



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE AMBIENTE E
TERRITÓRIO - PPGSAT**

LARISSA OLIVEIRA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS
ESTABELECIMENTOS QUE INTEGRAM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM
MONTES CLAROS - MG, 2019**

**MONTES CLAROS - MG
JULHO/2020**

LARISSA OLIVEIRA SILVA

**CARACTERIZAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS
ESTABELECIMENTOS QUE INTEGRAM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM
MONTES CLAROS - MG, 2019**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Associado em Sociedade, Ambiente e Território da Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Estadual de Montes Claros, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Sociedade, Ambiente e Território.

Área de Concentração: Sociedade, Ambiente e Território

Linha de Pesquisa: Território e Desenvolvimento

Orientador: Prof. Dr. Giovanni Campos Fonseca

MONTES CLAROS - MG
JULHO/2020

Silva, Larissa Oliveira

S586c
2020

Caracterização da distribuição territorial dos estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros - MG, 2019 / Larissa Oliveira Silva. Montes Claros, 2020.

104 f.: il.

Dissertação (mestrado) - Área de concentração em Sociedade, Ambiente e Território. Universidade Federal de Minas Gerais / Instituto de Ciências Agrárias.

Orientador(a): Giovanni Campos Fonseca

Banca examinadora: Prof. Dr. Giovanni Campos Fonseca, Prof. Dr. Henrique Silveira Costa, Dra. Marta Raquel Mendes Vieira, Prof. Dr. Marcus Alessandro de Alcântara.

Inclui referências: f. 94-101.

1. Saúde pública. 2. Políticas públicas. 3. Regionalização da medicina. 4. Serviços Públicos. 5. Análise espacial (Estatística). I. Fonseca, Giovanni Campos. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Ciências Agrárias. III. Título.

CDU: 614.4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
MESTRADO ASSOCIADO UFMG-UNIMONTES EM SOCIEDADE, AMBIENTE E TERRITÓRIO

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos 27 dias do mês de julho de 2020, às 14:00 horas, sob a presidência do Professor Giovanni Campos Fonseca, D. Sc. (Orientador/ICA/UFMG), e com a participação da Especialista em Políticas e Gestão da Saúde Marta Raquel Mendes Vieira, D. Sc. (Secretaria de Estado da Saúde/MG) e dos Professores Henrique Silveira Costa, D. Sc. (UFVJM) e Marcos Esdras Leite, D. Sc. (Unimontes), reuniu-se, por videoconferência, a banca para defesa de dissertação de **LARISSA OLIVEIRA SILVA**, estudante do Curso de Mestrado em Sociedade, Ambiente e Território, que apresentou a dissertação intitulada: “CARACTERIZAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS ESTABELECIMENTOS QUE INTEGRAM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MONTES CLAROS - MG, 2019.

A estudante foi considerada APROVADA, com as seguintes recomendações: NÃO HOUVE EXIGÊNCIA DE ALTERAÇÕES. AS SUGESTÕES FEITAS PELA BANCA SERÃO INCORPORADAS DE ACORDO COM DISCUSSÃO A SER FEITA ENTRE A MESTRANDA E O SEU ORIENTADOR.

E, para constar, eu, Professor Giovanni Campos Fonseca, presidente da banca, lavrei a presente ata que depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos demais membros da banca examinadora.

Obs.1) A estudante somente receberá o título após cumprir as exigências do regulamento do Curso de Mestrado em Sociedade, Ambiente e Território, conforme apresentado a seguir:

Art. 83 – Para dar andamento ao processo de efetivação do grau obtido, o candidato deverá, após a aprovação de sua Dissertação e a realização das modificações propostas pela banca examinadora, encaminhar à secretaria do colegiado do curso, com a anuência do orientador, 3 (três) exemplares da dissertação e 2 (dois) CD, no prazo de 60 (sessenta) dias.

Obs.2) A estudante deverá apresentar junto com a versão final da dissertação, comprovante de submissão de um periódico com Qualis/Capes na área Planejamento Urbano e Regional/Demografia.

Montes Claros, 27 de julho de 2020.

Assinatura dos membros da banca examinadora:



Documento assinado eletronicamente por **Giovanni Campos Fonseca, Presidente**, em 01/10/2020, às 20:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Henrique Silveira Costa, Usuário Externo**, em 02/10/2020, às 09:10, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marta Raquel Mendes Vieira, Usuário Externo**, em 02/10/2020, às 09:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcos Esdras Leite, Usuário Externo**, em 06/10/2020, às 09:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0292972** e o código CRC **EAF576FE**.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por Ser o meu melhor amigo e estar comigo em toda esta trajetória.

A minha família, por ser sempre o meu porto seguro.

Aos meus amigos, pelo cuidado e paciência durante esta fase tão importante em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, por toda a sua providência e cuidado.

À minha família, por todo apoio, amor e compreensão.

Aos meus amigos, por todo carinho e incentivo.

Ao professor Giovanni Campos Fonseca, pela orientação, paciência, apoio e dedicação, que me possibilitou a descoberta de novos conhecimentos e a realização deste estudo.

Ao Instituto de Ciências Agrárias da Universidade Federal de Minas Gerais (ICA-UFMG), a Universidade Estadual de Montes Claros, a todo o corpo docente, aos servidores técnicos e a todos os colaboradores, que contribuíram com a minha formação acadêmica e humana.

Ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade, Ambiente e Território, pelo acolhimento e por todo conhecimento compartilhado. Aos meus colegas, que estiveram ao meu lado durante esta jornada, os meus sinceros agradecimentos pela amizade e companheirismo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio para a realização deste trabalho.

À banca examinadora, por ter aceitado o convite e por disponibilizar tempo para contribuir com este trabalho.

Aos meus irmãos da Obra Shalom, por todo cuidado, paciência, incentivo e orações durante esta trajetória.

Enfim, obrigada a cada um, pessoas maravilhosas, que tive a oportunidade de conhecer e conviver nestes anos de Mestrado e que, de alguma forma, tenham contribuído para a realização deste estudo.

Todas as coisas cooperam para o bem daqueles
que amam a Deus.

Romanos 8:28

RESUMO

O movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) estão entre as temáticas mais estudadas no campo da história da saúde no Brasil. Esses acontecimentos possibilitaram o reconhecimento da saúde como direito e a implantação de um sistema público de acesso universal. A regionalização no SUS é uma estratégia essencial para o processo de descentralização, que é um dos princípios deste sistema de saúde. Nesse contexto, torna-se necessário articular municípios vizinhos, com a finalidade de instituir uma rede de saúde capaz de disponibilizar atendimento à determinada população por meio da distribuição de custos e investimentos e proporcionando a criação de metas e objetivos em comum. Este estudo apresenta a descrição da macrorregião de saúde Norte de Minas e suas microrregiões, utilizando-se de dados do Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O objetivo desta pesquisa é caracterizar a distribuição territorial dos estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros - MG, município polo em níveis macro e micro da macrorregião de saúde Norte de Minas. Para realizar o mapeamento dos estabelecimentos que integram o SUS em Montes Claros, foram utilizados dados de 2019 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Os dados obtidos foram inseridos em planilha eletrônica (Excel) e, depois de conferidos, foram tratados no programa ArcGIS 10.2 para a elaboração dos mapas e subsequente sobreposição com dados de renda *per capita* e distribuição de habitantes para análise espacial e identificação do perfil da população das regiões adstritas aos estabelecimentos de saúde. O mapeamento permitiu identificar a distribuição dos estabelecimentos de saúde em Montes Claros, e os principais resultados apontam uma aglomeração de estabelecimentos em todos os três níveis de atenção nas regiões de planejamento mais centrais do município. Os estabelecimentos não estão distribuídos no município e em suas regiões de planejamento em quantidade uniforme, e características como quantidade de habitantes e renda podem influenciar nessa distribuição. Destaca-se o fato de a realização desta pesquisa demonstrar o potencial da utilização de um conjunto de ferramentas de geoprocessamento no apoio à tomada de decisão para a condução de políticas públicas de saúde e suas respectivas avaliações. A utilização dos mapas possibilita o cruzamento dessas informações espaciais com outras bases cartográficas e, até mesmo, com dados de outros órgãos, podendo favorecer, dentre outras dimensões, a administração de recursos públicos.

Palavras-chave: Saúde. Política Pública. Regionalização. Serviços Públicos de Saúde. Análise Espacial.

ABSTRACT

The Brazilian Health Reform movement and the creation of the Unified Health System (SUS) are among the most studied themes in the history of the health in Brazil. These events enabled the recognition of health as a right, and the implementation of a public health system of universal access. Regionalization at SUS is an essential strategy for the decentralization process, which is one of the principles of this health system. In this context, it is necessary to articulate neighboring municipalities in order to establish a health network capable of providing care to the population through the distribution of costs and investments, as well as providing the creation of common goals and objectives. This study presents the description of the health system in the macroregion Norte de Minas and its microregions using data from the health Regionalization Master Plan (PDR) of the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). The objective of this research is to characterize the territorial distribution of the establishments that integrate the Unified Health System in Montes Claros - MG, a pole city at the macro and micro levels of the Norte de Minas health macroregion. In order to map the establishments that integrate SUS in Montes Claros, data collected in 2019 from the National Registry of Health Establishments (CNES) were used. These data were inserted in an electronic spreadsheet (Excel) and, after being checked, they were treated in the ArcGIS 10.2 program for the preparation of maps, and overlapped *per capita* income and distribution of inhabitants data for spatial analysis and identification of the population profile of regions assigned to health facilities. The mapping made it possible to identify the distribution of health establishments in Montes Claros, and the main results point to an agglomeration of establishments in all three levels of care in the most central planning regions of the municipality. The establishments are not evenly distributed in the municipality and its planning regions, and characteristics such as the number of inhabitants and income may influence this distribution. It is highlighted the fact that this research demonstrates the potential of using a set of geoprocessing tools to support decision making for the management of public health policies and their respective evaluations. The use of maps enables to cross this spatial information with other cartographic bases and, yet, with data from other agencies, which may favor, among other dimensions, the administration of public resources.

Keywords: Health. Public Policy. Regionalization. Public Health Services. Spatial Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Delimitações das mesorregiões de Minas Gerais.....	51
Figura 2 – Delimitações das microrregiões de Minas Gerais.....	52
Figura 3 – Delimitações das regiões de planejamento de Minas Gerais	54
Figura 4 – Delimitações das macrorregiões de Minas Gerais de acordo com o PDR antes do ajuste de 2019	56
Figura 5 – Delimitações das macrorregiões de Minas Gerais de acordo com o PDR após ajuste de 2019	57
Figura 6 – Macrorregiões e microrregiões de Minas Gerais de acordo com o PDR-SUS/MG após ajuste de 2019.....	58
Figura 7 – Macrorregião Norte de acordo com o PDR - SUS/MG após ajuste 2019.....	59
Figura 8 – Mapa da localização dos estabelecimentos de saúde que integram o SUS no município de Montes Claros - MG	76
Figura 9 – Mapa da localização dos estabelecimentos de atenção terciária nas regiões de planejamento de Montes Claros - MG.....	77
Figura 10 – Mapa com a representação da operação <i>buffer</i> em relação à localização dos estabelecimentos de atenção terciária nas regiões de planejamento de Montes Claros – MG.	81
Figura 11 – Mapa da localização dos estabelecimentos de atenção secundária nas regiões de planejamento de Montes Claros - MG.....	84
Figura 12 – Mapa com a representação da operação <i>buffer</i> em relação à localização dos estabelecimentos de atenção secundária nas regiões de planejamento de Montes Claros - MG	85
Figura 13 – Mapa da localização dos estabelecimentos de atenção primária nas regiões de planejamento de Montes Claros - MG.....	86
Figura 14 – Localização dos estabelecimentos de atenção primária que integram o SUS em Montes Claros - MG sobreposta à distribuição dos habitantes conforme a renda <i>per capita</i> ..	87
Figura 15 – Representação <i>buffer</i> da localização dos estabelecimentos de atenção primária que integram o SUS de Montes Claros - MG sobreposta à distribuição do número de habitantes.....	89

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição das microrregiões por quantidade de municípios, área da unidade territorial e população conforme o ajuste de 2019 do PDR - SUS/MG	63
Tabela 2 – Descrição das microrregiões por média do IDHM, PIB per capita, salário médio dos trabalhadores formais, área da unidade territorial e população conforme o ajuste de 2019 do PDR - SUS/MG	64
Tabela 3 – Quantidade de estabelecimentos de atenção secundária que integram o SUS em Montes Claros por tipo de estabelecimento.....	83
Tabela 4 – Regiões de Planejamento, renda <i>per capita</i> e quantidade de estabelecimentos de atenção primária	88
Tabela 5 – Regiões de Planejamento e quantidade de estabelecimentos de atenção primária.	90
Tabela 6 – Distritos de Montes Claros, quantidade de estabelecimentos de atenção primária por tipo.....	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Divisão e renomeação/redesignação das macrorregiões, conforme o ajuste de 2019 do PDR - SUS/MG	61
Quadro 2 – Mudança de adscrição de municípios, conforme o ajuste de 2019 do PDR - SUS/MG	62
Quadro 3 – Região de saúde do Norte de Minas	67

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Alta Complexidade
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CI	Comissão Intergestores
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão de Intergestores Tripartite
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COAP	Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSEA	Centro Socioeducativo do Adolescente
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
EABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
ECR	Equipe Consultórios na Rua
EMAD	Equipe Multidisciplinar de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multidisciplinar de Apoio
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESFSB	Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal
FSESP	Fundação Serviços de Saúde Pública
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
IPPEDASAR	Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural

MCHB	Média Complexidade Hospitalar Básica
MCHE	Média Complexidade Hospitalar Especial
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIB	Produto Interno Bruto
PMC	Projeto Montes Claros
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	Plenária Nacional de Saúde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SIG	Sistema de Informação Geográfica
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado dos Serviços de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros
USAID	United States Agency for International Development

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
CAPÍTULO 1 - SUS: CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E NORTE DE MINAS GERAIS	20
1.1 Aspectos históricos na conformação do SUS	21
1.1.1 O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o Projeto Montes Claros	24
1.1.2 Novos rumos da saúde pública brasileira	28
1.2 O sistema de saúde e o SUS	30
1.2.1 O SUS como política pública de saúde	31
1.2.2 Desafios na consolidação do SUS	36
1.3 Princípios organizativos do SUS: descentralização, regionalização e hierarquização	39
1.3.1 Normas Operacionais do SUS	41
1.3.2 Regionalização da saúde e seus desafios	45
1.4 Regionalização da saúde em Minas Gerais: macrorregião do Norte de Minas Gerais	50
1.4.1 Macrorregião de saúde do Norte de Minas Gerais e suas microrregiões	60
1.5 Território da saúde em Montes Claros	66
1.6 O sistema de informação geográfica e a análise espacial na saúde	67
CAPÍTULO 2 – MAPEAMENTO E ANÁLISE ESPACIAL DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE MONTES CLAROS	71
2.1 Fundamentação teórico-metodológica e caracterização do universo de pesquisa.....	71
2.2 Mapeamento dos estabelecimentos que integram o SUS em Montes Claros - MG	75
2.2.1 Estabelecimentos de saúde da atenção terciária	76
2.2.2 Estabelecimentos de saúde da atenção secundária	82
2.2.3 Estabelecimentos de saúde da atenção primária.....	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICE	102

INTRODUÇÃO

Antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, os serviços de saúde eram disponibilizados apenas para quem podia custeá-los e para os indivíduos incluídos no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (CAMPOS *et al.*, 2015). O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e a criação do SUS, temáticas muito estudadas no campo da história da saúde brasileira, desencadearam a transformação da saúde em um direito e a implantação de um sistema de saúde público de acesso universal.

No contexto da Reforma Sanitária, o Projeto Montes Claros (PMC) foi um dos pioneiros, contribuindo para o acúmulo de experiência na luta do movimento sanitário pela construção de uma nova política para o setor de saúde. Academia e movimento estudantil articulavam-se em torno do movimento sanitário, constituindo-se dessa forma um espaço de luta entre propostas divergentes de organização dos serviços de saúde (SCOREL, 1999).

A reforma do setor de saúde ocorreu simultaneamente ao processo de redemocratização do país. Em busca de um estado de bem-estar social, a Constituição Federal, promulgada em 1988, determina que a saúde é direito do cidadão e dever do Estado, e que, conseqüentemente, deve haver um sistema de saúde público, universal e descentralizado. Desde então, a organização da saúde pública no Brasil vem passando por diversas modificações. Houve a mudança de uma medicina individual e curativa para um padrão coletivo, fundando-se, assim, um importante princípio doutrinário do SUS: a universalidade (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; SOUZA JUNIOR, 2016).

De caráter público, o SUS é composto por serviços organizados de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, nos quais a participação popular é realizada por meio das conferências e dos conselhos de saúde. É dessa integração que nasce o sistema único, o qual torna competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde. Destaca-se aqui a lei nº 8.142 de dezembro de 1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (SOUZA JUNIOR, 2016; SANTOS, 2017).

As estratégias de financiamento, descentralização e regionalização compõem uma trilogia de análise que proporciona reflexões sobre os avanços na consolidação do SUS. No âmbito da descentralização, em um contexto federalista, a repercussão das definições dos mecanismos de articulação e de responsabilidade entre os entes é decisiva para a operacionalização das políticas. No financiamento, não há garantias de que a descentralização

das responsabilidades proporciona, por si mesma, de modo responsável e eficiente, o acesso universal à níveis equitativos de atenção à saúde (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

Surge, então, a necessidade de um arranjo institucional que seja capaz de tornar viável o processo tripartite de financiamento. Porém, ainda que este processo de financiamento se consolide em níveis satisfatórios em proporções justas entre os entes, caso não seja orientado por um planejamento territorial de base regional e por critérios de alocação redistributivos, não é possível superar as barreiras inerentes às profundas desigualdades presentes no cenário brasileiro. É nesse contexto que se faz presente a regionalização (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

Abordada no artigo 198 da Constituição Federal, a regionalização da saúde prevê a articulação dos três entes federativos – União, Estados e Municípios – para a conformação do sistema de saúde e de sua consolidação (MARTINELLI, 2014). Entretanto, as dimensões continentais do país, o número de usuários potenciais, as diversidades e as desigualdades regionais, entre outras características, fazem com que a regionalização da saúde no Brasil torne-se um fenômeno ainda mais complexo (DOURADO; ELIAS, 2011). Soma-se a isso o fato de que o processo de regionalização é constituído em três níveis – macro, micro e município – e a assistência à saúde é hierarquizada, também em três níveis de atenção – primário, secundário e terciário –, interferindo de modo positivo na universalidade do acesso à saúde, pois permite o planejamento e a organização dos serviços conforme as necessidades do âmbito regional. A regionalização estabelece uma integração racional e equitativa dos serviços de acordo com as necessidades encontradas num determinado contexto, de maneira a adequar recursos humanos e tecnológicos no âmbito regional (LIMA *et al.*, 2012).

Pode-se, então, perceber que existe uma relação sinérgica entre esta tríade – financiamento, descentralização e regionalização – e as configurações normativas e institucionais do SUS. Está previsto na Constituição Federal que as ações e os serviços públicos de saúde devem compor uma rede regionalizada e hierarquizada. Esses princípios foram contemplados pela Lei n. 8.080/90 e, posteriormente, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e pelas Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), demonstrando o esforço normativo de elaboração de uma proposta nacional de regionalização da assistência, com definição das responsabilidades descentralizadas e instrumentos compartilhados (BRASIL, 1990; SANTOS, 2017).

Para a conformação do SUS, a região de saúde é essencial, pois se configura em recortes territoriais que reúnem municípios de forma a ganhar escala e densidade tecnológica, as quais garantem a integralidade da atenção à saúde em, pelo menos, 90% das necessidade

das pessoas. A região de saúde se configura como um território que compõe determinadas características e serviços, porém, a sua essência é territorial perante o cumprimento de necessidades comuns dos entes municipais (SANTOS, 2017).

Dentro do conceito de território estão presentes aspectos de poder, além das inseparáveis dimensões política, cultural e econômica que contribuem para a construção desse conceito. É importante que se compreenda e investigue território como projeção espacial das relações, pois os aspectos materiais do espaço devem ter relevância (SOUZA, 2008). Há a possibilidade de empreender em projetos e programas de desenvolvimento com mais justiça social, partindo de uma abordagem territorial que avalie condições existentes em cada território (SAQUET, 2008).

O Brasil é um país que apresenta características de heterogeneidade, históricas e estruturais, com marcante expressão territorial, que influenciam na configuração do sistema de saúde. Entre os desafios para a regionalização estão: a diversidade e a desigualdade regional com as diferenças de organização no território das ações e serviços de saúde; e a necessidade da consolidação de sistemas regionais que considerem as diferentes dinâmicas territoriais e os diferentes recortes. Visando à maior efetividade das políticas públicas de saúde, esses desafios precisam ser levados em consideração na formulação de propostas e na implementação de estratégias de regionalização (LIMA *et al.*, 2012).

Constituído como um dos pilares para a descentralização e estruturação dos sistemas de organização dos serviços de saúde em rede e cogestão, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde proporciona o direcionamento da implementação das políticas públicas de forma equitativa. Esse plano se configura como um dos instrumentos de planejamento em saúde porque estabelece uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Até o ano de 2019, os 853 municípios de Minas Gerais eram divididos em 13 macrorregiões, considerando-se as regiões de saúde. Após o ajuste do PDR, realizado em 2019, passou a haver 14 macrorregiões e 89 microrregiões de saúde. Conforme o PDR, uma microrregião de saúde consiste em uma base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, que dispõe de procedimentos de média complexidade. Macrorregião de saúde configura-se como uma base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde, que compõe os serviços de alta complexidade e engloba microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e acesso aos serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica.

A macrorregião Norte de Minas é composta por 11 microrregiões com um total de 86 municípios, tendo como polo macro o município de Montes Claros. Com grandes desigualdades sociais, a macrorregião Norte apresenta baixa densidade demográfica, com distâncias que chegam a ser superiores a 500 km entre os municípios, possuindo extensas áreas rurais que são constituídas por alta concentração populacional quando comparadas a outras regiões que compõem o estado de Minas Gerais (MARQUES, 2011).

Diante do exposto e da importância do SUS como política pública de saúde, surge o interesse em compreender como se dá esse complexo processo de regionalização da saúde, a composição da macrorregião Norte e a organização dos estabelecimentos na cidade de Montes Claros, que se caracteriza como município de referência para serviços e ações de saúde nos três níveis de atenção no Norte de Minas Gerais.

Tendo em vista a importância das regiões de saúde no atendimento à população, este estudo é estruturado pelas seguintes perguntas norteadoras: Quais são as principais características da macrorregião Norte? Qual o papel do município de Montes Claros como polo no atendimento à população local e à “população flutuante”, advinda de outros municípios da macrorregião? Como se dá a organização territorial dos estabelecimentos de saúde pública em seus três níveis de atenção presentes em Montes Claros? É possível identificar características de concentração de estabelecimento, e qual seria a justificativa para tal ocorrência?

O presente estudo tem como objetivo geral caracterizar a distribuição territorial dos estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros – MG, e como objetivos específicos mapear os estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros, utilizar ferramentas de geoprocessamento para mapeamento da distribuição dos serviços de saúde e identificar o perfil da população, quanto à renda *per capita* e à distribuição de habitantes das regiões adstritas aos estabelecimentos que integram a atenção primária do Sistema Único de Saúde em Montes Claros.

Tendo em vista o processo de regionalização da saúde em Minas Gerais, é importante que sejam considerados alguns indicadores, dentre eles se destacam os sociodemográficos e socioeconômicos, os quais permitem a avaliação da vulnerabilidade da população local e a identificação da dependência do serviço público de saúde em diferentes graus (FARIA *et al*; 2018). Sendo assim, o mapeamento dos estabelecimentos de saúde proposto neste estudo possibilitará conhecer o perfil da população dos territórios anexos a esses estabelecimentos a partir do cruzamento de dados sobre a suas localizações e os dados sociodemográficos da população adstrita. Em Montes Claros, há oferta de serviços nos três

níveis de atenção: i) primário – serviços de baixa complexidade; ii) secundário – procedimentos de média complexidade; e iii) terciário – serviços de alta complexidade. Tais características justificam um dos objetivos específicos propostos neste estudo que é analisar a distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde que integram o SUS no município.

O texto está estruturado em quatro partes: a primeira é esta introdução que contextualiza o tema da pesquisa, apresenta o problema e a justificativa deste estudo, além dos seus objetivos e possíveis aplicações de seus resultados. No capítulo 1, encontra-se a revisão de literatura. Em seguida, o capítulo 2 trata da metodologia utilizada para a realização do estudo e dos procedimentos metodológicos para a condução da pesquisa. Também nesse capítulo, os resultados do estudo são apresentados e discutidos. A quarta e última parte traz as considerações finais sobre a investigação realizada, recuperando seus principais resultados e apontando lacunas para futuras investigações.

O presente trabalho pretende, assim, contribuir para o conhecimento do cenário atual da macrorregião de saúde Norte de Minas e suas microrregiões, características territoriais e populacionais, dentre outras, que compõem um conjunto de informações importantes para o financiamento e alocação de recursos, como também para a gestão dos serviços ofertados pela rede de saúde em seus três níveis de regionalização e nos três níveis de atenção à saúde.

Espera-se que os resultados deste estudo permitam verificar a conformação física da rede pública de saúde em Montes Claros e indicar, por meio de análises preliminares, o potencial do uso de ferramentas de geoprocessamento para a condução de políticas públicas de saúde. O geoprocessamento é ferramenta importante para o sistema de informação e possivelmente será útil aos profissionais e gestores da saúde no planejamento de suas ações. Ademais, o mapeamento a ser realizado neste estudo poderá também permitir aos usuários identificar os estabelecimentos que constituem a rede de saúde e sua localização, além de proporcionar apoio ao planejamento e à gestão dos serviços de saúde.

CAPÍTULO 1 – SUS: CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NO BRASIL E NORTE DE MINAS GERAIS

Este trabalho, que tem como objetivo caracterizar a distribuição territorial dos estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros-MG, baseia-se em uma revisão da literatura estruturada nos seguintes tópicos, os quais estão divididos em seis seções: “Aspectos históricos na conformação do SUS”, onde são tratados aspectos que

remetem aos eixos essenciais deste trabalho e a trajetória de construção desse sistema de saúde; na seção “O sistema de saúde e o SUS”, são apresentados os principais conceitos, diretrizes e aspectos da política de saúde destinada ao SUS; em “Princípios organizativos do SUS: descentralização, regionalização e hierarquização”, esses eixos norteadores do funcionamento do SUS são conceituados. Também são discutidos os desafios para a consolidação do SUS a partir da literatura sobre o tema; a macrorregião Norte de Minas Gerais é caracterizada em “Regionalização da saúde em Minas Gerais: macrorregião do Norte de Minas Gerais” por meio de dados e dos aspectos das microrregiões e municípios que a compõem. “Território da saúde em Montes Claros” apresenta as características deste município, que é o polo macro e microrregional desta mesma macrorregião de saúde. Por fim, em “O sistema de informação geográfica e a análise espacial na saúde” caracteriza a análise espacial, onde é traçado um percurso desde a conceituação dessa análise até as suas contribuições em diversas áreas, de forma especial, na área da saúde.

1.1 Aspectos históricos na conformação do SUS

Conhecer o processo histórico de conformação do SUS é relevante para a compreensão de suas bases atuais (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). De igual modo, o conhecimento da organização sanitária no Brasil é importante para compreender como se deu a construção, principalmente, dos aspectos da descentralização, da regionalização e da hierarquização e perceber como esses princípios e diretrizes foram sendo delineados ao longo do tempo.

Os sistemas de saúde universais estão presentes nos países que escolheram a seguridade social ou seguro social. Este é o caso do Brasil, onde a saúde é um direito assegurado pelo Estado. Antes do SUS, a organização de saúde no Brasil era confusa, visto que havia certa omissão por parte do poder público. Para melhor compreender a importância do SUS, faz-se necessário delinear a história da saúde pública no Brasil, que teve início no período colonial, época em que o contexto de organização sanitária reproduzia o da metrópole, sendo as autoridades legais responsáveis pelas problemáticas que se referiam a higiene (PAIM, 2009). A partir de 1808, surgem as primeiras instâncias de saúde pública, basicamente encarregadas de habilitar e fiscalizar o registro daqueles que se dedicavam à arte da cura e a fiscalizar os navios para impedir que chegassem novas doenças nas cidades costeiras (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Após a transferência da família real para o Brasil, em 1828, foi conferida às municipalidades a responsabilidade de saúde pública (PAIM, 2009; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Naquele período, a medicina era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários. A saúde se configurava como um eixo acessível apenas para as altas camadas da população em cidades de grande porte, e os pobres dispunham apenas da atenção das Casas de Misericórdia (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Ainda durante o Império, com a criação da Inspeção Geral de Higiene, do Conselho Superior de Saúde Pública e da Inspeção Geral Dos Portos, foi realizada uma reforma dos serviços sanitários, os quais passaram a organizar a ação comunitária diante de situações de epidemias em nível local. Porém, optava-se pela concentração das decisões no governo central quando a situação se apresentava de forma complexa. Com isso, pode-se observar que, ao final do império, a organização sanitária brasileira era centralizada e rudimentar (PAIM, 2009).

Na República Velha (1889-1930), prevalecia a concepção liberal do Estado, e havia desconfianças quanto à descentralização das atribuições, pois não havia relações entre estados e municípios e tudo era centralizado no Estado. Em decorrência disso, desencadeavam-se as dificuldades na resolução de problemas da população, cada vez mais urbana, ao mesmo tempo em que havia o aumento de indústrias. Constituiu-se, então, um sistema marcado pela separação entre assistência médica hospitalar e as ações de saúde pública constituídas ao longo do início do século XX (PAIM, 2009). A Constituição Federal, promulgada em 1891, transferiu para os municípios e estados atribuições relacionadas à saúde. Em 1896, veio a constatação, a partir da gripe espanhola, de que a forma de operar não era eficiente (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). A saúde despontara como uma questão social com a exigência de uma resposta do poder público e da sociedade, no início da industrialização no Brasil, na passagem do século XIX para o século XX (PAIM, 2009).

Após a Proclamação da República, as ações de saúde, principalmente no que concerne à fiscalização, passaram a ser responsabilidade atribuída aos estados, cabendo ao âmbito federal, em 1897, por meio da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), a atuação onde não coubesse a atuação dos governos estaduais (PAIM, 2009; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Aqui pode-se fazer referência às possíveis características da descentralização.

O processo de interiorização da saúde teve início na década de 1910, visto que antes disso a atenção era voltada apenas para medidas que procuravam garantir a saúde no meio urbano. Adentrar nesse novo ambiente, compreender e observar a situação sanitária e almejar soluções constituíram-se pontos instituídos pelos médicos sanitaristas que entraram

nessa jornada. O cenário encontrado desfez as imagens românticas da vida interiorana, de maneira que era imprescindível apresentar para todo o país a realidade dessas populações. E isso foi realizado por meio de publicações, palestras públicas sobre as experiências, que incomodaram e exigiram medidas que modificassem o cenário encontrado (PAIM, 2009; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; TAMANO, 2017).

Em 1919, houve a substituição da DGSP pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, que passou a legislar sobre aspectos que, até então, não tinham a atenção do Estado (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012). Em relação aos serviços médicos de empresas, algumas ações foram colocadas em prática na segunda década do século XX (PAIM, 2009). Naquele período, houve a conformação de uma previdência social no país, com a instituição, em 1923, das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), por meio das quais aqueles trabalhadores que tinham vínculo a essas caixas teriam, então, acesso à assistência médica (PAIM, 2009; ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

O ano de 1942 é marcado pelo início da ampliação das atividades da Organização Pan-Americana da Saúde na América Latina, e, no Brasil, o Serviço Especial em Saúde Pública foi criado em virtude de um acordo entre os governos do Brasil e dos Estados Unidos da América. Nesse período, foi concebido um novo perfil para a saúde pública que se caracterizava por centralizar a política de saúde por meio da intensificação do poder normativo em relação às ações estaduais retiradas do poder dos municípios. Nessa perspectiva, é possível perceber um retrocesso na consolidação da descentralização (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

A incorporação e a valorização dos sertanejos foram esvaecendo-se diante de um projeto voltado para a integração nacional e para a valorização do trabalho e do operariado urbano. Foi no ano de 1946 que o sanitarismo centralizador e autoritário chegou ao seu auge. No campo da saúde pública, o sanitarismo desenvolvimentista foi uma corrente de opinião que começou a se constituir a partir do segundo governo Vargas, no qual os objetivos da política de saúde foram como as demais políticas sociais, ou seja, subordinados ao esforço do progresso e do enriquecimento da nação (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012).

Em 1963, é realizada a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), que possuía diretrizes com vistas a implementar um novo projeto sanitário baseado na municipalização (ESCOREL; TEIXEIRA, 2012; SOUZA, 2014). A estratégia de municipalização condensou o novo projeto sanitário, que se pretendia descentralizado e sustentado em um modelo de serviços de saúde, começando pelo atendimento básico prestado por auxiliares da saúde e se estendendo até o nível terciário com atendimento médico especializado (ESCOREL;

TEIXEIRA, 2012). Nesse ponto, é possível perceber que já estava tomando forma o que, anos mais tarde, viria a ser a hierarquização na política do SUS.

Porém, no contexto do golpe militar de 1964, surgiu a reação por parte de forças sociais conservadoras e a desarticulação da participação da sociedade daqueles que viriam a constituir o MRSB. No período da ditadura, houve reformas e redução na participação dos gastos com as políticas sociais. Durante a primeira década do regime autoritário burocrático, configurou-se um sistema de atenção estatal à saúde com preponderância da lógica e do modelo previdenciário sobre o Ministério da Saúde (MS), visto como disfuncional para a modernização. No ano de 1969, ficam nítidas as características de centralização do poder no executivo (SCOREL, 2012).

1.1.1 O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e o Projeto Montes Claros

A partir dos acontecimentos que marcaram profundamente a política brasileira na década de 1960, nasce, no fim dessa década e início da década de 70, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), formado por estudantes, segmentos populares, pesquisadores e profissionais da saúde, os quais propuseram a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a implantação do SUS contra a ditadura que promovia a valorização da medicina tradicional, reivindicando uma reforma que concedesse a igualdade e a universalidade do direito à saúde (PAIM, 2009; PAIVA; TEIXEIRA, 2014; SOUZA JUNIOR, 2016). Assim, esse movimento defendia a democratização da saúde como aspecto fundamental na democratização da vida social, concebendo a proposta e o projeto da RSB ao mesmo tempo em que construía um novo campo científico e de práticas: o da saúde coletiva (AROUCA, 2003).

Devido à importância do movimento, a RSB está entre os temas mais estudados no campo da história da saúde do Brasil, e alguns fatores permitem compreender a intensa produção acadêmica sobre o assunto, tal como a relevância do assunto para a proteção social e para a saúde pública brasileira, além do fato de que alguns dos integrantes mais importantes desse movimento ocuparam posições centrais nas instituições acadêmicas de saúde coletiva e cargos-chave na área das políticas de saúde (PAIM, 2008).

Como resultado do MRSB, surgiram os primeiros movimentos sanitários em diferentes municípios do país, destacando-se o de Montes Claros-MG. O Projeto Montes Claros (PMC) – idealizado na década de 1970 – foi uma experiência de gestão oposta à política nacional de saúde da época, a exemplo do que ocorreu, também, em outros projetos,

como os de Caruaru (PE), Londrina (PR), Patos (PB) e Campinas (SP) (CAMPOS *et al.*, 2015).

O desenvolvimento do PMC sempre foi marcado por disputas, que em um primeiro momento estavam ligadas às duas faces do movimento sanitário que se enfrentavam: um eixo racionalizador *versus* um eixo estratégico. Essas forças se unificaram em seguida, constituindo uma tendência “progressista” que enfrentaria as forças conservadoras e as privatizantes (SCOREL, 1999). Foi nessa época que a região passou a receber incentivos por fazer parte da área da Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste, atraindo intelectuais, estudantes e políticos, todos com propostas diversificadas, mas com o intuito de organizar um sistema nacional de saúde (TEIXEIRA, 1995; SILVA *et al.*, 2014). Dessa forma, o projeto abarcou investimentos, infraestrutura e visões divergentes na busca da unificação do sistema de saúde no Brasil (CAMPOS *et al.*, 2016), sendo considerado um modelo demonstrativo para o SUS, pois propôs o acesso universal aos serviços, o trabalho em equipe, a territorialização e o planejamento em saúde (PEREIRA; JONES, 2016).

O PMC foi criado a partir da Escola Nacional de Saúde Pública com assessoria da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e do Centro Regional de Saúde, instituição responsável pela implantação do projeto na região (SANTOS, 1995). O projeto surgiu em um cenário de crises institucionais no Brasil, que culminaram com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Sistema Nacional de Previdência Social (CAMPOS *et al.*, 2016). No âmbito estadual, a constituição do PMC foi simultânea a alguns acontecimentos importantes, como a modernização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e a intensificação da participação dos movimentos na formulação das políticas públicas de saúde e nas experiências de medicina comunitária (SANTOS, 1995).

O desenvolvimento do PMC deu-se em três fases: a primeira, entre 1971-1974; a segunda fase, entre 1975-1977; e a terceira fase após 1978 (SANTOS, 1995; SCOREL, 1999; SILVA *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2016). A primeira fase, denominada Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR), tinha como objetivos o planejamento familiar e controle de natalidade, e poderia significar um teste-piloto para um projeto continental. Essa fase foi fruto da experiência do enfermeiro norte-americano Leslie Charles Scofield Jr. e de sua esposa que, na década de 1960, atuaram por seis anos na região do Vale do Rio São Francisco com assistência religiosa e de saúde. Em 1971, o enfermeiro, em sua tese de doutorado, deu origem ao projeto de implantação do IPPEDASAR, viabilizado através de convênio firmado com a extinta Fundação Norte Mineira de Ensino Superior, Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade de Tulane (EUA)

(SANTOS, 1995; ESCOREL, 1999; SILVA *et al.*, 2014; CAMPOS *et al.*, 2016). Cada vez mais, os serviços do sistema de saúde brasileiro se assemelhavam aos da medicina americana. Durante a V CNS (1975), um estudo censurado pelo governo militar apontava um sistema de saúde ineficiente, além de outras características. Naquele mesmo ano, houve a sanção da lei n. 6.229 que criava o Sistema Nacional de Saúde com a definição das competências de seus componentes. Foi também instituído um reforço no orçamento do MS e realizadas diversas outras ações (PAIM, 2009).

A concretização da segunda fase do PMC, entre 1975-1977, com o projeto propriamente dito, foi possível por meio de um convênio realizado entre os governos brasileiro e norte-americano por intermédio da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (*United States Agency for International Development – USAID*) (ESCOREL, 1999). Nesse contexto, foi adotada uma nova visão de planejamento e, em 1976, foi convocada a I Reunião do Sistema Integrado de Prestação de Serviços de Saúde do Norte de Minas, realizada em Belo Horizonte, onde foi apresentada para um grande conjunto de instituições, por meio de quatro documentos básicos, a proposta de organização de serviços de saúde. Nessa reunião foi possível estabelecer, de forma mais clara, a proposta de serviços de saúde, a qual era composta de uma perspectiva descentralizada, democrática e pública e, também, as suas alianças. No entanto, houve resistências ainda mais claras e fortes por parte dos setores hegemônicos na política de saúde. Forças estas que conseguiram limitar a abrangência do PMC em sua operacionalização (ESCOREL, 1999).

Os percussores da primeira fase do IPPEDASAR seguiram outros caminhos, levando à extinção da instituição (SILVA *et al.*, 2014). O PMC, que foi inicialmente desenvolvido por técnicos da Assessoria de Planejamento e Coordenação da Secretária Estadual de Saúde - MG, foi substancialmente modificado sob a direção de Francisco Assis Machado e sua equipe (ESCOREL, 1999). Outra resistência, em nível local, foi a visão sanitária tradicional da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP). A equipe de Montes Claros, mesmo enfrentando os altos escalões da Secretária Estadual de Saúde, estabeleceu contatos com a secretaria técnica do Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), programa que substituiu o USAID, e foi convidada para realizar uma apresentação do projeto. A Previdência Social era responsável por manter grande parte da assistência médica na região, sobretudo pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), no início do PMC. Os recursos da USAID eram garantidos para a capacitação de pessoal auxiliar e construção das unidades auxiliares e, desde então, a importância da

participação da Previdência Social é notória, pois ela se configurava como o grande agente financiador do setor da saúde (SCOREL, 1999).

Porém, o setor privado, em busca de lucro, não queria deixar para traz nenhuma parcela dos recursos previdenciários. Assim, os interesses privados, além de inviabilizarem uma integração operacional com o FUNRURAL, provocaram um grande atraso no início da participação financeira da Previdência no PIASS. Por meio do Decreto Presidencial que criou o PIASS, foi possível uma abertura para a canalização de recursos da Previdência Social para programas de extensão de cobertura. Contudo, os interesses privatizantes se esforçaram para que essa abertura não fosse viabilizada. O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) tinha uma postura de recusa quanto a contribuição para o PIASS, e o FUNRURAL se recusava a se integrar ao PMC sob a alegação de que seria inconstitucional participar de programas que fossem dirigidos à população não previdenciária (SCOREL, 1999).

Nesse contexto, o caminho para a integração só foi possível por intermédio da articulação e forte influência do PMC, fatos que levaram o INAMPS a firmar o primeiro convênio com o PIASS, em fevereiro de 1978, tornando real a previsão de transferência de recursos da Previdência para o Sistema Integrado do Norte de Minas. Naquele mesmo ano, 1978, houve a substituição do USAID pelo PIASS, que se tornou a maior fonte financiadora do projeto, uma vez que os dois programas – USAID E PIASS – fundiram-se financeiramente. Esse fato acentuou a resistência dos interesses privatizantes motivados pela corporação médica, composta pelo setor médico-empresarial, cuja sustentabilidade dependia da Previdência Social, e pelo setor tradicional da saúde via FSESP.

Mesmo diante de todas essas contradições, o papel, até então, desempenhado pelo PMC não diminuiu, pois o projeto tornou-se “polo avançado” pela sua incorporação ao PIASS (SCOREL, 1999). Assim, o Projeto Montes Claros é tido como uma das primeiras possibilidades regionais de aplicação de certas diretrizes de organização e distribuição dos serviços de saúde, antes do PIASS (SCOREL, 1999). Após 1978, concretizava-se a terceira fase do PMC com a sua incorporação ao Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) (SILVA *et al.*, 2014).

Entre os seus feitos, o PMC propôs a participação comunitária e previa uma rede de 180 postos de saúde na zona rural do Norte de Minas e a construção do Hospital da Faculdade de Medicina do Norte de Minas. Na época, a região era formada por 42 municípios e um milhão e duzentos mil habitantes (SOBRINHO, 1995; SILVA *et al.*, 2014). Porém, o projeto atingiu somente o módulo básico, ou seja, apenas a etapa de construção dos postos de

saúde nas cidades do Norte de Minas, devido às questões políticas, administrativas e falta de recursos. A construção do Hospital Regional não foi realizada (VAN STRALEN, 1995).

Mesmo diante de um cenário de diversos embates, o PMC demonstrou que era exequível tendo em vista as propostas do movimento sanitário e a capacidade de articular-se para a garantia da manutenção. A ação de ir à busca de apoio externo como forma de resistir às pressões, em nível central, da Secretária de Saúde deu visibilidade ao PMC e possibilitou que ao redor dele fossem articulados eixos do movimento sanitário, tais como a academia e o movimento estudantil (SCOREL, 1999).

Ainda que o PMC tenha sido desativado de forma gradativa, suas propostas originais foram incorporadas a projetos posteriores, que tinham como propósito a reorganização dos serviços de saúde, como, por exemplo, o projeto das Ações Integradas de Saúde (AIS), o PIASS, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária, o Sistema Unificado e Descentralizado dos Serviços de Saúde (SUDS) e a estrutura legal e ideológica que deu origem ao SUS (SCOREL, 1999; SILVA *et al.*, 2014).

O PMC foi, portanto, um programa inovador ao adotar um sistema que destoava do então vigente, visto que o sistema de saúde oficial era eminentemente excludente, baseando-se na mercantilização da medicina e na iniquidade do acesso. O PMC contribuiu, assim, para o acúmulo de experiência na luta do movimento sanitário pela construção de uma nova política para o setor de saúde, com base na democratização das relações na equipe de saúde – uma equipe multidisciplinar na perspectiva da valorização do conhecimento popular e da participação comunitária –, configurando-se como um projeto pioneiro na lógica da universalidade. Como já mencionado, academia e movimento estudantil articularam-se em torno do movimento sanitário, constituindo-se, dessa forma, num espaço de luta entre propostas divergentes de organização dos serviços de saúde (SCOREL, 1999).

1.1.2 Novos rumos da saúde pública brasileira

Surgiram, no início dos anos 1980, novas ações que deram maior destaque ao campo da saúde, e os movimentos sociais ganharam mais impulso na busca das melhorias na saúde. O I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde foi a primeira delas, constituindo um momento estratégico para a organização da RSB, cuja proposta era a criação de uma rede nacional, regionalizada e descentralizada, com unidades básicas públicas para a realização de medidas preventivas e atendimento de emergência. As iniciativas motivaram uma alteração na

lógica do sistema de forma a antecipar as propostas institucionais da RSB, no fim dos anos 1980 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Em 1985, aconteceu o marco do projeto no IV Encontro Municipal do Setor da Saúde e III Encontro Nacional dos Secretários Municipais de Saúde, onde foi aprovado um conjunto de 11 diretrizes, e a carta Montes Claros, intitulada “Muda Saúde”, orientaria a Política Nacional de Saúde do futuro governo de Tancredo Neves (CAMPOS *et al.*, 2016).

Em 1987, foi aprovado o decreto que criou o SUDS, uma estratégia transitória para a chegada do SUS. Porém, em 1988, houve resistência ao SUDS a partir da demissão do então presidente do INAMPS. Nesse mesmo período, um grande marco foi a aprovação da constituição cidadã que resultou na criação do SUS. Em 1989, ocorreram as negociações em torno da lei complementar que regulamentaria o SUS. A Plenária Nacional de Saúde (PNS) assumiu a condução dos debates que constituiriam as bases legais do SUS, que culminaram com a promulgação da Lei Orgânica de Saúde em 1990 – Lei 8.080 de setembro de 1990 e 8.142 de dezembro de 1990 (SCOREL, 2012).

O saldo dos dez anos de regime militar levou os serviços públicos de saúde ao colapso, configurando-se um sistema estatal de saúde caracterizado pela preponderância da lógica e do modelo previdenciário estabelecido pelo MS (SCOREL, 2012). Devido à resistência para a unificação do sistema de saúde, foi convocada a VIII CNS, em 1986, onde, como diferencial das demais conferências, foram incluídos os usuários dos serviços de saúde. Essa conferência constituiu-se em importante marco para a saúde pública e seus principais desdobramentos foram a constituição da Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS) e a conformação da Plenária Nacional de Saúde (PNS). Seu relatório final é concretizado na sistematização da RSB como projeto (PAIM, 2008; SCOREL, 2012).

Nesse contexto, ainda podem ser apontadas iniciativas que foram estratégicas para a criação do SUS, como os SUDS e as Ações Integradas de Saúde (AIS) (PAIM, 2009). O SUS é um dos feitos da RSB, formalizado por meio da Constituição de 1988 (PAIM, 2008), sendo, juntamente com os acontecimentos aqui registrados, um marco de grande relevância para a proteção social e para a saúde pública (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Ocorrida de forma simultânea à redemocratização do Brasil, a reforma do setor de saúde foi liderada por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil. No contexto de promulgação da Constituição de 1988, a saúde torna-se direito do cidadão e dever do Estado. A Constituição garantiu, portanto, a criação de um sistema de saúde público, universal e descentralizado, impactando profundamente na organização da saúde pública no Brasil, um feito que exigiu a articulação da sociedade por meio dos

movimentos sociais. Houve uma mudança de abordagem na saúde, abandonando-se a medicina individual e curativa a favor de um padrão coletivo e universal a população. Dessa forma, a reforma do setor de saúde norteou um importante princípio doutrinário do SUS: a universalidade (SOUZA JUNIOR, 2016; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Importante ressaltar que, antes do SUS, a organização dos serviços de saúde situava-se em mundos distintos: a saúde pública e a medicina previdenciária. Mantiveram-se, ao longo do século passado, como itens de composição da política estatal: a saúde pública, a medicina previdenciária, a saúde do trabalhador e a medicina liberal (PAIM, 2009).

Com base no desenvolvimento da história da organização sanitária, antecedente ao SUS, é possível observar uma proteção social incipiente, um modelo de assistencialismo, até a década de 1920. A partir dos anos 1930, foi adotado o seguro social para os trabalhadores urbanos, no início, por meio das CAPs que, posteriormente, foram substituídas pelos institutos na tentativa de implantação da seguridade social após a Constituição de 1988. Porém, ainda estava presente no Brasil uma mistura dos três tipos de proteção social, um ponto negativo para a consolidação de uma plena cidadania e desenvolvimento do SUS (PAIM, 2009).

1.2 O sistema de saúde e o SUS

Antes da discussão sobre o SUS, propriamente dito, serão tratados conceitos fundamentais que alicerçam a política pública de saúde.

Entende-se por política social todas as políticas desenvolvidas pelo governo que tem seu horizonte voltado para o bem-estar e a promoção social. Compreendem áreas da saúde, previdência e assistencial social, além de outros campos. A política de saúde deve ser tratada como uma política social voltada para a reprodução dos indivíduos e das coletividades, estando sujeita a muitos determinantes, por vezes contraditórios, visto que há muitos interesses envolvidos, os quais determinam o seu rumo. Em alguns países, o acesso à saúde pode ser um benefício adquirido por meio de pagamento, caridade ou direito de cidadania, a depender da modalidade de proteção social adotada por país (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

Nessa perspectiva, entende-se que a proteção social se desenvolveu juridicamente para a configuração de direitos garantidores da cidadania e de forma institucional por meio de unidades de proteção social distribuídas em todo território nacional. Os modelos de proteção social tendem a projetar efeitos políticos diferenciados em relação à cidadania e, não obstante, geram benefícios similares. Apesar das diferenças nacionais, as seguintes modalidades são

comuns: assistencial social, o seguro social e a seguridade social (FLEURY; OUVRENEY, 2012).

São vários os aspectos que envolvem a construção da política de saúde, que se põe na fronteira das formas de relação social como atividade de proteção social, e se encontra na interface entre estado, sociedade e mercado. Pode ser entendida como uma resposta social de uma organização perante as condições de saúde dos indivíduos, populações e seus determinantes, e em relação à gestão, produção e distribuição de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente. As políticas sociais brasileiras são sistematizadas em dois conjuntos: promoção social e proteção social, além das políticas transversais. Nessa perspectiva, as políticas sociais têm atuado em rede, superando tanto as classificações formais como as delimitações político-administrativas (FLEURY; OUVRENEY, 2012).

O Sistema de Saúde caracteriza-se como um conjunto de agências e agentes cuja atuação objetiva, principalmente, assegurar a saúde das populações e das pessoas. No Brasil, é composto por serviços e estabelecimentos que pertencem a várias organizações públicas e privadas, com ou sem fins lucrativos, que realizam ações específicas de saúde, como consulta e vacinação, ou inespecíficas, como financiamento, comunicação, educação e informação. Já o sistema de serviços de saúde é considerado mais restrito, representante de uma parte desse sistema de saúde e se limita aos prestadores de cuidado de saúde (PAIM, 2009). No tocante ao SUS, é importante esclarecer que este sistema não é composto apenas por serviços públicos, mas por uma ampla rede de serviços privados remunerados com recursos tributários que têm como destino a saúde. O SUS pode recorrer à iniciativa privada quando as disponibilidades financeiras forem insuficientes para a garantia de cobertura assistencial, mediante o estabelecimento de contratos e convênios (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Também é importante destacar que, ao se deparar com intensas relações de poder, a política de saúde se configura como resultado de vários projetos. A definição de uma política de saúde inclui a definição de um padrão civilizatório e o modelo de sociedade que pretendemos construir (FLEURY; OUVRENEY, 2012).

1.2.1 O SUS como política pública de saúde

Conformador do modelo público das ações e serviços de saúde, o Sistema Único de Saúde é orientado por um conjunto de princípios e diretrizes que valem em todo o território nacional, onde a saúde se configura como um direito, sendo papel do Estado garantir esse direito. Entre os princípios e diretrizes, estão a universalidade de acesso a todos os níveis de

assistência; igualdade de assistência à saúde em todos os níveis sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; e ênfase na descentralização de serviços para os municípios, além da regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

De caráter público, o SUS é composto por serviços organizados de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada, nos quais a participação popular é realizada por meio das conferências e dos conselhos de saúde. É dessa integração que nasce o sistema único, o qual torna competência comum de todos os entes federativos o cuidado com a saúde (SOUZA JUNIOR, 2016; SANTOS, 2017).

O princípio da equidade tem especial relevância na orientação dos serviços de saúde, visto que, por meio do SUS, a população deve ser atendida, considerando os princípios da universalidade e da igualdade de forma hierarquizada e, ainda, os níveis de complexidade (baixa, média e alta complexidade). Porém, apesar do princípio da universalidade, no Brasil, a desigualdade ainda está presente no acesso e na utilização dos serviços de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

O acesso é o fator que intermedia a relação entre a procura e a entrada no serviço, e a disponibilidade de recursos não garante o acesso ao serviço. Há diversas barreiras, dentre elas, as geográficas, financeiras, organizacionais e de informação. Para alguns autores, o conceito de acesso não se limita às etapas de procura e entrada nos serviços de saúde, mas, também, à qualidade do cuidado (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Percorre pelo debate teórico e ações de instituições, grupos e atores, a compreensão das políticas e dos sistemas de proteção social, de forma especial na área da saúde. É só à medida que se tem o conhecimento em profundidade do processo histórico de formação de um país que se torna possível buscar a concretização de um *status* de cidadania e de garantia de direitos sociais, devido ao fato de os sistemas de proteção social serem dinâmicos e interagirem com as transformações sociais, econômicas, dentre outras, estabelecendo, assim, processos constantes de reestruturação e mobilização para que se consolide o seu papel na garantia do bem-estar das populações e na reprodução social (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

A doutrina do neoliberalismo predominava no período de implantação do SUS, concomitantemente com as limitantes do *welfare state* (estado de bem-estar) na Europa e a crise econômica de 2008, eventos que se configuraram como obstáculos para a implantação dos sistemas universais de saúde. Um fator que reforça essa doutrina e fragiliza os ideários do

SUS é a proposta político-ideológica, patrocinada por organismos internacionais, de cobertura universal em saúde (PAIM, 2018).

O sistema público de saúde no Brasil vem passando por importantes mudanças e redefinições desde a queda do regime militar. Diretivas centrais da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, ainda persistem na agenda de desafios a serem enfrentados na saúde pública (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Uma realidade que persiste é a de grupos menos privilegiados que apresentam maiores riscos à saúde do que os socialmente mais privilegiados, visto que as condições de saúde de uma população estão fortemente associadas ao padrão de desigualdades sociais existentes no acesso e na utilização dos serviços, o qual é expressão direta das características do sistema de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

É importante saber que as desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde variam entre países, pois depende da configuração do seu sistema de saúde. Grande parte dos países da União Europeia orienta-se pelo princípio da equidade horizontal, que consiste em tratamento igual para necessidades iguais, como, por exemplo, na igualdade de chances para consultar um médico entre os grupos de renda similares. As desigualdades sociais no acesso à saúde no Brasil ainda são alarmantes e, por isso, para que haja a garantia do princípio da universalidade, é necessário haver respostas do Estado, do SUS e da sociedade (TRAVASSOS; CASTRO, 2012).

Na construção da política de saúde, é importante que se compreenda a dinâmica das instituições que sustentam o seu processo de conformação, como o formato de relação entre os entes da federação, as normas legais que regulam os direitos, dentre outros, pois são esses processos que fixam os referenciais futuros para a organização da política. Chamadas de marcos institucionais ou reguladores da política de saúde, são essas instituições maiores que orientam as ações e os programas e que regulam e delimitam a ação dos autores, sendo a lei orgânica um exemplo de norma que dispõe sobre a organização do SUS (FLEURY; OUVÉRY, 2012).

Considerado abrangente, o conceito de alocação de recursos envolve desde a metodologia adotada para a definição do custeio e a aquisição de serviços até a alocação de recursos financeiros geograficamente. No Brasil, a estrutura do investimento em saúde está pautada em uma herança do modelo de saúde anterior ao SUS, no qual o papel do Estado era, fundamentalmente, proporcionar a expansão do setor privado, aproximando-se do modelo liberal estadunidense. A instituição do acesso à saúde como um direito universal desencadeou a inserção do SUS no Sistema de Seguridade Social, e a inserção de seu financiamento no

Orçamento da Seguridade Social com o acréscimo de recursos dos tesouros federal, estadual e municipal. O investimento é fundamentalmente financiado por recursos provenientes de tributos, que incluem os impostos e as contribuições sociais. Já o financiamento em investimentos privados da saúde ocorre de acordo com a base da renda das famílias e das empresas, existindo esquemas distintos quantos aos seguros e aos planos privados de saúde, constituídos, em sua maior parte, de custos diretos e, de outra parte, de planos e seguros de saúde (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012). Portanto, é necessário compreender como as decisões são tomadas no interior dos sistemas de saúde, principalmente pelo fato de o predomínio do capital financeiro também ter se manifestado no campo das políticas sociais (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Apesar dos avanços do SUS, é preciso que se elevem os recursos advindos das três esferas de governo e o percentual de investimento públicos em saúde no Brasil, investindo mais e de forma melhor. Com o Pacto pela Saúde (2006), a destinação de recursos do Ministério da Saúde para as secretárias estaduais e municipais é feita com mais racionalidade, sendo incorporados critérios de equidade. Assim, uma distribuição equitativa de recursos deve partir de bases populacionais em que se incorpore um consolidado de necessidades que proporcionem, nas distintas áreas geográficas, o dimensionamento das desigualdades relativas das condições sanitárias e socioeconômicas das populações (UGÁ; PORTO; PIOLA, 2012).

A gestão descentralizada nos três níveis de governo e o acesso universal à saúde, envolvido pela participação deliberativa da sociedade civil, caracteriza a busca por um modelo eficiente e efetivo tendo como fundamento a construção de uma sociedade em que solidariedade e igualdade são valores fundamentais. Questão bem evidente quando analisamos o processo de construção do SUS por meio do Movimento da Reforma Sanitária (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

A direção do SUS é única, pois é exercida nas esferas nacional, estadual e municipal, respectivamente pelo MS, secretarias de saúde e órgãos equivalentes. Os gestores de saúde atuam em dois âmbitos: o político e o técnico, mas não exercem suas funções de forma isolada. É possível verificar, nos diferentes campos da atenção à saúde, quatro grandes grupos de funções gestoras: formulação de políticas e planejamento; financiamento; regulação; prestação direta de ações e serviços de saúde. Os processos de descentralização e de regionalização do SUS foram indutores da reconfiguração das funções entre os gestores (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Assim, o processo decisório no SUS é caracterizado por extensa quantidade de arenas e instâncias de pactuação com vistas a garantir o caráter democrático e participativo das decisões. A política do SUS é unificada nacionalmente, ao mesmo tempo que em seu interior é descentralizada e estruturada a partir do compartilhamento e divisão de competências entre os três entes federados, sendo necessário um trabalho de articulação dos atores, da sociedade civil em suas atividades de implementação de programas e aplicação de recursos, além da articulação dos processos de elaboração de estratégias da política de saúde. (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Para melhor gerenciamento na área da saúde, foram criadas instâncias de negociação e pactuação federativa que atuam em diversas escalas territoriais, e que se submetem ao poder deliberativo e fiscalizador dos conselhos de saúde: as Comissões Intergestores e as Comissões Intergestores Regionais. Essas comissões fomentam o debate e as negociações, que culminam em acordos e parcerias entre as três esferas do governo no processo de estruturação das políticas de saúde. Quanto à participação da comunidade, a Lei 8.142 de 1990 concretiza essa diretriz do SUS em duas instâncias colegiadas importantes: as conferências de saúde e os conselhos de saúde (BRASIL, 1990; NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

A regulamentação do SUS estabelece o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS como representantes dos estados e dos municípios no Conselho Nacional de Saúde e na Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Tais instâncias representam o canal legítimo e formal de participação dos secretários estaduais e municipais na formulação e implementação da política de saúde em âmbito nacional e municipal (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

São diversas as responsabilidades do Estado na área da saúde, as quais implicam a realização de parcerias com outros setores do governo com o propósito de viabilizar a negociação e o acordo federativo, potencializando a participação social nas políticas de saúde, e permitindo que vários atores participem do processo de decisão (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Nesse sentido, a relação entre Estado e sociedade tem se direcionado a um contexto mais democrático de governança local, apesar de ainda haver práticas governamentais que concentram o poder na tomada de decisão. Ainda há obstáculos com os quais o processo de descentralização se depara para concretizar um modelo de melhor participação, responsabilização, controle social e interação entre Estado e sociedade. Apesar

disso, os municípios ainda possuem significativa influência na definição das políticas regionais e nacionais de saúde por meio das entidades corporativas que possuem representação nas instâncias federativas de governança do SUS: as CIB e a CIT (FLEURY *et al.*, 2010).

Ressalta-se que participação social se configura como um importante mecanismo de governança na política de saúde e está relacionada com o exercício da democracia no cotidiano. A recuperação do papel político dos conselhos está entre os desafios a serem superados, de forma a possibilitar a construção de uma nova estrutura de participação, levando em consideração a diversidade dos sujeitos políticos e a existência de outras formas de organização. Assim, mesmo em meio a dificuldades, os conselhos possuem potencial para contribuir para uma reforma da estrutura político-institucional do país (ESCOREL; MOREIRA, 2012).

1.2.2 Desafios na consolidação do SUS

No cenário de obstáculos e ameaças, no eixo ideológico, a sociedade brasileira tem seus valores tendenciosamente voltados mais para o individualismo, distinção e diferenciação. Esses aspectos são agravados devido às limitadas bases sociais e políticas do SUS não contarem com a força de partidos ou o apoio de trabalhadores organizados em sindicatos, na tarefa de defesa do direito à saúde como essencial à condição de cidadania. Soma-se a isso outros desafios, como a resistência de profissionais de saúde, a oposição da mídia e os interesses financeiros e econômicos que envolvem desde as operadoras de planos de saúde até as empresas de publicidade (PAIM, 2018). Nessa dinâmica, o campo das políticas de saúde é caracterizado por lutas e enfrentamentos de diversas forças sociais no processo de constituição dos projetos de direção hegemônica de cada sociedade. Os projetos são constantemente redefinidos e ganham novos significados mediante os diferentes projetos de poder. Trata-se, então, de um processo de luta ideológica que pode ser considerado como a construção de sujeitos sociais (FLEURY; OUVENEY, 2012).

Quanto às estratégias e táticas para a viabilização do SUS, não bastam o proselitismo em sua defesa e a prática ideológica do movimento sanitário. São necessárias reuniões periódicas do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a articulação com os conselhos de saúde, em suas três esferas, para a criação de estratégias e táticas adequadas à situação, a despeito da limitada participação, sendo fundamentais a unidade, a agilidade e a efetividade. Sinais recentes de afastamento do movimento sanitário por parte do CONASS e

do CONASEMS devem ser politicamente considerados e trabalhados para que sejam recompostos os meios de diálogo em defesa da democracia, da RSB e do SUS (PAIM, 2018).

Nesse cenário, é de grande relevância a articulação e potencialização do que as atividades de planejamento e avaliação podem oferecer por intermédio de seus acúmulos teórico-metodológicos, servindo de instrumentos a diferentes formas de dominação. Não será por utilizar o nome de planejamento, tampouco o de avaliação, que se retirará das práticas gerenciais o seu papel de controle e dominação social no mundo onde predomina a noção de eficiência. Porém, tanto o planejamento quanto a avaliação são passíveis de possuir recursos teóricos e metodológicos para a superação de suas reduções pela perspectiva instrumental do gerencialismo e se consolidarem como dispositivos de mudança e reflexão (FURTADO *et al.*, 2018).

Apesar de a saúde ser assegurada na Constituição como dever do Estado e direito de todos, o Estado, por meio dos poderes executivo, legislativo e judiciário, não tem propiciado condições objetivas para a sustentabilidade do SUS em seus aspectos econômicos e científico-tecnológicos. Fatores como a falta de planejamento na base, as dificuldades no estabelecimento de redes de regionalização, insuficiência da infraestrutura pública e empecilhos para a mudança das práticas de saúde e dos modelos de saúde atuam como comprometedores do acesso universal e igualitário (PAIM, 2018).

O governo é a arena central das disputas no campo social. O Estado tem papel fundamental na construção das políticas como provedor, regulador e financiador dos serviços, e como garantidor de direitos. A representação parlamentar e o poder judiciário são de grande importância, porém o ponto de convergência dos interesses continua sendo o executivo, onde são implementadas e formuladas as políticas e os programas são executados e avaliados (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

As políticas podem afetar ou serem afetadas por outras áreas e por outras relações, como as relações político-econômicas e culturais. Sendo assim, a política de saúde pode cumprir vários papéis além de seu objetivo básico de solucionar problemas de saúde. A distribuição do gasto em um cenário de pouca destinação de recursos a sistemas de saúde deixa ainda mais difícil a transformação de uma estrutura que é marcada pela desigualdade social (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Após 30 anos de existência do SUS, recentemente completados, constata-se a ausência de prioridade da saúde pelos governos e o fato do sistema público de saúde ainda não estar consolidado. É evidente a necessidade de enfrentar o poder do capital e de seus precursores na sociedade e no Estado, por meio de alianças que conduzam a novas estratégias,

táticas e formas organizativas (PAIM, 2018). Nesse contexto, observa-se que existem arenas específicas para cada tipo de decisão e atores específicos para a participação em cada uma delas. Existem canais que realizam a mediação de conflito e o estabelecimento de consensos e determinados processos que atuam no direcionamento da ação política dos atores no desenvolvimento da política de saúde, a qual envolve questões que vão além dos embates políticos (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

A dinâmica entre cooperação e competição se configura como uma das falhas que dificultam a implantação do SUS, apesar de existirem vários exemplos considerados de sucesso na perspectiva de cooperação regional. Neste contexto, a descentralização compete por recursos onde há barreiras para acesso aos serviços pelos cidadãos de uma determinada região (RIBEIRO *et al.* 2017).

Durante essas mais de três décadas, mesmo com todas as dificuldades existentes, o SUS alcançou conquistas e resultados importantes, e a sua defesa vai de encontro à segmentação e à privatização do sistema de saúde brasileiro. Cabe, aqui, também enfatizar o avanço no desenvolvimento de sistemas de saúde, que são importantes na realização de monitoramentos e de avaliações de planos, programas e políticas, os quais resultam no reconhecimento formal da saúde como um direito (PAIM, 2018).

A relação da política de saúde com a economia caracteriza-se, na maioria das vezes, como tensa, uma vez que os governos costumam entender as políticas sociais como áreas de gasto e não de produção. As políticas sociais deveriam ser notadas também como áreas produtivas, pois, além de geradora de emprego, contribui para o desenvolvimento econômico, visto que a qualidade de vida é vista como imprescindível para o aumento da produtividade e da competitividade no mercado internacional. Tais políticas favorecem o capital ao transferir para o Estado os custos da força de trabalho (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

Diante do exposto, pode-se concluir que o maior desafio do SUS é de ordem política e, apesar de todas as dificuldades existentes, não é provável a extinção do SUS, pois, além de toda a militância de seus defensores, há uma gama de interesses do capital, do Estado e das classes dominantes que indicam a sua manutenção (PAIM, 2018).

Os interesses sociais devem ser incluídos na arena da política pública. Para que haja transformações nas políticas de saúde são, então, necessários fortes movimentos e ações de articulação política, com vários atores e em diferentes instâncias, inclusive com aqueles que não estão relacionados à política de Saúde. Deve-se compreender que essa política não envolve apenas as questões de saúde, mas que existem outras questões que estão

intrinsecamente relacionadas. Na análise da determinação das políticas deve ser levada em consideração a sua materialização (FLEURY; OUVÉNEY, 2012).

A consolidação do SUS no cenário atual exige, portanto, mudanças estruturais profundas e estratégias de longo prazo. Há a necessidade de criação de políticas estatais abrangentes e responsáveis e de um apoio ao sistema público que seja sólido, tendo como referência o fortalecimento dos laços de solidariedade social no Brasil (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

1.3 Princípios organizativos do SUS: descentralização, regionalização e hierarquização

Em seu artigo 196, a constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado. Para a garantia desse direito o SUS foi instituído pela Lei n. 8.080, a qual define que as ações e serviços de saúde deveriam constituir uma rede regionalizada e hierarquizada no âmbito público, de atendimento integral, sendo orientada pelas diretrizes da descentralização em cada esfera de governo, com a participação da comunidade (PINTO *et al.*, 2017). A descentralização político-administrativa do sistema de saúde, em oposição à centralidade vigente, foi uma das principais bandeiras do MRS, entre outros aspectos considerados pontos-chaves para a sua construção conduzida pelo INAMPS.

A proposta foi aprovada na Assembleia Constituinte de 1986-1988 e o princípio da descentralização também foi incorporado à Constituição Federal por outras políticas sociais legisladas, onde a educação e a assistência social, articuladas com a saúde, proporcionam as bases de um estado de proteção social. Porém, as características de centralização se mantiveram nas políticas econômicas que, em última instância, são responsáveis pelos recursos que concretizariam um estado de bem-estar social (MOREIRA; RIBEIRO; OUVÉNEY, 2017).

Desde a criação do SUS, em 1988, as temáticas descentralização e regionalização são estratégicas para a sua gestão. É nesta constituição que está prevista a implementação de um sistema descentralizado, tendo como um de seus princípios organizativos a composição de uma rede de serviços de saúde hierarquizada e regionalizada, visando à garantia de ações e serviços de saúde por meio da integração das três esferas de governo (REIS *et al.* 2017). Portanto, no ideário da reforma sanitária expressou-se o desejo de adesão aos desenhos institucionais de democracia e, nesse contexto, a descentralização política é repetida vezes afirmada como princípio ordenador do SUS (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Em revisão analítica da literatura, constata-se relevante convergência acerca das virtudes da descentralização de políticas, serviços e recursos financeiros do setor público. São referidos como processos associados e fazem presença dentre as mais importantes definições de agendas de desafios do SUS, questões políticas relacionadas à regionalização, descentralização e municipalização. Dentre os temas tratados com frequência na literatura nacional e internacional, estão as vantagens da regionalização do acesso à saúde e da gestão dos serviços públicos, visando uma maior proximidade com os indivíduos para atender às suas necessidades, e as suas desvantagens quanto aos aspectos de desigualdades, que são resultantes das diferenças locais (RIBEIRO; MOREIRA, 2017, RIBEIRO *et al.*, 2017).

O processo de descentralização no Brasil é de ordem político-administrativa, pois transfere não só a gestão de recursos públicos, mas também de poder decisório de todo conjunto de prestadores de serviços e recursos financeiros para estados e, principalmente, para os municípios. No que diz respeito ao SUS, a descentralização da atenção à saúde configura-se como um dos mais relevantes objetivos políticos indicados em normativos governamentais. Nos principais sistemas de saúde, são observados processos de descentralização que possuem alcances diversos, os quais se configuram como respostas às expectativas de racionalização de recursos escassos, estratégias para redução de desigualdades, dentre outras (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Apesar de apresentar-se como uma estratégia benéfica, o processo de descentralização ainda encontra obstáculos para a consolidação das expectativas referentes à modificação da participação em um processo efetivo de alocação de recursos e de um modelo entre Estado e sociedade que se caracterize pela maior participação, controle social, responsabilização e interação, embora a relação entre Estado e sociedade tenha sido modificada em direção a um padrão mais democrático de governança local e as práticas governamentais concentradoras de poder na tomada de decisão tenham sido mantidas (FLEURY *et al.*, 2010).

No SUS, a descentralização aponta para uma complexidade em se consolidar nacionalmente devido ao fato de o Brasil ser um país federativo, imenso e heterogêneo, que se distingue, dentre outros pontos por períodos longos de autoritarismo centralizador; os diversos encargos sociais que são compartilhados entre os governos; as acentuadas desigualdades socioeconômicas entre as regiões, estados e, especialmente, municípios, além das diversidades territoriais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Sendo associada ao comando único em cada esfera de governo, a descentralização redefine responsabilidades

entre os entes, reforçando a importância da política de saúde dos executivos municipais e estaduais (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

Outro desafio no processo de descentralização conduzido pelo MS são as dificuldades institucionais de financiamento (SOUZA, 2002). Diante desse complexo sistema de descentralização, a política de saúde no Brasil se apropriou de instrumentos próprios para que fossem acomodados os diversos interesses e para que fosse possível administrar as tensões federativas com vistas a fortalecer a capacidade institucional dos municípios e dos estados na saúde. (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

O equilíbrio entre indução, autonomia e regulação entre as esferas de governo no processo de descentralização é necessário para que as relações entre os entes federados sejam harmônicas. É necessário que se leve em consideração a criação de um fundo especial tripartite para contratação de trabalhadores para o SUS como forma de redução dos altos custos dispendidos pelos municípios (SILVA, 2011).

Apesar das insatisfações nos serviços públicos de saúde, ocasionadas pelas limitações na gestão do trabalho do SUS nas três esferas de governo, a descentralização de atribuição e de recursos – elementos do processo de construção do SUS – tem proporcionado a participação popular por meio das conferências e conselhos, bem como por meio da criação de instâncias de pactuação, como as CIT e CIB (PAIM, 2018).

1.3.1 Normas Operacionais do SUS

A década de 1990 é marcada pela escassa prática de mecanismos de cooperação, por disputas pela administração de serviços de saúde e por mais recursos entre os governos estaduais e municipais. Diante da extrema desigualdade e diversidade da federação brasileira, a estrutura de governos fortemente municipalizada para o atendimento aos objetivos do SUS encara grandes desafios (SANCHO *et al.*, 2017).

Em 1991 as Normas Operacionais Básicas (NOB), ainda editadas pelo INAMPS, conservaram a centralidade do momento anterior, designando aos municípios e estados o mero papel de prestadores de saúde e introduzindo a lógica de pagamentos baseados na tabela do INAMPS para a realização de transferência de recursos sem que houvesse a proposta de qualquer tipo de arranjo regional. Foi também instituída a NOB 93, objetivando disciplinar a gestão das ações e serviços de saúde de forma descentralizada, definindo, assim, com ênfase na municipalização, as formas de gestão para estados e municípios (REIS *et al.*, 2017).

Diante desse cenário, a regionalização era compreendida como mobilização e articulação do eixo municipal para a ação de consorciar-se ou constituir relações de caráter cooperativo. Então, foram institucionalizadas a Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), momento em que o CONASS e o CONASEMS ganharam centralidade e, juntamente com o MS, configuraram-se como protagonistas na condução dos processos de pactuação (REIS *et al.*, 2017).

Com a presença de um forte componente municipalista e com apontamento, de forma primordial, da consolidação na gestão do sistema do pleno exercício e da centralidade dos municípios, a NOB 96 indicava que aos eixos de poder estadual e federal restava, na competência respectiva ou em decorrência da ausência da função municipal, o papel de corresponsáveis, cabendo também aos estados serem mediadores na relação entre os municípios (REIS *et al.*, 2017).

Assumindo em seu título a centralidade da regionalização, a NOAS 2001 enfatizou o planejamento regional integrado por meio da instituição do Plano Diretor de Regionalização, concebido como um instrumento para ordenamento em cada estado do processo de regionalização da assistência. Nesse contexto, foram delimitados conceitos-chaves, tais como o de região de saúde a ser definida pelo estado com uma base assistencial mínima obrigatória. Com sua reedição em 2002, a NOAS foi orientadora da reorganização dos sistemas de saúde por meio da regionalização com o intuito de fortalecer o papel de coordenar e negociar dos estados, garantindo a integralidade da assistência (REIS *et al.*, 2017).

Apesar do avanço formal e dos esforços para a construção de um modelo federativo na saúde, não houve mudanças substantivas, sendo, por vezes, realizadas tentativas de definir o papel de cada esfera no contexto de gestão e de construção de mecanismos institucionais e as estruturas específicas de relacionamento entre os entes gestores do SUS, como, por exemplo, das Comissões Intergestores, que consistem em espaços que possibilitam a articulação e a expressão das demandas dos gestores municipais, estaduais e federais. Já era evidente, no início dos anos 2000, a necessidade de um avanço na regionalização, superando assim, a fase de fortalecer os sistemas municipais isolados e a constituição de um espaço regional de pactuação mais potente (REIS *et al.*, 2017).

As normas operacionais e, mais recentemente, o Pacto pela Saúde possuem papel de destaque na regulação nacional da descentralização do SUS (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001). Publicado em 2006, o Pacto pela Saúde teve como objetivo o fortalecimento da negociação e pactuação intergovernamental nos processos de organização

político territorial do SUS. Esse documento estabelece, ainda, um conjunto de diretrizes que apoiam o processo de regionalização na saúde entre as diferentes esferas de governo. O Pacto enfatiza a necessidade de articulação das ações e a cooperação de forma ampla na política da saúde, valorizando as esferas estaduais e municipais e incentivando a criação de novas instâncias regionais (LIMA *et al.*, 2012).

O Pacto pela Saúde (2006), indicou a regionalização como estratégia de cunho essencial para a consolidação do SUS, configurando-se como responsabilidade compartilhada pelas três esferas do governo a ação de coordenação do processo de configuração da reprodução da rede de atenção à saúde, tendo a participação dos municípios da região nas relações intermunicipais. Este pacto atuou na introdução de estratégias de articulação e integração, buscando a superação da fragmentação dos programas e políticas nacionais, constituindo o espaço regional como lugar importante na concepção das responsabilidades pactuadas. Assim, a regionalização assumiu o *status* de principal processo na redefinição do modelo de descentralização do SUS (REIS *et al.*, 2017).

Em 2010, o MS buscou, juntamente com as Redes de Atenção à Saúde (RAS), a recuperação do aspecto constitucional do SUS de organizar-se como uma rede regionalizada de produção de saúde via articulação intermunicipal, interestadual e entre as três esferas de governo, para o fortalecimento da governança (REIS *et al.*, 2017).

Criadas com a Lei 8080/90, importantes estratégias político-normativas objetivaram, seja com maior ou menor grau de pactuação, impulsionar e efetivar a regionalização. Porém, as normatizações NOBs, NOAS e Pacto pela Saúde em relação aos avanços em determinados aspectos e regiões não foram suficientes para a superação dos obstáculos à regionalização e à descentralização. O governo Federal, em 2011, apresentou, por meio do Decreto 7508, uma nova política visando incentivar municípios e estados a celebrarem o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (COAP) com vistas à consolidação do processo de regionalização e descentralização do SUS. Desde então, o MS tem se empenhado em construir a pactuação em todo o país em torno do COAP (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017).

Com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8080/90, a regionalização ganha um novo impulso. Esse decreto apresenta dispositivos para o planejamento governamental regional em saúde pública no Brasil, orientando para uma ação que seja integrada entre as unidades político-administrativas da federação em escala regional (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012; RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017), conferindo às regiões de saúde um *status* legal, o qual, até então, vinha sendo construído por pactuação

(REIS *et al.*, 2017). Graças ao decreto supracitado, houve a definição de região de saúde, comissões intergestores, mapa da saúde, contrato organizativo da ação pública da saúde, dentre outras ações, além de oficializar a Atenção Primária a Saúde como ordenadora do SUS e porta de entrada para os serviços de saúde (PINTO *et al.*, 2017).

O Decreto Federal 7.508/11 também coloca a RAS como elemento relevante para o arranjo dos serviços na região de saúde e também para uma garantia de integralidade, além de instituir o COAP, que se configura como um acordo firmado entre os entes federativos com o intuito de organizar e integrar as ações e serviços de saúde em uma rede constituída de forma regionalizada e hierarquizada com metas, indicadores e responsabilidades definidas, dentre outras realidades firmadas neste instrumento jurídico, que especifica os compromissos pactuados pelos gestores em cada região (REIS *et al.*, 2017).

A mais recente estratégia, o COAP, dispõe que na região de saúde deve acontecer, de forma prioritária, a integração da organização, do planejamento e da execução de ações e serviços de saúde, proporcionando, assim, a abertura para a construção de uma visão regionalizada dos problemas e para as políticas públicas territorializadas. Dessa forma, o COAP atua em elementos indispensáveis à implementação dos serviços e ações de saúde na região de forma integrada (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

Por meio desse dispositivo legal, a oficialização dos compromissos surge como resposta às expectativas de respaldo jurídico para a execução das obrigações dos entes da federação com a saúde pública, demandando novas relações entre União, estados e municípios. Com isso, o COAP pode vir a ser, no processo de planejamento e gestão do SUS, uma inovação política, atuando no estabelecimento de um novo modelo de governança regional no país (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017).

O processo de implementação do COAP, concebido como um ciclo na lógica da normativa do Decreto 7.508/11, abrangeu os debates iniciais sobre a adesão em cada unidade da federação até ser formalizado um compromisso por meio de um instrumento jurídico e executivo de forma concreta (OUVERNAY; RIBEIRO; MOREIRA, 2017). Pode-se concluir que o COAP inaugurou a regionalização contratual interfederativa, concretizando o discurso da regionalização aliada ao federalismo, porém, manifestando uma baixa institucionalidade no SUS e uma impotência quanto ao alcance de seus princípios devido ao fato de não serem enfrentados problemas estruturais em cooperação nos três eixos (GOYA *et al.*, 2017).

1.3.2 Regionalização da saúde e seus desafios

Desde os anos 1980, a regionalização vem sendo uma diretriz recorrente nas estratégias de descentralização. A racionalização da assistência, a integração de sistemas municipais e a otimização da capacidade instalada estão entre os propósitos que motivaram várias alternativas em relação à ação setorial na escala territorial, sendo, algumas vezes, reforço da autonomia local perante a gestão de ações de associação intermunicipal, a exemplo dos consórcios e, outras, reforço da hierarquização assistencial por intermédio de regulação federal e comando dos estados (MORREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017). Assim, a regionalização surge como uma estratégia essencial para o processo de descentralização, demandando do sistema de saúde a articulação de municípios limítrofes com vistas a construir uma rede de saúde que consiga dispor de atendimento a determinada população com a distribuição de custos e investimentos, e atuando na criação de metas e objetivos comuns (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017).

Pode-se afirmar que a regionalização se constitui como uma agenda que vai para além da assistência, sendo necessário o comprometimento com agendas que envolvam a mudança do modelo assistência e a promoção da saúde para que se avance na perspectiva da integralidade e da pactuação regional. É preciso conceber centralidade às necessidades identificadas a partir do perfil demográfico, nutricional e epidemiológico. É necessário haver uma coordenação regional compartilhada para, por exemplo, enfrentar as epidemias. Deve-se estabelecer um fluxo que seja ascendente, partindo das necessidades locais e regionais, para além das prioridades nacionais e estaduais. Somente por meio da capacidade de negociação dos sujeitos envolvidos nessa arena será possível a consolidação dessa proposta (REIS *et al.*, 2017).

A regionalização apresenta conflitos com a descentralização, visto que os problemas de ordem estrutural não são solucionados apenas por meio da articulação dos estados e municípios. A regionalização, de forma particular, e todas as demais políticas setoriais somente podem ser viáveis se forem interligadas a políticas nacionais e estaduais de desenvolvimento regional que se configurem no médio e no longo prazo (LIMA *et al.*, 2012).

A capacidade de coordenação nacional e subnacional é aspecto que influencia as políticas que são orientadas a aproveitar as vantagens dos processos de regionalização e a minimizar as desvantagens em termos de assimetrias locais. Tal capacidade se expressa no fortalecimento de governos ou instituições de caráter regional de coordenação e de distribuição de incentivos (RIBEIRO; MOREIRA, 2017).

Devido aos problemas de saúde não se distribuírem uniformemente no território, no tempo e na população, e por envolverem tecnologias que possuem diferentes custos e complexidades, torna-se imprescindível a organização de uma rede de atenção à saúde no SUS. Para tanto, deve haver o planejamento da distribuição das ações e dos serviços por níveis de atenção, consolidados por meio da hierarquização, considerando as necessidades diferenciadas de saúde e as dinâmicas territoriais específicas, o que é possível via regionalização (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

As fraquezas que são inerentes ao processo de regionalização são de ordem histórica e desde o início do sistema se arrastam. É somente com a superação dessas fragilidades que a governança regional pode ser fortalecida, e a velocidade da implementação depende da capacidade e da vontade política (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017). No Brasil, as desigualdades regionais, em todos os níveis, são apontadas pela literatura especializada como um fato que marca o sistema de atenção à saúde no Brasil (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Institucionalizada por meio do modelo federativo adotado, a conformação das regiões de saúde no Brasil condiciona toda a organização do sistema. Fatores de competição e cooperação intergovernamentais controversos estão intrínsecos nesse modelo e influenciam na conformação de redes regionalizadas e hierarquizadas. Desde o início da década de 1990, o SUS tem periodicamente publicado normativas que atuam como recriadoras dos instrumentos de gestão com vistas à operacionalização da regionalização dos serviços e ações de saúde (SANCHO *et al.*, 2017).

Objeto do processo de regionalização, as regiões de saúde dispõem de uma autossuficiência de ações e serviços e capacidade tecnológica para responder às necessidades de uma população em dado território (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Constituída por um conjunto de unidades com diferentes funções, a rede regionalizada de atenção opera de forma ordenada em cada território (LIMA *et al.*, 2012). Condição indispensável para que haja a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, a integração da saúde com a consolidação de redes regionalizadas e integradas de atenção possui grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização dos disponíveis recursos assistenciais (SILVA, 2011).

Com o intuito de efetivar a integralidade da atenção e a redução dos custos, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente adequada. A distribuição dos pontos nas regiões de saúde deve atender a critérios de economias de escala, escopo e acessibilidade e, também, atuar na definição de normas para a

regulação do acesso e do fluxo dos usuários, processo onde a utilização de protocolos técnicos assistenciais tem papel fundamental (SILVA, 2011). Os serviços de atenção básica deveriam, então, se distribuir no território nacional de forma ampla, enquanto os serviços especializados seguiriam uma lógica de distribuição mais concentrada geograficamente (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012).

As redes de saúde são essenciais para a racionalização de gastos e aproveitamento eficiente da oferta assistencial disponível. Vale ressaltar que os recursos tendem a ser mais bem aproveitados, desde que haja o aperfeiçoamento dos mecanismos de incorporação tecnológica, de acesso dos usuários e de alcance de economias de escala e escopo ao compor e ao organizar esses recursos (SILVA, 2011). Apesar disso, a expansão da cobertura não tem sido suficiente para o pleno atendimento das necessidades assistenciais dos usuários do SUS. No trinômio espaço territorial / população / serviços de saúde deve-se enfatizar a importância primordial da Atenção Primária a Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção (SILVA, 2011).

Com base na hierarquização e regionalização, caso seja necessário encaminhar o usuário do sistema de saúde para uma unidade especializada, este deve retornar à unidade básica para acompanhamento, e isso se torna um processo complexo para os gestores que devem promover a integração da rede de serviços, o que inclui um fluxo adequado de informações entre as unidades que integram o sistema (NORONHA; LIMA; MACHADO, 2012). Para que o SUS tenha condições de corresponder a essas demandas, é necessário o estabelecimento de vínculos ainda mais estáveis e duradouros com os usuários, e a instituição de mecanismos que proporcionem a longitudinalidade, que consiste no acompanhamento do paciente ao longo do tempo por profissionais da equipe de APS por meio de uma linha de cuidado que contemple a prevenção e a promoção, e que orientem os usuários na trajetória pela rede de atenção à saúde (SILVA, 2011).

A rede regionalizada de saúde apresenta padrão de governança conflitante e com institucionalidade intermediária. Apesar de a Comissão Intergestores (CI) ser considerada a principal estratégia da governança regional, uma vez que reúne diferentes sujeitos responsáveis pela tomada de decisão nos territórios e pela negociação do uso dos recursos e distribuição dos equipamentos de uso comum na região, há a necessidade de a CI regional incorporar à sua rotina de gestão instrumentos mais democráticos, que propiciem articulação com instituições de ensino que contemplem as demandas para a construção de políticas regionais (SANTOS; GIOVANELLA, 2014).

Em um contexto em que a região de saúde não possui instrumentos que proporcionem o exercício da integração do sistema de forma concreta, é impossível pensar em autonomia regional. Para que a regionalização de fato aconteça, são necessárias políticas públicas que eliminem ou minimizem as discrepâncias que existem entre os municípios brasileiros, com vistas ao suprimento de suas necessidades. Além disso, recomenda-se o aperfeiçoamento dos sistemas de informações, principalmente em relação aos gastos indiretos do estado efetuados nos municípios (SANTOS NETO *et al.*, 2017).

Quando se considera o crescimento progressivo das doenças crônicas como consequência do envelhecimento da população e das mudanças no estilo de vida contemporâneo, torna-se mais relevante o significado de integralidade em saúde, cujo perfil é caracterizado por uma tripla carga de doenças: crônicas, infecciosas e aquelas resultantes da violência, as quais requerem diferentes respostas dos sistemas de saúde (SILVA, 2011).

Para a produção de cuidados integrais em redes regionais é imprescindível o enfrentamento de heranças oriundas de programas e projetos verticais e a lógica padronizada presente em portarias e incentivos específicos, no contexto de um país que apresenta uma dimensão tão heterogênea e continental. Um modo de cuidado orientado pelas necessidades de saúde e a possibilidade de um cuidado que seja integral e também interdisciplinar precisam ser construídos juntamente com os usuários, objetivando, também, produzir mais vida e autonomia (REIS *et al.*, 2017).

Percebe-se que ainda há muitos desafios no contexto do SUS para que seja efetivado um sistema de ordem universal, equânime e integral, e que possua legitimidade social e qualidade, tais como a pluralidade de arranjos institucionais e a heterogeneidade de cada região. O processo de descentralização e a regionalização são resultantes de disputas estabelecidas em conjunturas concretas, apontando limites e possibilidades. Possuindo centralidade na conformação do SUS, a regionalização é um espaço repleto de força e poder, considerada também um palco de disputas e eixo constante das políticas sanitárias (REIS *et al.*, 2017).

Diante do exposto a respeito da regionalização da saúde, muitos desafios podem surgir, dentre os quais destacam-se aqueles relacionados: i) à escassez de recursos, devido ao baixo financiamento público; ii) à disponibilização dos profissionais para o sistema público de saúde e a relação desta realidade com os processos de formação e educação; iii) às dificuldades inerentes à descentralização de ações e serviços de saúde no contexto do pacto federativo brasileiro; e iv) aos problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas na saúde. Além de esforços para enfrentar esses desafios, é necessário o aperfeiçoamento na

gestão intergovernamental nas regiões de saúde para qualificar a pactuação de responsabilidades entre os entes federados e de direcionamento da APS para a coordenação do cuidado e a ordenação da sua sequência nos outros níveis de atenção (SILVA, 2011).

No contexto de operacionalização do SUS, cabe destacar a necessidade de consenso entre os três entes federados. O planejamento e a execução dos recursos alocados na área da saúde pelos governos estaduais e municipais devem ser democratizados, sendo também necessária a retomada da mobilização em prol da garantia de um financiamento que seja permanente, suficiente e também sustentável para o SUS (REIS *et al.*, 2017).

As estratégias e meios necessários para o avanço na integração da saúde dependem dos marcos econômicos, técnicos e políticos que delineiam a organização dos serviços de saúde, como também do momento histórico. Tais fatores devem, portanto, ser investigados e considerados no processo de integração da saúde, de acordo com a realidade de cada país. Dessa forma, a utilização de modelos prescritivos como propostas de integração e constituição das redes de atenção à saúde terão poucas chances de avançar, caso esses elementos e as estratégias necessárias para que as mudanças aconteçam não sejam considerados (SILVA, 2011).

Na literatura nacional, os estudos apontam para uma expressiva adesão às virtudes da descentralização e da regionalização. Quanto ao delineamento de obstáculos e às orientações de políticas, as análises resultantes desses estudos diferem. Nessa perspectiva, a regionalização é vista como uma das soluções para minimizar o cenário de grandes desigualdades internas no país. Portanto, não existem prognósticos que indiquem uma direção para um sistema nacional, como em alguns países europeus que seguem a centralização (RIBEIRO *et al.*, 2017).

A convergência discursiva da literatura nacional indica a descentralização e a regionalização como eixos virtuosos e fundamentais para o cumprimento dos objetivos do SUS. Essa discussão também mostra que os problemas observados são inerentes a fatores internos e externos à operação do sistema, e não dizem respeito ao desenho institucional do SUS. Nesse contexto, também é indicada a questão que perpassa a ausência de propostas de reforma de ordem setorial que direcionem ao protagonismo do governo federal ou de comando centralizado por meio de instituições que possuem caráter nacional (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Com intenção de apenas cumprir exigências formais e captar recursos, por vezes, os aspectos presentes nas normativas vêm sendo estabelecidos como instrumentos de ordem burocrática, contendo uma baixa responsabilização dos gestores. A intenção de o COAP

produzir um novo regime no campo das responsabilidades e competências ainda não se consolidou. É preciso que a gestão do SUS seja facilitadora quanto à organização com vistas a garantir a integralidade e não se transformar em um eixo onde impera a burocratização (REIS *et al.*, 2017).

É preciso destacar a necessidade de investimento por parte dos gestores, visto que uma região de saúde vai além de uma soma de municípios. É necessária a redefinição das responsabilidades dos entes federados, a integração entre os sistemas municipais e a conformação das regiões de saúde, tendo como orientação as necessidades da população e não a oferta de serviços. Considerado como a reforma setorial da saúde mais relevante nos últimos anos no cenário mundial, o SUS apresenta uma distância entre o seu ideário e a sua representação na prática, e o avanço na regionalização é um dos desafios para que o SUS seja efetivamente implementado (REIS *et al.*, 2017).

1.4 Regionalização da saúde em Minas Gerais: macrorregião do Norte de Minas Gerais

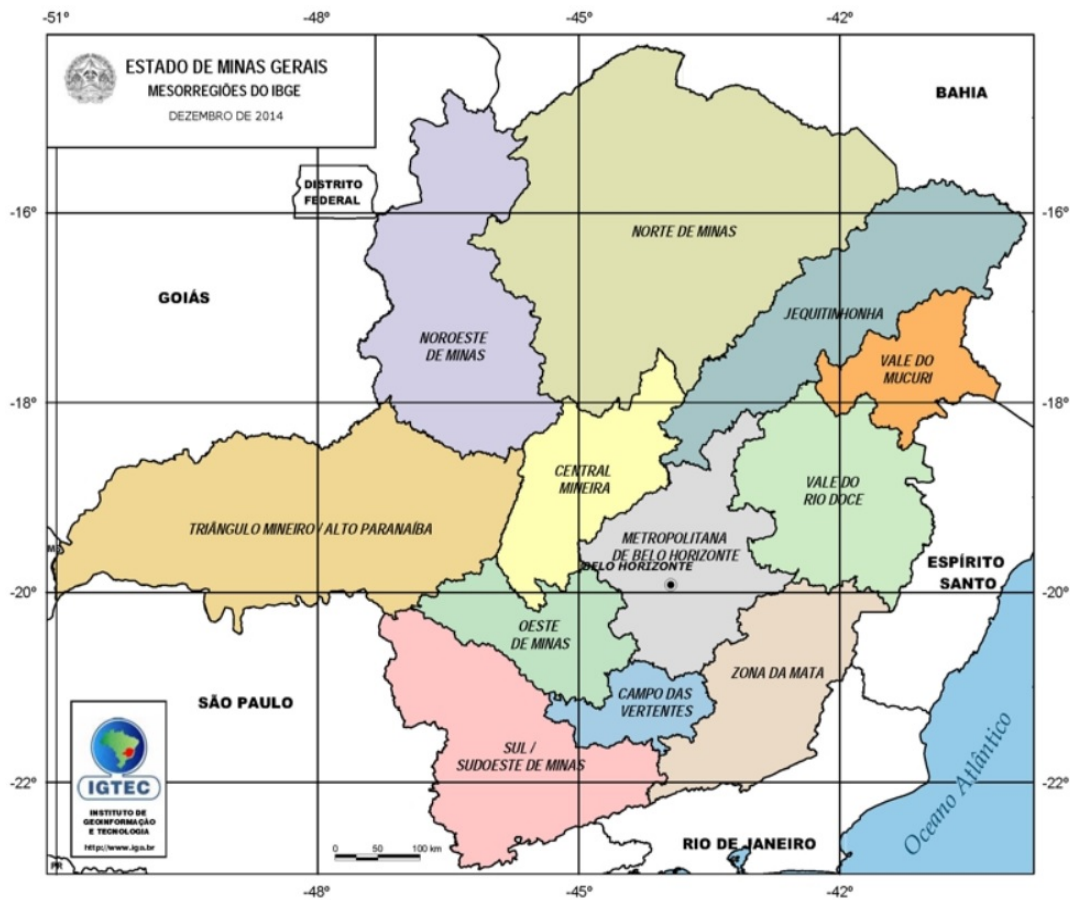
Os estudos sobre a divisão regional do Brasil foram iniciados em 1941, tendo como principal objetivo organizar uma única divisão regional do país para a divulgação das estatísticas brasileiras. O resultado foi a aprovação, em 1942, da primeira divisão do Brasil em regiões consolidadas, quais sejam: Norte, Nordeste, Leste, Sul e Centro-Oeste. As Zonas Fisiográficas foram estabelecidas em 1945, tendo como base critérios econômicos do agrupamento de municípios e foram, até 1970, utilizadas para divulgação das estatísticas.

Localizado na região Sudeste, o Estado de Minas Gerais, cuja capital é a cidade de Belo Horizonte, é uma das 27 unidades federativas, ocupando a 10ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em relação aos demais estados. Segundo dados de 2018, Minas Gerais tem extensão territorial de 586.521,121 km² e, em 2019, possuía a segunda maior estimativa populacional do país com 21.168.791 habitantes (IBGE, 2020).

Posteriormente, foram estabelecidas as mesorregiões para cada unidade da Federação, baseadas, conforme o IBGE, nos seguintes critérios: o quadro natural como condicionante, o processo social como determinante, e a rede de comunicação e de lugares como elemento da articulação espacial. Minas Gerais é dividida em 12 mesorregiões, as quais são divididas em 66 microrregiões. Essa divisão possui aplicações importantes, como na concepção de políticas públicas e no apoio às decisões concernentes à localização das atividades sociais tributárias e econômicas, além de facilitar as atividades de planejamento (MINAS GERAIS, 2019).

De acordo com o estabelecido pelo IBGE, as 12 mesorregiões para Minas Gerais, apresentadas nas Figura 1, abaixo, são as seguintes: Norte de Minas, Noroeste de Minas, Jequitinhonha, Vale do Mucuri, Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, Vale do Rio Doce, Oeste de Minas, Sul e Sudoeste de Minas, Campos das Vertentes e Zona da Mata, Central Mineira, Metropolitana de Belo Horizonte (MINAS GERAIS, 2019).

Figura 1 – Delimitações das mesorregiões de Minas Gerais

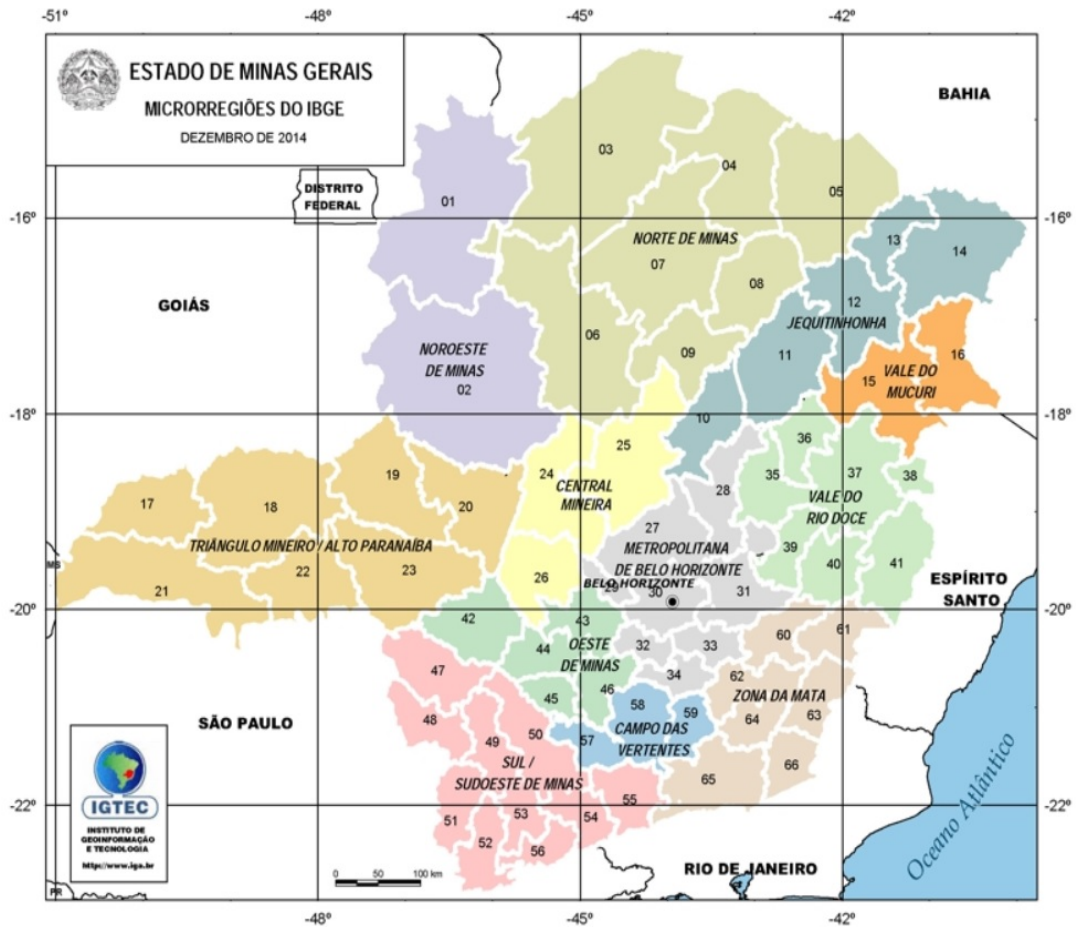


Fonte: MINAS GERAIS, 2019¹.

O mapa apresentado na Figura 2, a seguir, delimita as 66 microrregiões nas suas respectivas mesorregiões, sendo que a mesorregião Norte de Minas compreende sete microrregiões.

¹ Disponível em: <https://www.mg.gov.br/conteudo/conheca-minas/geografia/localizacao-geografica>. Acesso em: 02 mar. 2020.

Figura 2 – Delimitações das microrregiões de Minas Gerais



Fonte: MINAS GERAIS, 2019².

Em Minas Gerais, as regiões apresentam características distintas quanto à distribuição populacional, realidade socioeconômica e densidade demográfica. Percebe-se que há regiões que concentram grande parte de municípios com condição socioeconômica menos favorecida, e entre elas encontra-se a região Norte que, juntamente com a região Nordeste de Minas, possui baixa concentração populacional em grande extensão territorial, resultando numa baixa densidade demográfica, e em municípios distantes (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

As regiões ao norte do estado apresentam baixos indicadores de desenvolvimento e maiores carências, e têm como base uma economia mais tradicional, enquanto as regiões ao

² Disponível em: <https://www.mg.gov.br/conteudo/conheca-minas/geografia/localizacao-geografica>. Acesso em: 02 mar. 2020.

sul, ao centro e do Triângulo Mineiro são caracterizadas por um maior desenvolvimento econômico (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

Devido às desigualdades socioeconômicas e regionais, o governo de Minas tem adotado políticas voltadas para a redução dessas desigualdades por meio de planos intersetoriais voltados, especialmente, para o desenvolvimento econômico e para a geração de emprego e renda com ênfase para as regiões do Jequitinhonha/Mucuri e Norte. No contexto da saúde, investimentos e incentivos financeiros nas regiões com maior necessidade têm sido efetuados, visando a melhoria na qualidade dos serviços (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

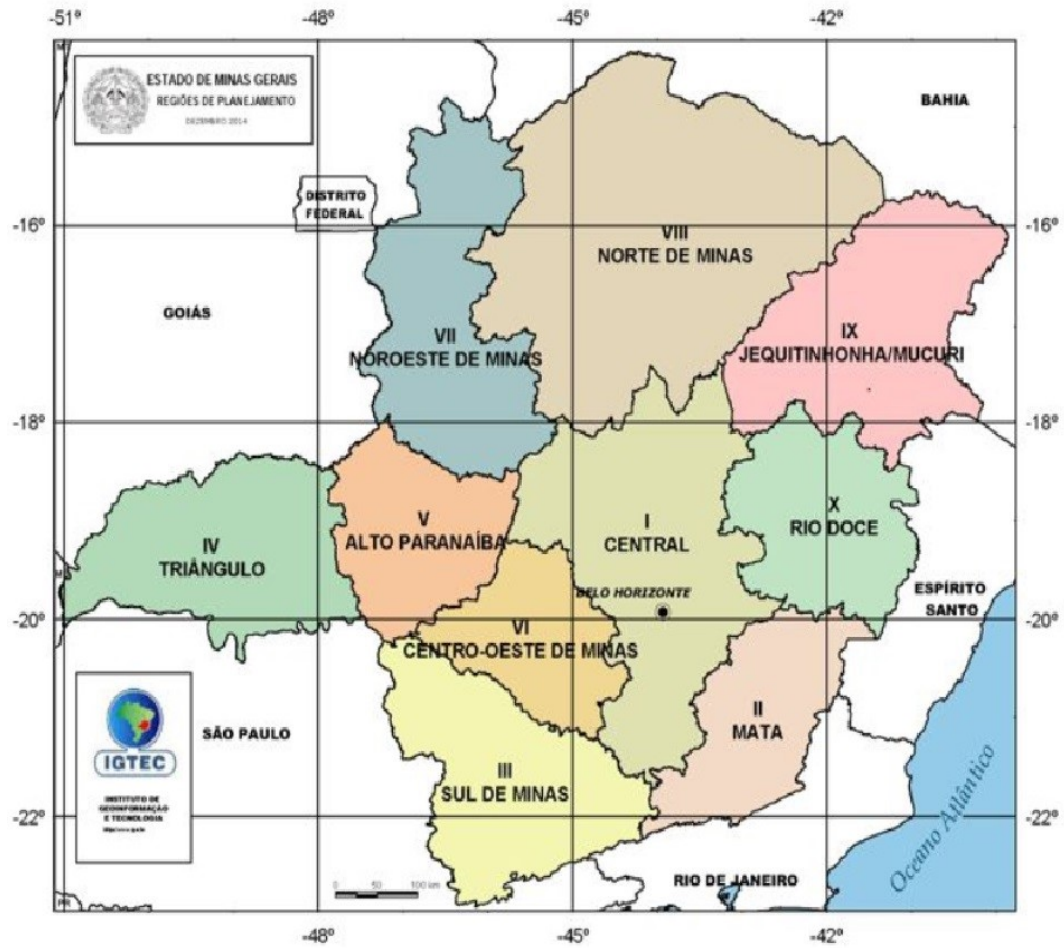
Estudos de descentralização e regionalização do estado para fins de atenção à saúde foram condicionados pelos fluxos da população em busca de saúde e sua distribuição no espaço territorial. Essa distribuição das necessidades de saúde da população e dos recursos, principalmente hospitalares, e a ineficiência para a solução de algumas realidades pelos demais eixos – atenção primária e atenção secundária – resultaram em um plano diretor de regionalização da saúde (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O PDR da saúde constituiu um dos pilares para a descentralização e estruturação dos sistemas de organização dos serviços de saúde em rede e cogestão, pois permite proporcionar direcionar de forma equitativa a implementação das políticas públicas. Isso porque, ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial, o PDR se configura como um instrumento de planejamento em saúde (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

A regionalização da saúde se difere da regionalização efetuada pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais, como ilustrado na Figura 3. As diferenças são em razão das distâncias a serem percorridas e do fluxo da população para a atenção à saúde que ordenam critérios para a organização em rede (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

A partir da divisão do território de Minas Gerais, concebeu-se 10 regiões de planejamento, apresentadas na Figura 3. Essas regiões foram adotadas oficialmente pelo governo estadual, e cada uma delas abrange uma determinada quantidade de municípios, indicada entre parênteses: Alto Paranaíba (31); Central (158); Centro-Oeste de Minas (56); Jequitinhonha/Mucuri (66); Mata (142); Noroeste de Minas (19); Norte de Minas (89); Rio Doce (102); Sul de Minas (155) e Triângulo (35) (MINAS GERAIS, 2019).

Figura 3 – Delimitações das regiões de planejamento de Minas Gerais



Fonte: MINAS GERAIS, 2019³.

No PDR, região é definida como um conjunto de municípios que entre si mantêm interrelações, que são estabelecidas sobre os eixos de promoção e assistência à saúde do SUS. Esse conjunto de municípios são em sua maioria periféricos a um polo que proporciona uma força de atração sobre os outros, e são constituidores da base populacional e territorial para fins de cálculos da organização de redes e do planejamento em saúde. De acordo com o modelo de atenção adotado, cada região se configura e se caracteriza conforme o nível de atenção, o porte, o âmbito de cobertura, as interrelações que são estabelecidas com as demais regiões do sistema, sendo circunvizinhas ou não (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O PDR estabelece três níveis de regionalização e atenção à saúde, e cada conjunto de territórios e suas interrelações se associam a um nível de atenção. As diferenças pautam-se em razão do fluxo da população e das distâncias a serem percorridas, que exigem critérios para organização em rede. O PDR apresenta a descrição de cada conjunto territorial da

³ Disponível em: <https://www.mg.gov.br/conteudo/conheca-minas/geografia/regioes-de-planejamento>. Acesso em: 02 mar. 2020.

seguinte forma: (i) Município: configura-se como uma base territorial de planejamento da APS, organizada e ofertada de forma preferencial pelas equipes de Estratégia Saúde da Família; (ii) Microrregião de saúde: configura-se como uma base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de alta complexidade. Deve ser constituída por um conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 150.000 habitantes que estão adscritos a um município de maior porte, configurado como município polo, o qual exerce força de atração sobre outros com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro; (iii) Macrorregião de saúde: configura-se como uma base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde e engloba microrregiões de saúde em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica, cuja abrangência deve ser para uma população em torno de 1.500.000 habitantes.

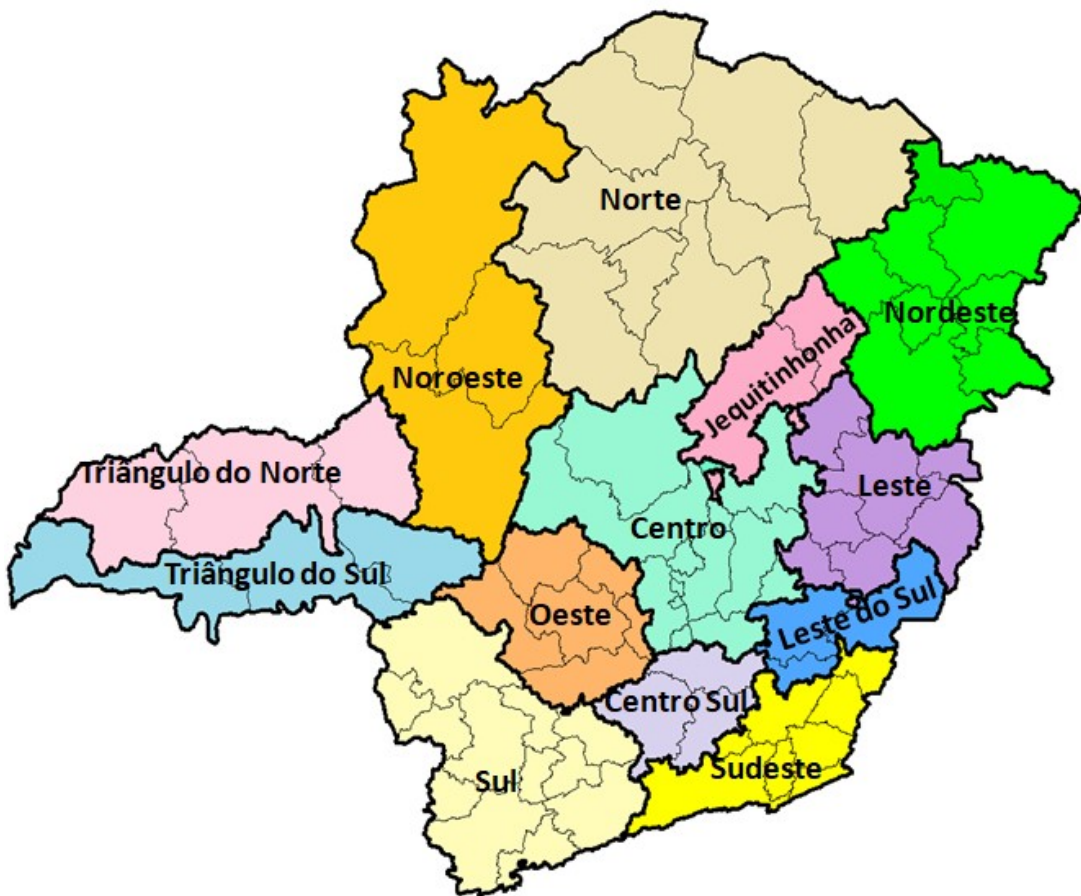
Essa concepção de região, fundamentada na Lei nº. 8.080 de setembro de 1990, é, ao mesmo tempo, direcionadora e decorrente dos objetivos e das estratégias traçados para elaboração do PDR. Esse plano é base para a configuração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e para o processo de planejamento e avaliação do SUS em Minas, além da descentralização assistencial e gerencial, possibilitando, assim, a racionalização de gastos e o ganho de escala nos serviços, ações e recursos de saúde de abrangência regional por meio da otimização da aplicação de recursos (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O polo é composto por um município que exerce força de atração sobre outros devido à sua capacidade instalada, fixação dos recursos humanos especializados e o potencial de equipamentos urbanos. O PDR traz a descrição de dois termos importantes no que se refere aos polos: (i) Polo microrregional: configura-se como o município de maior densidade populacional na microrregião, possuindo uma estrutura de equipamentos urbanos e de saúde com densidade tecnológica média, requerendo escala em torno de 150.000 habitantes, exercendo força de atração sobre os outros municípios, atendendo a um elenco da atenção secundária, ambulatoriais e hospitalares de acordo com a tipologia descrita na carteira de serviços do SUS/MG; (ii) Polo macrorregional: configura-se como o município de maior densidade populacional na macrorregião, possuindo uma estrutura de equipamentos urbanos e de saúde com densidade tecnológica média, requerendo escala em torno de 1.500.000 habitantes, exercendo força de atração para as microrregiões circunvizinhas. Assim, realiza a polarização de todas ou da maioria das microrregiões que integram determinada

macrorregião. Os municípios caracterizados como polo macrorregional, também acumulam a função de polo microrregional.

Antes do ajuste realizado em 2019, Minas Gerais era composta por 13 macrorregiões de saúde: Centro; Centro Sul; Jequitinhonha; Leste; Leste do Sul; Nordeste; Noroeste; Norte; Oeste; Sudeste; Sul; Triângulo do Norte; Triângulo do Sul, conforme mostra a Figura 4.

Figura 4 – Delimitações das macrorregiões de Minas Gerais de acordo com o PDR antes do ajuste de 2019



Fonte: MINAS GERAIS, 2020⁴.

Após o ajuste realizado em 2019, Minas Gerais passa a ser composta por 14 macrorregiões: Centro; Centro Sul; Jequitinhonha; Leste; Leste do Sul; Nordeste; Noroeste; Norte; Oeste; Sudeste; Sul; Triângulo do Norte; Triângulo do Sul; e Vale do Aço, além das 89 microrregiões de saúde. A Figura 5 apresenta o mapa de Minas Gerais com as delimitações atualizadas, como descrito acima.

⁴ Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/2019/Mapa-Macros-apos-ajuste-2019.pptx>. Acesso em: 20 abr. 2020.

Figura 5 – Delimitações das macrorregiões de Minas Gerais de acordo com o PDR após ajuste de 2019



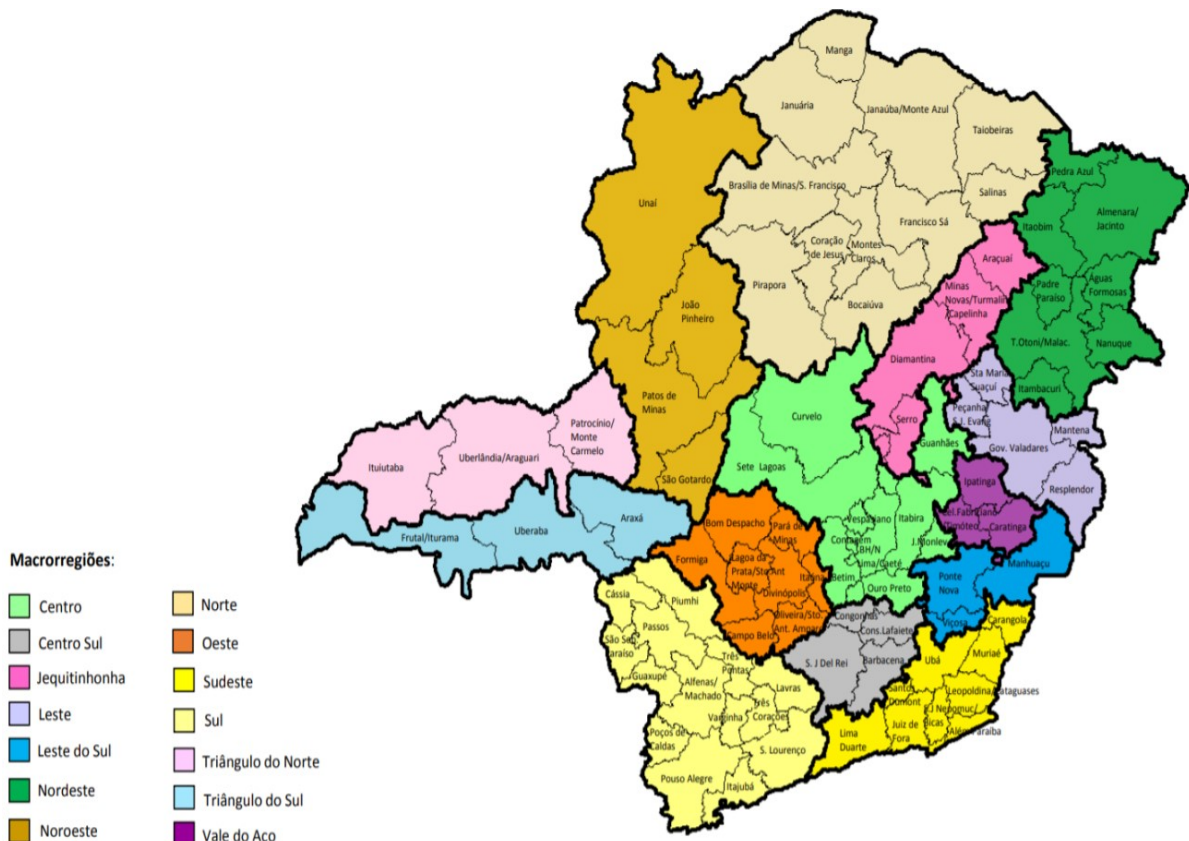
Fonte: MINAS GERAIS, 2020⁵.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a metodologia utilizada para a escolha do tamanho das microrregiões é baseada no ganho de escala para o atendimento, realidade que surge da necessidade da redução dos custos operacionais dos hospitais que precisam oferecer serviços de média complexidade. Dessa forma, definiu-se a necessidade de as microrregiões de saúde contarem com uma população de no mínimo 150.000 habitantes, salvo quando as dificuldades de acessibilidade ou a distância inviabilizassem essa escala operacional. Portanto, tem-se também, conforme é notado, outro parâmetro de delimitação de microrregião que é a acessibilidade dos municípios aos polos microrregionais, os quais não devem estar a mais de 150 km de distância ou um máximo de duas horas de deslocamento em condições viárias deficientes. Não há, no entanto, menção de distância mínima para os polos macrorregionais (SILVA; RAMIRES, 2010).

⁵ Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/2019/Mapa-Macros-apos-ajuste-2019.pptx>. Acesso em: 20 abr. 2020.

A Figura 6, a seguir, mostra a divisão do estado de Minas Gerais em macrorregiões e microrregiões, de acordo com o PRD após a atualização de 2019.

Figura 6 – Macrorregiões e microrregiões de Minas Gerais de acordo com o PDR-SUS/MG após ajuste de 2019



Fonte: MINAS GERAIS, 2020⁶.

Conforme ajuste 2019 do PDR da saúde de Minas Gerais, a macrorregião Centro tem como polo Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté, sendo composta por 10 microrregiões e 101 municípios; Centro Sul, polo Barbacena, 4 microrregiões e 51 municípios; Jequitinhonha, polo Diamantina, 4 microrregiões e 31 municípios; Leste, polo Governador Valadares, 5 microrregiões e 51 municípios; Leste do Sul, polo Ponte Nova, 3 microrregiões e 53 municípios; Nordeste, polo Teófilo Otoni, 57 municípios; Noroeste, polo Patos de Minas, 4 microrregiões e 33 municípios; Oeste, polo Divinópolis, 8 microrregiões e 53 municípios; Sudeste, polo Juiz de Fora, 9 microrregiões e 94 municípios; Sul, polo Alfenas/Pouso

⁶ Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/Mapa_Micros_ap%C3%B3s_ajuste_2019.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

Alegre/Poços de Caldas/Passos/Varginha, 14 microrregiões e 154 municípios; Triângulo Mineiro, polo Uberlândia, 3 microrregiões e 27 municípios; Triângulo do Sul, polo Uberaba, 3 microrregiões e 27 municípios; Vale do Aço, polo Ipatinga, 3 microrregiões e 35 municípios.

A macrorregião Norte de Minas, conforme apresentado na Figura 6, acima, e Figura 7, a seguir, é composta por 11 microrregiões com um total de 86 municípios, tendo como polo macro o município de Montes Claros. Com grandes desigualdades sociais, a macrorregião Norte apresenta baixa densidade demográfica, distâncias superiores a 500 km entre os municípios e extensas áreas rurais com alta concentração populacional, quando comparada a outras regiões que compõem o estado de Minas Gerais (MARQUES, 2011).

Figura 7 – Macrorregião Norte de acordo com o PDR - SUS/MG após ajuste 2019



Fonte: MINAS GERAIS, 2020⁷.

⁷ Disponível em: https://www.saude.mg.gov.br/images/anexos/PDR/2020/16-04_Apresentacao_cartografica_PDR-2020.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

De acordo com o Censo de 2010 do IBGE, o IDH do estado de Minas Gerais é de 0,731, ficando em 10ª posição em relação aos demais estados do país. A macrorregião Norte possui características que a diferencia do restante do estado; dentre elas está o fato de apresentar um indicador próximo a de estados considerados os mais pobres do Brasil, a exemplo da 27ª colocada Alagoas com o IDH 0,63. A média da macrorregião Norte, de acordo com o cálculo realizado com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010, era de 0,626 (MARQUES, 2011).

1.4.1 Macrorregião de saúde do Norte de Minas Gerais e suas microrregiões

Conforme descrito anteriormente, a macrorregião de saúde Norte de Minas apresenta 11 microrregiões (Apêndice), com uma extensão territorial de 122.831,98 km², segundo dados levantados em 2018, e população regional, estimada pelo IBGE, em 2019, de 1.684.649 de habitantes. A PDR/MG determina que a abrangência de uma macrorregião deve ser uma população em torno de 1.500.000 habitantes. Percebe-se, nesse sentido, que a macrorregião Norte possui população aproximada dessa determinação.

Neste estudo, para descrever a macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais e suas microrregiões, foram utilizados dados disponibilizados pelo PDR da saúde de Minas Gerais e pela deliberação CIB-SUS/MG nº 3.013, de 23 de outubro de 2019, que aprova o ajuste do PDR, além de dados obtidos no sítio eletrônico do IBGE. Na deliberação, foram coletados dados relacionados aos municípios adscritos na macrorregião Norte. No IBGE, foram coletados dados referentes à área da unidade territorial e os seguintes dados populacionais: população estimada em 2019; IDHM em 2010; Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* em 2017; Taxa de mortalidade infantil (óbitos por mil nascidos vivos) em 2017; Salário médio dos trabalhadores formais em 2017; e escolaridade (taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade) em 2010.

O Quadro 1, abaixo, mostra que em 2019 houve ajustes no PDR, quando as nove microrregiões foram desmembradas em onze. A microrregião Montes Claros/Bocaiúva foi desmembrada, dando origem a duas novas microrregiões: a microrregião Montes Claros, cujo município polo é Montes Claros, e a microrregião Bocaiúva, tendo como polo o município de Bocaiúva. Esse processo de desmembramento também ocorreu na microrregião Salinas/Taiobeiras, originando, também, duas novas microrregiões, denominadas Salinas e Taiobeiras, tendo como polos os municípios que dão nome a cada microrregião.

Quadro 1 – Divisão e renomeação/redesignação das macrorregiões conforme o ajuste de 2019 do PDR - SUS/MG

DE RAS (ou macro) Norte	PARA Macrorregião Norte
→ Polo macrorregional: Montes Claros	→ Polo Macrorregional: Montes Claros
Regiões de Saúde (ou microrregiões)/polos microrregionais	Microrregiões / polo microrregional
1 - Montes Claros - Bocaiúva / Montes Claros - Bocaiúva	1 - Montes Claros / Montes Claros
2 - Salinas - Taiobeiras / Salinas - Taiobeiras	2 - Bocaiúva / Bocaiúva
3 - Brasília de Minas - S. Francisco / Brasília de Minas São Francisco	3 - Salinas / Salinas
4 - Coração de Jesus / Coração de Jesus	4 - Taiobeiras / Taiobeiras
5 - Francisco Sá / Francisco Sá	5 - Brasília de Minas - São Francisco /Bras. de Minas / São Francisco
6 - Janaúba - Monte Azul / Janaúba - Monte Azul	6 - Coração de Jesus / Coração de Jesus
7 - Januária/ Januária	7- Francisco Sá / Francisco Sá
8 - Manga / Manga	8 - Janaúba /Monte Azul / Janaúba/ Monte Azul
9 - Pirapora / Pirapora	9 - Januária/ Januária
	10 - Manga / Manga
	11 - Pirapora / Pirapora

Fonte: MINAS GERAIS, 2019a, p. 35 (adaptado).

O Quadro 2 apresenta a adequação dos municípios após o ajuste do PDR em 2019. A antiga microrregião Montes Claros/Bocaiúva era composta por 11 municípios que foram alocados nas novas microrregiões: Montes Claros, agora com 6 municípios, 5 da antiga microrregião Montes Claros/Bocaiúva e 1 da microrregião Brasília de Minas/São Francisco; e Bocaiúva, com 6 municípios da até então microrregião Montes Claros/Bocaiúva. A mesma adequação ocorreu na antiga microrregião Salinas/Taiobeiras, antes composta por 16 municípios, que foram alocados nas novas microrregiões Salinas, agora com 6 municípios, e Taiobeiras composta por 10 municípios.

Quadro 2 – Mudança de adscrição de municípios conforme o ajuste de 2019 do PDR - SUS/MG

Município	DE		PARA	
	Macro	Micro	Macro	Micro
Mirabela	Norte	Brasília de Minas/São Francisco	Norte	Montes Claros
Claro dos Poções Glaucilândia Itacambira Juramento Montes Claros	Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Norte	Montes Claros
Bocaiúva Engenheiro Navarro Francisco Dumont Guaraciama Joaquim Felício Olhos-d'Água	Norte	Montes Claros/Bocaiúva	Norte	Bocaiúva
Fruta de Leite Novorizonte Padre Carvalho Rubelita Salinas Santa Cruz de Salinas	Norte	Salinas/Taiobeiras	Norte	Salinas
Berizal Curral de Dentro Indaiabira Montezuma Ninheira Rio Pardo de Minas Santo Antônio do Retiro São João do Paraíso Taiobeiras Vargem Grande do Rio Pardo	Norte	Salinas/Taiobeiras	Norte	Taiobeiras

Fonte: MINAS GERAIS, 2019a, p. 42-43 (adaptado).

Na Tabela 1, são apresentados dados sobre extensão territorial e contingente populacional, que caracterizam as microrregiões que compõem a macrorregião de saúde Norte de Minas.

Tabela 1 – Descrição das microrregiões por quantidade de municípios, área da unidade territorial e população conforme o ajuste de 2019 do PDR - SUS/MG

Microrregião	Quantidade de Municípios	Área da unidade territorial 2018 (km²)	População Estimada 2019
Bocaiúva	6	8.685,337	78.199
Brasília de Minas/S. Francisco	15	16.908,893	233.905
Coração de Jesus	5	5.508,143	47.569
Francisco Sá	6	10.555,144	74.504
Janaúba/Monte Azul	15	18.553,782	278.365
Januária	5	14.959,279	116.874
Manga	5	5.799,033	56.910
Montes Claros	6	7.378,579	443.315
Pirapora	7	17.587,418	146.991
Salinas	6	5.042,741	68.710
Taiobeiras	10	11.853,627	139.307
Total	86	122.831,976	1.684.649

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de MINAS GERAIS, 2019a, p. 17-19.

Percebe-se que a microrregião Bocaiúva, composta por 6 municípios, apresenta o 7º maior contingente populacional da macrorregião de saúde Norte de Minas. Nesta microrregião, o município de Guaraciama sobressai-se por apresentar uma discrepância na taxa de mortalidade, ficando muito acima das apresentadas pelos demais municípios. No quesito taxa de alfabetização, Engenheiro Navarro destaca-se em possuir a menor taxa.

A microrregião Brasília de Minas/São Francisco, composta por 15 municípios, apresenta a 3ª maior estimativa de extensão territorial da macrorregião, onde o município de São Francisco destoa dos demais, apresentando uma estimativa territorial de 56.323 km² e a maior população estimada.

A Tabela 2, a seguir, também apresenta características das microrregiões que compõem a macrorregião de saúde Norte de Minas, com dados como IDHM, PIB per capita e taxa de escolaridade.

Tabela 2 – Descrição das microrregiões por média do IDHM, PIB per capita, salário médio dos trabalhadores formais, área da unidade territorial e população conforme o ajuste de 2019 do PDR - SUS/MG

Microrregião	IDHM 2010	PIB per capita 2017 (R\$)	Salário médio dos trabalhadores formais 2017	Escolaridade - Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade 2010 (%)
Bocaiúva	0,653	12.258,90	1,5	97,2/
Brasília de Minas/S. Francisco	0,616	7.873,87	1,4	97,2
Coração de Jesus	0,636	8.858,58	1,5	98,2
Francisco Sá	0,608	11.344,63	1,6	96,7
Janaúba/Monte Azul	0,634	10.539,97	1,6	97,5
Januária	0,614	8.197,116	1,6	96,8
Manga	0,594	7.994,91	1,5	95,2
Montes Claros	0,680	11.187,71	1,6	98,1
Pirapora	0,641	15.385,20	1,6	97,3
Salinas	0,600	9113,23	1,5	96,2
Taiobeiras	0,606	8.335,16	1,4	97,3
Média total	0,626	10.099,03	1,5	97,1

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de MINAS GERAIS, 2019a, p. 17-19.

O município de São João da Lagoa, integrante da microrregião Coração de Jesus, possui a 2ª maior taxa de mortalidade entre os municípios da macrorregião Norte. Esta microrregião é composta por 5 municípios e apresenta a menor estimativa populacional – 47.569 habitantes – consolidando-se, assim, bem inferior às especificações apresentadas no PDR que é em torno de 150.000 habitantes.

Na microrregião Francisco Sá, composta por 6 municípios, a taxa de mortalidade do município de Josenópolis – 45,45 – apresenta uma grande discrepância em relação às demais desta microrregião. Esta microrregião apresenta o 4º menor IDHM da macrorregião à qual ela pertence.

Janaúba, um dos municípios que compõe o polo da microrregião Janaúba/Monte Azul, apresenta uma baixa taxa de mortalidade infantil – 6,88% – ao contrário do também polo Monte Azul, que apresenta uma das maiores taxas, 21,83%.

A microrregião Januária é composta por 5 municípios, dentre eles Bonito de Minas, que possui o 2º menor IDHM desta macrorregião e o menor desta microrregião, além, também, da menor taxa de alfabetização.

Manga é uma microrregião composta por 5 municípios, a qual apresenta a menor média de IDHM desta microrregião, sendo São João das missões o município com o menor IDHM e menor PIB *per capita*. Esta microrregião compreende a 2ª menor população estimada desta microrregião.

A microrregião Montes Claros, tem Montes Claros como município polo que também é município polo desta microrregião de saúde. Apesar de apresentar a maior população estimada – 443.315 mil habitantes – que destoa da recomendada de 150.000 mil habitantes, esta microrregião é composta por apenas 6 municípios. O município de Montes Claros apresenta o maior IDHM – 0,770 – nesta microrregião, e também fica à frente em todos os quesitos analisados. Apenas no índice de alfabetização, o destaque é para o município de Glaucilândia, com taxa de 99,8%.

A microrregião Pirapora, composta por 7 municípios, tem como município polo Pirapora, o qual possui o maior IDHM desta microrregião, ficando atrás somente do município de Ponto Chique no quesito taxa de alfabetização. Nesta microrregião, o município de Várzea da Palma destaca-se por apresentar a 2ª menor taxa de mortalidade infantil – 5,48 – desta microrregião de saúde, sendo Montalvânia, na microrregião Manga, o município que apresenta a menor taxa de mortalidade infantil desta microrregião.

Composta por 6 municípios, a microrregião Salinas possui uma média salarial dos trabalhadores formais de 1,5 ficando à frente apenas das microrregiões Taiobeiras e Brasília de Minas/São Francisco. Nesta microrregião, Rubelita destaca-se por apresenta a maior taxa de mortalidade infantil, 47,62. Santa Cruz de Salinas, apesar de apresentar um dos menores IDHM – 0,577 – detém a 2ª maior taxa de alfabetização desta microrregião – 99,6%.

Dentre os 10 municípios que compõem a microrregião Taiobeiras, Rio Pardo de Minas sobressai-se pela sua taxa de alfabetização – 98,9% – a maior desta microrregião, e pela menor taxa de mortalidade infantil – 8,06 – a 7ª menor desta microrregião, idêntica à taxa de mortalidade de Espinosa, município que compõe a microrregião Janaúba/Monte Azul.

As microrregiões, de acordo com o PDR/MG, devem ser constituídas por um conjunto de municípios contíguos e com população de cerca de 150.000 habitantes, adscritos a um município de maior porte. Percebe-se que conforme o total da população estimada em cada microrregião, as que mais se aproximam dessa orientação são as microrregiões de Taiobeiras e Januária. Há casos bem discrepantes, como Montes Claros, constituída por 443.315 habitantes e Coração de Jesus com 47.569.

Analisando o IDHM, conclui-se que a microrregião Montes Claros apresenta o maior índice – 0,680 – e o menor encontra-se na microrregião Manga – 0,594 – que, apesar de sua ótima taxa de escolarização – 95,2% – é a menor entre as microrregiões.

As microrregiões Brasília de Minas/São Francisco e Taiobeiras apresentam a menor média dos salários médios dos trabalhadores formais, sendo Pirapora a que apresenta a maior média do PIB *per capita*.

Quanto à quantidade de municípios destacam-se as microrregiões Brasília de Minas/São Francisco com 15 municípios e população estimada de 233.905 habitantes, e Janaúba/Monte Azul, também com 15 municípios e população estimada de 278.365 habitantes. Porém, a população estimada destas microrregiões é bem inferior à microrregião de Montes Claros, que totaliza 443.315 habitantes com 5 municípios.

1.5 Território da saúde em Montes Claros

No âmbito regional, Montes Claros configura-se como um importante polo regional, tanto de procura quanto de oferta de serviços de saúde. Essa característica de constituir-se como polo de referência é consequência da estratégia descentralizadora adotada pelo SUS. Tal estratégia confere aos polos regionais, em geral, e a Montes Claros, em particular, um papel de destaque que proporciona transformações espaciais, econômicas, políticas e sociais devido ao grande número de estabelecimentos de serviços instalados no município e, conseqüentemente, ao expressivo fluxo de usuários (MEDEIROS, 2011). Pelo papel que desempenha na gestão administrativa dos serviços de saúde no norte de Minas, o setor de saúde de Montes Claros conta com uma infraestrutura de caráter dinâmico, complexo e especializado (FRANÇA; QUEIROZ, 2013), onde são ofertados serviços nos três níveis de atenção: i) primário – serviços de baixa complexidade; ii) secundário – procedimentos de média complexidade; e iii) terciário – serviços de alta complexidade.

Diante do exposto acima, após a atualização do PDR em 2019, o município de Montes Claros é polo de saúde da macrorregião Norte de Minas no âmbito de macro e microrregionais, conforme é apresentado no Quadro 3. Ser município polo de uma microrregião de saúde, composta por 6 municípios, é ser referência com oferta mais ampla nos atendimentos de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de alguns serviços de alta complexidade. Sendo polo da macrorregião, composta por 86 municípios, caracteriza-se pela possibilidade de oferta e de acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica.

Quadro 3 – Região de saúde do Norte de Minas

MACRORREGIÃO NORTE DE SAÚDE (MONTES CLAROS)	
Microrregiões	Municípios
Brasília de Minas/São Francisco	Brasília de Minas; Campo Azul; Ibiracatu; Icaraí de Minas; Japonvar; Lontra; Luislândia; Patis; Pintópolis; São Francisco; São João da Ponte; São Romão; Ubaí; Uruçuaia; Varzelândia.
Coração de Jesus	Coração de Jesus; Jequitaiá; Lagoa dos Patos; São João da Lagoa; São João do Pacuí.
Francisco Sá	Botumirim; Capitão Enéas; Cristália; Francisco Sá; Grão Mogol; Josenópolis.
Janaúba/Monte azul	Catuti; Espinosa; Gameleiras; Jaíba; Janaúba; Mamonas; Matias Cardoso; Mato Verde; Monte Azul; Nova Porteirinha; Pai Pedro; Porteirinha; Riacho dos Machados; Serranópolis de Minas; Verdelândia.
Januária	Bonito de Minas; Cônego Marinho; Itacarambi; Januária; Pedras de Maria da Cruz.
Manga	Juvenília; Manga; Miravânia; Montalvânia; São João das Missões.
Montes Claros	Claro dos Poções; Glaucilândia; Itacambira; Juramento; Mirabela; Montes Claros.
Bocaiúva	Bocaiúva; Engenheiro Navarro; Francisco Dumont; Guaraciama; Joaquim Felício; Olhos-d'Água.
Pirapora	Ibiaí; Lassance; Pirapora; Ponto Chique; Santa Fé de Minas; Várzea da Palma.
Salinas	Fruta de Leite; Novorizonte; Padre Carvalho; Rubelita; Salinas; Santa Cruz de Salinas.
Taiobeiras	Berizal; Cural de Dentro; Indaiabira; Montezuma; Ninheira; Rio Pardo de Minas; Santo Antônio do Retiro; São João do Paraíso; Taiobeiras; Vargem Grande do Rio Pardo.

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de MINAS GERAIS, 2019a, p. 18-19.

1.6 O sistema de informação geográfica e a análise espacial na saúde

Nesta pesquisa, faz-se necessário tratar dos aspectos e conceitos relacionados a análise espacial, pois o estudo apresenta, em sua discussão, resultados advindos de operações

de análise espacial relacionadas à distribuição dos estabelecimentos de saúde que integram o SUS em Montes Claros.

Os dados e as informações espaciais têm sido apresentados de modo gráfico pelos antigos cartógrafos e geógrafos, além de serem utilizadas por navegadores e demais profissionais. Pode-se destacar a obtenção de informações acerca da distribuição geográfica dos recursos naturais que impulsionaram o desenvolvimento de vários países, permitindo a ocupação territorial (ROSA, 2011).

No Brasil como nas demais partes do mundo, os avanços tecnológicos ocorridos nos últimos anos, aliados da redução dos custos de aquisição e conversão de dados, entre outros aspectos, tem contribuído para a popularização e disseminação das tecnologias, tornando possível a análise espacial (ROSA, 2011).

O Sistema de Informação Geográfica (SIG) compreende um conjunto de ferramentas computacionais composto de programas e equipamentos que, através de técnicas, realiza a integração de dados, instituições e pessoas, tornando possível a coleta, armazenamento, processamento, modelagem, simulação e disponibilização de informações georreferenciadas, que proporcionam maior agilidade e segurança nas atividades humanas que se referem ao monitoramento, planejamento e tomada de decisão em relação ao espaço geográfico (ROSA, 2011).

As tecnologias que proporcionam a automatização da análise espacial são conhecidas no Brasil como Sistemas de Informação Geográfica, Geomática, Geoprocessamento e, mais recentemente, Geotecnologias. Apesar de cada um desses termos apresentarem um conceito diferente, eles abordam, de certa forma, a mesma temática.

O termo geoprocessamento pode ser definido como um conjunto de técnicas computacionais – de coleta, tratamento, manipulação e apresentação de dados especiais – necessárias para manipular informações espacialmente referidas (ROSA, 2011; SANTOS; BARCELOS, 2006). Trata-se de uma área de conhecimento que envolve diversas disciplinas, dentre elas a Cartografia, a Computação, a Geografia e a Estatística. Entre as técnicas de geoprocessamento mais utilizadas estão a cartografia digital, o sensoriamento remoto, a estatística espacial e os SIGs (SANTOS; BARCELOS, 2006).

A realização de análises espaciais complexas é possível por meio da utilização de SIG, que proporciona a integração de dados de diversas fontes, a manipulação de um grande volume de dados, configurando-se, ainda, como uma forma rápida de recuperar as informações armazenadas (SANTOS; BARCELOS, 2006). Dentre a grande variedade de softwares utilizados na análise espacial, os mais usados no Brasil é o ArcGIS. O ArcGIS

Desktop é composto por um conjunto de quatro *softwares* – ArcReader, ArcView, ArcEditor e ArcInfo – que rodam em microcomputadores e são utilizados para criar, importar, editar, buscar, mapear, analisar e publicar informações geográficas. Cada um desses *softwares* acrescenta um nível superior de funcionalidade (ROSA, 2011).

A análise espacial realiza a ligação entre o domínio, essencialmente cartográfico, e as áreas de análise aplicada, estatística e a modelagem, que permitem a combinação de variáveis georreferenciadas, as quais, por sua vez, permitem a criação e análise de novas variáveis. Analisar significa decompor em componentes ou partes com vistas a identificar a estrutura e compreender um sistema. No contexto de análise espacial, é possível fragmentar a complexa realidade do espaço geográfico nas suas derivadas ou componentes obtidos a partir de uma base informativa geral. Com isso, a análise espacial também significa a criação e extrapolação de uma informação nova, passível de proporcionar, em uma perspectiva integrada ou isolada, uma melhor compreensão de diferentes realidades (ROSA, 2011).

Na análise de uma problemática ambiental ou de saúde, o investigador precisa realizar uma reflexão acerca do conjunto de dados dos quais ele dispõe. Perante a interpretação dos dados é que informações relevantes serão geradas para direcionar a tomada de decisão. Ao fim da análise descritiva, três perguntas básicas devem ser respondidas: quem ou quê? (fazendo referência a um grupo populacional ou a um fator ambiental), quando? (fazendo referência ao período ou momento exato da ocorrência) e onde? (que versa sobre a localização do evento ou da população) (SANTOS; SOUZA-SANTOS, 2007).

As operações de análise espacial permitem chegar às repostas de questões do tipo: onde fica; o que existe aqui; o que fica mais próximo; o que se encontra dentro desta área; o que faz limite. Dentre os tipos de operações espaciais e as possibilidades de análise que elas permitem realizar está a sobreposição, que é o método de representar dados de vários tipos que ocupam um mesmo espaço, utilizada em ocasiões em que é necessário considerar vários atributos em uma determinada área. Esta operação proporciona a identificação de padrões de distribuição de fenômenos, estabelecendo relações entre eles, sendo este um dos principais objetivos da análise espacial (ROSA, 2011).

As operações de *buffering* também constituem possíveis operações de análise espacial. Esse método de análise espacial concebe uma operação de distância, que consiste na delimitação de áreas tampão em torno de uma determinada entidade. Os *buffers* podem ser criados ao redor de elementos poligonais, lineares ou pontuais (ROSA, 2011).

Transformar os dados estatísticos em mapas e gráficos facilita a compreensão de situações e acontecimentos investigados, pois eles se tornam mais fáceis de observar, e,

consequentemente, os eventuais padrões são encontrados. Além do componente visual que auxilia no estudo, os mapas permitem a sobreposição de diferentes tipos de dados. Por vezes, observar um mapa é suficiente para que um padrão de distribuição seja encontrado ou, ainda, uma relação entre as variáveis e sua distribuição espacial (SANTOS; BARCELOS, 2006).

Os mapas de pontos são um dos produtos possíveis dos SIGs e podem representar dois tipos de fenômenos: os que realmente ocorrem em pontos, como as feições geográficas de um hospital, ou eventos, como a localidade de ocorrência de um óbito, por exemplo; e aqueles que são associados a pontos de forma artificial, porém fazem referência aos valores de área, denominados pontos conceituais (SANTOS; SOUZA-SANTOS, 2007).

Na área da saúde, a incorporação de técnicas de geoprocessamento é recente e depende de um conjunto de bases metodológicas e tecnológicas. É necessário que o desenvolvimento tecnológico seja apoiado em problemas que sejam concretos na prática de saúde para não incidir no tecnicismo ou na escolha de procedimentos inaplicáveis no cotidiano dos serviços. Entretanto, esses serviços precisam aderir aos meios automatizados de coleta e análise de dados a fim de superar as dificuldades inerentes à manipulação desses dados. Quando aplicado nas questões de Saúde Coletiva, o geoprocessamento permite o mapeamento de doenças, a avaliação de riscos, o planejamento de ações de saúde e a avaliação de redes de atenção (SANTOS; BARCELOS, 2006).

No Brasil, o atual cenário do geoprocessamento em saúde é favorável para que seja estruturada uma rede que capacite os profissionais para manusearem as ferramentas disponíveis e para o aprimoramento das abordagens do espaço no contexto das análises de saúde. Vários centros de pesquisa têm se dedicado à aplicação de técnicas de análise espacial, e o esforço conjunto de secretarias de saúde e centros de pesquisa, em várias cidades, tem proporcionado o desenvolvimento tecnológico, além do aumento da capacidade de processamento de dados dos serviços a serem analisados (SANTOS; BARCELOS, 2006).

Os SIGs são sistemas que auxiliam os gestores no entendimento da saúde da população e também são importantes para a tomada de decisão quanto à localização, concentração e perfil de atendimento, como, por exemplo, das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Por intermédio dos modelos matemáticos direcionados às análises espaciais, é possível aprimorar a compreensão espacial das necessidades de saúde e o planejamento de intervenções mais eficazes. Destaca-se entre os produtos dos SIGs, que podem ser compreensíveis ao tomador de decisão e atrativos aos leigos, os mapas temáticos que são a representação das espacializações dos problemas e de suas soluções, proporcionando uma caracterização eficaz de diferentes cenários e situações, dando ênfase geográfica à delimitação

das áreas de abrangência e à responsabilidade das unidades de saúde (GOUDARD; OLIVEIRA; GERENTE, 2015).

A exemplo das UBS, são vários os fatores que influenciam na localização de uma unidade, tais como a oferta existente, a demanda e a renda da população. Apesar da redução das taxas de natalidade, as UBS continuam igualmente necessárias devido à ampliação da idade média da população. É imprescindível um estudo das densidades populacionais nas cidades, além das taxas de natalidade, na busca pela otimização do número local das UBS, com a exigência de avaliações constantes, principalmente nos grandes centros (GOUDARD; OLIVEIRA; GERENTE, 2015).

Sendo assim, neste estudo pretende-se, de acordo com seus objetivos específicos, mapear os estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros e identificar o perfil sociodemográfico da população dos territórios adstritos a estes estabelecimentos. Acredita-se que este mapeamento, por meio do geoprocessamento, poderá contribuir para identificar a distribuição dos estabelecimentos de saúde, possibilitando conhecer o perfil da população que está presente nas adjacências dos estabelecimentos a partir do cruzamento entre a localização e os dados sociodemográficos.

CAPÍTULO 2 – MAPEAMENTO E ANÁLISE ESPACIAL DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE DE MONTES CLAROS

Este capítulo é dedicado às questões metodológicas que direcionaram o desenvolvimento do estudo. Cumprindo o objetivo da pesquisa, é apresentada a distribuição territorial dos estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros - MG, município polo em níveis macrorregional e microrregional da macrorregião de saúde Norte de Minas. Para realizar o mapeamento dos estabelecimentos que integram o SUS em Montes Claros, foram utilizados dados de 2019 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), os quais foram posteriormente tratados e transformados em mapas com subsequente sobreposição aos dados sociodemográficos para análise espacial e identificação do perfil da população das regiões adstritas aos estabelecimentos de saúde.

2.1 Fundamentação teórico-metodológica e caracterização do universo de pesquisa

O conhecimento é um processo de reflexão crítica que pode conduzir ao desvelamento do objeto e transformar a realidade. Constitui o dueto entre a teoria e a prática,

pois ambos estão articulados em um movimento intrínseco, no qual um alimenta-se do outro (COSTA, 2012). Assim, a pesquisa é uma atividade voltada para a busca, indagação, investigação e inquirição da realidade, que permite elaborar um conjunto de conhecimentos que auxiliem na orientação das ações e na transformação da realidade circundante (SILVA; NEZ; BITENCOURT, 2012).

Este estudo consiste em uma pesquisa transversal, descritiva e documental. O estudo é transversal porque os dados coletados se referem a um determinado período; é descritivo por ser um método que promove a caracterização de um objeto pela observação ou levantamento de dados, possibilitando a elaboração de perfis e cenários em meio a um contexto social sem deixar de ter coerência, consistência e lógica (FRANÇA; VASCONCELLOS, 2009).

Este estudo apresenta aspectos qualitativos, caracterizando-se como pesquisa documental, uma vez em que foram utilizados documentos e dados impressos e em formato eletrônico. A fonte documental, segundo pode ser diversa e nela são utilizados documentos que ainda não receberam tratamento analítico e que podem ser encontrados em arquivos de órgãos públicos ou privados, os quais se denominam fontes primárias (MARCONI; LAKATOS, 2010). A pesquisa documental também dispõe de fontes secundárias que, de alguma forma, já foram analisadas, tais como relatórios e tabelas estatísticas. Este tipo de pesquisa apresenta ainda, como uma de suas vantagens, o baixo custo, se comparada com outras pesquisas (GIL, 2002).

A população ou o universo do estudo é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum. A delimitação de uma população consiste em explicitar quais pessoas ou coisas serão pesquisadas e que terão enumeradas características comuns (MARCONI; LAKATOS, 2010).

O estudo foi realizado na macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais, conforme o PDR/MG, que é um dos pilares para a descentralização e a estruturação dos sistemas de organização dos serviços de saúde em rede e cogestão. De acordo com o detalhamento realizado no capítulo anterior desta dissertação, o PDR/MG é composto por quatorze macrorregiões que diferem da regionalização efetuada pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais, a qual considera dez regiões administrativas de planejamento.

A região é um conjunto de municípios circunvizinhos que, para demandas de promoção e de assistência à saúde do SUS, mantêm interrelações. Em sua maioria, são periféricos a um polo que possui força de atração sobre os demais e constituem-se como base

territorial e populacional para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes (MALACHIAS; LELES; PINTO, 2010).

O presente estudo foi realizado com dados referentes à macrorregião de saúde Norte de Minas Gerais, a qual é dividida em onze microrregiões, somando um total de oitenta e seis municípios. O foco da pesquisa é o município de Montes Claros, polo desta macrorregião de saúde, que possui uma área estimada, em 2019, de 3.589,811 Km² e está situado a 426 km da capital Belo Horizonte. O censo demográfico do IBGE identificou, em 2010, um contingente populacional de 344.427 habitantes na área urbana e 17.488 na zona rural, perfazendo um total de 361.915 pessoas. Em 2019, a população estimada era de 409.341 habitantes (IBGE, 2020).

Para mapear os estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros foi utilizado o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) a partir de dados referentes à competência de dezembro de 2019. O CNES é um instrumento importante porque reúne dados relativos a todos os estabelecimentos de saúde do Brasil (ROCHA *et al.*, 2018). A pesquisa para o mapeamento foi realizada por meio do portal eletrônico do CNES no campo “identificação” dos estabelecimentos que atendiam ao SUS e que se localizavam em Montes Claros - MG em 2019. Foi possível acessar os cadastros um a um para identificar se cada estabelecimento se encontrava ativo ou se havia mais de um estabelecimento operando no mesmo local de cadastro. Por exemplo, considere-se o caso de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que opera com uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e também com uma Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB). Para casos como esse, neste estudo, foram considerados três estabelecimentos de saúde no mesmo local de cadastro.

Os dados obtidos foram inseridos em planilhas eletrônicas (Excel) e organizados de forma a dispor de numeração de cadastro, nome, endereço e tipologia de cada estabelecimento cadastrado. Para este estudo foi adotada a seguinte classificação para os diferentes níveis de atenção: Na atenção primária: UBS, ESF, ESFSB, Presídio, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Equipe Multidisciplinar de Apoio, Centro de Saúde, Unidade de Atenção à Saúde Indígena, Centro Socioeducativo do Adolescente. Dentre os estabelecimentos de atenção secundária encontram-se Clínica/Centro de Especialidade, Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência, Policlínica, Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapia, Oficina Ortopédica, Consultório Isolado, Pronto Atendimento, Central de Regulação do Acesso, Centro de Atenção Hemoterapia e ou Hematológica, Centro

de Atenção Psicossocial, Central de Regulação Médica das Urgências. Finalmente, apenas hospitais constituíram o grupo de estabelecimentos de atenção terciária.

Após esse tratamento inicial dos dados, os endereços de cada estabelecimento foram inseridos (plotados) em mapas (Google Earth) e depois conferidos por meio de fotografias do local (função *Street View* do Google Maps). Posteriormente, os dados foram importados para o *software* ArcGIS 10.2 para a elaboração dos mapas de distribuição dos estabelecimentos pelo município.

Registra-se que houve dificuldade na inserção de endereços que estavam cadastrados com erro no nome ou na numeração do logradouro, fato identificado com a conferência por fotografias. Também foi possível perceber que para alguns estabelecimentos não havia registro de endereço no Google Maps. Nesses casos, o endereço foi localizado por meio de verificação visual com o uso da função *Street View* e do Google Maps. No ArcGIS 10.2 foram gerados mapas de pontos para representar a distribuição dos estabelecimentos da rede pública de saúde sobre o mapa do município e, também, sobre o mapa da área urbana de Montes Claros, composta por dezenove regiões de planejamento (MONTES CLAROS, 2016).

As regiões de planejamento foram instituídas por meio do Decreto Municipal nº 3.393, de 17 de maio de 2016 (MONTES CLAROS, 2016). Nos anexos do referido decreto, delimita-se o território de cada uma das dezenove regiões a fim de orientar o planejamento estratégico para o desenvolvimento do município. Definidas de acordo com os setores censitários do IBGE, as regiões de planejamento foram adotadas sob o argumento de facilitarem o acesso a dados estatísticos de cada região, o que permitiria acompanhar indicadores, como o IDH da população, tornando possível a implementação de ações setoriais de forma coordenada e racional.

Elaborados os mapas de distribuição dos estabelecimentos de saúde, procedeu-se à análise, que contou ainda com a realização de operações *buffer* e espacialização dos dados de renda *per capita* e número de habitantes por região de planejamento, de acordo com o Censo 2010 do IBGE, atendendo ao objetivo específico proposto que é identificar o perfil da população quanto à renda *per capita* e à distribuição de habitantes das regiões adstritas aos estabelecimentos que integram a atenção primária do Sistema Único de Saúde em Montes Claros.

Operações *buffer*, conforme detalhado no capítulo anterior, consistem na identificação da zona de influência do dado que está sendo analisado. Neste estudo, considerou-se um raio de abrangência de 500 metros em relação aos estabelecimentos de saúde. Neste sentido, é possível visualizar a área de influência de 500 metros ao redor de um

ponto. O Laboratório de Geoprocessamento da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) ofereceu suporte técnico para o mapeamento e disponibilizou acesso ao *software* ArcGIS 10.2.

2.2 Mapeamento dos estabelecimentos que integram o SUS em Montes Claros - MG

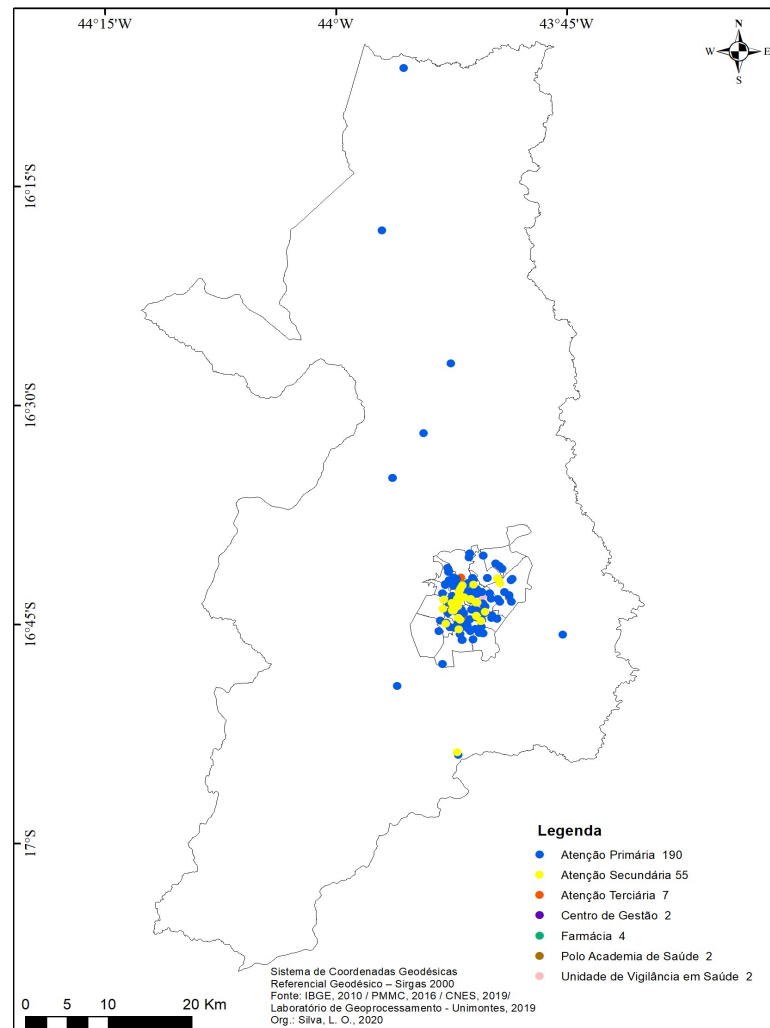
O PDR da Saúde de Minas Gerais (MALACHIAS *et al.*, 2010) determina que o município de Montes Claros é polo de saúde da macrorregião Norte de Minas, em âmbito macro e microrregional. Ser polo da macrorregião Norte de saúde, composta por 86 municípios, implica dispor da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica. Ser município polo de uma microrregião de saúde, composta por 6 municípios, conforme ajuste do PDR em 2019, significa ser referência com oferta mais ampla de atendimentos de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcionalmente, de determinados serviços de alta complexidade. Além de localmente, na atenção primária, prestar serviços de baixa complexidade a uma população, estimada pelo IBGE em 2019, de aproximadamente 410.000 mil habitantes.

Como resultado da pesquisa no CNES, foram identificados um total de 252 estabelecimentos de saúde no município que atende pelo SUS, somando-se os três níveis de atenção, sendo 190 estabelecimentos na atenção primária, 55 na secundária e 7 no terceiro nível de atenção à saúde. A Figura 8, a seguir, mostra a distribuição desses estabelecimentos no mapa do município de Montes Claros.

Como se pode observar pelo mapa da Figura 8, identificaram-se 10 estabelecimentos que não se enquadraram na classificação de níveis de atenção aqui adotada, sendo eles: 4 Farmácias, 2 Polos de Academia de Saúde, 2 Unidades de Vigilância em Saúde e 2 Centros de Gestão. Nas próximas seções, os resultados para estabelecimentos de cada nível de atenção, a iniciar pelos estabelecimentos de saúde de atenção terciária, serão detalhados.

Também conforme Figura 8, verificou-se que os estabelecimentos de saúde que integram o SUS concentravam-se dentro dos limites das regiões de planejamento de Montes Claros e que apenas 10 estabelecimentos de atenção primária e 1 de atenção secundária encontravam-se fora dessas regiões, localizando-se nos distritos municipais.

Figura 8 – Mapa da localização dos estabelecimentos de saúde que integram o SUS no município de Montes Claros - MG



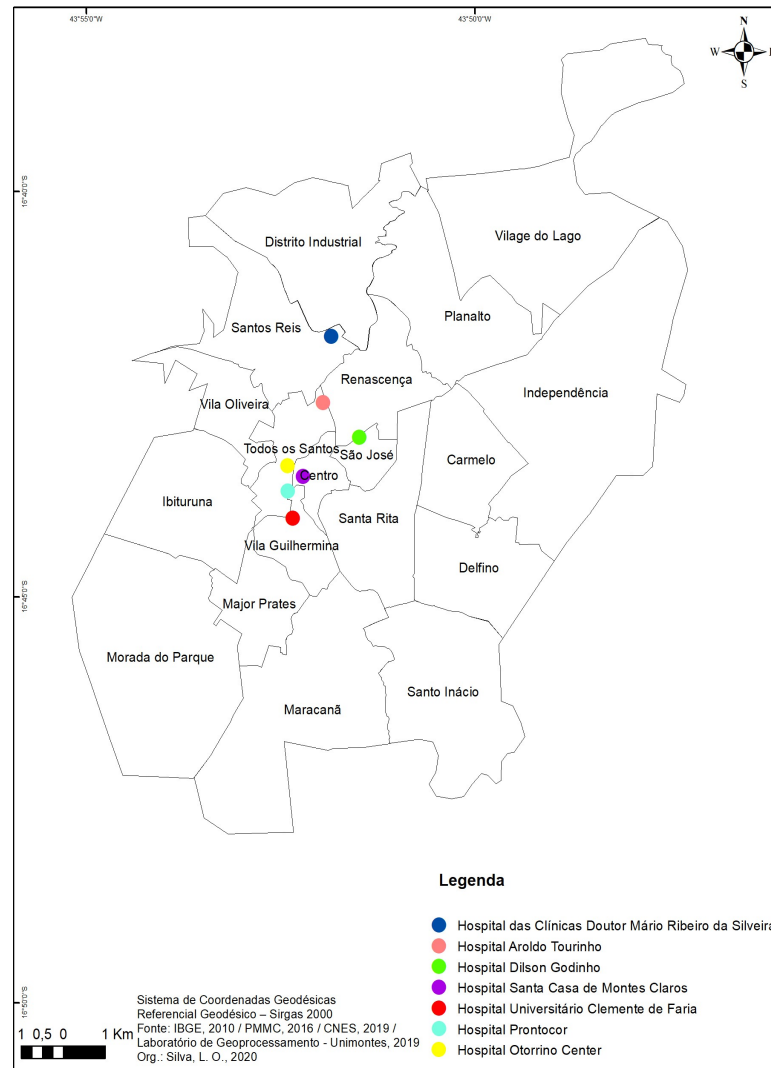
Fonte: Elaborado pela autora.

No CNES também foi possível identificar que entre os estabelecimentos que não atendem pelo SUS no município de Montes Claros, 525 são de atenção secundária, entre eles 215 Clínicas/Centros de Especialidades, 281 Consultórios Isolados, 21 Unidades de Apoio Diagnose e Terapia, 5 Policlínicas, 2 Serviços de Atenção Domiciliar Isolado, 2 Unidades Móvel de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência, 1 Oficina Ortopédica. Acrescentam-se ainda 6 estabelecimentos de atenção terciária, sendo eles: 5 Hospitais Dia - Isolado e 1 Hospital Geral. Adicionalmente, identificaram-se 5 estabelecimentos que não se enquadraram na classificação de níveis de atenção aqui adotada, sendo eles: 3 Cooperativas ou Empresas de Cessão de Trabalhadores na Saúde, 2 Farmácias.

2.2.1 Estabelecimentos de saúde da atenção terciária

Na Figura 9, são identificados os 7 hospitais que compõem a atenção terciária, sendo eles: Hospital Aroldo Tourinho; Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira; Hospital Dilson Godinho; Hospital Santa Casa de Montes Claros; Hospital Universitário Clemente de Faria; Hospital Prontocor e o Hospital Otorrino Center.

Figura 9 – Mapa da Localização dos estabelecimentos de atenção terciária nas regiões de planejamento de Montes Claros – MG



Fonte: Elaborado pela autora.

A seguir, são caracterizados cada um destes hospitais que integram o SUS em Montes Claros. Um ponto que é relevante destacar é o fato de o Hospital Universitário atender exclusivamente (100%) pelo SUS e a necessidade de as entidades beneficentes de assistência social ofertarem a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) (BRASIL, 2009).

A origem do Hospital Aroldo Tourinho remonta à década de 1960. Desde a sua constituição filantrópica, sua área construída passou de 1.600m² para cerca de 12.000m².

Hoje, esta instituição conta com aproximadamente 40 clínicas médicas e unidades de serviços assistenciais, além de 214 leitos ativos, sendo estes distribuídos em diversas especialidades, caracterizando-o como hospital geral. O Aroldo Tourinho é constituído por um quadro de quase 700 funcionários, entre médicos, enfermeiros, colaboradores da administração, dentre vários outros profissionais da área da saúde que possuem formação de nível superior e médio. A instituição oferece de forma exclusiva a especialização em Cardiologia do Norte de Minas, que possui vínculo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia, além de residências em Clínica Médica e Ortopedia e Traumatologia. A instituição dispõe de atendimento para mais de 100 municípios do Norte de Minas Gerais e Sul da Bahia, abrangendo uma população aproximada de 1.500.000 habitantes, e atuando de forma preponderante no segmento de saúde pública, visto que mais de 80% da sua atenção é voltada para pacientes do SUS (HOSPITAL AROLDO TOURINHO, 2020).

O Hospital das Clínicas Doutor Mário Ribeiro da Silveira, inaugurado em julho de 2013, é reconhecido por possuir uma estrutura moderna, um alto padrão tecnológico e por levar o nome do médico que administrou Montes Claros no período de 1989 a 1992, e foi responsável por grandes avanços na área da saúde e da educação nesta cidade. O Hospital das Clínicas presta serviço à comunidade com ações integradas de saúde, assistência social, pesquisa e ensino com o objetivo da melhoria da assistência à saúde e à educação no Norte de Minas. Divididos em três pavimentos, a instituição possui 300 leitos, dispondo de serviços ambulatoriais, centro de referência em oftalmologia, salas cirúrgicas, centro de terapia intensiva, cirurgia geral, ortopedia, ginecologia e traumatologia, exames laboratoriais e de imagem, bloco obstétrico e pediatria. Este hospital destaca-se por dispor de várias especialidades médicas de média a alta complexidade, além de possuir corpo clínico altamente qualificado e equipe interdisciplinar que se dedicam à valorização da vida (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DOUTOR MÁRIO RIBEIRO DA SILVEIRA, 2020).

Em 2006, a Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho criou o Hospital Dilson Godinho, cujas atividades da área da saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS) ultrapassam os 70% do total. Dos 117 leitos instalados neste hospital, 77% são destinados ao SUS. A instituição dispõe de diversas especializações médicas, tais como Assistência de Alta Complexidade em terapia Nutricional e Oncologia, Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia e Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Unidade de Alta Complexidade Cardiovascular, dentre outros serviços e ações em saúde. Recentemente, a fundação foi credenciada pelo MS para realizar procedimentos de Alta Complexidade em Implante Coclear. Esta instituição também presta serviços nas seguintes áreas: cardiologia,

cirurgia geral, angiologia, endocrinologia, oncologia, ortopedia e traumatologia, dentre outras. A sua região de atuação, Montes Claros, é considerada o principal centro urbano do Norte de Minas Gerais, atraindo milhares de habitantes advindo de outras regiões, notadamente do Noroeste, Nordeste e Vales do Jequitinhonha e Mucuri e parte do Sul da Bahia. Assim, mais de 2,5 milhões de pessoas habitam a área de influência da Fundação de Saúde Dilson de Quadros Godinho (HOSPITAL DILSON GODINHO, 2020).

Instituída em 1871, a Irmandade Nossa Senhora das Mercês da Santa Casa de Montes Claros, configura-se como o maior hospital do Norte de Minas. Nestes 146 anos, o hospital atua na busca por recursos e investimentos para ampliar as estruturas físicas e humanas por meio da aquisição de modernos equipamentos e capacitação de seus profissionais. Atualmente com 392 leitos, sendo 80% destes destinados ao SUS, e realizando mais de 100 mil procedimentos por mês, a instituição é composta por mais de 2.100 colaboradores, sendo cerca de 400 médicos e os demais que constituem os eixos clínico, assistencial e administrativo. Além do título de Hospital da Criança, é o único hospital da região a possuir os Certificados de Hospital Acreditado, Hospital Acreditado Pleno e Hospital Acreditado com Excelência. A instituição também possui prêmios e diversos títulos de benemerência. A Santa Casa dispõe de serviços de referência em Terapia Intensiva, Centro de terapia Intensiva Geral, Centro de Terapia Intensiva Coronariano, Urgência e Emergência, Pronto Socorro, Pronto Atendimento e Maternidade. Entre as especialidades deste hospital estão a cardiologia, cirurgias de diversas especialidades, radioterapia e outras especialidades (SANTA CASA MONTES CLAROS, 2020).

O Hospital Universitário Clemente de Faria integra a estrutura da Universidade Estadual de Montes Claros como Unidade Administrativa de Planejamento, Coordenação e Execução. Como apresentado acima, esse hospital é 100% SUS e se destaca por abranger atividades de ensino, pesquisa e extensão. O Clemente de Faria possui corpo clínico especializado, contando com 181 leitos para atendimentos do SUS, dos quais 10 são destinados à internação domiciliar. Em 2017, o Hospital Universitário totalizou 539.334 procedimentos médico-hospitalares. A instituição foi a primeira unidade hospitalar a implantar a classificação de risco com base no Protocolo de Manchester no Estado de Minas Gerais, em 2008. As principais referências em atendimento são gestantes de alto risco, vítimas de acidentes causados por animais, vítimas de violência sexual, pré-natal de risco, dentre outras especialidades. O Hospital é integrado pelo Centro Ambulatorial de Especialidades Tancredo Neves e o Centro Mais Vida de Referência em Assistência à Saúde do Idoso Eny

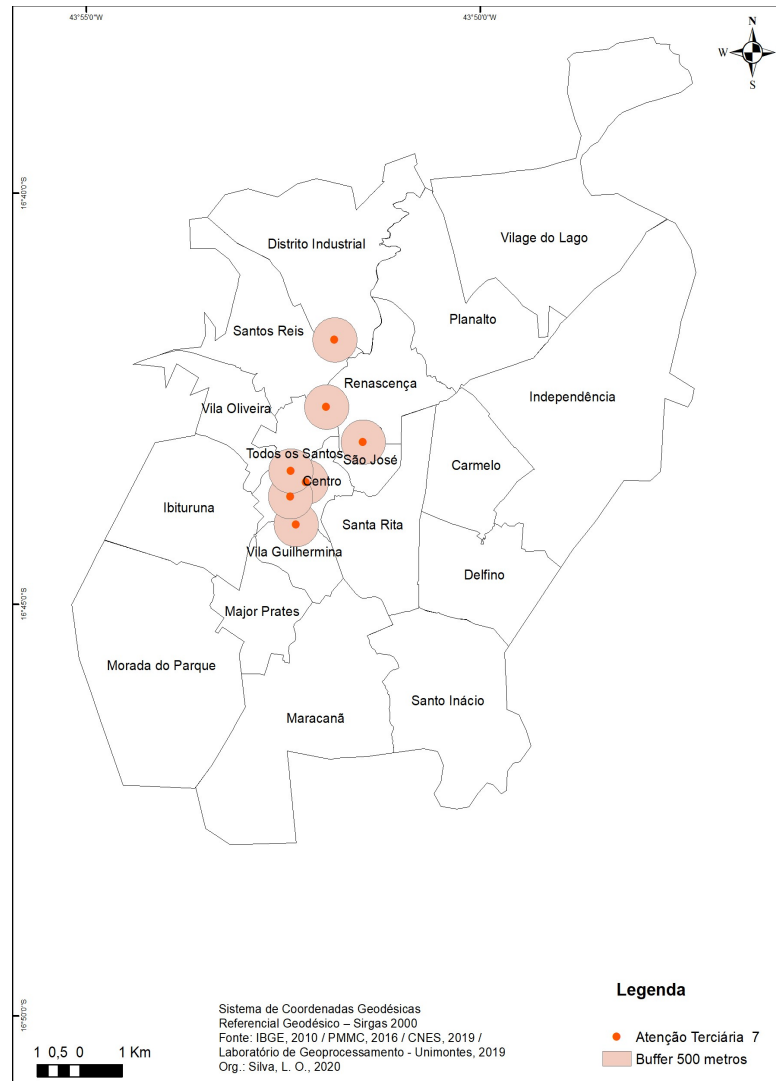
Faria de Oliveira, além de possuir títulos de Hospital Amigo da Criança, Maternidade Segura (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS, 2020).

O Hospital Prontocor surgiu da união societária de três médicos. Há mais de 30 anos este hospital presta atendimento médico com referência em cardiologia. Em 2006, contava com um quadro de 70 funcionários e 50 médicos, sendo 23 especialistas em cardiologia, com realização mensal de 5 mil exames e próximo a 5 mil consultas, 64 leitos, 10 deles no Centro de Terapia Intensiva. Os serviços não se resumem apenas à cardiologia, pois inclui também otorrinolaringologia, urgência e emergência, cirurgias plásticas e vasculares, endoscopia, ultrassonografia, dentre outros (NUNES, 2006).

Fundado no ano de 2005, o Hospital Otorrino Center oferece, desde então, o que existe de mais moderno e completo nos serviços de otorrinolaringologia. Com sua nova sede inaugurada em 2013, houve a expansão e a renovação da instituição, que agora conta com 5 andares para a prestação de serviços e especialidades em saúde. A equipe multidisciplinar deste hospital é composta por médicos otorrinolaringologistas, radiologistas, médicos do adolescente, cardiologistas, anesthesiologistas, dermatologistas e, ainda, por psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, auxiliares, técnicos em radiologia e funcionários do setor administrativo. O hospital dispõe da comodidade de poder realizar consultas e exames em um mesmo local e, por isso, é considerado um dos mais completos e modernos hospitais do Norte de Minas. A instituição visa prestar um atendimento personalizado e diferenciado com total acessibilidade e conforto (HOSPITAL OTORRINO CENTER, 2020).

O mapa da Figura 10 apresenta a distribuição das unidades de atenção terciária nas regiões de planejamento de Montes Claros. Realizou-se uma operação *buffer* que, conforme descrito na seção anterior, identifica a zona de influência de cada estabelecimento, tendo sido adotado neste estudo um raio de 500 metros. Percebeu-se uma concentração de unidades com sobreposição de zonas de influência em 4 dos 7 estabelecimentos de atenção terciária nas regiões de planejamento mais centrais.

Figura 10 – Mapa com a representação da operação *buffer* em relação à localização dos estabelecimentos de atenção terciária nas regiões de planejamento de Montes Claros - MG



Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme Secretária do Estado de Saúde (2010), o PDR/MG determina que cada agregação de território corresponde a um nível de atenção que, na tipologia assistencial – ambulatorial e hospitalar – tem os seus procedimentos reagrupados por clínicas de especialidades. Esse movimento deu origem aos elencos que se configuram como componentes para a organização dos serviços que serão descritos, a seguir, de forma específica para a assistência hospitalar.

São apresentados, aqui, os elencos correspondentes aos três níveis de regionalização/atenção: no nível macrorregional, o elenco de procedimentos – Alta Complexidade e Média Complexidade Hospitalar Especial (AC/MCHE) – é composto por procedimentos que geralmente são de alta densidade tecnológica e alto custo, os quais

requerem uma escala de cerca de 1.500.000 habitantes. Dessa forma, cabe à macrorregional, no polo macrorregional, a organização e a oferta desses serviços (MINAS GERAIS, 2010).

Para o nível microrregional, os elencos são designados como Média Complexidade Hospitalar 1 e 2 (MCH1 e MCH2). Cabe à microrregião, em seu polo, de forma solidária e conforme o porte populacional e características epidemiológicas específicas das microrregiões, a organização e oferta do nível de acordo com a definição na Carteira de Serviços e PDR/MG. De acordo com o porte populacional e características socioeconômicas, a microrregião pode ter a sua organização de serviços pautada inicialmente pelo elenco MCH2, de menor densidade tecnológica. Constituído como procedimento de maior densidade tecnológica, o MCH1 requer mais escala devido à demanda ser de menor densidade, sendo em torno de 150.000 habitantes a economia de escala para este elenco. Os dois elencos, em conjunto, refletem o ideal de uma microrregião, uma vez alcançada a disponibilidade de recursos de financiamento e de oferta de especialidades (MINAS GERAIS, 2010).

Para o nível do município, o elenco é Média Complexidade Hospitalar Básica (MCHB), cabendo ao município ofertar e organizar esse elenco, que é composto por procedimentos de grande demanda e menor densidade tecnológica (MINAS GERAIS, 2010).

A partir da caracterização dos hospitais que integram o SUS em Montes Claros, percebe-se a presença das tipologias especificadas acima. Indica-se, aqui, a possibilidade de sobreposição do mapa de localização dos estabelecimentos de atenção terciária a mapas de logradouros e mapas de trajetos de transporte público para discussões acerca do acesso físico e, até mesmo, para análise da viabilidade de acesso da população dos municípios que compõem essa macrorregião, que tem Montes Claros como referência nos serviços que compõem a atenção terciária.

2.2.2 Estabelecimentos de saúde da atenção secundária

De acordo com dados do CNES de dezembro 2019, os 55 estabelecimentos de atenção secundária que integravam o SUS no município de Montes Claros, 1 estava localizado fora das regiões de planejamento, presente em um distrito municipal. Os 55 estabelecimentos de atenção secundária dividiam-se principalmente entre clínica/centro de especialidades, policlínicas e outros tipos, conforme explicitado na Tabela 3.

Tabela 3 – Quantidade de estabelecimentos de atenção secundária que integram o SUS em Montes Claros por tipo de estabelecimento

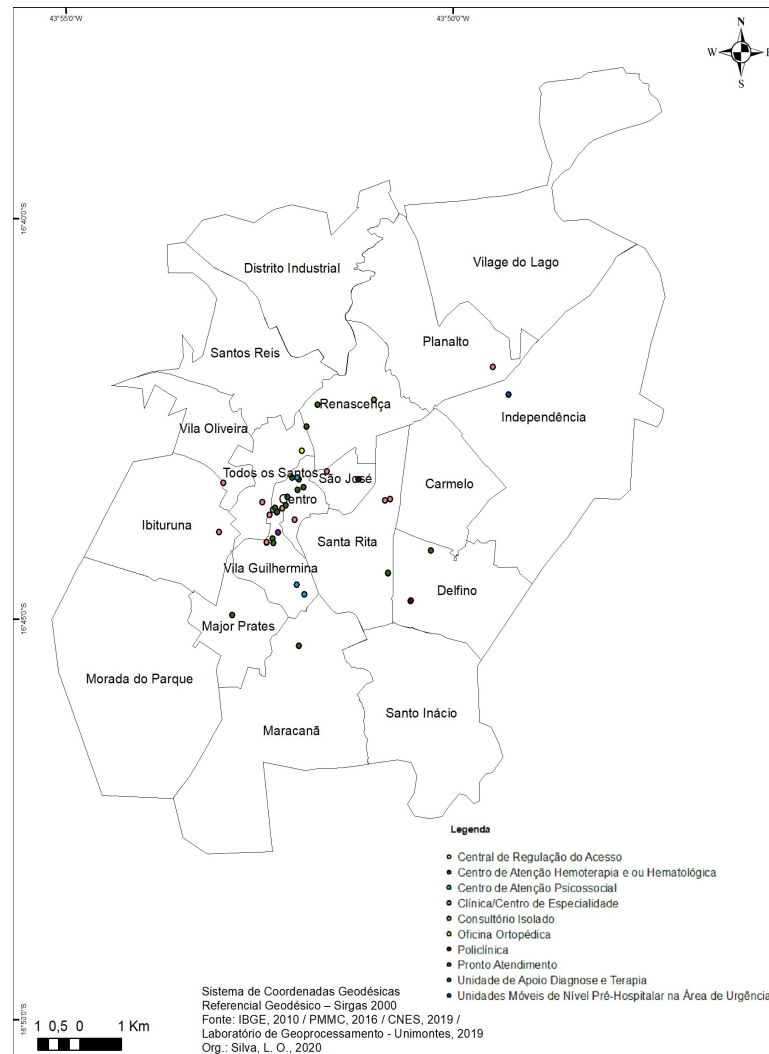
Tipo de Estabelecimento	Quantidade
Clínica/Centro de Especialidade	16
Unidades Móveis de Nível Pré-Hospitalar na Área de Urgência	8
Policlínica	3
Unidade de Apoio Diagnose e Terapia	18
Oficina Ortopédica	1
Consultório Isolado	2
Pronto Atendimento	1
Central de Regulação do Acesso	1
Centro de Atenção Hemoterapia e ou hematológica	1
Centro de Atenção Psicossocial	3
Central de Regulação Médica das Urgências	1
Total	55

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de CNES, 2019.

A Figura 11, a seguir, mostra a distribuição dos estabelecimentos de atenção secundária por tipo nas regiões de planejamento de Montes Claros. Pela observação do mapa, percebe-se que há uma concentração de estabelecimentos de atenção secundária na região de planejamento central de Montes Claros, abrangendo as regiões Todos os Santos, São José e Vila Guilhermina. A maior quantidade de estabelecimentos, confirmando os números registrados na Tabela 3, são de unidades de apoio diagnose e terapia, com 18 unidades, e clínicas/centro de especialidade, com 16 unidades.

Esses dados apontam que a região periférica de Montes Claros, onde há concentração de maior contingente populacional com renda mais baixa, carece de unidades de atenção secundária. A presença de unidades nessas regiões diminuiria o fluxo de atendimentos na região central do município, o que resultaria em atendimento mais rápido e de maior qualidade.

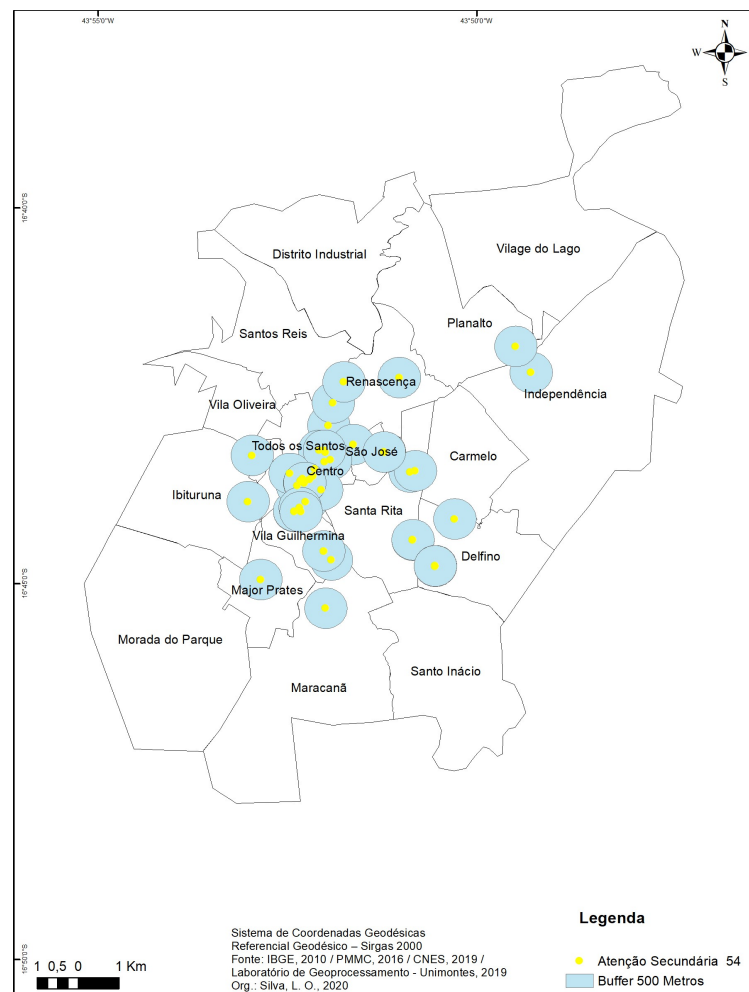
Figura 11 – Mapa da localização dos estabelecimentos de atenção secundária nas regiões de planejamento de Montes Claros - MG



Fonte: Elaborado pela autora.

O mapa da Figura 12, logo abaixo, apresenta a distribuição das unidades de atenção secundária nas regiões de planejamento de Montes Claros. Realizou-se uma operação *buffer* que, conforme descrito na seção anterior, identifica a zona de influência de cada estabelecimento, tendo sido adotado o raio de 500 metros neste estudo. Percebeu-se uma concentração de unidades com sobreposição de zonas de influência em vários estabelecimentos de atenção secundária nas regiões de planejamento mais centrais.

Figura 12 – Mapa com a representação da operação *buffer* em relação à localização dos estabelecimentos de atenção secundária nas regiões de planejamento de Montes Claros - MG

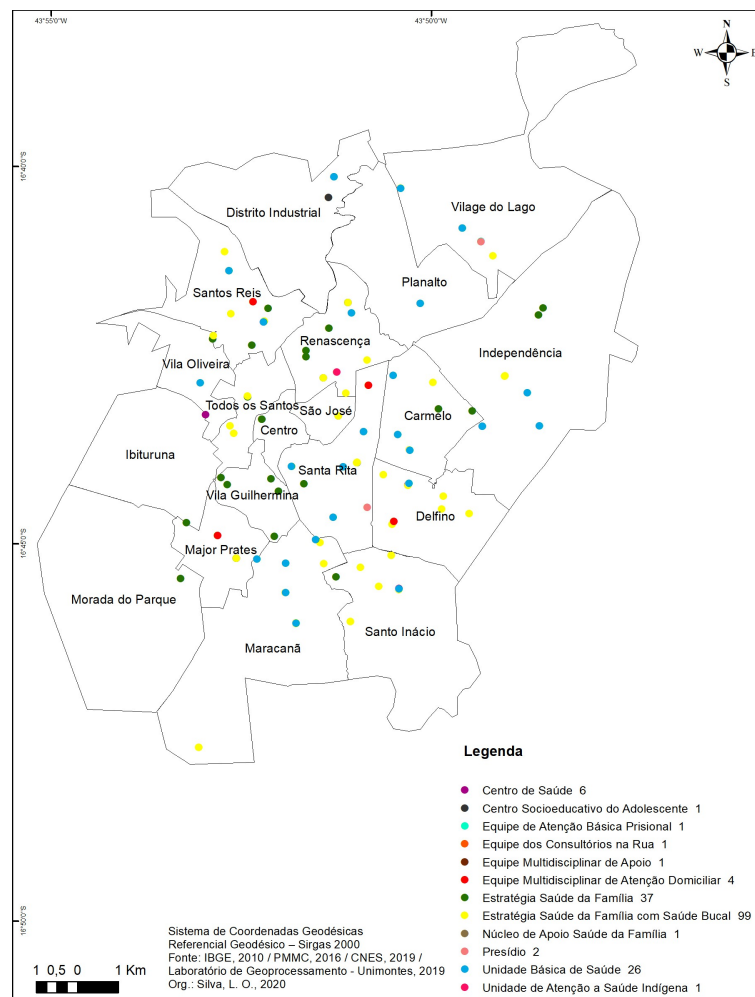


Fonte: Elaborado pela autora.

2.2.3 Estabelecimentos de saúde da atenção primária

Os 190 estabelecimentos cadastrados como de atenção primária encontram-se distribuídos da seguinte forma: 106 Estratégias Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB), 39 Estratégias Saúde da Família (ESF), 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 6 Centros de Saúde (CS), 4 Equipes Multidisciplinares de Atenção Domiciliar (EMAD), 2 Presídios, 1 Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), 1 Equipe Multidisciplinar de Apoio (EMAP), 1 Equipe Consultórios na Rua (ECR), 1 Equipe de Atenção Básica Prisional (EABP), 1 Unidade de Atenção à Saúde Indígena e 1 Centro Socioeducativo do Adolescente (CSEA).

Figura 13 – Mapa da localização dos estabelecimentos de atenção primária nas regiões de planejamento de Montes Claros - MG



Fonte: Elaborado pela autora.

Por meio do mapa apresentado na Figura 13, pode-se constatar que todas as 19 regiões de planejamento contavam com estabelecimentos de atenção primária, sendo que em algumas nota-se maior concentração, enquanto que em outras regiões há apenas uma ou duas unidades, como nos casos dos bairros São José, Morada do Parque e Ibituruna. Nessas duas últimas regiões, pode-se associar o menor número de estabelecimentos de saúde ao fato de serem regiões em que os residentes possuem renda *per capita* mais alta e que, possivelmente, demandariam serviços de saúde pública com menor frequência, assunto que será discutido mais adiante.

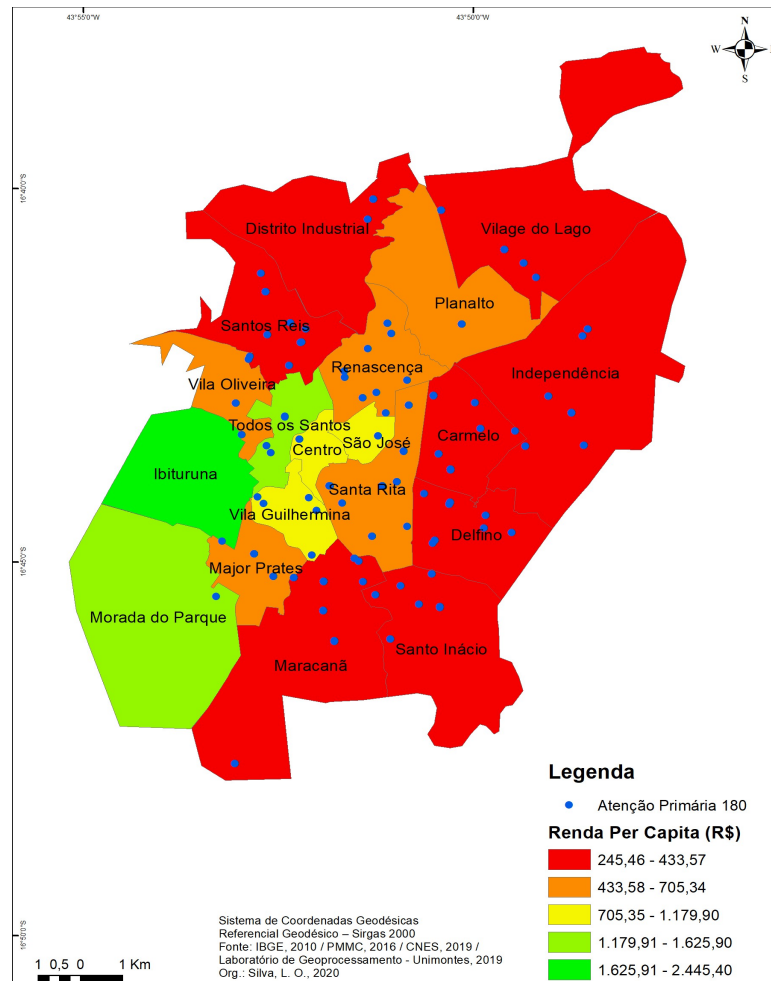
São vários os fatores que influenciam na localização de uma unidade de saúde, tais como a oferta existente, a demanda e a renda da população. Assim, é necessário um estudo das densidades populacionais nas cidades, bem como das taxas de natalidade, buscando a otimização do número local das unidades básicas de saúde, com a exigência de

avaliações constantes, principalmente nos grandes centros (GOUDARD; OLIVEIRA; GERENTE, 2015).

Dos 190 estabelecimentos de atenção primária, 10 estavam localizados na zona rural, onde, conforme o IBGE, havia 17.488 habitantes em 2010. Os demais 180 estabelecimentos de atenção primária encontravam-se distribuídos na zona urbana, cuja população em 2010 era de 344.427 habitantes.

O mapa na Figura 14 apresentam a distribuição espacial dos estabelecimentos de atenção primária, sobrepondo-se aos dados de renda *per capita* e de número de habitantes nas regiões de planejamento.

Figura 14 – Localização dos estabelecimentos de atenção primária que integram o SUS em Montes Claros - MG sobreposta à distribuição dos habitantes conforme a renda *per capita*



Fonte: Elaborado pela autora.

Na Figura 14, percebe-se o número reduzido de estabelecimentos de saúde em regiões onde a renda *per capita* da população é mais elevada, a exemplo dos casos já mencionados anteriormente neste estudo (Ibituruna e Morada do Parque). Porém, conforme

Tabela 4, abaixo, em regiões com população de menor renda, também foi possível perceber a presença de número reduzido de estabelecimentos, a exemplo do Distrito Industrial com 5 unidades.

Tabela 4 – Regiões de Planejamento, renda *per capita* e quantidade de estabelecimentos de atenção primária

Região de Planejamento	Renda <i>per capita</i> 2010	ESF	CS	UBS	ESFSB	EMAD	EMAP	EABP	ECR	Pré-dio	NASF	Unidade de Atenção à Saúde Indígena	Centro Socioeducativo do Adolescente	Total de estabelecimentos
Ibituruna	2.445,40	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Todos os Santos	1.625,90	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Morada do Parque	1.303,05	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro	1.179,90	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3
São José	1.020,18	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Vila Guilhermina	969,88	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Vila Oliveira	705,34	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Planalto	652,34	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Major Prates	609,20	3	-	1	4	1	-	-	-	-	-	-	-	9
Santa Rita	526,93	2	1	4	14	1	-	-	-	1	1	-	-	24
Renascença	511,05	6	-	1	6	-	-	-	-	-	-	1	-	14
Carmelo	433,57	2	-	3	8	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Maracanã	388,66	-	-	5	19	-	-	-	-	-	-	-	-	24
Delfino	383,12	-	1	1	10	1	1	-	-	-	-	-	-	14
Santos Reis	324,21	5	2	2	10	1	-	-	-	-	-	-	-	20
Independência	310,21	3	-	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Santo Inácio	307,27	1	1	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Distrito Industrial	275,52	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Village do Lago	245,46	2	-	2	6	-	-	1	-	1	-	-	-	12
Total	1.4217,18	37	6	26	99	4	1	1	1	2	1	1	1	180

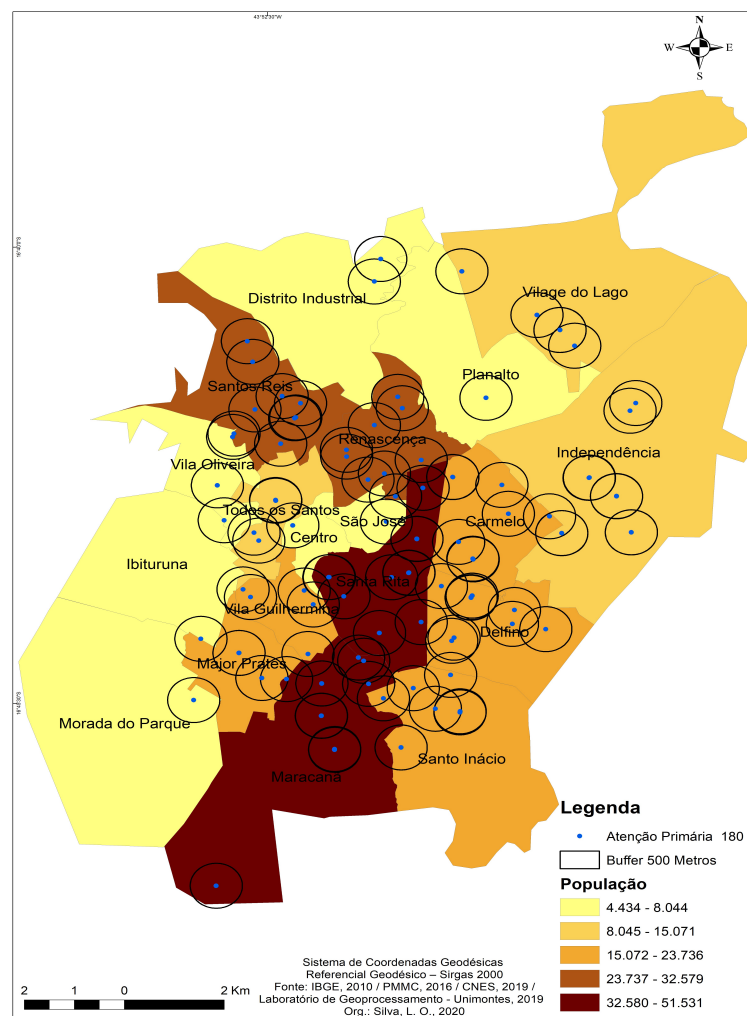
Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de CNES, 2019; Laboratório de Geoprocessamento - Unimontes, 2019; PPMC, 2016; IBGE, 2020.

A relação população de menor renda *versus* número reduzido de estabelecimentos nas regiões indicadas na Tabela 4 demonstra que o maior adensamento de estabelecimentos de saúde em regiões com população de menor renda *per capita* é regra com exceção do caso

mencionado acima, sendo o Distrito Industrial a região que apresenta o menor conjunto de estabelecimentos entre essas regiões. Neste quesito o Maracanã destaca-se com 24 estabelecimentos, e o Independência possui a segunda menor quantidade, 11 estabelecimentos.

O mapa apresentado na Figura 15 representa a área de influência dos estabelecimentos de atenção primária sobreposta ao número de habitantes nas regiões de planejamento. Verificou-se que nas partes centrais há grande quantidade de estabelecimentos que se sobrepõem num raio de 500 metros de distância.

Figura 15 – Representação *buffer* da localização dos estabelecimentos de atenção primária que integram o SUS de Montes Claros - MG sobreposta à distribuição do número de habitantes



Fonte: Elaborado pela autora.

De acordo com a Tabela 5, percebe-se ainda que a região do Morada do Parque conta com uma equipe ESF, em desacordo com o que está estabelecido na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017). De acordo com a portaria da PNAB, uma

equipe ESF deve ter de 2.000 a 3.500 habitantes em sua área de atuação. Diante do estabelecido pela referida política pública, seria necessário haver pelo menos mais um estabelecimento de saúde na região do Morada do Parque.

Tabela 5 – Regiões de Planejamento e quantidade de estabelecimentos de atenção primária

Região de Planejamento	População 2010	ESF	CS	UBS	ESFSB	EMAD	EMAP	EABP	ECR	Presídio	NASF	Unidade de Atenção à Saúde Indígena	Centro Socioeducativo do Adolescente	Total de estabelecimentos
Santa Rita	51.531	2	1	4	14	1	-	-	-	1	1	-	-	24
Maracanã	39.136	-	-	5	19	-	-	-	-	-	-	-	-	24
Santos Reis	32.579	5	2	2	10	1	-	-	-	-	-	-	-	20
Renascença	32.266	6	-	1	6	-	-	-	-	-	-	1	-	14
Delfino	23.736	-	1	1	10	1	1	-	-	-	-	-	-	14
Carmelo	22.311	2	-	3	8	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Village do Lago	12.214	2	-	2	6	-	-	1	-	1	-	-	-	12
Independência	15.071	3	-	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	11
Santo Inácio	16.643	1	1	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Major Prates	18.664	3	-	1	4	1	-	-	-	-	-	-	-	9
Distrito Industrial	5.553	2	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	5
Vila Guilhermina	18.263	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5
Planalto	6.596	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Todos os Santos	10.532	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4
Vila Oliveira	6.443	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Centro	6.904	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	3
São José	8.044	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Ibituruna	5.746	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Morada do Parque	4.434	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	336.666	37	6	26	99	4	1	1	1	2	1	1	1	180

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de CNES, 2019; Laboratório de Geoprocessamento - Unimontes, 2019; PMMC, 2016; IBGE, 2020.

Conforme já mencionado neste estudo, além dos 180 estabelecimentos de atenção primária que estão distribuídos nas regiões de planejamento de Montes Claros, identificou-se

também 10 estabelecimentos que se localizam nos distritos de Montes Claros, sendo apresentada a quantidade e tipologia na Tabela 6.

Tabela 6 – Distritos de Montes Claros, quantidade de estabelecimentos de atenção primária por tipo

Distrito	ESF	CS	UBS	ESFSB	EMAD	EMAP	EABP	ECR	Presídio	NASF	Unidade de Atenção à Saúde Indígena	Centro Socioeducativo do Adolescente	Total de estabelecimentos
Miralta	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nova Esperança	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Aparecida do Mundo Novo	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Santa Rosa de Lima	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Samambaia	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Mandaquaril	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Santa Bárbara	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Planalto Rural	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total	2	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	10

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de CNES, 2019; IBGE, 2020.

O mapeamento permitiu identificar a distribuição dos estabelecimentos de saúde em Montes Claros, e os principais resultados apontam uma aglomeração de estabelecimentos em todos os três níveis de atenção nas regiões de planejamento mais centrais do município. Os estabelecimentos não estão distribuídos no município e em suas regiões de planejamento em quantidade uniforme, e características como quantidade de habitantes e renda podem influenciar nessa distribuição.

Destaca-se o fato de a realização desta pesquisa demonstrar o potencial da utilização de um conjunto de ferramentas de geoprocessamento no apoio à tomada de decisão

para a condução de políticas públicas de saúde e suas respectivas avaliações. Além disso, a utilização dos mapas possibilita o cruzamento dessas informações espaciais com outras bases cartográficas e, até mesmo, com dados de outros órgãos, podendo favorecer, dentre outras dimensões, a administração de recursos públicos.

A seguir, são apresentadas as considerações finais, que contempla as contribuições desta pesquisa, bem como suas limitações e, ainda, sugestões para o desenvolvimento de novos estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta pesquisa, cujo objetivo geral foi caracterizar a distribuição territorial dos estabelecimentos que integram o Sistema Único de Saúde em Montes Claros - MG, foram apresentadas as características da macrorregião de saúde Norte de Minas, da qual Montes Claros é município polo em níveis macro e microrregional. Constatou-se que o número de habitantes dessa macrorregião excede a quantidade que é apontada no PDR. Adicionalmente, os municípios não são uniformemente distribuídos entre as microrregiões. Em especial, a microrregião de saúde Montes Claros apresenta um número de habitantes muito superior ao que consta no PDR, quando descreve características de uma microrregião, enquanto a microrregião Coração de Jesus apresenta um número muito inferior de habitantes, também em relação ao disposto no PDR. Destaca-se também o fato de esta macrorregião apresentar como característica uma média de IDHM próxima a de estados considerados mais pobres do Brasil.

Quanto à distribuição espacial dos estabelecimentos que integram o SUS em Montes Claros, este estudo identificou que tal distribuição se dá de forma desigual em seus três níveis de atenção e nas diferentes regiões de planejamento do município. Verificou-se, ainda, que características como número de habitantes e renda podem influenciar essa distribuição. Eventuais lacunas deixadas por este estudo poderão ser preenchidas por novas pesquisas. Porém, há algumas vantagens que podem ser destacadas. Dentre elas está o fato desta pesquisa realizar um descritivo atual da macrorregião de saúde Norte de Minas após o ajuste de 2019 e o mapeamento de todos os estabelecimentos de saúde que integravam o SUS em Montes Claros, até então não identificados em pesquisas anteriores. No mapeamento realizado, a base de dados de livre acesso CNES confere confiabilidade para a sistematização dos dados.

Destaca-se também o fato de a realização desta pesquisa demonstrar o potencial da utilização de um conjunto de ferramentas de geoprocessamento no apoio à tomada de

decisão para a condução de políticas públicas de saúde e em sua avaliação. Ademais, o mapeamento realizado neste estudo poderá permitir aos usuários identificar os estabelecimentos que constituem a rede de saúde e sua localização. Para tanto, sugere-se, aqui, o desenvolvimento de um aplicativo que disponha destas informações. Além disso, a utilização dos mapas possibilita o cruzamento das informações espaciais com outras bases cartográficas e, até mesmo, com dados de outros órgãos, podendo favorecer, dentre outras dimensões, a administração de recursos públicos.

Os mapas aqui desenvolvidos poderão ser utilizados na gestão de práticas e ações de saúde, a exemplo de sobreposições de informações de regiões endêmicas como as de dengue, onde será possível identificar os estabelecimentos que podem estar envolvidos em ações de atenção ou vigilância à população em regiões mais afetadas. Destacam-se outras possibilidades, tais como sobrepor o mapa de estabelecimentos à distribuição populacional por sexo para campanhas de prevenção de câncer por gênero, ou sobrepor ao mapa de distribuição por faixa etária, também com propósitos de planejar ações para grupos específicos.

REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. CNES. **Consulta de estabelecimento**, 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>. Acesso em: 20 dez. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 8.142, 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, DF: Presidência da República, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm. Acesso em: 20 fev. 2019.

BRASIL. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nos 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.429, de 26 de dezembro de 1996, 9.732, de 11 de dezembro de 1998, 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória no 2.187-13, de 24 de agosto de 2001; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/Lei/L12101.htm. Acesso em: 24 ago. 2020.

BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. DF: Presidência da República, 2017,. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/p_rc00_02_03_10_2017.html. Acesso em: 24 ago. 2020.

CAMPOS, E. R. T.; *et al.* Montes Claros e o Sistema Único de saúde: um legado para a história. In: FÓRUM DE ENSINO, PESQUISA, EXTENSÃO E GESTÃO - FEPEG, 10., 2016, Montes Claros. **Anais** [...] Montes Claros: Unimontes, 2016. Disponível em: <http://www.fepeg2016.unimontes.br/index.php/anais/ver/2547>. Acesso em: 05 set. 2020.

CAMPOS, E. R. T. *et al.* O legado do município de Montes Claros para a história do Sistema Único de Saúde. **Revista de Desenvolvimento Social**, v. 15, n. 1, p. 39-46, 2015. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/rds/article/view/1974>. Acesso em: 18 mar. 2019.

CARVALHO, A. L. B. de; JESUS, W. L. A. de; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1155-1164, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/regionalizacao-no-sus-processo-de->

implementacao-desafios-e-perspectivas-na-visao-critica-de-gestores-do-sistema/15986?id=15986. Acesso em: 28 out. 2019.

COSTA, L. R. **Metodologia e arquitetura para sistematização do processo investigatório de análise da informação digital**. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia Elétrica) – Departamento de Engenharia Elétrica, Universidade de Brasília, Brasília, 2012. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12117/1/2012_LeviRobertoCosta.pdf. Acesso em: 05 mar. 2019.

DOURADO, D. A.; ELIAS, P. E. M. Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 204-211, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000100023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 fev. 2019.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 323-363.

ESCOREL, S. O Projeto Montes Claros (PMC): sistema integrado de prestação de serviços de saúde no norte de Minas. *In: Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário* [online]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p. 149-160.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M. R. Participação social. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 853-883.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 279-321.

FARIA, E. O. *et al.* A Regionalização da saúde no Estado de Minas Gerais e os parâmetros do Plano Diretor de Regionalização da Saúde interpretados sob a ótica da geografia. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 14, n. 28, p. 96 - 113, jul. 2018. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/41744>. Acesso em: 05 set. 2019.

FLEURY, S. *et al.* Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 28, p. 446-455, 2010. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9598/v28n6a06.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 25 maio 2019.

FLEURY, S.; OUVERNEY, A. Política de saúde: uma política social. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 25-57.

FRANÇA, I. S.; QUEIROZ, C. G. T. Rede urbana regional e os fluxos no setor de saúde no norte de Minas Gerais. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 9, n. 17, p. 204-222, dez. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/22980/13634>. Acesso em: 05 mar. 2019.

FURTADO, J. P. *et al.* Planejamento e avaliação em saúde: entre antagonismo e colaboração. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, p.1-12, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00089717.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOUDARD, B.; OLIVEIRA, F. H.; GERENTE, J. Avaliação de modelos de localização para análise da distribuição espacial de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Cartografia**, Rio de Janeiro, n. 67, v. 1, p. 15-34, jan./fev. 2015. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistabrasileiracartografia/article/view/44723>. Acesso em: 28 out. 2019.

GOYA N. *et al.* Percepções de gestores estaduais da saúde sobre o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde no Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1235-44, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1235.pdf>. Acesso em: 28 out. 2019.

HOSPITAL AROLDO TOURINHO (Montes Claros). **História**. Disponível em: <http://www.aroldotourinho.com.br/historia/>. Acesso em: 26 abr. 2020.

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DOUTOR MÁRIO RIBEIRO DA SILVEIRA (Montes Claros). **Quem somos**. Disponível em: <http://hcmarioribeiro.com.br/quem-somos/>. Acesso em: 26 abr. 2020.

HOSPITAL DILSON GODINHO (Montes Claros). **História**. Disponível em: <http://www.fundacaodilsongodinho.org.br/site/index.php/institucional/fundacao/historico>. Acesso em: 26 abr. 2020.

HOSPITAL OTORRINO CENTER (Montes Claros). **Sobre**. Disponível em: <https://www.hospitalotorrinocenter.com.br/#>. Acesso em: 26 abr. 2020.

IBGE. **Cidades**. Montes Claros. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/montes-claros/panorama>. Acesso em: 10 jan. 2020.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 maio 2019.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2012. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/regionalizacao-e-acesso-a-saude-nos-estados-brasileiros-condicionantes-historicos-e-politico-institucionais/10878>. Acesso em: 28 out. 2019.

LIMA, L. D. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 823-852.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, A. J. de S. **Rede de Atenção à Urgência e Emergência**: estudo de caso na macrorregião Norte de Minas Gerais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18465/Rede_UrgenciaEmergencia_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 28 out. 2019.

MARTINELLI, N. L. **A regionalização da saúde no Estado de Mato Grosso**: o processo de implementação e a relação público-privada na região de saúde do Médio Norte Mato grossense. 2014. 209 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-14012015-144436/publico/NereideLuciaMartinelliVersaoCorrigida.pdf>. Acesso em: 05 maio 2019.

MEDEIROS, D. L. **A centralidade que Montes Claros exerce no Norte de Minas pela infraestrutura do setor de saúde**. 2011. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Universidade Estadual de Montes Claros, Montes Claros, 2011.

MINAS GERAIS. **A resolubilidade e os vazios da assistência hospitalar micro e macrorregional do SUS/MG em 2010 e a evolução 2003/2010**. Secretária de Estado de Saúde. Belo Horizonte, 2010.

MINAS GERAIS. Conheça Minas. **Geografia**. Belo Horizonte: 2019. Disponível em: <https://www.mg.gov.br/conheca-minas/geografia>. Acesso em: 02 mar. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG N° 3.013, de 23 de outubro de 2019**. Aprova o Ajuste/2019 do Plano Diretor de Regionalização PDR/SUS-MG e dá outras providências. Belo Horizonte, 2019a. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203013%20-%20Ajuste%20PDR%20-%20Novos%20C%C3%B3digos%20Anexo%20I.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2020.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização (PDR)**. Belo Horizonte, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>. Acesso em: 20 abr. 2020.

MONTES CLAROS. Prefeitura Municipal. **Decreto Municipal nº 3.393, de 17 de maio de 2016**. Institui as regiões de planejamento de Montes Claros e dá outras providências. Disponível em: <https://portal.montesclaros.mg.gov.br/decreto/com-numero/decreto-n-3393-de-17-de-maio-de-2016>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MOREIRA, L. M. de C.; FERRE, F.; ANDRADE, E. I. G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciência**

&Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1245-1256, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/financiamento-descentralizacao-e-regionalizacao-transferencias-federais-e-as-redes-de-atencao-em-minas-gerais-brasil/15979>. Acesso em: 05 maio 2019.

MOREIRA, M. R.; RIBEIRO, J. M.; OUVENEY, A. M. Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1097-1108, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/obstaculos-politicos-a-regionalizacao-do-sus-percepcoes-dos-secretarios-municipais-de-saude-com-assento-nas-comissoes-intergestores-bipartites/16117>. Acesso em: 28 out. 2019.

NORONHA, J.; LIMA, L.; MACHADO, C. O Sistema Único de Saúde - SUS. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 365-393.

NUNES, Samuel. Hospital-modelo em atendimento: Prontocor realiza mensalmente cinco mil exames. **Jornal O Norte**, Montes Claros, 27 jul. 2006. Montes Claros. Disponível em: <https://onorte.net/montes-claros/hospital-modelo-em-atendimento-prontocor-realiza-mensalmente-cinco-mil-exames-1.530387>. Acesso em: 26 abr. 2020.

OUVENEY, A. M.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. O COAP e a Regionalização do SUS: os diversos padrões de implementação nos estados brasileiros. **Ciência &Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1193-1207, abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401193&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2019.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n.6, p.1723-1728, 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sistema-unico-de-saude-sus-aos-30-anos/16737>. Acesso em: 05 maio 2019.

PAIM, J. S. **O que é o Sus**. Coleção temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S. 20 anos de construção do Sistema Único de Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.2 n.1, p.63-86, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/5979/1/Paim%20JS%202008.%20Artigo3.pdf>. Acesso em: 05 maio 2019.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde—Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.15-36, jan./mar. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 03 fev. 2019.

PEREIRA, J. A.; JONES, K.M. Contribuições do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde. **Renome - Revista Norte Mineira de Enfermagem**. v.5, n.2, p.22-35, 2016. Disponível em:

<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1247>. Acesso em: 03 fev. 2019.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-regulacao-municipal-ambulatorial-de-servicos-do-sistema-unico-de-saude-no-rio-de-janeiro-avancos-limites-e-desafios/15968>. Acesso em: 28 out. 2019.

REIS, A. A. C. dos *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1045-1054, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/reflexoes-para-a-construcao-de-uma-regionalizacao-viva/15899>. Acesso em: 28 out. 2019.

RIBEIRO, J. M. *et al.* Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1031-1044, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/politicas-de-saude-e-lacunas-federativas-no-brasil-uma-analise-da-capacidade-regional-de-provisao-de-servicos/16116>. Acesso em: 28 out. 2019.

RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Desigualdades regionais, federalismo cooperativo e desafios do SUS. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1028- , abr. 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401028. Acesso em: 28 out. 2019.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1075-1084, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232017002401075&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2019.

ROCHA, T. *et al.* Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: evidências sobre a confiabilidade dos dados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 229-240, jan. 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000100229&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2019.

ROSA, R. Análise Espacial em Geografia. **Revista da ANPEGE**, v. 7, n. 1, p. 275-289, out. 2011. Disponível em: <http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/anpege/article/view/6571/3571>. Acesso em: 27 ago. 2019.

SANCHO, L. G. *et at.* O processo de regionalização da saúde sob a ótica da teoria dos custos de transação. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1121-1130, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-processo-de-regionalizacao-da-saude-sob-a-otica-da-teoria-dos-custos-de-transacao/15972>. Acesso em: 28 out. 2019.

SANTA CASA MONTES CLAROS (Montes Claros). **A Santa Casa de Montes Claros**. Disponível em: http://www.santacasamontesclaros.com.br/index.php/santa_casa. Acesso em: 26 abr. 2020.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, Ligia. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, p. 622-631, 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102014000400622. Acesso em: 26 maio 2019.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1281-1289, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/regiao-de-saude-e-suas-redes-de-atencao-modelo-organizativosistemico-do-sus/15966>. Acesso em: 28 out. 2019.

SANTOS NETO, J. A. dos *et al.* Análise do financiamento e gasto do Sistema Único de Saúde dos municípios da região de saúde Rota dos Bandeirantes do estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1269-1280, abr. 2017. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-do-financiamento-e-gasto-do-sistema-unico-de-saude-dos-municipios-da-regiao-de-saude-rotados-bandeirantes-do-estado-de-sao-paulo/15983>. Acesso em: 28 out. 2019.

SANTOS, R. C. N. A história do Projeto Montes Claros. In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). **Projeto Montes Claros: a utopia revisitada**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 21-60.

SANTOS, S. M.; BARCELLOS, C. (Orgs). **Abordagens espaciais na saúde pública**. Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2006.

SANTOS, S. M.; SOUZA-SANTOS R. (Orgs). **Sistemas de informações geográficas e análise espacial na saúde pública**. Série Capacitação e Atualização em Geoprocessamento em Saúde. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, 2007.

SAQUET, M.A. Por uma abordagem territorial. In: SAQUET, M.A.; SPOSITO, E.S. (Org). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. 1. ed. São Paulo: Expressão Popular; UNESP; Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2008.

SILVA, C. B., RAMIRES, J. C. L. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 6, n. 11, p. 60-79, 2010. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/16971>. Acesso em: 28 out. 2019.

SILVA, P. L. N. *et al.* Projeto Montes Claros: Construção do Sistema Único de Saúde na visão de atores envolvidos historicamente no processo. **Renome - Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 1, p.15-32, 2014. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2400>. Acesso em: 05 set. 2020.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 out. 2019.

SILVA, V. N.; NEZ, E.; BITENCOURT, L. P. A realidade escolar contemporânea: estado da arte sobre a pedagogia universitária com desdobramentos para a Educação Básica. *In: ENCONTRO NACIONAL DA DIDÁTICA E DA PRÁTICA DE ENSINO*, 2012, Araraquara **Anais [...]**. Araraquara, 2012. Disponível em: <http://endipe.pro.br/ebooks-2012/1621p.pdf>. Acesso em: 05 maio 2019.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 431-442, 2002. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000300004&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 abr. 2019.

SOUZA JUNIOR, P. R. Os movimentos sociais e sua participação na criação e desenvolvimento do SUS no Brasil. **Revista de Movimentos Sociais e Conflitos**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 98-126, jul./dez. 2016.

SOUZA, N. P. C. de. **A 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963):** antecedentes para um sistema nacional de saúde público e descentralizado. 2014. 160 f. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e da Saúde) – Casa de Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/18696>. Acesso em: 03 fev. 2019.

TAMANO, L. T. O. O movimento sanitário no Brasil: a visão da doença como mal nacional e a saúde como redentora. **Khronos**, n.4, p.102-115, set. 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/khronos/article/view/131909>. Acesso em: 10 fev. 2019.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. **Projeto Montes Claros: A utopia revisitada**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 183-206.

UGÁ, M. A.; PORTO, S. M.; PIOLA, S. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. *In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 395-425.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS (Montes Claros). **A Unimontes**. Disponível em: <https://unimontes.br/apresentacao/> 2020. Acesso em: 16 fev. 2020.

VAN STRALEN, C. J. Do Projeto Montes Claros para o Sistema Único de Saúde: o hiato entre ideologia e realizações práticas. *In: TEIXEIRA, S. M. F. (Org.). Projeto Montes Claros: a utopia revisitada*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p.165-191.

APÊNDICE - Adscrição dos municípios que compõem a Macrorregião de Saúde Norte de Minas Gerais por microrregião, polos e municípios, conforme o ajuste de 2019 do Plano Diretor de Regionalização SUS/MG

Microrregião/ Polo/ Município	Área da unidade territorial 2018 (km ²)	População Estimada 2019	IDHM 2010	PIB <i>per capita</i> 2017 (R\$)	Taxa de mortalidade infantil - óbitos por mil nascidos vivos 2017	Salário médio dos trabalhadores formais 2017	Escolaridade - Taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade 2010 (%)
BOCAIÚVA (Bocaiúva)							
Bocaiúva	3.227,627	49.979	0,700	15.891,30	16,92	1,7	97,8
Engenheiro Navarro	608,306	7.242	0,655	9.565,06	12,50	1,5	98,6
Francisco Dumont	1.576,128	5.215	0,625	11.298,50	-	1,4	96,3
Guaraciama	390,263	4.972	0,677	7.816,90	40,00	1,6	95,8
Joaquim Felício	790,935	4.695	0,637	8.649,46	20,83	1,5	97,5
Olhos-d'Água	2.092,078	6.096	0,626	20.332,15	14,49	1,5	97,4
BRASÍLIA DE MINAS/SÃO FRANCISCO (Brasília de Minas/S. Francisco)							
Brasília de Minas	1.399,484	32.347	0,656	9.231,36	8,87	1,6	96,8
Campo Azul	505,914	3.817	0,621	8.533,45	35,09	1,5	98,1
Ibiracatu	353,413	5.400	0,591	6.870,88	24,10	1,6	98,0
Icarai de Minas	625,664	11.990	0,624	6.430,64	8,93	1,5	95,4
Japonvar	375,232	7.969	0,608	6.639,89	9,35	1,3	97,8
Lontra	258,874	9.661	0,646	7.201,03	7,58	1,4	97,9
Luislândia	411,714	6.699	0,614	7.185,38	23,53	1,6	98,0
Patis	444,196	5.972	0,614	7.449,33	-	1,5	96,8
Pintópolis	1.228,736	7.507	0,594	7.483,24	-	1,5	97,6
São Francisco	3.308,100	56.323	0,638	8.713,69	20,31	1,7	97,4
São João da Ponte	1.851,102	25.165	0,569	7.580,28	10,07	1,7	98,0
São Romão	2.434,004	12.337	0,640	11.659,41	-	1,6	97,4
Ubaí	820,524	12.533	0,609	7.446,04	15,15	1,4	96,1
Urucuia	2.076,942	16.865	0,619	8.046,41	20,20	1,5	95,6
Varzelândia	814,994	19.320	0,594	7.637,08	20,16	1,6	97,1
CORAÇÃO DE JESUS (Coração de Jesus)							
Coração de Jesus	2.225,216	26.602	0,642	7.398,63	15,33	1,5	96,7
Jequitai	1.268,443	7.531	0,643	9.968,50	-	1,7	97,9
Lagoa dos	600,547	4.102	0,634	10.518,36	-	1,6	98,9

Patos							
São João da Lagoa	998,015	4.915	0,634	8.676,64	51,28	1,5	98,9
São João do Pacuí	415,922	4.419	0,625	7.730,78	25,00	1,3	98,7
FRANCISCO SÁ (Francisco Sá)							
Botumirim	1.568,884	6.319	0,602	7.391,67	17,86	1,6	96,5
Capitão Enéas	971,576	15.234	0,639	16.680,32	16,13	1,6	96,9
Cristália	840,702	5.971	0,583	7.183,23	14,93	1,5	95,3
Francisco Sá	2.747,295	26.277	0,654	11.452,30	16,88	1,6	98,8
Grão Mogol	3.885,294	15.836	0,604	17.932,81	13,25	1,5	96,7
Josenópolis	541,393	4.867	0,564	7.427,46	45,45	1,9	96,1
JANAÚBA/ MONTE AZUL (Janaúba/ Monte Azul)							
Catuti	287,812	4.986	0,621	7.667,61	14,71	1,5	98,3
Espinosa	1.868,970	31.617	0,627	8.512,66	8,06	1,4	95,7
Gameleiras	1.733,203	5.109	0,650	7.443,71	16,95	1,3	98,9
Jaíba	2.635,467	38.909	0,638	14.639,28	11,65	1,8	97,4
Janaúba	2.181,319	71.648	0,696	15.304,43	6,88	1,7	98,5
Mamonas	284,365	6.543	0,618	7.193,17	-	1,5	98,5
Matias Cardoso	1.940,598	11.157	0,616	12.185,51	9,90	1,5	
Mato Verde	472,245	12.459	0,662	9.334,21	9,90	1,3	97,2
Monte Azul	1.001,296	20.854	0,659	8.752,04	21,83	1,5	98,3
Nova Porteira	120,943	7.500	0,641	13.667,37	29,70	1,6	98,3
Pai Pedro	839,805	6.089	0,590	7.025,50	-	1,4	95,4
Porteira	1.749,683	37.906	0,651	8.663,01	6,94	1,7	98,6
Riacho dos Machados	1.315,540	9.481	0,627	21.278,70	19,23	2,7	95,3
Serranópolis de Minas	551,954	4.752	0,633	7.317,87	16,13	1,6	99,3
Verdelândia	1.570,582	9.355	0,584	9.114,55	26,85	1,4	95,5
JANUÁRIA (Januária)							
Bonito de Minas	3.936,455	11.230	0,537	6.761,87	7,46	1,6	93,0
Cônego Marinho	1.610,470	7.642	0,621	6.670,74	-	1,4	98,7
Itacarambi	1.225,273	18.153	0,641	10.274,98	18,45	1,7	97,6
Januária	6.661,588	67.742	0,658	9.860,09	11,59	1,8	96,4
Pedras de Maria da Cruz	1.525,493	12.107	0,614	7.417,90	-	1,7	98,5
MANGA (Manga)							
Juvenília	1.064,692	5.724	0,592	8.559,64	-	1,4	96,7
Manga	1.950,184	18.407	0,642	9.694,54	28,94	1,5	96,4
Miravânia	602,128	4.888	0,593	7.543,03	19,61	1,5	96,0
Montalvânia	1.503,755	14.877	0,613	8.089,45	5,03	1,5	96,2

São João das Missões	678,274	13.014	0,529	6.087,87	7,58	1,6	90,8
MONTES CLAROS (Montes Claros)							
Claro dos Poções	720,424	7.551	0,670	8.005,11	25,97	1,5	97,0
Glaucilândia	145,861	3.150	0,679	8.635,06	83,33	1,4	99,8
Itacambira	1.788,445	5.385	0,628	10.804,02	-	1,7	95,3
Juramento	431,630	4.331	0,669	8.434,01	20,00	1,4	99,1
Mirabela	723,278	13.557	0,665	8.945,95	21,74	1,6	98,7
Montes Claros	3.568,941	409.341	0,770	22.302,13	9,88	2,1	98,4
PIRAPORA (Pirapora)							
Buritizeiro	7.218,401	28.056	0,624	14.822,76	10,78	1,8	96,8
Ibiaí	874,760	8.395	0,614	7.855,22	-	1,3	97,0
Lassance	3.204,217	6.512	0,629	16.804,09	-	2,0	96,4
Pirapora	549,514	56.428	0,731	32.391,70	9,42	1,9	98,3
Ponto Chique	602,799	4.261	0,606	8.976,93	17,24	1,3	98,8
Santa Fé de Minas	2.917,448	3.846	0,615	9.504,73	-	1,3	97,2
Várzea da Palma	2.220,279	39.493	0,666	17.341,00	5,48	1,9	96,9
SALINAS (Salinas)							
Fruta de Leite	762,837	5.369	0,544	6.904,32	18,87	1,4	94,7
Novorizonte	271,610	5.299	0,616	9.561,19	14,29	1,4	96,8
Padre Carvalho	446,275	6.378	0,599	7.938,07	25,00	1,4	92,2
Rubelita	1.110,295	5.995	0,582	8.330,69	47,62	1,5	96,7
Salinas	1.862,117	41.527	0,679	13.285,63	10,25	1,7	97,2
Santa Cruz de Salinas	589,607	4.142	0,577	8.659,46	-	1,4	99,6
TAIOBEIRAS (Taiobeiras)							
Berizal	488,756	4.735	0,604	8.498,68	17,86	1,4	97,8
Curral de Dentro	570,950	7.729	0,585	7.508,16	24,39	1,7	96,2
Indaiabira	1.004,149	7.351	0,610	7.302,19	27,40	1,4	97,8
Montezuma	1.130,419	8.249	0,587	7.378,71	11,49	1,2	97,1
Ninheira	1.108,255	10.295	0,556	7.321,20	10,64	1,6	97,4
Rio Pardo de Minas	3.117,675	30.914	0,624	8.382,15	8,06	1,4	98,9
Santo Antônio do Retiro	796,290	7.277	0,570	6.633,12	12,50	1,5	95,9
São João do Paraíso	1.925,575	23.618	0,615	8.435,10	16,46	1,4	97,2
Taiobeiras	1.220,046	34.132	0,670	12.995,2	20,92	1,5	98,3
Vargem Grande do Rio Pardo	491,512	5.007	0,634	8.897,06	17,24	1,3	96,8

Fonte: Elaborado pela autora com dados extraídos de PDR-SUS/MG, 2019 e IBGE, 2019.