milhões, cento e onze mil, oitocentos e quarenta e oito reais e noventa e seis centavos). Ao se montar a Rede, o valor passa para R\$ 31.387.286,71 (trinta e um milhões, trezentos e oitenta e sete mil, duzentos e oitenta e seis reais e setenta e um centavos) na Alta Complexidade e R\$ 1.412.427,90 (um milhão, quatrocentos e doze mil, quatrocentos e vinte e sete reais e noventa centavos) na Média Complexidade, totalizando R\$ 32.799.714,61 (trinta e dois milhões, setecentos e noventa e nove mil, setecentos e quatorze reais e sessenta e um centavos). O município de Belo Horizonte perde no teto mais ou menos R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões de reais); para o município de Montes Claros, o valor seria de R\$ 4.808.623,44 (quatro milhões, oitocentos e oito mil, seiscentos e vinte e três reais e quarenta e quatro centavos), somando-se pacto anterior mais portarias, e chegou a R\$ 5.320.560,30 (cinco milhões, trezentos e vinte mil, quinhentos e sessenta reais e trinta centavos), pela lógica da regionalização e por sua pactuação; o município de Muriaé não tinha pacto, pelo desenho da Rede, o mesmo ficaria com R\$ 1.414.793,64 (um milhão, quatrocentos e quatorze mil, setecentos e noventa e três reais e sessenta e quatro centavos) e este dinheiro estava sendo adquirido exatamente do que estava pactuado na Macro Sul com Belo Horizonte, pois este recurso veio para compor a Rede Estadual. Então, parte do que foi para Muriaé saiu dos R\$ 4.000.000,00 (quatro milhões) a menos de Belo

Horizonte; O município de Patos de Minas era credenciado a fazer marca-passo, não é mais, portanto estes R\$ 395.735,28 (trezentos e noventa e cinco mil, setecentos e trinta e cinco reais e vinte e oito centavos) passam a compor esta parcela de recursos que serve para custo médio, para ajuste nesta pactuação; a situação de Ponte Nova é a mesma de Patos de Minas; Sete Lagoas tem credenciamento novo e por portaria não saiu recurso, então foi preciso buscar recurso de Muriaé, Ponte Nova e Belo Horizonte para compor o teto de Sete Lagoas dentro do tamanho aproximado da Rede que tinha sido desenhada pela SAS, no valor de R\$ 1.437.379,36 (um milhão, quatrocentos e trinta e sete mil, trezentos e setenta e nove reais e trinta e seis centavos); e no final, pela questão da lógica da regionalização e por questões do custo médio do Estado, fica com o valor total de R\$ 1.530.728,00 (um milhão, quinhentos e trinta mil, setecentos e vinte e oito reais). O Estado ficou zerado, e na realidade nós temos uma Rede construída que totaliza uma diferença de R\$ 10.000,00 (dez mil reais)/ano. Esta construção da Rede gera uma diferença, uma sobra financeira de R\$ 10.000,00 (dez mil reais)/ano. O tamanho da Rede ficou exatamente do tamanho possível de acordo com o tamanho de recurso existente, pactuado, mas de portarias novas.

O SES fala sobre o esforço existente para a Construção de Redes, e acredita que de fato, para se trabalhar com uma regionalização é também a concepção de cuidado. Não há como se realizar o procedimento de Alta Complexidade se não houver o procedimento de Média Complexidade.

Esclarece que o trabalho foi feito em conjunto. Intui-se que foi dada uma organicidade, uma proposta sistêmica.

Continua dizendo que como todo processo de distribuição e realocação de recurso, a proposta envolve um processo de conflito distributivo. Esclarece que existe uma situação em que municípios perdem e ganham recursos de teto financeiro, à luz desta metodologia, porém este é o desenho do Sistema Único de Saúde. Ao se credenciar novos serviços, redireciona-se também população e fluxo. Há também a perspectiva de ser ter um processo de monitoramento constante, podendo-se até fixar prazos trimestralmente, por exemplo, e em um grupo de trabalho SES/COSEMS ou mesmo em reunião da própria CIB-SUS/MG, para avaliar o processo de implantação da Rede, e eventualmente, correção de rumo neste processo.

A direção do COSEMS argumenta que não realizou sua assembléia antes desta reunião da CIB-SUS/MG, como é de costume, e que também não constava em pauta até anteontem a discussão em relação à Rede. Afirma já existir algumas posições a respeito, dadas pelo Secretário Municipal de Uberlândia, pelo representante de Juiz de Fora, e se abstém de dar sua opinião antes de ouvi-los, caso os mesmos queiram se pronunciar.

O Secretário Municipal de Saúde de Uberlândia, diz ser talvez o maior interessado em discutir sobre cardiologia no Estado de Minas Gerais e que, inclusive, está levando esta discussão ao Ministério da Saúde, desde o início de sua gestão, no ano de 2005. Esclarece que traz a esta reunião o posicionamento de seu município, não com a intenção de bloquear a negociação, mas sim de esclarecer sua situação. Entende que Uberlândia deve melhorias, mas infelizmente, devido ao déficit de R\$ 9.000.000,00 (nove milhões de reais), o município está aplicando 27,5% (vinte e sete e meio) por cento de seu orçamento em saúde, isto está no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS.

. O Técnico representante do município de Juiz de Fora, diz que a posição de seu município é similar à posição de Uberlândia. Pensa que houve um avanço na apresentação desta concepção de Rede de Atenção à Saúde; avalia que a Secretaria de Estado de Saúde trabalhou com algumas portarias que disciplinam a organização desta Rede, mas esqueceram outras. Esquecendo-se, por exemplo, da Portaria GM nº 399 de 22 de fevereiro de 2006, que trata do Pacto de Gestão, que trata da nova concepção de Regionalização da Saúde, e a Portaria nova, que regulamenta a Programação Pactuada Integrada da Assistência. Pensa se estar perdendo um tempo precioso, não em Minas Gerais, mas no Brasil, para se avançar no aprimoramento da metodologia de organização das Redes. Entende que não basta pegar os recursos disponíveis no âmbito do Estado, e redistribuir internamente, desconhecendo que existem fluxos de pacientes que são externos ao Estado de Minas Gerais. Continua dizendo que a alegação feita para não se aprofundar na discussão da regionalização, e inclusive incorporar mais recurso às Redes, como no caso de Juiz de Fora, por exemplo, que poderia já estar trabalhando com 02 (duas) microrregiões do Estado do Rio de Janeiro, que têm interesse em pactuar a Alta Complexidade, Cardiologia, Oncologia, Transplante e tantos outros procedimentos de Alta Complexidade, melhorando inclusive, a base de financiamento do prestador de serviço. Diz que em virtude da dificuldade de acesso eletivo à Rede de Atenção

Cardiológica, a porta de entrada do sistema tem sido a urgência e emergência. Mas contesta a proposta afirmando que começa-se a construir uma Rede que pretende buscar universalidade, integralidade, que são princípios constitutivos do Sistema Único de Saúde, e estas Redes já nascem com déficit substancial, com o qual os municípios não têm condições de arcarem sozinhos. Informa que o passivo em Juiz de Fora, nos cinco meses deste ano, soma uma quantia de R\$ 2.100.000,00 (dois milhões e cem mil reais).

Neste momento, a técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Sete Lagoas informa que seu credenciamento é novo, e o município está no estudo da Rede, e que este recurso financeiro, o fundo municipal vem arcando com esta despesa desde o ano passado, e este recurso não foi alocado por causa deste estudo.

O SES esclarece haver de sua parte, pontos de concordância e discordância em relação ao que foi levantado agora, e gostaria de explicitar primeiro a discordância. Afirma ter plena convicção de que nós não podemos nos paralisar (Estado Município e União), ou seja, o SUS não pode se paralisar com o argumento de que se a Rede nasce deficitária, não se tem como fazer gestão ou regulação da mesma. Na realidade o SUS nasceu há dezoito anos atrás, deficitários. O SUS avançou e tem avançado deficitário. Existe uma trajetória com êxito, ainda com muitos pontos a avançar, porém não é porque não se tem recursos ideais para o custeio, no caso específico da Rede de Cardiologia que nós temos de ficar paralisados, sem pactuar.

Tendo em vista o grande número de questionamentos por parte dos gestores municipais, que extraordinariamente não realizaram sua assembléia prévia à reunião da CIB a direção do COSEMS solicita e acerta com a SES o adiamento da discussão, para que possam fazer uma avaliação interna antes de encaminhar propostas. Ficou então acertado de SES/MG e COSEMS solicitarem junto ao MS um prazo maior para publicação da Rede.

**Na reunião extraordinária de nº 41 de 28/8/2006** o ponto de pauta era superar as pendências da última reunião quando foi apresentada a rede de Alta Complexidade em Cardiologia e não houve pactuação: A Presidência do COSEMS aponta as principais pendências afluídas na assembléia pela manhã: as questões de Patos de Minas, Ponte Nova e Uberlândia.

A representante da gestão de Patos voltou a fazer a defesa da manutenção do seu município na rede. Como não foi apresentada solicitação de credenciamento, foi encaminhado que após o município dar entrada e credenciar o serviço (um único) este será colocado na Rede e então será refeita a PPI para custeio. Quanto ao caso de Ponte Nova, ficou acertado sua manutenção na rede ficando a comissão encarregada de encontrar uma forma de redistribuição dos recursos para assegurar a assistência no município e a continuidade do serviço. Com relação ao impasse dos recursos dos 60 procedimentos de implante com desfibrilador ficou acertado a divisão dos recursos entre Uberlândia e Belo Horizonte durante 90 dias, que será acompanhada por uma comissão paritária dos dois municípios que irá avaliando a capacidade de produção de cada serviço para evoluir para uma divisão mais equânime. É ressaltada a graduação pactada para implantação, 50% inicialmente.

Neste momento o SES lista os pontos pactuados: Rede de Cardiologia com metodologia; custo médio; pacote de procedimentos de Alta e Média Complexidade; revisão de parâmetro; distribuição do desfibrilador com metade da Referência para o município de Belo Horizonte e metade para Uberlândia, já a partir de setembro, com avaliação durante 90 (noventa) dias e definição de protocolo único e avaliação de cada um dos casos, com procedência; implantação do restante da Rede na questão da referência, 50% (cinquenta por cento) em setembro e os outros 50% (cinquenta por cento), dependendo da avaliação, em dezembro; movimento até o dia 20 de agosto, para o redesenho do ponto de vista de alocação de recursos a partir da pactuação, com a observação de que, serviços que não tiverem pactuação ficam fora da Rede; definição de parâmetros qualitativos e quantitativos, para avaliação da Rede, sendo que parte deles já estão na Portaria do Ministério da Saúde, para que se tenha em dezembro, ou já durante o período, ciência dos parâmetros que estão sendo avaliados e dos procedimentos na região. O SES encerra a reunião, registrando que uma vez pactuado, redija-se o texto, publique-se e agradece a todos.

**Na reunião de nº 119 de 17/8/2006** a Alta Complexidade em Cardiologia voltou à pauta com a discussão de um protocolo para Implante de desfibrilador e os Pontos de Atenção à Saúde em transplantes.

A coordenação de Alta complexidade da SES/MG relata ter feito um estudo da literatura internacional e das portarias e que a proposta é credenciar com

base na necessidade epidemiológica da população e não na oferta de serviços como vinha sendo feito até então.

A SMS adjunta do Município de Belo Horizonte alerta para os serviços que ofertam o transplante, mas não aceitam fazer o preparo do doador e do receptor, não assumindo responsabilidades com a resolutividade do serviço. Diz que uma coisa é oferta, quer transplantar, mas não quer fazer Arteriografia, Ultra-som, fazer isso ou aquilo. Então é a questão da integralidade. Diz concordar com que, sem se ter escala, sem se ter certeza da qualidade, a Rede deve ser esta mesma, e que se resista às pressões políticas.

**Na reunião de nº 120 de 21/9/2006** o andamento do Pacto pela Saúde foi discutido, com uma avaliação dos Seminários Regionais do Pacto pela Saúde, realizados pela Comissão SES/COSEMS.

A AGE - Assessoria de Gestão Estratégica: Esclarece que para 238 (duzentos e trinta e oito) municípios, cerca de 650 (seiscentas e cinqüenta) pessoas já participaram do Seminário, e que o mesmo está sendo conduzido com o objetivo de conscientizar os municípios da importância e da diferença do Pacto pela Saúde, de como o Estado de Minas Gerais, COSEMS e Conselho Estadual pretendem conduzi-lo com seriedade e com objetividade.

A presidência do COSEMS se diz bastante impressionado com o Seminário ocorrido no município de Diamantina. Dirigindo-se à Superintendente de Regulação da SES/MG, diz ter ficado muito acentuado em Diamantina, o que a mesma presenciou no município de Januária, e que ele citou um caso de sua passagem pela Regional de Diamantina no ano de 1995, quando este município tinha um recurso de R\$ 0,80 (oitenta centavos) per capita a ser pactuado e a Regional conseguia programar 47% (quarenta e sete por cento) do mesmo, e que a execução era também em torno de 50% (cinqüenta por cento) do recurso programado, ou seja, o que se executava era em média, 25% (vinte e cinco por cento) do recurso disponível. Diz ter se assustado, porque a ex-Diretora Regional de Saúde de Diamantina declarou que atualmente a situação não está muito diferente. Segundo ele entende existir a necessidade de apoio da SES, especialmente da Regulação, na questão de se levar às microrregionais, o esclarecimento da PPI. Quer ainda registrar a existência de vários estágios de entendimento do Pacto e de assimilação do mesmo, dentro do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, e

que diversos Secretários no CONASS têm posições diferentes, o que foi comprovado na penúltima reunião da Tripartite, e que ainda no CONASEMS também existe. Afirma que em alguns Estados, alguns COSEMS, mais explicitamente o do Rio Grande do Sul, afirmam que existiria Pacto de Gestão, se for regulamentada a Emenda Constitucional 29, se houver recurso novo. Entende que sem recurso novo fica difícil se efetivar o Pacto.

A superintendente de Regulação pede a palavra e diz pensar que a questão do Seminário e da Comissão SES/COSEMS é fundamental. Acredita que o Pacto de Gestão é cada um confirmar o que se propôs a fazer, não fez e terá que rever. Pensa não ser tão simples, e por isto exige mesmo um tempo de amadurecimento, de discussão conceitual, de rever o que a SES já tem de mecanismo de informação pronto, para se saber como operacionalizar os Pactos

**Na reunião de nº 122 de 14/11/2006** A regionalização foi abordada através do programa de apoio financeiro aos hospitais regionais da SES/MG custeado com recursos do FES – Fundo Estadual de Saúde o PROHOSP. Foi apresentada proposta, já discutida pela comissão SES/COSEMS e pela Câmara Técnica da CIB do valor de referência do apoio financeiro por município sede de Macrorregião do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais – PROHOSP Macrorregional, competência 2006 – 2007. Dra. Marilene apresenta agora os valores de referência do apoio financeiro por município pólo de macrorregião, conforme Anexo IV desta Ata: A macro Sul: Alfenas; Pouso Alegre; Poços de Caldas; Passos e Varginha; total da macro Sul: R\$ 7.695.567,00 (sete milhões e seiscentos e noventa e cinco mil e quinhentos e sessenta e sete mil reais); a Macro Centro Sul (Barbacena): R\$ 2.153.508,00 (dois milhões e cento e cinqüenta e três mil e quinhentos e oito reais); a Macro Centro (Belo Horizonte): R\$ 17.932.341,00 (dezessete milhões e novecentos e trinta e dois mil e trezentos e quarenta e um reais); a Macro Jequitinhonha (Diamantina): R\$ 1.153.034,80 (um milhão e cento e cinqüenta e três mil e trinta e quatro reais e oitenta centavos); a Macro Oeste (Divinópolis): R\$ 3.363.021,00 (três milhões e trezentos e sessenta e três mil e vinte e um reais), lembrando que esta macro perdeu proporcionalmente o recurso na competência anterior; a Macro Leste (Governador Valadares): R\$ 2.810.369,35 (dois milhões e oitocentos e dez mil e trezentos e sessenta e nove reais e trinta e cinco centavos) e Ipatinga: R\$ 2.081.193,18 (dois milhões e oitenta e um mil e cento e noventa e três reais e dezoito centavos); a Macro Sudeste: R\$

4.575.900,00 (quatro milhões e quinhentos e setenta e cinco mil e novecentos reais); a Macro Norte de Minas: R\$ 6.272.475,20 (seis milhões e duzentos e setenta e dois mil e quatrocentos e setenta e cinco reais e vinte centavos); a Macro Noroeste: R\$ 1.827.633,00 (um milhão e oitocentos e vinte e sete mil e seiscentos e trinta e três reais); a Macro Leste do Sul: R\$ 1.950.549,00 (um milhão e novecentos e cinqüenta mil e quinhentos e quarenta e nove reais); a Macro Nordeste: R\$ 3.564.084,90 (três milhões e quinhentos e sessenta e quatro mil e oitenta e quatro reais e noventa centavos); a Macro Triângulo do Sul: R\$ 1.885.314,00 (um milhão e oitocentos e oitenta e cinco mil e trezentos e quatorze reais); e a Macro Triângulo do Norte: R\$ 3.418.599,00 (três milhões e quatrocentos e dezoito mil e quinhentos e noventa e nove reais) totalizando R\$ 60.683.589,43 (sessenta milhões e seiscentos e oitenta e três mil e quinhentos e oitenta e nove reais e quarenta e três centavos).

**Na reunião de nº 123 de 7/12/2006** foi apresentado à CIB pela terceira vez o plano Estadual de centrais de regulação.

A Superintendente de regulação do estado informa que o estado já tem 20,59 milhões que o ministério está disponibilizando 3 milhões que somados darão mais de 23,5 milhões que ajudarão a implantação das Centrais de Regulação. Fala que o plano ou o projeto das Centrais de Regulação é basicamente uma estrutura operacional interposta entre o conjunto da demanda por determinada atenção e as ofertas disponíveis, é capaz de dar a melhor resposta possível em um dado momento para um problema assistencial específico. Ele deve ser organizado em rede informatizado, regionalizado, hierarquizado e resolutivo dos vários níveis de complexidade do processo assistencial. Os objetivos das Centrais são de organizar de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde, fortalecer a cooperação dos gestores dos serviços de saúde, padronizar e manter protocolos assistenciais e operacionais, instrumentalizar os fluxos e processos relativos aos procedimentos operacionais de regulação da assistência, integrar as diversas Centrais de Regulação por meio de rede informatizada, estabelecer protocolos assistenciais, operacionais padronizados e pactuados; garantir acesso por meio do referenciamento adequado das solicitações de consultas especializadas, exames e procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, usando a Autorização de Procedimento de Auto Custo - APAC; garantir alternativa assistencial adequada frente às solicitações de utilização de leitos para procedimentos eletivos e de urgência e emergência aos usuários dos municípios pertencentes a uma

determinada área de abrangência, permitir o acompanhamento e avaliação de atividades, estabelecerem protocolos de atendimentos ao paciente não urgente. A meta é implantar 18 (dezoito) Centrais de Regulação Assistencial até julho de 2007, sendo que já foram alcançadas sete (7) Centrais implantadas e 13 (treze) em processo de implantação; enfatiza: implantar 77 (setenta e sete) Centrais de Regulação Microrregionais até julho de 2007, já implantadas 27 (vinte e sete); implantar o Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento da Secretaria de Estado de Saúde – NESA/SES que já se encontra implantado. O plano foi aprovado.

#### **Sumário do ano de 2006:**

- Na reunião ordinária de nº 113 de 9/2/2006 ocorreu a continuidade da discussão das principais pendências do PDR.

- Na reunião de nº 114 de 28/3/2006 foi deliberado o credenciamento de Cirurgia Cardiovascular do Hospital Regional do Sul de Minas, de Varginha e do Hospital Nossa Senhora das Graças do município de Sete Lagoas.

- Na reunião de nº 117 de 14/6/2006 a Urgência e Emergência foi ponto de pauta. A Secretária Municipal de Saúde de Itabira cobra um projeto de Rede de SAMU para todo o estado, pois os municípios que haviam montado serviços municipais estavam sendo obrigados a cobrir regiões que extrapolavam muito a sua programação.

- Na reunião de nº 118 foi apresentada proposta de Rede Alta Complexidade de Cardiologia com base no PDR. O COSEMS pede tempo para estudar e adia a pactuação.

- Na reunião extraordinária de nº 41 de 28/8/2006 foi discutida e pactuada a Rede de Alta Complexidade de Cardiologia.

#### **Atas de 2007**

**Na reunião de nº 124 de 15/3/2007**, o SES/MG apresentou sua nova equipe, agora ampliada, mas com a retorno do adjunto para o mesmo posto e para a coordenação da CIB. Fala dos avanços que ele enxerga no SUS do estado com a regulação e com o êxito do processo de regionalização. Cita o funcionamento das CIBs Micro, destacando a capacidade resolução das CIBs de Janaúba e Brasília de Minas. Arremata que se aprofundarão as linhas de trabalho, a construção de Redes.

Cita com exemplo desta busca o fato das CIB/MG a partir de hoje estarem sendo transmitidas para todo o estado em vídeo conferência.

A direção do COSEMS relata sua satisfação com o presença de mais de 200 gestores na assembléia ocorrida na manhã, com ampla e profunda participação de gestores de todas as regiões do estado. Ressalta a parceria do COSEMS com o estado mas lembra que todos sabem o seu papel, cabendo ao COSEMS uma posição atenta e crítica, construtiva e propositiva.

Retomando a pauta o SES adjunto, coordenador da CIB/MG, fala sobre Urgência e Emergência: esclarece que o Estado vai não somente dar seguimento, mas também intensificar esta estratégia, e acredita que em breve se estará trazendo para apreciação da CIB-SUS/MG, o Plano Estadual de Urgência e Emergência, que contemplará ações também nesse âmbito. ACIB aprova a transferência de recursos financeiros do FES para custeio do SAMU.

Na discussão da Regionalização, outro ponto da pauta, AGE – Assessoria de Gestão Estratégica apresenta a minuta da deliberação, já aprovada pela Comissão SES/COSEMS sobre a delegação de competência s ás CIBs Micro: a proposta é uma retomada do processo de descentralização desta gestão, fortalecendo as CIBs Microrregionais, e que se apresenta um primeiro passo, onde se tenta retratar o que realmente já vem acontecendo com mais frequência nas CIBs Micros, numa proposta que conseqüentemente será acrescida de novas atribuições, sendo este um primeiro passo de retomada do processo. Reafirma que está sendo apresentado o quê normalmente já está acontecendo em maior quantidade e já está então a cargo das mesmas. Afirma que outras propostas serão incorporadas no decorrer do semestre.

A direção do COSEMS explica que na assembléia ficou deliberado que o Art V, que limita o remanejamento pelas CIBs a procedimentos só da média complexidade é um limitante, pede então que seja feita uma nova redação que amplie a capacidade dos municípios de deliberarem sobre os seus próprios recursos. Diversos gestores municipais fazem a defesa da proposta.

O SES entende que quanto aos itens I, II, III e IV não há dúvidas, aprovando-se então os mesmos, e quanto ao Inciso V, o mesmo seria retirado deste texto ora apresentado e num esforço conjunto da equipe técnica do COSEMS e da SES seria elaborada nova redação para a próxima Reunião da CIB-SUS/MG. Fica assim acordado e a comissão irá fazer a nova redação para apresentar à CIB.

**Na reunião de nº 125 de 19/4/2007** a Regionalização foi discutida através dos cortes das ações de saúde por níveis de atenção, apresentada pelo Centro de Planejamento responsável pela elaboração do PDR. A contextualização desse trabalho tem a ver com o Plano Diretor de Regionalização – PDR e as Diretrizes Clínicas que são os protocolos e Linhas-Guia como instrumento de planejamento e organização das Redes já que o novo modelo envolve redes assistenciais. A coordenação continua, dizendo que o PDR, como já conhecido, foi e está estruturado com base na correlação entre os níveis de dois eixos, quais sejam; o modelo de Regionalização, que tem a ver com a organização e distribuição espacial e o modelo de Atenção à Saúde, que tem a ver com a organização, distribuição dos procedimentos e ações por Níveis de Atenção à Saúde. Portanto, a cada Nível de Atenção corresponde um Nível de Regionalização, isto já na proposta inicial do PDR. A Regionalização, na sua correlação com os Níveis de Atenção são: município com responsabilidade sanitária pela Atenção Primária, a microrregião pela Atenção Secundária. Apresenta alguns exemplos que seriam da responsabilidade desse Nível de Atenção e, portanto, de uma microrregião; especialmente do pólo microrregional; como Raio-x contrastado, Ultrasonografia, Mamografia, algumas Tomografias e também, conforme o porte da microrregião, a Terapia Renal Substitutiva e Unidade de Terapia Intensiva - UTI Neonatal. Já na macrorregião, que tem uma correlação com a Atenção Terciária, aponta como alguns exemplos a Ressonância Magnética, Radioterapia, Quimioterapia, Litotripsia, Cirurgia Cardíaca, Transplante, “que serviram de eixos, procedimentos emblemáticos para estruturação dos espaços e cálculos dos fluxos.” O estudo apresentado aprofunda e detalha este esquema inicial. “Para este estudo foram reagrupados cerca de 2.764 (dois mil setecentos e sessenta e quatro) procedimentos do SIH e 2.973 (dois mil novecentos e setenta e três) do SIA. Hoje, em torno de 4.900 (quatro mil e novecentos) SIA e SIH geram produção e pagamento”. Continua dizendo que a absoluta maioria do total de procedimentos gera pactuação, credenciamentos, ainda que por grupos de serviços. A necessidade do reagrupamento dos procedimentos, tendo em vista a nova lógica, fica evidenciada.

Que perante esse novo modelo é necessário: manter a série histórica de produção de serviços, sem perder o elo entre o sistema de pagamento, informações anteriores e a lógica atual; validar os eixos e os Níveis da elaboração inicial do PDR. Esclarece que um dos propósitos do estudo também, foi reforçar o conceito da

Atenção Primária, que antes, principalmente na tabela do MS, era visto na perspectiva da Atenção Básica; e nesse corte dos procedimentos, tendo em vista o propósito da SES de reforçar a Atenção Primária, a partir do Plano Diretor da Atenção Primária, rearticular o sistema de planejamento e as diretrizes de organização das Redes.

A direção do COSEMS solicita que devido à complexidade e profundidade da proposta que se realize seminários regionais para maior divulgação e discussão antes de uma pactuação dos cortes, pois poderia causar entendimentos diversos. O SES então assume o compromisso de organizar o seminário solicitado.

Em outro ponto de pauta a AGE apresenta a proposta do Pacto pela Saúde de Minas Gerais, expõe as conversações atritos e entendimento estabelecidos com o ministério e pede aprovação devido ao prazo estipulado pelo MS estar esgotando.

A direção do COSEMS expõe que a assembléia pela manhã deliberou que: em função do desconhecimento do documento solicita a apresentação do mesmo para a comissão criada para o acompanhamento; que quanto ao prazo admira que só após três anos de discussão o MS pressione os estados e municípios dizendo que haverá suspensão de repasse de recursos caso o impasse não se resolva. Que se for o caso que se entre com um mandato de segurança. Afirma que pacto é para se pactuar, democratizar e socializar o SUS.

A representante dos Consórcios diz ser extremamente angustiante depois de tanto se discutir o pacto ver uma posição desta pelo MS. Vários gestores municipais se dizem assustados com o chamamento, pois desconheciam o andamento da matéria. O SES diz entender a posição da direção do COSEMS, pois a reunião da Câmara técnica aconteceu no momento da posse da nova diretoria, retira a proposta e deixa para a próxima reunião após uma avaliação mais profunda pelo COSEMS.

**Na reunião de nº 125 de 5/7/2007** a Rede de Urgência e Emergência veio a pauta apresentada pelo próprio SES que pela primeira vez assume a questão como prioridade máxima e fala de fazer uma mudança na Urgência e Emergência, na rede de Urgência e Emergência, começando por um laboratório Minas Gerais, mudando a lógica de organização da rede, financiando de uma forma diferenciada as portas de entrada da Urgência e Emergência, nos Prontos Socorros, prontos atendimentos. E mesmo a organização da rede de UTI's, remuneração e instalação

de classificação de riscos de protocolos. Assuma o problema da Urgência e Emergência. Fala então que houve um estudo que vai ser exposto na CIB, inclusive a questão de uma câmara de compensação para Urgência e Emergência. É muito importante esse informe, inclusive com alguma discussão ou no segundo momento a Câmara Técnica discutir, essa proposta que foi feita de alocação dos recursos. Entrará em contato com o Governador Aécio Neves, está agendado para hoje ou amanhã, está dependendo da agenda do Governador, sobre esse assunto, para ele conversar com o Ministro Temporão, com o Presidente Lula, mas esses recursos são fundamentais, para que possamos superar os gargalos, as filas que desinformam. Inclusive a gente está qualificando cada vez mais a nossa informação sobre o sistema. Às vezes a gente era levado a coisas impressionistas, não muito precisa, nós chegamos a pensar que os nossos parâmetros de oncologia estava altos, chegou a ser dito isso em Brasília e aqui.

**Na reunião de nº128 de 19/7/2007** foi informada a incorporação do novo teto de oncologia e a nova Rede através da Portaria nº 741, publicada em 2005, terá que re-credenciar todas as unidades já existentes e encaminhar ao Ministério essa rede para que sejam aprovadas essas unidades. São novas normas, as Portarias que estavam vigentes foram revogadas. Somente as Portarias GM 2571, 2439, 741, atuais. Será apresentada uma Rede toda para o Estado, e depois, será respeitado a Rede de Alta Complexidade. Mudou um pouco a nomenclatura, antigamente era Cacon 1, 2, 3 e atualmente o Ministério mudou a classificação, ficando como as Unidades de Alta complexidade e Oncologia, depois os Centros de Alta Complexidade e Oncologia e Centro de Referência.

**Na reunião de nº 130 de 30/9/2007** foi apresentada proposta de reajuste de teto de Oncologia para ser usado na Alta Complexidade no valor de 34, 82 milhões, que ainda não havia sido publicada pelo MS.

**Na reunião de nº 131 de 18/10/2007** foi apresentado reajuste do cronograma de revisão do PDR que seria em outubro de 2007 e ficou para finalização em março de 2008. O trabalho de análise e consolidação será encaminhado para a CIB no mês de fevereiro de 2008.

**Na reunião de nº de 18/10/2007** foi discutida longamente uma recomposição do teto de MAC do estado com recursos de repasse federal negociados pelo Ministro com o SES/MG e o governador do estado no valor de 134 milhões, sendo que 28 milhões já estavam alocados na quimioterapia e radioterapia

conforme havia sido informado já na reunião do dia 30/9, só que a previsão fora feito à maior (34,82 milhões).

O valor discutido foi para toda a MAC. A expectativa inicial era de 180 milhões não veio todo o prometido e, uma parte dele veio carimbada pelo acerto do governo com o ministério de repassar 16 milhões para custeio do Centro de Especialidades de Belo Horizonte, localizado no antigo prédio inacabado do CARDIOMINAS, um equipamento com uma história negra no SUS de Minas. Com a diminuição do valor esperado o estado fez um novo encaminhamento de repassar 11 milhões para BH. Entretanto o município de Betim contestou veementemente o repasse e solicitou para si parte do recurso para custeio do seu Centro de Especialidades. Por sua vez o município de B. Horizonte não aceitou a diminuição do valor acordado anteriormente de 16 para 11 milhões. O prefeito e seu SMS se encaminharam para o Palácio da Liberdade, sede do governo mineiro para apelar para o governador, enquanto acontecia a reunião da CIB. As discussões recrudesceram, chegando a um impasse, quando um dos diretores do COSEMS propôs que se fizesse por votação, o que não foi aceito pelo SES/MG que fez valer o princípio de se chegar a um consenso. Vendo-se isolado o gestor de Betim, registrando seu descontentamento, aceitou o pacto, com o compromisso do SES e da direção do COSEMS de ajudá-lo a conseguir recursos novos no MS. A questão do valor de B. Horizonte foi encaminhada, com a constituição de uma comissão para fazer uma PPI regional que assegurasse acesso e custeio para o Centro. Foi um dos maiores embates da CIB/MG. Na mesma reunião se pactuou o novo recurso para a Rede de Alta Complexidade de Oncologia no valor de 28 milhões.

**Na reunião de nº 132 de 12/11/2007** voltou a se falar da Rede de Urgência e Emergência quando é anunciado a realização de um Seminário Internacional sobre o tema, com participação de vários países europeus e latino americanos que estarão se deslocando para o Norte de Minas para conhecerem a Central de Regulação de Urgência e Emergência implantada na região Macro Norte do estado.

#### **Sumário do ano de 2007:**

- Na reunião de nº 124 de 15/3/2007 o SES apresenta uma nova equipe de trabalho, exalta os avanços da regionalização e regulação. É apresentada a minuta da deliberação sobre as atribuições e competências das CIBs Micros. O COSEMS

solicita alteração de um artigo que limita as competências municipais e pede adiamento para elaboração de nova redação.

- Na reunião de nº 125 de 19/4/2007 a Regionalização foi discutida sob o ponto de vista do Pacto de gestão e dos cortes das ações de saúde por níveis de atenção. O COSEMS pede vista para melhor discussão com um maior número de municípios em seminários regionais e adia a pactuação.

- Na reunião de nº 125 de 5/7/2007 o SES assume pela primeira vez a Rede de Urgência e Emergência como prioridade do estado e define a região do Norte de Minas como laboratório.

- Na reunião de nº 128 de 19/7/2007 foi discutida a nova rede de Oncologia baseada na nova portaria nº 741 de 2005 de credenciamento com nova classificação feita pelas portarias GM 2571 e 2439.

- Na reunião de nº 130 de 30/9/2007 foi apresentada proposta de novo Teto da Oncologia no valor de 34 milhões.

- Na reunião de nº 131 foi proposto novo cronograma de revisão do PDR passando de outubro de 2007 para março de 2008. Foi discutida longamente a recomposição de teto de MAC de Minas Gerais, no valor de 134 milhões, conseguida em negociações do governador do estado com o presidente da República. Nesta reunião afloraram vários conflitos de interesse entre municípios e também destes com o estado.

O Quadro, **APÊNDICE II**, sintetiza as deliberações nas áreas temáticas propostas neste estudo.

#### **4.5 Evolução da Oferta de Serviços da Saúde: Produção e Financiamento**

As três áreas consideradas neste trabalho foram discutidas e aprovadas nas CIBs de Minas Gerais. Da mesma forma a criação, expansão ou remanejamento dos serviços, conforme Quadro do **APÊNDICE II**, já apresentado, também foram resultados de consensos entre os atores da CIB-MG.

A produção hospitalar total de cardiovascular em Minas Gerais, figura a seguir, mostra que a partir de 2004, em função da recomposição do teto nesta área, houve um aumento gradual e lento, sendo que em 2005, registra-se uma queda

abrupta na frequência da produção em função da instabilidade causada por nova Portaria do Ministério da Saúde, que exigia novo recadastramento. Nas atas há um registro da dificuldade de adequação dos serviços aos critérios estabelecidos na nova portaria.

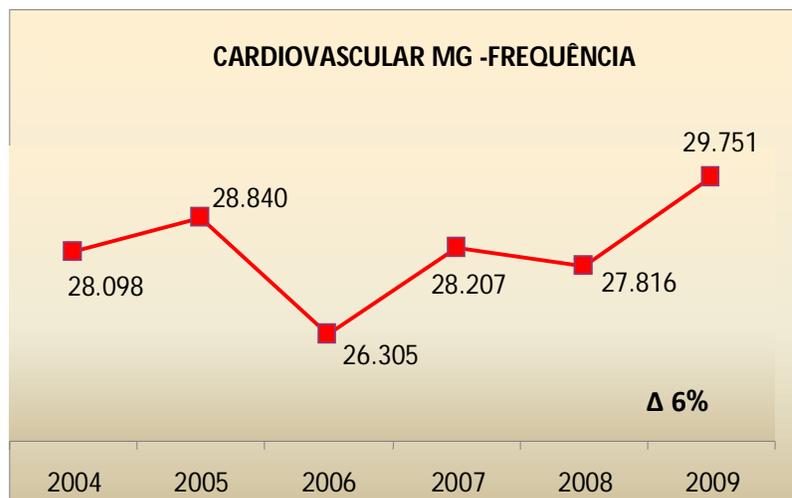


Figura 3: Frequência da produção hospitalar cardiovascular de Minas Gerais, do período de 2004 a 2009.

Fonte: SIH

Diferentemente, observa-se que no financiamento (figura 4) houve um aumento de 53% dos recursos (valor já deflacionado), muito maior que o aumento da produção que foi de 6%. Nota-se ainda que os valores mantiveram ascendentes, mesmo com a queda da produção em 2005.

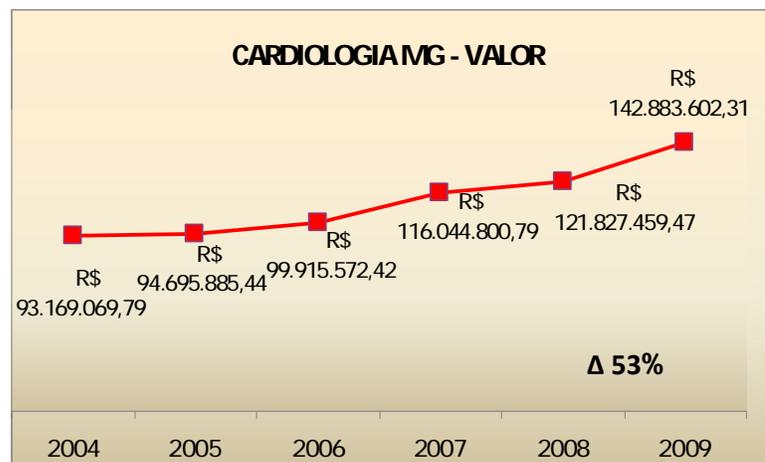


Figura 4: Valor deflacionado da produção cardiovascular de Minas Gerais, do período de 2004 a 2009.

Fonte: SIH

Na análise da produção por microrregião da produção cardiovascular, tabela A (**APÊNDICE III**) observa-se a redução gradual do remanejamento de procedimentos de algumas regiões do norte, historicamente pouco privilegiadas, tais como Jequitinhonha, Nordeste, e Norte de Minas, para outras regiões mais ao sul do Estado, principalmente a do Sul, Sudeste e Centro. A concentração de recursos porém se mantém nas mesmas regiões.

Chama a atenção o crescimento acentuado de recursos, não condizente com a produção física, que é proporcionalmente bem menor. Por exemplo, a região Sul registra um crescimento de 8% na produção e 561% nos recursos. Semelhante ao que ocorre com a região Centro. Estes aspectos podem significar a manutenção da hegemonia de algumas regiões, em fazer valer os seus interesses e vontades nas CIBs, dentro e fora dela, o que coloca em questionamento os consensos.

A produção de urgência/emergência no estado, figuras 5 e 6, registra uma pequena queda de 5%, enquanto que houve uma elevação em 37% nos recursos, já deflacionados. Esta distorção, tal como aquela ocorrida na cardiovascular é típica do modelo de pagamento. Semelhantemente, este resultado ocorreu nas macrorregiões.

Quando consideramos a produção por macrorregiões, tabela B (**APÊNDICE IV**) nota-se uma redução física em quase todas elas, com exceção da Sudeste (11%) e Norte de Minas (1%). Este resultado parece não ter relação com a implantação da primeira experiência do SAMU em Montes Claros em 2006 (pólo macro Norte de Minas), e posteriormente, em Poços de Caldas (pólo micro da macro Sul), Uberaba (pólo macro Triângulo do Sul), Ouro Preto e Mariana (compõem a macro Centro), uma vez que a tendência seria o crescimento do atendimento, em função do tipo de assistência prestada pelo SAMU.

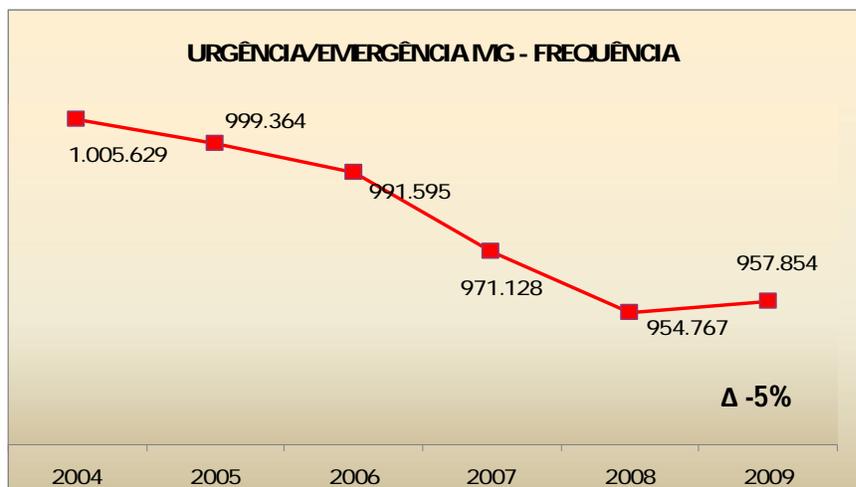


Figura 5: Frequência da produção hospitalar de urgência-emergência de Minas Gerais do período de 2004 a 2009 conforme tabela anexa.

Fonte: SIA



Figura 6: Valor deflacionado produção hospitalar de urgência-emergência de Minas Gerais, do período de 2004 a 2009 conforme tabela anexa.

Fonte: SIA

Na oncologia (Figuras 7 e 8) observa-se que no Estado, houve um aumento (14%) na frequência, com um aumento muito maior nos recursos deflacionados (43%). Na análise por macrorregião destacamos que houve aumento da frequência em quase todas as macrorregiões (**APÊNDICE V**), com o aumento de recursos em volumes bem maiores, mesmo para as macrorregiões, centro e leste, que reduziram a produção, mas que continuaram a concentrar os recursos.

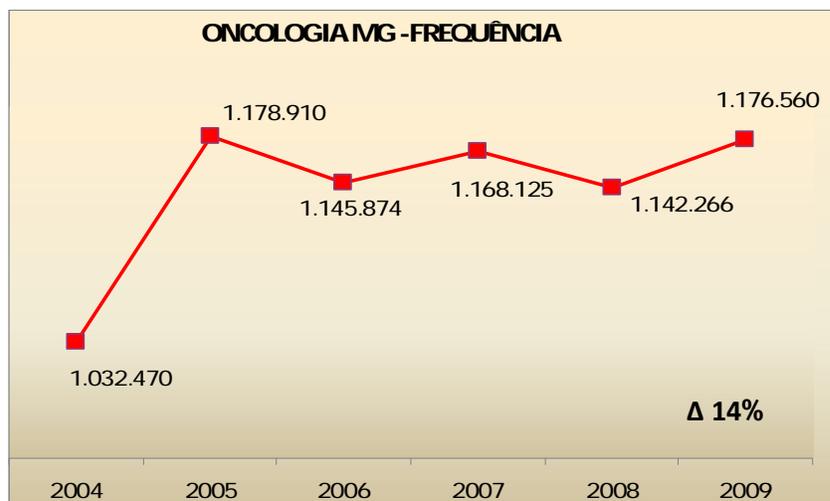


Figura 7: Frequência da produção hospitalar de oncologia de Minas Gerais, frequência e valor deflacionado, do período de 2004 a 2009.

Fonte: SIA/SIH

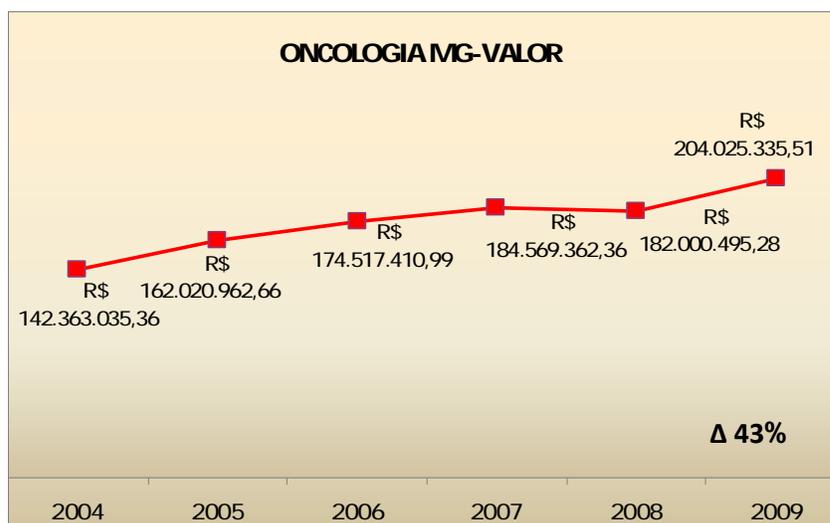


Figura 8: Valor deflacionado da produção hospitalar de oncologia de Minas Gerais, frequência e do período de 2004 a 2009.

Fonte: SIA/SIH

Em síntese, os resultados apontam a para processo de regionalização e descentralização, inconclusas e até mesmo frágeis, pois a concentração de serviços e recursos em alguns territórios privilegiados e redução em outros, pouco desenvolvidos, pode estar associado à incapacidade da CIB de alocação adequada de recursos. Essa questão poderia sugerir a fragilidade de coordenar o processo de regionalização de fato, na perspectiva de Ribeiro (2004), servindo mais como ferramenta de regionalização resultante da ação hegemônica da conjuntura atual, quando recortes espaciais assumem a forma e o conteúdo, historicamente

determinado pelo planejamento conduzido pelo Estado, voltadas para o privilégio de alguns atores e lhes facilitem as pretensões econômicas.

O crescimento de recursos em proporções bem menores que a produção é típico do modelo de financiamento de pagamento por produção por atos médicos, uma vez que se busca concentrar os recursos nos procedimentos de maior custo, o que representa, segundo Vecina Neto & Malik (2007) graves distorções e produz consequências indesejáveis sobre as formas de organizar as ações assistenciais uma vez que há uma tendência de prestação de serviços centrada na oferta e não na demanda, muitas vezes direcionada para procedimentos mais bem remunerados. Também por influência do mecanismo de pagamento por produção, no Brasil, os serviços de média complexidade, ou melhor, médio custo, representa um dos maiores pontos de estrangulamento do sistema, desconsiderando a necessidade e perfil epidemiológico da população. Há uma baixa capacidade de regulação da oferta e a aquisição de serviços em virtude da defasagem da tabela SUS. Consequentemente a dificuldade de acesso nos serviços de média complexidade forçam o aumento da alta complexidade (SOLLA & CHILOLO, 2008). Estes resultados dão origem ao fenômeno conhecido como “indução da demanda pela oferta”.

#### **4.6 Recursos Investidos em Minas Gerais: Municípios X Estado**

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS é disponibilizado na Internet, sendo o banco de dados alimentado pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, por meio do preenchimento de dados em software desenvolvido pelo DATASUS/MS, que tem por objetivo acompanhar as receitas totais e os gastos públicos com ações e serviços de saúde. O sistema foi instituído pela Portaria Conjunta MS/Procuradoria Geral da República nº 1163, de 11 de outubro de 2000, sendo coordenado pelo Departamento de Economia da Saúde/DES, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos/ SCTIE do Ministério da Saúde/MS.

O preenchimento de dados do SIOPS tem natureza declaratória e busca manter compatibilidade com os sistemas contábeis de Estados, do DF e dos

Municípios e com os códigos de classificação de receitas e despesas definidos em portarias pela Secretaria do Tesouro Nacional/MF1.

Os dados, cujas fontes de informação são os relatórios e demonstrativos de execução orçamentária e financeira dos governos estaduais e municipais, são inseridos no sistema e transmitidos via Internet, para o banco de dados do DATASUS/MS, gerando indicadores, de forma automática, a partir das informações prestadas.

Diversos gestores estaduais, em muitos casos amparados pelos respectivos Tribunais de Contas e legislações estaduais têm adotado conceitos diferentes na contabilização de receitas vinculadas e na conceituação de ações e serviços de saúde, o que pode ocasionar diferenças no cálculo do percentual mínimo de recursos próprios aplicados em ações e serviços de saúde encontrado nos balanços e o constante no SIOPS.

A avaliação das aplicações pelos entes federados dos recursos obrigatórios mínimos como determina a EC 29 é um assunto de muita polêmica no SUS, como podemos avaliar com os números do SIOPS após análises dos balanços gerais dos estados brasileiros realizados conforme a metodologia que descrevi acima resumido na tabela abaixo:

Tabela 1: Percentual de aplicação de recursos próprios em saúde - EC 29, no Estado e municípios de Minas Gerais, do período de 2002 a 2009.

ENTE	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média
% Próprios em Saúde - EC 29									
Estado	6,36	10,2	<b>12,16</b>	<b>12,33</b>	<b>13,2</b>	<b>13,3</b>	12,19	14,67	12,31
Município	16,4	17,29	<b>17,32</b>	<b>19,07</b>	<b>18,6</b>	<b>19,7</b>	21,38	20,75	21,33
Recursos aplicados segundo análise com base na resolução 322/2003 do CNS									
Estado	6,31	N/A	<b>8,66</b>	<b>6,87</b>	<b>6,04</b>	<b>7,9</b>	8,65	N/A	

Fonte: SIOPS.

Conforme pode ser notado, há uma grande discrepância entre o que informa o estado de Minas Gerais sobre os seus gastos com saúde e o que o SIOPS considera verdadeiramente gasto com saúde baseado na resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322, de 8 de maio de 2003. O Estado de Minas não é diferente do restante dos estados, que na sua enorme maioria informa valores a maior do que verdadeiramente gasta, devido inclusive a cada um utilizar metodologia própria para elaborar as suas informações, mas, o mais grave é o fato dos estados

desconsiderarem a resolução do CNS e justificarem a não aplicação, dentro do que determina a lei, pela falta de regulamentação da EC29.

Enquanto isso os números mostram o alarmante aumento dos gastos municipais, entretanto os gestores desta esfera de governo, secretários e prefeitos continuam a ser acionados e cobrados pelos TCE - Tribunais de Contas Estaduais e da União - o cumprimento da lei, enquanto, como já foi dito acima, com os estados o comportamento dos Conselheiros e Ministros é muito diferente.

Tabela 2: Percentual de aplicação de recursos próprios em saúde - EC 29, dos municípios pólo macrorregionais de Minas Gerais, do período de 2002 a 2009.

Macrorregiões	Municípios Pólos Macrorregionais	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Média
Centro	Belo Horizonte	18,83	18,21	19,51	18,76	20,95	22,87	19,86
	Sete Lagoas	16,91	16,95	23,98	25,94	22,48	0	17,71
Centro Sul	Barbacena	8,89	21,8	21,99	22,98	20,32	18,5	19,08
Oeste	Divinópolis	23,33	25,73	20,23	20,63	19,81	23,58	22,22
Leste	Ipatinga	16,43	15,26	21,02	19,48	21,83	18,65	18,78
	Governador Valadares	18,58	27,14	27,64	24	20,2	17,14	22,45
Leste do Sul	Ponte Nova	16,26	16,81	18,15	16,07	16,7	18,62	17,10
Sudeste	Juiz de Fora	21,28	23,66	24,77	22,92	19,78	22,74	22,53
Norte	Montes Claros	15,31	16,33	18,72	19,24	17,24	19,89	17,79
Noroeste	Patos de Minas	22,54	27,61	24,03	23,34	22,68	25,83	24,34
	Teófilo Otoni	23,05	20,62	22,93	16,33	18,67	17,56	19,86
Triângulo do Sul	Uberaba	22	17,64	20,9	23,91	23,9	17,97	21,05
Triângulo do Nor.	Uberlândia	26,55	27,49	27,71	28,04	24,9	25,99	26,78
Sul	Alfenas	12,96	22,07	23,2	18,49	16,02	17,63	18,40
	Passos	13,26	23,59	23,31	22,54	21,31	24,71	21,45
	Poços de Caldas	19,9	21,12	18,12	22,99	23,64	26,71	22,08
	Pouso Alegre	7,95	15,13	17,1	15,75	15,4	16,63	14,66
	Varginha	30,83	25,81	32,03	21,62	22,3	24,13	26,12
	Pouso Alegre	7,95	15,13	17,1	15,75	15,4	16,63	14,66
Jequitinhonha	Jequitinhonha	30,07	24,94	22,45	21,59	17,87	21,6	23,09

Fonte: SIOPS

As aplicações de recursos próprios na saúde por parte das cidades pólos macros (tabela 2) sugerem que, ao assumirem os serviços das Redes (as por nós estudadas) acentuou a necessidade de aumentarem seus gastos com saúde muito além do que prevê a lei. Ao mesmo tempo os números mostram que as aplicações da EC29 pelo estado no período estudado, como as devidas análises do SIOPS, não acompanhou o esforço dos municípios, mantendo-se num mesmo patamar, bem aquém do que preconiza a lei.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O SUS é a maior política pública do Brasil havendo proporcionado uma imensa ampliação do acesso aos serviços de saúde aos milhões de brasileiros que, não possuindo carteira de trabalho, ficavam à mercê da caridade e da filantropia. Entretanto, usando uma expressão recente da presidenta eleita do Brasil, “existem buracos na assistência do sistema que precisam ser preenchidos, precisamos completar a rede do SUS” para que possamos assegurar maior capacidade resolutive e a continuidade do cuidado do usuário. Para isso é necessário buscar uma maior integração da rede já instalada preenchendo os vazios e o ampliando com as estruturas faltantes.

A regionalização é entendida como um aspecto fundamental para a estruturação de um sistema de saúde de um país federativo, com maior intensidade para um país com as dimensões, as especificidades regionais e as peculiaridades da federação Brasileira, trina e, marcada pelo horizontalismo nas relações entre os entes federados, além da autonomia, conforme determina nosso texto constitucional de 1988. Uma das evidências das dificuldades de implementação do SUS se dá pela regionalização e integração do SUS não ter sido adotada como prioridade nas normatizações e na prática durante a sua primeira década de implementação.

Há que se entender que o atraso deste aspecto tem forte relação com os problemas da federação brasileira, acentuados com a nova constituição de 1988 e o contexto histórico do declínio da capacidade do Estado no financiamento das políticas sociais, enfrentadas com os remédios amargos de política fiscal e econômica de arrocho que atingiram os entes federados sub-nacionais limitando suas autonomias principalmente no aspecto financeiro. As relações entre as esferas de governo se tornaram mais ásperas e complexas, demandando a construção de canais de negociação e pactuação de ações comuns e conjuntas que viabilizassem a execução de políticas e ações de governo. É neste contexto, que nos propusemos estudar o papel da CIB no processo de regionalização da saúde em Minas Gerais.

O resgate histórico do processo de criação da CIB na década de 1990 coloca a CIB/SUS/MG, por meio dos seus atores, como protagonista do processo de descentralização do SUS de Minas Gerais. A criação da comissão por si só já amplia

o número de atores e a representatividade municipal nas discussões sobre as políticas e programas e na distribuição de recursos de financiamento e custeio das mesmas. As primeiras reuniões registram a reivindicação da mudança do repasse recursos, da modalidade convênio para o fundo-a fundo, que vem a ser concretizada com o papel ativo de Minas Gerais. Outra questão foi o pioneirismo da experiência da PPI, que ocorreu dentro das CIBs de Minas, de forma ascendente, se transformando em um dos mais importantes instrumentos de gestão regionalizada.

A CIB/SUS/MG tem um processo histórico de discussão e formação de consensos, levando a suposição de que a transparência que se vê nas suas discussões (em parte demonstrada nas atas) tenha um peso na superação do alto índice de clientelismo existente historicamente na política Mineira, mais acentuada ainda na distribuição de favores com a política de saúde. Entretanto, ainda que a atuação da CIB possa ter influência sobre o clientelismo há ainda dificuldades de como lidar com os insulamentos burocráticos e como agregar mais universalismo aos procedimentos, haja visto os dados de produção nas áreas estudadas (cardio-vascular, oncologia, urgência/ emergência) que apontam para uma manutenção do poder hegemônico das principais macrorregiões, traduzidos pela concentração de recursos.

As atividades da CIB, na medida que ampliam numérica e qualitativamente a participação de novos atores no processo de discussão e formulação das políticas públicas de saúde de Minas Gerais, tende a aumentar a capacidade de articulação e representação de interesses, diminuindo a concentração de poder nas mãos de poucos e também sua capacidade de cooptação política, proporcionando assim um maior controle sobre o chamado patrimonialismo político, possibilitando uma divisão mais transparente e equitativa dos recursos. O histórico das atas demonstra uma crescente participação dos representantes municipais ainda que boa parte das participações guardem ainda uma defesa de interesse próprio local carregado de pressões privadas e alheias ao sistema. Mostra-se necessário portanto uma maior capacitação desses atores no controle sobre a agenda e a pauta das reuniões e os conflitos de interesse público/privado na conformação da rede de atenção à saúde.

Os consórcios, que em Minas foram peças importantes na descentralização, regionalização e na estruturação da assistência à saúde, nasceram como uma necessidade dos pequenos municípios, dada a suas incapacidades estruturais, financeiras e administrativas de dar conta da

integralidade. Foi absorvida pelo estado como política, também em função das suas incapacidades, dentre elas, e principalmente, pela “incapacidade financeira” de se solidarizar com os municípios no financiamento do SUS e dar suporte no processo de regionalização. O consorciamento foi, então, uma forma vista pelo estado de se abster das suas obrigações com o financiamento do SUS em Minas Gerais. No atual estágio o consorciamento mostra-se ainda imprescindível como forma de superação das limitações estruturais, organizacionais e operacionais não só dos pequenos e médios municípios, mas também nas grandes aglomerações urbanas das regiões metropolitanas. Além deste aspecto o consorciamento proporciona maior flexibilização às ações comuns, que na legislação do SUS não conseguiu avançar, embora em Minas os consórcios sejam integrados ao PDR a ponto de já se buscar ajustar a sua conformação geográfica à regionalização pactuada, como forma de ajustar os fluxos.

O SIOPS demonstra que, mesmo estruturando um processo de regionalização dentro da CIB/MG, ou seja, discutida e pactuada entre estado e municípios, e muitas vezes com participação do Ministério da Saúde, não se conseguiu desenvolver uma solidariedade no financiamento do SUS estadual, ficando com o município o esforço de aumentar a aplicação para custeio das ações da saúde. Quando se aprofunda a visão dos gastos dos pólos macrorregionais observamos que estes tiveram um crescente aumento dos seus gastos próprios municipais com saúde na medida que credenciaram serviços novos de Alta Complexidade das Redes Temáticas de Especialidades, o que nos reporta ao questionamento sobre a defesa ardorosa que alguns gestores municipais fizeram para credenciarem serviços privados novos. Esta é uma boa linha de estudo.

O processo de regionalização, tal como ocorrido no SUS em Minas, nos leva a pensar: qual o pacto proposto de regionalização e a ocorrência de fato das regiões no espaço geográfico? Quais as diferenças de poder, participação nas decisões e distribuição de recursos entre as várias Minas nesse processo?

O estudo feito é limitado pelo escopo e aponta para a necessidade de aprofundamento através da análise do discurso e da ampliação do conhecimento do entendimento dos principais atores sobre os pontos positivos e as fragilidades da ação da CIB/MG no processo de regionalização e como lócus de co-gestão do SUS de Minas.

A regionalização apesar dos avanços registrados dentro da CIB/SUS/MG se mantém como um desafio. Se o discurso da reforma sanitária, propõe desde o início da implantação SUS uma mudança de Modelo de Atenção, em que a Atenção Básica seja ordenadora da atenção e gestora do cuidado, vimos as ações de regionalização serem conduzidas quase que exclusivamente pela oferta de serviços especializados, a partir de interesses nem sempre pactuados regionalmente e muitas das vezes puxadas por posições de gestores municipais, ou seja, sem condução ou manipulação de gestores estaduais. O desfinanciamento, os interesses econômicos e políticos desvinculados da regionalização tem sido ainda superiores as verdadeiras necessidades locais. A regionalização em Minas Gerais ainda se configura como incompleta e parcial, necessitando transpor os obstáculos para ser aperfeiçoada, para que alcancemos uma regionalização que não seja limitada, como ferramenta de regionalização resultante da ação hegemônica, quando recortes espaciais assumem a forma-conteúdo historicamente determinada pelo planejamento, ainda que instituída no espaço de pacto interfederativo, a CIB/SUS/MG, mas voltadas para o privilégio de alguns atores e lhes facilitando as pretensões econômicas, não configurando um processo de regionalização de fato que configure uma reconstrução histórica vinculada à ação de construção e uso do território.

Mais entretanto que ser pessimista quanto ao papel da CIB/SUS/MG, até pelo contrário, os resultados apontam para a necessidade de se direcionar e fortalecer o foco para os mecanismos de coordenação entre governos, no caso do SUS, de fortalecimento dos CGR como lócus de pactuação de planos microrregionais que sejam a somatória acordada dos planos municipais de saúde e busquem construir territórios com resolutividade na média complexidade, das CIBs Macro como planejadora e avaliadora das ações de MAC regional, e da CIB estadual como espaço de co-gestão do sistema estadual de saúde. na busca de um equilíbrio fundado na diversidade e moldado permanentemente pelos princípios contratualistas, mas baseado na cooperação e solidariedade, versus o viés competitivo entre os entes da federação brasileira.

Também se mostra necessário o trabalho de qualificação dos gestores das três esferas de governo no entendimento da federação e do seu funcionamento, principalmente no entendimento da interdependência dos atores na conformação de redes e no revigoramento da consciência regional como um dos aspectos elementares à manutenção e ampliação da cooperação na gestão das políticas

públicas. O entendimento pelos representantes dos entes federados do seu papel no processo de governo e de execução das políticas públicas é de fundamental importância para o Pacto Interfederativo, com criação de instituições, políticas e práticas entre níveis de governo, de modo a reforçar os laços entre os entes sem prejuízo do pluralismo e das autonomias indispensáveis numa federação trina e singular como a brasileira.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, George. **Federalismo**: uma introdução. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2009

ABRUCIO, Fernando Luiz e Soares, M. **Redes Federativas no Brasil**: cooperação intermunicipal no Grande ABC: São Paulo: Fundação Conrad Adenauer, 2001, 236 p.

\_\_\_\_\_. **Trajetória recente da gestão pública brasileira**: um balanço crítico e a renova da agenda de reformas. Rio de Janeiro, Edição Especial Comemorativa, 2007.

\_\_\_\_\_. **Os barões da federação**: os governadores e a redemocratização brasileira. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

ANDRADE, Luiz Odorico M. de A.. **SUS Passo a Passo**: Normas, Gestão e Financiamento. São Paulo: HUCITEC, 2001.

ARRETCHE, Marta, O mito da descentralização como indutor de maior democratização, in **A miragem da pós-Modernidade, democracia e políticas sociais no contexto da Globalização**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 127 - 152.

\_\_\_\_\_. **Continuidades e discontinuidades da federação brasileira**: de como 1988 facilitou 1995, Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, Vol. 52, Numero 2, 2009 pp 377 a 423

\_\_\_\_\_. **Municipalização da saúde no Brasil**: diferenças regionais, poder do voto e estratégias d e governo. Série de Relatórios Técnicos n. 77. OPAS. 2000.

BARCELOS, Christovam, org. Guimarães, R.B. Rumos da regionalização da Saúde Brasileira. **A geografia e o Contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p.231-241.

BECKER, D.F; BANDERIRA, Pedro. S. **Desenvolvimento local/regional. local/regional. Determinantes e desafios contemporâneos**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2000.

BECKER, D.F, et all, organizadores. **Desenvolvimento Regional: abordagens interdisciplinares**. Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2003.

BOBBIO, Norberto. **Dicionário de Política**. 4 ed. Brasília: UNB, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais: Pacto pela vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Vol I, Brasília: MS, 2006.

\_\_\_\_\_. Constituição de 1988. **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei 8080** de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação de saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei 8142** de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545** de 20 de maio de 1993: Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização e gestão das ações de serviço da saúde, através da norma operacional SUS 1/93. NOB/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1993a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações de serviço da saúde**. A ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, 1993b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203** de 6 de novembro de 1996. Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do SUS – Sistema Único de Saúde, que trata da Gestão Plena como responsabilidade pela saúde do cidadão. NOB/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 95** de 26 de janeiro de 2001. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência. NOAS 01/2001. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373** de 8 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a Norma Operacional de Assistência. NOAS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 39** de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006. Pacto pela Saúde 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_.**Colegiado de Gestão Regional de Saúde Interestadual:** orientações para organização e funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CASTELLS, Manuel. **A Sociedade em Rede.** 6 ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1999.

CAMPOS, G.W de Souza. **O SUS na prática: avanços e limites.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Abrasco, Mar-Abri, 2007. p. 301-317.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso. **Gestão Integovernmental no Financiamento do Sistema Único de Saúde:** A Programação Pactuada e Integrada (PPI) do SUS-MG,1997-1998.2000.157. Dissertação (Mestrado em Administra) - UFMG, Belo Horizonte, 2000.

CARVALHO, Gilson C M de . **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS.** Vol 6, n 2, Rio de Janeiro: Abrasco, 2001

\_\_\_\_\_.**O financiamento público federal do sistema único de saúde 1988 - 2001.** 20002. 311f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002

CONASS. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais.** 1 ed. Brasília: 2007.

CORREIA, Silvio. M. S. **Capital Social e Desenvolvimento Regional.** Santa Cruz do Sul: Edunisc, 2003.

COSECS, Colegiado dos consórcios de Secretários Executivos do Estado de Minas Gerais. **Perfil dos Municípios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2006 - 2007).

ELIAS, E P. M. **Afinal de qual descentralização falamos.** Vol 6, n 2. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001.

ESCOREL, Sarah, **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

FADUL, W. **Minha política nacional de saúde**. Saúde em Debate, 1978, 7:67-76.

FINKELMAN, Jacobo. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

FLEURY, Sônia. **Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil e Espanha**. Rio de Janeiro: FGV; 2006.

FLEURY, Sônia. OUVREY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política da saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

GERSSHMAN, Sílvia. **A democracia inconclusa**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995.

GOULART, Flávio. **Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde do Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco/Conasems, 1996

\_\_\_\_\_. Descentralização da saúde pós constituição de 1988: entre (boas) intenções e gestos desencontrados. In DANTAS, B; CRUXEN, E; SANTOS, F; LAGO, G.P.L. **Constituição de 1988 – O Brasil 20 anos depois – Os cidadãos e a carta Cidadã**. Senado federal, Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. Produto VI: Documento com repertório de Experiências exitosas em boas práticas em gestão regionalizada: Brasília: OPAS, 2008.

HEISENBERG, Werner. **A parte e o todo**. Rio de Janeiro: contraponto, 1996.

HEIMANN, L.S; IBANHES, L.C; BARBOSA.R. **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

JÚNIOR, Helvécio M. M; et al. **Gestão Municipal de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001.

LEVCOVITZ, Eduardo; et al. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Rio de Janeiro, Ciência e Saúde Coletiva, volume 6 número 2, 2001

MARIOTTI, Humberto. **As Paixões do Ego: Complexidade Política e Solidariedade**. 2 ed. São Paulo: Palas Athena, 2000.

MENDES, Eugênio V. **Os Grandes Dilemas do SUS**: tomo I e II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

\_\_\_\_\_. **As Redes de Atenção a Saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

NUNES, Edson. **A Gramática Política do Brasil: clientelismo e insulamento burocrático**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997

OFFE, C., 1994. **Capitalismo Desorganizado**. São Paulo: Ed. Brasiliense. 2ª ed, 1994.

PAIM, Jairnilson Silva, **O Que É o SUS**, Rio DE Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. **A Crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva**. Salvador:, Casa da Qualidade, 2000.

PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben A. **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006

NETO, Eleutério Rodrigues. **Saúde: promessas e limites da constituição**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

\_\_\_\_\_. **Papel ético da descentralização na implantação do Sistema Único de Saúde**, 1997. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=210054&indexSearch=ID>

PESTANA, Marcus V. C. da Silva, MENDES, E. V. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica a regionalização cooperativa**. Belo Horizonte: SES, 2004.

PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO. **Macro-Macrorregião Norte de Minas**. Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/pdr>. Acesso em: 24 de Outubro de 2006.

PUTNAM, Robert D. **Comunidade e democracia: a experiência da Itália moderna**. Rio de Janeiro: FGV, 2002.

RIBEIRO, J. M. **Conselhos de Saúde, comissões intergestores e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 13 (1): 81-92,1997

RIBEIRO, J. M; COSTA, N. do R. Regionalização do Sistema da Assistência à Saúde no Brasil: Os Consórcios Municipais no Sistema Único de Saúde (SUS), in **Planejamento e Políticas Públicas**, Cad. Saúde Pública, vol.16 n.4 Rio de Janeiro Out./Dec. 2000.

RIBEIRO. A.C.T. Lugares dos saberes: diálogos abertos. In BRANDÃO. M. A. **Milton santos e o Brasil**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 39-50) (Coleção Pensamento Radical).

\_\_\_\_\_. Regionalização: fato e ferramenta. In LIMONAD, E; HAESBEAERT, R; MOREIRA, R (org). **O Brasil, século XXI - por uma nova regionalização: agentes, processos e escalas**. São Paulo: Max Limonad, 2004. P. 194-212.

SANTOS, Nelson R. dos. **O SUS na prática: avanços e limites**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. Abrasco, Mar-Abri, 2007. p.429-435.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização de rumos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n.2,2007

SANTOS, M.H.C.. **Governabilidade, Governança, e Democracia**: Criação de capacidade Governativa e Relações Executivo – Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. Dados, 1997.p.11-34

SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Décadas de Espanto e uma apologia democrática**. Rio de Janeiro: Rocco, 1998.

SANTOS, Milton. **Economia Espacial**. São Paulo: Editora Universidade de São Paulo, 2003

\_\_\_\_\_. **Território**: Globalização e Fragmentação, Editora Hucitec, São Paulo 2002.

\_\_\_\_\_. **Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal**, Rio de Janeiro: Record, 2000.

SOLLA, J.J.P. Avanços e **limites da descentralização no SUS e “o pacto de gestão”**. Revista Baiana de Saúde Pública, v 30, n 2, Salvador, 2006.

SOLLA, Jorge; CHIORO, Artur. Atenção Ambulatorial Especializada. In. Giorvanella, L et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2008. 627-663.

SOUZA, Celina. **Reinventando o poder local: Limites e Possibilidades do Federalismo e da Descentralização**. São Paulo: Perspectiva, 1996 10 (3): 15-35.

\_\_\_\_\_. Prefácio `a edição brasileira. In. ANDERSON, George. **Federalismo: uma introdução**. Rio de Janeiro; Editora FGV, 2009.

SCHRAIBER, L.B & NEMES, M.I.B. **Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde**. In Cadernos FUNDAP, N. 1, Revista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo, n 19, São Paulo: FUNADAP, Jan- Abri 1996.

SCHWARTZMAN, S. **Bases do Autoritarismo Brasileiro**. 3 ed. Rio de Janeiro, Campus, 1998.

TESTA, Mário. **Tendências em Planejamento**. In testa Pensar em saúde. Porto Alegre, Artes Médicas: 1992.

TEIXEIRA, Sônia F. et all. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2 ed .Rio de Janeiro; Cordez Abrasco, 1995

TOBAR, Frederico & YALOUR, Margot Romano. **Como fazer teses em saúde pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TREVISAN, Leonardo. **Das pressões às ousadias: o confronto entre a descentralização tutelada e a gestão da rede no SUS**. Rio de Janeiro: RAP, 41(2):237-54, Mar./Abr. 2007

UGA. M. A. D. Ajuste Estrutural, governabilidade e democracia. In. GERSCHMAN, S; NIANNA, M.L.W. **A miragem da pós-modernidade: democracia e públicas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 81 - 96.

YIN, ROBERT K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

VAINER, C.B. Interdisciplinaridade e estudos regionais. In. MELO, J.G. **Região, cidade e poder**. Presidente Prudente: Gasperr, 1996. p. 11-32.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Tendências na assistência hospitalar**. *Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 825-839, jul/ago. 2007.*

VIANA, Ana Luiza d'Avila. **Descentralização, uma política (ainda) em debate**. *Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. v.6,n.2, 2001.*

\_\_\_\_\_. **Sistema e Descentralização: a política de Saúde no Estado de São Paulo nos anos 80**. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Descentralização e Federalismo: a política da saúde em novo contexto – lições do caso brasileiro**, *Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. n. 3, 2002*

\_\_\_\_\_. **Descentralização e coordenação federativa: a experiência brasileira na saúde**. *Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol 14, n. 3, 2009.*

VIANA, Ana Luiza d'Avila. et al. **Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde**. *São Paulo em Perspectiva, n.1,p. 92-106, jan./jun. 2008.*

WRIGHT, D.S. **Para entender lãs relaciones intergubernamentales**. México, Fondo de Cultura Econômica,1997.

## ANEXO I

Conteúdos da Constituição Federal de 1988 relativos à Descentralização das Políticas Públicas relacionadas com a saúde.

<b>Da Organização do Estado</b>
<b>Art. 18</b> – Afirmação da autonomia da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios
<b>Da União</b>
<b>Art. 23</b> – Define competências comuns da União e dos outros entes federativos: saúde e assistência pública; obras e outros bens de valor histórico; acesso à cultura, à educação e à ciência; meio ambiente, florestas, fauna e flora; fomento da produção agropecuária e abastecimento; construção de moradias; saneamento básico; pobreza e fatores de marginalização; concessões de direitos de pesquisa e exploração de recursos hídricos e minerais.
<b>Art. 24</b> – Define competências concorrentes de legislação por parte da União e dos demais membros, entre elas: conservação da natureza e dos recursos naturais; patrimônio histórico, cultural, artístico, turístico e paisagístico; dano ao consumidor; educação; desporto; previdência social, saúde; assistência jurídica; portadores de deficiência; infância e juventude; direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico; produção e consumo.
<b>Dos Estados Federados</b>
<b>Art. 25</b> – Estabelece as prerrogativas dos Estados (UF) na instituição de regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.
<b>Dos Municípios</b>
<b>Art. 30</b> – Estabelece competências legislativas municipais sobre assuntos de interesse local; tributos; aplicação de rendas próprias; organização de território; programas de educação pré-escolar e de ensino fundamental; saúde; ordenamento territorial; proteção do patrimônio histórico-cultural local.
<b>Do Poder de Intervenção</b>
<b>Art. 34</b> – Restringe a intervenção da União nos demais membros da Federação, salvo apenas exceções restritas e pontuais, como manter a integridade nacional; repelir invasão estrangeira; por termo a grave comprometimento da ordem pública; garantir o livre exercício dos Poderes; reorganizar finanças públicas.
<b>Do Sistema Tributário Nacional</b>
<b>Art. 149, 155, 156</b> – Institui e define tributos das três esferas de governo, inclusive contribuições sociais em casos específicos por parte dos Estados e dos Municípios.
<b>Art. 157, 158, 159, 160</b> – Estabelece parcelas de arrecadação da União de que constituem direito dos demais entes federados.
<b>Da Política Urbana</b>
<b>Art. 182 e 183</b> – Estabelece competências municipais no desenvolvimento urbano, incluindo: planos diretores, regulação sobre a propriedade urbana; titulações, usucapião, desapropriações; penalidades por uso indevido de imóveis etc.
<b>Da Seguridade Social</b>
<b>Art. 195</b> – Define o processo de financiamento da Seguridade Social, com participação de toda a sociedade, de forma direta e indireta e também mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de contribuições sociais.
<b>Da Saúde</b>
<b>Art. 196, 197, 198:</b> Estabelece que a Saúde é dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas, acesso universal e igualitário, dotada de relevância pública, cabendo ao Poder Público dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, com a execução direta ou através de terceiros, organizada mediante regionalização e hierarquização, de forma descentralizada, com direção única em cada esfera de governo e financiada com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.
<b>Da Assistência Social</b>
<b>Art. 204</b> – Preconiza diretrizes de descentralização político-administrativa; coordenação e normas gerais pela esfera federal, com coordenação e execução pelas esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social, além da participação da população.

## APÊNDICE I

Histórico das discussões de alguns programas e temas relacionados com a regionalização, contidas nas atas de reuniões da CIB/MG do período de 2004 a 2007.

Ano 2004												
Nº de Reuniões Extraordinárias: 02						Nº de Reuniões ordinárias: 10						
	37 <sup>a</sup> – 22/4	38 <sup>a</sup> – 16/7	93 <sup>a</sup> – 5/2	94 <sup>a</sup> – 4/3	95 <sup>a</sup> – 6/4	96 <sup>a</sup> – 13/5	97 <sup>a</sup> – 15/6	98 <sup>a</sup> – 1/7	99 <sup>a</sup> – 5/8	100 <sup>a</sup> – 15/9	101 <sup>a</sup> – 25/10	102 <sup>a</sup> – 10/12
Regionalização	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Regulação	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
PPI	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
PDR	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim
PDI	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
CIB	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não
CIT	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não
Urgência e Emergência	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
Cardiologia	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não
Oncologia	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Teto	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Deliberações	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ano 2005												
Nº de Reuniões Extraordinárias: 02						Nº de Reuniões ordinárias: 10						
	39 <sup>a</sup> – 30/set	40 <sup>a</sup> – 28/10	103 <sup>a</sup> – 15/2	104 <sup>a</sup> – 21/3	105 <sup>a</sup> – 2/5	106 <sup>a</sup> – 27/6	107 <sup>a</sup> – 26/7	108 <sup>a</sup> – 11/8	109 <sup>a</sup> – 5/9	110 <sup>a</sup> – 20/10	111 <sup>a</sup> – 10/11	112 <sup>a</sup> – 13/12
Regionalização	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não
Regulação	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
PPI	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
PDR	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
PDI	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
CIB	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim
CIT	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Urgência e Emergência	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não
Cardiologia	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim
Oncologia	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim
Teto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Deliberações	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Ano 2006												
	Nº de Reuniões Extraordinárias: 01						Nº de Reuniões ordinárias: 11					
	41ª – 28/jul	113ª – 9/2	114ª – 28/3	115ª – 11/4	116ª – 18/5	117ª – 14/6	118ª – 13/7	119ª – 17/8	120ª – 21/9	121ª – 25/10	122ª – 14/11	123ª – 7/12
Regionalização	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim
Redes	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Regulação	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
PPI	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
PDR	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
PDI	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim
CIB	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim
CIT	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim
Urgência e Emergência	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim
Cardiologia	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Oncologia	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não
Teto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Deliberações	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Ano 2007												
	Nº de Reuniões extraordinárias: 0						Nº de Reuniões ordinárias: 10					
	124ª – 15/mar	125ª – 19/4	126ª – 17/5	127ª – 5/jul	128ª – 19/7	129ª – 16/8	130ª – 20/9	131ª – 18/10	132ª – 22/11	133ª – 6/12		
Regionalização	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Regulação	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
PPI	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
PDR	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim		
PDI	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não		
CIB	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não		
CIT	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim		
Urgência e Emergência	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim		
Cardiologia	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim		
Oncologia	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Sim		
Teto	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		
Deliberações	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim		

Fonte: Atas de reuniões da CIBs/MG.

## APÊNDICE II

Resumo das deliberações das CIBs de Minas Gerais, nas áreas de cardiologia, oncologia, urgência/emergência e PDR do período de 2004 a 2007.

	2004	2005	2006	2007
<b>Cardiologia</b>	<p>Deliberação N.º 119 DE 15 DE SETEMBRO DE 2004 Publicação No "Minas Gerais" Em 21 /09/2004 – aprova recomposição de teto de serviços de alta complexidade (oncologia e cardiologia incluídos).</p>	<p>Deliberação N.º 153 DE 15 DE ABRIL DE 2005. – aprova credenciamento das Unidades Assistência em alta complexidade Cardiovascular.</p> <p>Deliberação N.º 154 DE 21 DE MARÇO DE 2005. – aprova credenciamento das Unidades Assistência em alta complexidade Cardiovascular em Ipatinga e Montes Claros.</p>	<p>Deliberação N.º 247 DE 28 DE MARÇO DE 2006. – aprova credenciamento das Unidades Assistência em alta complexidade Cardiovascular em Varginha e Sete Lagoas.</p> <p>Deliberação N.º 264 DE 18 DE MAIO DE 2006. – aprova credenciamento das Unidades Assistência em alta complexidade Cardiovascular em Ponte Nova e Pouso Alegre.</p> <p>Deliberação N.º 285 DE 28 DE JULHO DE 2006. – aprova a implementação da Rede de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular no Estado de Minas Gerais.</p>	<p>Deliberação N.º 335 DE 15 DE MARÇO DE 2007. – aprova a transferência de recursos financeiros para custeio de SAMU em Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Contagem, Sarzedo, Ibitê, Governador Valadares, Ipatinga, Itabira, Juiz de Fora, Montes Claros, Ouro Preto, Mariana, Patos de Minas, Poços de Caldas e Sete Lagoas.</p>

Oncologia	<p>Deliberação N.º 086 DE 20 DE ABRIL DE 2004 PUBLICAÇÃO NO “MINAS GERAIS” EM 24/04/2004 – aprova credenciamento de quimioterapia em Alfenas e radiologia em Montes Claros.</p> <p>Deliberação N.º 117 DE 03 DE SETEMBRO DE 2004 Publicação No “Minas Gerais” Em 09 /09/2004 – aprova critérios para credenciamento de novos serviços de oncologia.</p> <p>Deliberação N.º 118 – aprova pagamento/ressarcimento por serviços de oncologia.</p> <p>Deliberação N.º 119 – aprova recomposição de teto de serviços de alta complexidade (oncologia e cardiologia incluídos).</p>	<p>Deliberação N.º 236 DE 13 DE DEZEMBRO DE 2005. – aprova alterações na metodologia para o calculo do extrapolamento de Oncologia.</p>	<p>Deliberação N.º 259 DE 11 DE ABRIL DE 2006. – aprova encontro de contas de Oncologia nos municípios GPSM.</p>	<p>Deliberação N.º 359 DE 19 DE JULHO DE 2007. – aprova o reajuste de teto para custeio de Oncologia.</p> <p>Deliberação N.º 360 DE 19 DE JULHO DE 2007. – aprova a implementação da Rede de Assistência em Alta Complexidade em Oncologia.</p> <p>Deliberação N.º 376 DE 20 DE SETEMBRO DE 2007. – aprova o reajuste de teto para custeio de Oncologia.</p>
Urgência e Emergência		<p>Deliberação N.º 200 DE 30 DE SETEMBRO DE 2005. – aprova retificação de valores de recurso financeiro de SAMU e criação de novos serviços.</p> <p>Deliberação N.º 223 DE 20 DE OUTUBRO DE 2005. – aprova a atualização da Comissão Paritária SES/Cosems para análise de projetos de SAMU</p>	<p>Deliberação N.º 261 DE 18 DE MAIO DE 2006. – aprova projeto de SAMU em Montes Claros.</p> <p>Deliberação N.º 272 DE 14 DE JUNHO DE 2006. – aprova projeto de SAMU em Poços de Caldas, Uberaba, Ouro Preto e Mariana.</p>	

Fonte: Atas das CIB-MG 2004 – 2007

### APÊNCICE III

A ) Produção hospitalar de cardiovascular de Minas Gerais, freqüência e valor nominal e deflacionado, por macrorregiões, do período de 2004 a 2009.

Macrorregião saúde	FREQUÊNCIA CARDIOVASCULAR						VARIACÃO	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	freqüência	%
Sul	2.833	2.488	1.757	2.520	3.085	3.057	224	8%
Centro Sul	542	375	623	879	807	788	246	45%
Centro	11.393	12.679	11.395	11.503	11.950	12.980	1.587	14%
Jequitinhonha	96	177	105	98	31	19	-77	-80%
Oeste	1.230	1.327	1.144	1.210	1.276	1.057	-173	-14%
Leste	1.274	1.464	1.730	1.608	1.376	1.682	408	32%
Sudeste	2.117	2.063	2.365	3.033	2.846	3.270	1.153	54%
Norte de Minas	2.932	2.706	2.730	2.877	2.176	2.454	-478	-16%
Noroeste	454	418	313	229	332	734	280	62%
Leste do Sul	756	847	694	824	809	773	17	2%
Nordeste	1.276	1.125	380	200	118	109	-1.167	-91%
Triângulo do Sul	876	936	1.057	1.107	1.113	990	114	13%
Triângulo do Norte	2.319	2.235	2.012	2.119	1.897	1.838	-481	-21%
<b>TOTAL</b>	<b>28.098</b>	<b>28.840</b>	<b>26.305</b>	<b>28.207</b>	<b>27.816</b>	<b>29.751</b>	<b>1.653</b>	<b>6%</b>
VALOR NOMINAL								
Macrorregião saúde	2004	2005	2006	2007	2008	2009	valor	%
Sul	1.667.329,75	1.471.895,75	1.841.107,55	6.363.601,98	11.592.530,39	14.160.373,94	12.493.044,19	749%
Centro Sul	537.376,62	469.926,70	2.137.153,42	3.189.911,67	3.627.154,36	3.957.955,81	3.420.579,19	637%
Centro	30.122.318,22	35.658.359,49	35.692.772,89	40.089.340,39	47.937.112,61	56.184.044,05	26.061.725,83	87%
Jequitinhonha	45.982,00	80.055,83	50.456,72	52.627,47	20.327,74	10.506,72	(35.475,28)	-77%
Oeste	3.573.065,11	3.404.973,11	2.619.967,60	2.902.058,18	4.140.468,25	4.373.469,48	800.404,37	22%
Leste	1.204.830,37	1.543.566,15	3.077.077,87	3.561.445,97	4.106.570,84	5.750.072,97	4.545.242,60	377%
Sudeste	6.276.902,39	6.166.739,69	8.306.951,85	11.893.151,38	13.429.514,02	14.614.674,70	8.337.772,31	133%
Norte de Minas	6.039.740,52	6.344.634,79	8.562.811,94	8.305.687,95	7.830.842,45	12.489.051,98	6.449.311,46	107%
Noroeste	873.630,02	928.382,88	495.705,06	120.791,76	525.905,71	3.173.040,66	2.299.410,64	263%
Leste do Sul	2.059.241,96	1.882.235,37	1.844.502,28	2.127.430,95	2.559.228,40	2.421.517,97	362.276,01	18%
Nordeste	681.689,39	670.476,58	315.570,49	196.834,13	146.488,14	148.577,20	(533.112,19)	-78%
Triângulo do Sul	3.847.685,93	4.384.513,58	4.826.426,94	5.473.228,18	7.442.695,24	7.495.950,94	3.648.265,01	95%
Triângulo do Norte	12.084.333,49	11.557.929,40	9.527.568,74	11.628.684,03	11.572.727,39	11.300.384,83	(783.948,66)	-6%
Total	69.014.125,77	74.563.689,32	79.298.073,35	95.904.794,04	114.931.565,54	136.079.621,25	67.065.495,48	97%
VALOR DEFLACIONADO								
Macrorregião saúde	2004	2005	2006	2007	2008	2009	valor	%
<b>ÍNDICE DEFLACIONÁRIO</b>	<b>1,35</b>	<b>1,27</b>	<b>1,26</b>	<b>1,21</b>	<b>1,06</b>	<b>1,05</b>		
Sul	2.250.895,16	1.869.307,60	2.319.795,51	7.699.958,40	12.288.082,21	14.868.392,64	12.617.497,47	561%
Centro Sul	725.458,44	596.806,91	2.692.813,31	3.859.793,12	3.844.783,62	4.155.853,60	3.430.395,16	473%
Centro	40.665.129,60	45.286.116,55	44.972.893,84	48.508.101,87	50.813.339,37	58.993.246,25	18.328.116,66	45%

Jequitinhonha	62.075,70	101.670,90	63.575,47	63.679,24	21.547,40	11.032,06	(51.043,64)	-82%
Oeste	4.823.637,90	4.324.315,85	3.301.159,18	3.511.490,40	4.388.896,35	4.592.142,95	(231.494,94)	-5%
Leste	1.626.521,00	1.960.329,01	3.877.118,12	4.309.349,62	4.352.965,09	6.037.576,62	4.411.055,62	271%
Sudeste	8.473.818,23	7.831.759,41	10.466.759,33	14.390.713,17	14.235.284,86	15.345.408,44	6.871.590,21	81%
Norte de Minas	8.153.649,70	8.057.686,18	10.789.143,04	10.049.882,42	8.300.693,00	13.113.504,58	4.959.854,88	61%
Noroeste	1.179.400,53	1.179.046,26	624.588,38	146.158,03	557.460,05	3.331.692,69	2.152.292,17	182%
Leste do Sul	2.779.976,65	2.390.438,92	2.324.072,87	2.574.191,45	2.712.782,10	2.542.593,87	(237.382,78)	-9%
Nordeste	920.280,68	851.505,26	397.618,82	238.169,30	155.277,43	156.006,06	(764.274,62)	-83%
Triângulo do Sul	5.194.376,01	5.568.332,25	6.081.297,94	6.622.606,10	7.889.256,95	7.870.748,49	2.676.372,48	52%
Triângulo do Norte	16.313.850,21	14.678.570,34	12.004.736,61	14.070.707,68	12.267.091,03	11.865.404,07	(4.448.446,14)	-27%
Total	93.169.069,79	94.695.885,44	99.915.572,42	116.044.800,79	121.827.459,47	142.883.602,31	49.714.532,52	53%

Fonte: SIH

## APÊNDICE IV

B) Produção hospitalar e ambulatorial de urgência/emergência de Minas Gerais, frequência e valor nominal e deflacionado, por macrorregiões, do período de 2004 a 2009.

Macrorregião saúde	FREQUÊNCIA URGÊNCIA /EMERGÊNCIA						VARIÇÃO	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	frequência	%
Sul	148.672	147.247	145.013	140.639	138.851	136.063	-12.609	-8%
Centro Sul	46.682	45.037	41.977	41.626	43.491	42.732	-3.950	-8%
Centro	290.319	290.409	280.453	278.381	285.221	282.672	-7.647	-3%
Jequitinhonha	16.843	17.051	16.958	17.446	17.302	16.431	-412	-2%
Oeste	56.104	55.394	55.566	51.237	48.026	47.913	-8.191	-15%
Leste	73.426	68.621	69.861	71.240	69.555	71.804	-1.622	-2%
Sudeste	85.966	89.471	96.976	95.786	92.675	95.341	9.375	11%
Norte de Minas	74.273	75.412	76.751	74.510	72.811	75.105	832	1%
Noroeste	31.034	29.204	30.415	28.717	23.074	25.263	-5.771	-19%
Leste do Sul	35.948	34.531	34.857	32.746	28.071	30.222	-5.726	-16%
Nordeste	51.284	51.267	50.818	48.542	47.984	48.899	-2.385	-5%
Triângulo do Sul	38.956	37.422	35.514	35.885	34.287	32.868	-6.088	-16%
Triângulo do Norte	56.122	58.298	56.436	54.373	53.419	52.541	-3.581	-6%
<b>TOTAL</b>	<b>1.005.629</b>	<b>999.364</b>	<b>991.595</b>	<b>971.128</b>	<b>954.767</b>	<b>957.854</b>	<b>-47.775</b>	<b>-5%</b>
VALOR NOMINAL								
Macrorregião saúde	2004	2005	2006	2007	2008	2009	valor	%
Sul	71.934.726,04	77.320.575,43	77.981.787,73	86.397.541,36	104.666.080,50	126.736.515,17	54.801.789,13	76%
Centro Sul	23.115.358,37	23.718.109,78	24.333.525,51	26.826.316,76	34.333.089,19	39.891.593,53	16.776.235,16	73%
Centro	188.892.100,33	206.769.713,55	205.600.385,64	229.335.612,06	276.975.743,67	351.701.001,09	162.808.900,76	86%
Jequitinhonha	6.194.486,84	6.517.813,76	6.600.307,36	7.469.565,84	9.298.940,46	10.065.715,41	3.871.228,57	62%
Oeste	25.687.950,71	26.343.083,12	25.722.724,27	26.249.901,93	32.987.912,05	37.697.956,87	12.010.006,16	47%
Leste	33.553.576,55	34.591.736,48	36.896.729,07	41.605.145,34	48.254.606,05	62.261.657,32	28.708.080,77	86%
Sudeste	54.681.262,07	60.729.680,38	66.429.613,43	76.202.486,37	81.366.606,69	104.078.075,04	49.396.812,97	90%
Norte de Minas	37.768.948,09	40.325.081,53	42.842.078,36	43.620.209,73	50.065.641,24	62.540.673,11	24.771.725,02	66%
Noroeste	12.403.290,42	12.529.851,67	13.901.347,68	15.462.511,92	15.376.944,48	21.253.218,76	8.849.928,34	71%
Leste do Sul	15.161.532,84	15.318.777,35	16.359.676,97	17.110.394,18	19.140.287,21	23.395.760,85	8.234.228,01	54%
Nordeste	19.782.430,00	20.845.789,28	21.691.020,19	22.122.157,96	25.484.644,35	29.382.104,53	9.599.674,53	49%
Triângulo do Sul	21.902.304,08	23.893.476,26	24.149.231,83	29.010.590,29	33.784.199,60	39.232.839,59	17.330.535,51	79%
Triângulo do Norte	38.208.155,42	41.272.231,90	39.685.451,82	43.450.939,33	47.568.201,01	56.508.791,53	18.300.636,11	48%
<b>Total</b>	<b>549.286.121,76</b>	<b>590.175.920,49</b>	<b>602.193.879,86</b>	<b>664.863.373,07</b>	<b>779.302.896,50</b>	<b>964.745.902,80</b>	<b>415.459.781,04</b>	<b>76%</b>
VALOR DEFLACIONADO								
Macrorregião saúde	2004	2005	2006	2007	2008	2009	valor	%
<b>ÍNDICE DEFLACIONÁRIO</b>	<b>1,35</b>	<b>1,27</b>	<b>1,26</b>	<b>1,21</b>	<b>1,06</b>	<b>1,05</b>		

Sul	97.111.880,15	98.197.130,80	98.257.052,54	104.541.025,05	110.946.045,33	133.073.340,93	35.961.460,77	37%
Centro Sul	31.205.733,80	30.121.999,42	30.660.242,14	32.459.843,28	36.393.074,54	41.886.173,21	10.680.439,41	34%
Centro	255.004.335,45	262.597.536,21	259.056.485,91	277.496.090,59	293.594.288,29	369.286.051,14	114.281.715,70	45%
Jequitinhonha	8.362.557,23	8.277.623,48	8.316.387,27	9.038.174,67	9.856.876,89	10.569.001,18	2.206.443,95	26%
Oeste	34.678.733,46	33.455.715,56	32.410.632,58	31.762.381,34	34.967.186,77	39.582.854,71	4.904.121,26	14%
Leste	45.297.328,34	43.931.505,33	46.489.878,63	50.342.225,86	51.149.882,41	65.374.740,19	20.077.411,84	44%
Sudeste	73.819.703,79	77.126.694,08	83.701.312,92	92.205.008,51	86.248.603,09	109.281.978,79	35.462.275,00	48%
Norte de Minas	50.988.079,92	51.212.853,54	53.981.018,73	52.780.453,77	53.069.579,71	65.667.706,77	14.679.626,84	29%
Noroeste	16.744.442,07	15.912.911,62	17.515.698,08	18.709.639,42	16.299.561,15	22.315.879,70	5.571.437,63	33%
Leste do Sul	20.468.069,33	19.454.847,23	20.613.192,98	20.703.576,96	20.288.704,44	24.565.548,89	4.097.479,56	20%
Nordeste	26.706.280,50	26.474.152,39	27.330.685,44	26.767.811,13	27.013.723,01	30.851.209,76	4.144.929,26	16%
Triângulo do Sul	29.568.110,51	30.344.714,85	30.428.032,11	35.102.814,25	35.811.251,58	41.194.481,57	11.626.371,06	39%
Triângulo do Norte	51.581.009,82	52.415.734,51	50.003.669,29	52.575.636,59	50.422.293,07	59.334.231,11	7.753.221,29	15%
<b>Total</b>	<b>741.536.264,38</b>	<b>749.523.419,02</b>	<b>758.764.288,62</b>	<b>804.484.681,41</b>	<b>826.061.070,29</b>	<b>1.012.983.197,94</b>	<b>271.446.933,56</b>	<b>37%</b>

Fonte: SIA/SIH

## APÊNCICE V

C) Produção hospitalar e ambulatorial de oncologia de Minas Gerais, frequência e valor nominal e deflacionado, por macrorregiões, do período de 2004 a 2009.

Macrorregião saúde	FREQÜÊNCIA						VARIACÃO	
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	freqüência	%
Sul	95.875	119.877	123.751	125.392	141.237	183.605	87.730	92%
Centro Sul	3.971	4.370	4.752	5.531	6.628	7.421	3.450	87%
Centro	434.682	496.854	442.976	450.619	394.525	400.106	-34.576	-8%
Jequitinhonha	0	0	0	0	18	7	7	100%*
Oeste	68.140	76.422	69.976	76.050	77.875	75.033	6.893	10%
Leste	81.305	81.832	99.364	86.448	72.504	68.852	-12.453	-15%
Sudeste	89.886	99.068	112.483	120.607	121.816	124.854	34.968	39%
Norte de Minas	119.737	151.065	147.656	159.547	182.504	183.586	63.849	53%
Noroeste	0	0	0	0	65	146	146	100%*
Leste do Sul	0	0	0	0	133	165	165	100%*
Nordeste	0	0	0	0	98	91	91	100%*
Triângulo do Sul	46.713	45.195	41.475	43.333	49.940	47.892	1.179	3%
Triângulo do Norte	92.161	104.227	103.441	100.598	108.927	101.106	8.945	10%
<b>TOTAL</b>	<b>1.032.470</b>	<b>1.178.910</b>	<b>1.145.874</b>	<b>1.168.125</b>	<b>1.156.270</b>	<b>1.192.864</b>	<b>160.394</b>	<b>16%</b>

Macrorregião saúde	VALOR NOMINAL						valor	%
	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
Sul	11.150.564,81	14.626.271,31	15.898.125,87	18.331.486,50	18.689.859,62	22.985.148,28	11.834.583,47	106%
Centro Sul	1.710.479,70	2.133.583,59	2.354.812,81	2.930.299,85	3.481.102,73	3.882.245,56	2.171.765,86	127%
Centro	46.591.613,43	55.482.165,36	55.864.337,21	58.825.487,69	66.656.136,73	77.384.919,17	30.793.305,74	66%
Jequitinhonha	-	-	-	-	11.868,43	2.918,93	2.918,93	100%
Oeste	4.155.141,64	5.650.926,36	6.659.468,10	8.318.363,15	8.612.363,21	9.653.790,32	5.498.648,68	132%
Leste	6.870.584,92	7.534.754,04	10.404.457,50	11.071.132,56	11.400.765,76	11.571.670,18	4.701.085,26	68%
Sudeste	10.284.394,64	13.020.539,68	16.549.097,11	17.986.627,86	21.572.190,90	24.365.292,36	14.080.897,72	137%
Norte de Minas	8.871.769,52	12.188.259,76	14.484.127,16	16.884.388,86	20.205.358,96	23.988.171,79	15.116.402,27	170%
Noroeste	-	-	-	-	38.064,56	76.395,14	76.395,14	100%*
Leste do Sul	-	-	-	-	88.656,97	99.245,95	99.245,95	100%*
Nordeste	-	-	-	-	42.495,74	39.924,95	39.924,95	100%*
Triângulo do Sul	8.630.606,59	8.970.796,67	7.605.650,05	8.695.759,71	9.794.662,43	8.032.374,47	(598.232,12)	-7%
Triângulo do Norte	7.188.945,02	7.968.264,38	8.685.805,93	9.493.116,93	11.105.054,41	12.227.746,24	5.038.801,22	70%
<b>TOTAL</b>	<b>105.454.100,27</b>	<b>127.575.561,15</b>	<b>138.505.881,74</b>	<b>152.536.663,11</b>	<b>171.698.580,45</b>	<b>194.309.843,34</b>	<b>88.855.743,07</b>	<b>84%</b>

Macrorregião saúde	VALOR DEFLACIONADO						valor	%
	2004	2005	2006	2007	2008	2009		
<b>INDICE</b>	<b>1,35</b>	<b>1,27</b>	<b>1,26</b>	<b>1,21</b>	<b>1,06</b>	<b>1,05</b>		

<b>DEFLACIONÁRIO</b>								
Sul	15.053.262,49	18.575.364,56	20.031.638,60	22.181.098,67	19.811.251,20	24.134.405,69	9.081.143,20	60%
Centro Sul	2.309.147,60	2.709.651,16	2.967.064,14	3.545.662,82	3.689.968,89	4.076.357,84	1.767.210,24	77%
Centro	62.898.678,13	70.462.350,01	70.389.064,88	71.178.840,10	70.655.504,93	81.254.165,13	18.355.487,00	29%
Jequitinhonha					12.580,54	3.064,88	- 9.515,66	-76%*
Oeste	5.609.441,21	7.176.676,48	8.390.929,81	10.065.219,41	9.129.105,00	10.136.479,84	4.527.038,62	81%
Leste	9.275.289,64	9.569.137,63	13.109.616,45	13.396.070,40	12.084.811,71	12.150.253,69	2.874.964,05	31%
Sudeste	13.883.932,76	16.536.085,39	20.851.862,36	21.763.819,71	22.866.522,35	25.583.556,98	11.699.624,21	84%
Norte de Minas	11.976.888,85	15.479.089,90	18.250.000,22	20.430.110,52	21.417.680,50	25.187.580,38	13.210.691,53	110%
Noroeste					40.348,43	80.214,90	39.866,46	99%*
Leste do Sul					93.976,39	104.208,25	10.231,86	11%*
Nordeste					45.045,48	41.921,20	- 3.124,29	-7%*
Triângulo do Sul	11.651.318,90	11.392.911,77	9.583.119,06	10.521.869,25	10.382.342,18	8.433.993,19	- 3.217.325,70	-28%
Triângulo do Norte	9.705.075,78	10.119.695,76	10.944.115,47	11.486.671,49	11.771.357,67	12.839.133,55	3.134.057,78	32%
<b>TOTAL</b>	<b>142.363.035,36</b>	<b>162.020.962,66</b>	<b>174.517.410,99</b>	<b>184.569.362,36</b>	<b>182.000.495,28</b>	<b>204.025.335,51</b>	<b>61.662.300,14</b>	<b>43%</b>

Fonte: SIA/SIH \* É considerado 100% pelo serviço ter começado em 2008

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)