

Universidade Federal de Minas Gerais
Conselho de Pós-Graduação
Escola de Veterinária

REGIONALIZAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL EM SAÚDE NO ESTADO DE
MINAS GERAIS

João Baptista Magro Filho

Belo Horizonte
Minas Gerais
1984

JOÃO BAPTISTA MAGRO FILHO

REGIONALIZAÇÃO DOCENTE-ASSISTENCIAL EM SAÚDE NO ESTADO
DE MINAS GERAIS

Tese apresentada à Escola de Veterinária da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Epidemiologia.

Belo Horizonte
Minas Gerais
1984

Magro Filho, João Baptista

M212r Regionalização Docente-Assis-
tencial em Saúde no Estado de
Minas Gerais. Belo Horizonte,
Escola de Veterinária da UFMG,
1984.

107p. ilustr.

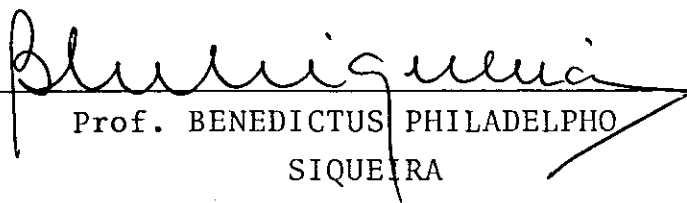
Tese, Mestre em Epidemiologia

1. Ensino médico-currículo .
2. Assistência médica estatal -
Integração como ensino. 3. Minas
Gerais. I. Título. CDD-375.61

APROVADA EM 10 / 10 / 1984



Prof. ÉLVIO CARLOS MOREIRA
- Orientador -



Prof. BENEDICTUS PHILADELPHO
SIQUEIRA



Prof. RABINDRANATH LOYOLA
CONTRERAS

Este trabalho contou com o apoio da Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP, e da Fundação de Estudo e Pesquisa em Medicina Veterinária e Zootecnia - FEP-MVZ Coordenação Preventiva.

RESUMO

O presente trabalho trata do Desenvolvimento da Regionalização Docente Assistencial em Saúde no Estado de Minas Gerais. Inicialmente realiza uma revisão dos conceitos de Regionalização e Integração Docente Assistencial. A seguir realiza um estudo histórico descritivo sobre o desenvolvimento no Estado de Minas Gerais da regionalização dos Serviços de Saúde e das modificações curriculares e pedagógicas ocorridas nas Escolas de Medicina do Estado; apresenta ainda uma descrição do programa de regionalização Docentes Assistencial em Saúde levado a efeito em Minas Gerais pelo Núcleo da Associação Brasileira de Educação Médica.

Em suas conclusões, procura identificar os problemas mais importantes que obstaculizam a integração do Setor Educacional ao Setor de Serviços de Saúde e propõe alguns critérios de avaliação para experiência de articulação entre as Escolas formadoras de Recursos Humanos em Saúde e o Setor de Prestação de Serviços de Saúde à comunidade.

SUMÁRIO

	<u>Página</u>
1. INTRODUÇÃO E LITERATURA	1
2. MATERIAL E MÉTODO	16
3. RESULTADOS	19
3.1. A Regionalização dos Serviços de Saúde em Minas	19
3.1.1. A regionalização dos Ser- viços de saúde Estaduais	19
3.1.1.1. Os primórdios	19
3.1.1.2. O Decreto nº 14.870	25
3.1.1.3. O Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas	29
3.2. A Regionalização da Fundação SESP em Minas Gerais	39
3.3. A Regionalização do INAMPS em Mi- nas Gerais	40
3.4. As modificações no setor de en- sino	51
3.4.1. Introdução	51

	<u>Página</u>
3.4.2. As modificações em cada Faculdade	53
3.5. As propostas institucionais	83
3.5.1. Histórico	83
3.5.2. O Programa de Regionalização Docente-Assistencial em Saúde no Estado de Minas Gerais (PRDAS)	91
4. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES	95
4.1. Com relação aos serviços de saúde	95
4.2. Com relação ao Setor Educacional	97
4.3. Considerações finais	98
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102

1. INTRODUÇÃO E LITERATURA

O presente trabalho tem, como objetivo, descrever as modificações institucionais de regionalização docente assistencial ocorridas no Setor Saúde no Estado de Minas Gerais. Faz referência à instância dos Serviços (caso da Secretaria de Estado da Saúde) e à instância educacional (caso das Escolas de Medicina de Minas Gerais) tentando estabelecer as relações existentes entre a realidade dos serviços e a realidade escolar.

Ambos os setores - serviço e ensino - buscaram transformar-se devido à constante insatisfação de todos que a eles se referenciavam, gerando uma crise no atendimento às necessidades de saúde da população e na formação dos profissionais de saúde.

No tocante ao ensino a questão de adequá-lo às necessidades de saúde da população brasileira é bastante antiga; por todo o país experiências de reformas educacionais foram propostas, textos vários foram escritos e a própria Associação Brasileira de Educação Médica dedicou amplos espaços em seus Congressos para esta discussão.

Uma das propostas levadas às Escolas do Setor Saúde é a de buscar aproximar-se da realidade da comunidade, ten-

tando atuar junto aos serviços de saúde. Esta proposta de aprender fazendo, recebeu o nome de Integração Docente Assistencial (IDA).

Integração Docente Assistencial é uma das idéias que surge a partir desse movimento recente chamado "Medicina Comunitária". Esta Medicina, adjetivada comunitária, como uma postulação encampada pela Organização Mundial da Saúde e Organização Panamericana da Saúde, é incorporada por diversos setores de países subdesenvolvidos.

Na verdade, cada proposta apontada por este movimento tem, em si, a crítica do atual sistema formador de recursos humanos e prestação de serviços de saúde, ou seja, a crítica ao Setor Saúde como um todo. A ênfase na formação de especialistas, o estudo de patologias pouco frequentes em detrimento da nosologia prevalente, o distanciamento Escola-Comunidade, a aprendizagem por sistemas, o desprezo pelo estudo das técnicas médicas paralelas, a utilização de um currículo que normatiza um estudo eminentemente curativo e abstrato exemplificam, no âmbito docente, aspectos da crise.

A nível dos serviços, a utilização dos Hospitais como referências principais de pacientes, a completa desorganização do Setor com disputas constantes do poder entre as instituições privadas e públicas, ao lado da situação dispersa destas últimas, duplicando os recursos existentes, são apenas alguns dos fatos que nos mostram estarem eles distantes das necessidades da população.

No Brasil a ênfase nos aspectos preventivos, sociais da medicina deveu-se, entre outros, à inexistência de um espaço político na sociedade, à falta de poder de decisão de muitos, gerando um desvio da população em direção a movimentos intra-setoriais, clamando por suas necessidades através de profissionais comprometidos com ela e formando, enfim, alguns projetos específicos de atuação sobre a realidade. Surgiram assim as disciplinas de medicina comunitária, saúde da comunidade, psicologia social, odontologia preventiva, psiquiatria social, enfermagem na comunidade, não só como pos-

tulações teóricas decorrentes da idéia-base medicina comunitária, mas como geradoras de práticas docentes que intentam aproximar a escola da população necessitada.

Existem três enfoques na compreensão da Medicina Comunitária:

a) um primeiro enfoque afirma que o aprendizado médico deve centrar-se no estudo da patologia; a ciência está ligada às velhas cátedras, à sala de aula, à alta tecnologia hospitalar, sendo a proposta de integração escola/serviços pouco científica.

É comum, ainda, ouvir-se que o dia-a-dia dos serviços, o conhecimento desta complexa realidade nada oferece em termos de aprendizado, e que os serviços públicos são irre recuperáveis, não prestando mesmo para nada;

b) num segundo enfoque, as propostas de mudança de nível docente e dos serviços tais como expansão da cobertura, ênfase em cuidados primários, integração docente-assistencial etc., são entendidas como mecanismos legitimadores, disciplinadores, de reprodução do poder estatal. Vale destacar que tais afirmações são realizadas basicamente como análises teóricas através de estudos comparativos entre a dinâmica da economia capitalista e as vias de que este sistema produtivo utilizaria como forma de reproduzir-se, legitimando-se, entre outros, no que atualmente se chama medicina comunitária.

BREIHL (1976) demonstra bem algumas destas análises, buscando uma aproximação entre o que se vem chamando de medicina comunitária e a política médica do século XVIII. Ele analisa então:

- a medicina comunitária como estímulo da produtividade;
- a medicina comunitária como mecanismo racionalizador da produtividade;

- a medicina comunitária como mecanismo de redistribuição para a produtividade;
- a medicina comunitária como mecanismo alternativo à saúde integral;
- a medicina comunitária como mecanismo ideológico;
- a medicina comunitária como mecanismo repressivo-coercitivo.

Assim, para ele, a medicina comunitária "reflete, na sofisticação de seus métodos de penetração, a capacidade de manipulação velada e os recursos de legitimação de um capitalismo mais hábil e poderoso, que espia e penetra a coletividade por meio de uma medicina simplificada, gerando a repressão, o controle e o ordenamento da população de maneira oculta sob a aparência de uma técnica de extensão dos serviços".

Analisando a reforma curricular da Faculdade de Medicina da UFMG (FMUFG) e suas relações com a medicina comunitária, POSSA et alii (1978), chegaram a afirmar que "aproveitando-se de uma crise pela qual passava o ensino médico na FMUFG, interesses imperialistas, sob uma roupagem libertadora, ofereceram-se como a resposta a ela. Deram todo apoio à implantação deste currículo que, sem dúvida, não estaria aí hoje, se se projetasse contra estes mesmos interesses".

As ponderações de BREILH (1976) devem ser, obviamente, levadas em conta, embora infelizmente possam gerar posições simplistas como a expressa por POSSA et alii (1978). As análises realizadas em profundidade, buscando enxergar além das aparências, são pontos essenciais a serem considerados pelos que, de uma forma ou de outra, estão inseridos num "que fazer" comprometido com a população. O que se deseja é que estes questionamentos não sejam neutralizadores de opções válidas, nem procurem a comprovação das teorias, mas se tornem fontes de contínua análise de fatos reais. Falta uma reflexão teórica feita simultaneamente com uma

prática e, em função dela, refletindo com base em postulados teóricos mas enxergando a possibilidade dialética de criar alternativas quando se desencadeia um trabalho novo.

- c) Uma proposta possível: esta postura incorpora as análises teóricas já realizadas sobre a questão da medicina comunitária mas dá ênfase à necessidade de refletir sempre a partir do concreto, de uma prática definida. Vê assim a medicina comunitária como uma proposta do Setor Saúde que não será a determinante da melhoria das condições de vida mas que, ao introduzir críticas substanciais a um tipo de ensino médico e a um tipo de prestação de serviços de saúde, põe em andamento um processo cheio de contradições, dinâmico, como um desafio constante às idéias que esboçamos na mente e que queremos, sim, vê-las na prática. A medicina comunitária propõe para a Escola Médica e para os serviços um certo número de alternativas, como se verá a seguir:

I - A nível da Escola Médica temos as seguintes propostas:

- a) formação de um médico com conhecimentos nas áreas básicas (clínico geral) para trabalhar a nível primário e/ou secundário;
- b) que a Escola se aproxime da comunidade gerando, aí, o seu conhecimento;

Como estratégias para a execução dos objetivos acima, propõe-se:

- a existência dos Departamentos de Medicina Preventiva;
- a criação de um grupo de assessoria pedagógica nas Escolas;
- a reformulação do currículo, adequando-o às necessidades de saúde e com vistas ao tipo de profissional a ser formado;
- integração da escola com os serviços de saúde geran-

do conhecimento ativo, dinâmico e mais coerente com a realidade.

II - A nível dos serviços, temos:

Crítica à atual situação do Setor Saúde,
Crítica à utilização de especialistas.

O esboço de um Sistema de Saúde com:

- ênfase em atenção primária;
- utilização de pessoal auxiliar;
- participação da população;
- utilização de equipes de saúde;
- utilização de pessoal multidisciplinar;
- utilização do médico clínico geral;
- expansão da cobertura;
- incorporação e estudo do sistema informal de saúde;
- regionalização dos serviços;
- hierarquização dos serviços.

Medicina comunitária seria, portanto, algo como uma nova arquitetura para o ensino e para a prestação de serviços; como uma nova maneira organizativa, podendo ser, com relação à filosofia que contém, de vários matizes. No entanto, os diversos projetos de que se tem conhecimento mostram enormes diferenças de enfoque donde esta filosofia, muito antes que no teórico, deverá ser buscada na prática que, juntos, os profissionais, os estudantes, os auxiliares e a população estiverem realizando.

Para BARRANCOS & FONSECA (1979) "o cuidado primário de saúde, com a contribuição de pessoal auxiliar, não é uma segunda medicina - medicina de segunda classe - ou a medicina para pobres nos países subdesenvolvidos, embora ameace sê-lo. É, na verdade, um sistema racional e efetivo de cuidado de saúde sob quaisquer condições".

Posição semelhante é expressa pela UNIVERSIDAD

AUTONOMA METROPOLITANA DE MEXICO (1974) para quem ao se aceitar "que a estrutura sócio-econômica de uma formação social é a determinante, em última instância, das condições de saúde de uma população, as opções congruentes com esta afirmação seriam esperar ou promover politicamente uma mudança radical do modo de produção para se chegar à mudança e melhoria de saúde da população".

Esta afirmação, ainda que seja congruente com a explicação causal, pode levar-nos a uma imobilidade com relação às linhas de ação sobre a área de saúde; sem dúvida podem adotar-se políticas que, inseridas dentro da realidade de nossos países dependentes, podem incorporar-se a processos de mudanças a curto prazo, impulsionadas por contradições geradas através de ações concretas, como determinadas práticas de saúde na comunidade e as práticas nos serviços.

Abre-se, então, o caminho pelo qual essa proposta é entendida, como uma via possibilitante de atuação social. Vê-se, assim, que ela é possível e é necessário que seja utilizada concretamente.

Claro também que, embora possua uma justificativa teórica, a Integração Docente Assistencial se realiza devido aos problemas de ordem pragmática, tais como:

- 1) ao atual número de estudantes nas escolas e a falta de oportunidades de aprendizagem, devido ao pequeno número de leitos hospitalares e pouca prática ambulatorial;
- 2) à falta de recursos dos hospitais universitários.

Na FMUFG o item 1 torna-se claro quando se sabe que esta Escola forma, anualmente, 320 alunos e tem grandes dificuldades na operacionalização do ensino-aprendizagem. Quanto aos hospitais, o exemplo mais claro é a desativação parcial do Hospital das Clínicas, em 1979, devido a inexistência de recursos para sua sustentação. O Setor Educacional representado pela Universidade vem cumprindo o papel de receber apenas um Setor da população para ser treinado, reproduzindo um modelo ideológico e se elitizando cada vez mais;

mesmo aqueles que, lidando com as contradições existentes, introduzem uma postura crítica e progressista em suas aulas vêem reduzida sua atitude, na medida em que tais reflexões teóricas não são o apoio de uma determinada tentativa de ação concreta, ou não são a reflexão necessária que deve ser realizada durante todo um processo de trabalho junto à população.

O Setor Público de serviços debate-se na tentativa de diminuir as taxas de morbi-mortalidade, convivendo com severas lutas de grupos atuantes na área de saúde que tentam impor seu modelo; vive com verbas irrisórias, remunera inadequadamente seus profissionais e convive com falta diária de material adequado para as necessidades de suas unidades de serviço. Daí que muitos de seus profissionais se desgastem, adotando posições depreciativas com relação ao Setor não vendo perspectivas de mudanças. Se, por um lado, este fator econômico é real no surgimento da Integração Docente Assistencial, a perspectiva de um novo tipo de conhecimento e prática que ela propicia é muito importante.

No entanto, segundo RODRIGUES NETO (1979), uma das origens da IDA encontra-se no Informe "Higher Education and the Nation's Health" da Carnegie Commission on Higher Education de outubro de 1970. Este informe é o resultado de um estudo sobre o ensino médico norte-americano, realizado à semelhança do Relatório Flexner, em 1910.

O Relatório da Carnegie Commission, propõe as seguintes alternativas:

- reduzir em um ano o curso médico;
- reduzir a residência médica;
- diminuir a duplicação entre o trabalho em ciências básicas, no Campus e na escola médica;
- reduzir a relação professor-aluno;
- promover duplo ingresso anual;
- ensino em período de verão;
- conter as despesas com pesquisas;
- aumentar, grandemente, o número de pessoal auxiliar e as-

- sim melhorar a produtividade de médicos e dentistas;
- elevar o tamanho das turmas de alunos para o mínimo de 100 e assim obter a economia de escala;
 - criar Centros de Ciências da Saúde. Estes Centros teriam as seguintes funções:
 - . manter um hospital de comunidade que internaria sob referência das comunidades menores da área;
 - . conduzir programas educacionais sob a supervisão do corpo docente da Universidade;
 - . ter incluído nesses programas educacionais: programas de residência, treinamento clínico geral na graduação, experiências clínicas para estudantes em "alied health programs" e educação continuada para os recursos humanos de saúde da área;
 - . prover orientação aos "colleges" da área, no desenvolvimento dos programas de treinamento para profissões auxiliares;
 - . cooperar com hospitais e agências comunitárias no planejamento e desenvolvimento de sistemas de prestação de serviços de saúde mais efetivos;
 - . conduzir programas de pesquisa limitados concernentes, primordialmente, com a avaliação dos sistemas de prestação de serviços.

Seria difícil negar que este Relatório não seja em si um Programa de Integração Docente Assistencial. Mas, já em 1974, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, juntamente com a Organização Panamericana da Saúde, criaram o PPREPS (Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde). Este Programa tinha, como objetivo, "adequar progressivamente a formação de recursos humanos para a saúde aos requerimentos de um sistema de serviços com cobertura máxima possível e integral, regionalizado e de assistência progressiva, de acordo com as necessidades populares respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o País apresen-

ta" Um pouco além o Programa explicitava seu objetivo de apoiar a "constituição, implementação e funcionamento de dez regiões docente-assistenciais de saúde, para uma cobertura final de 15 a 26 milhões de habitantes" (RODRIGUEZ NETO, 1979).

Segundo o mesmo autor o interessante, ao se analisar "a proposta IDA do PPREPS e de outros projetos latino-americanos é a identificação do alto poder de transformação social que lhe é atribuído por esses projetos, a par com os objetivos racionalizadores que, ao que tudo indica, motivam efetivamente a proposta. Assume, assim, um caráter progressista, da mesma maneira que em determinados momentos, tiveram os projetos de Medicina Comunitária".

A partir dos estudos do PPREPS, mais recentemente o Ministério da Educação e Cultura definiu um Programa de Integração Docente Assistencial através de sua Secretaria de Ensino Superior (BRASIL, 1981). Este programa visa articular as experiências de algumas das Universidades que, de uma forma ou de outra, já vêm desenvolvendo atividades de Integração Docente Assistencial, sistematizando estas experiências e criando formas de avaliação coletiva das propostas de cada Universidade envolvida.

Este documento define Integração Docente Assistencial, como:

"União de esforços em um processo de crescente articulação entre Instituições de Educação e de Serviços de Saúde adequados às necessidades reais da população, à produção de conhecimentos e à formação dos recursos humanos necessários, em um determinado contexto de prática de serviços de saúde e de ensino". Este conceito contém, em sua totalidade, vários aspectos que, a seguir, se explicitam:

- a) IDA constitui um processo social e, como tal, é parte do processo global de desenvolvimento da sociedade;
- b) IDA, como processo, é apenas um meio que facilita a consecução do objetivo fim, que é a satisfação das necessidades de saúde das populações, mediante a prestação de serviços adequados;

- c) IDA não se restringe à formação de determinadas categorias profissionais ou a alguns níveis do Sistema de Educação ou do Sistema de Prestação de Serviços - compreende a todas as categorias profissionais de saúde e a todos os níveis de formação de recursos humanos e de prestação de serviços;
- d) IDA significa compromissos claros de instituições formadoras e utilizadoras de recursos humanos para a melhoria da prestação de serviços, com redefinição de suas práticas, determinação dos recursos humanos necessários e preparação adequada dos mesmos. Desta forma, o processo está centrado na prestação de serviços, da qual flui a identificação de necessidades de recursos humanos e as oportunidades para sua preparação;
- e) como processo social integrado, IDA pressupõe e, mais que isto, requer a participação ativa da comunidade, sujeito de tal processo, o que implica em compromissos claros das Instituições e agentes envolvidos no sentido de promover e desenvolver mecanismos que permitam essa participação;
- f) nas condições institucionais existentes no País, IDA deve realizar-se respeitando a individualidade das instituições envolvidas no processo, com a especificação das responsabilidades próprias e comuns, mas sem a substituição ou predomínio de uma sobre outras;
- g) IDA implica, também, um processo de formação do conhecimento e de crítica que, nascendo e desenvolvendo-se em função da realidade, permite sua adequação, compreensão e a formulação dos instrumentos para sua transformação;
- h) IDA importa, também, um conceito diferente do tradicional processo de ensino e aprendizagem, centrando-se em torno a vivências práticas na realidade concreta, em função das quais devem ser desenvolvidos os conteúdos acadêmicos, com a participação dos aprendizes em todo o processo".

SALGADO (1981), propõe substituir o termo docente assistencial pelo termo discente-atencional. Segundo ele, "a tendência ideal é caminhar da situação docente assistencial

para discente-assistencial cabendo ao docente, enquanto tal, o papel de supervisor à distância. Na vertente assistencial, a adequação está na razão direta da organização da assistência para a resolução abrangente dos problemas e, portanto, na razão indireta do consumo forçado de equipamentos, produtos e serviços. A tendência ideal consiste, neste caso, em progredir da situação docente-assistencial para a docente-atencional.

A convergência final, então, será forçosamente a integração discente-atencional, correspondente à substituição do tradicional binômio professor-aluno pelo trinômio "aluno-paciente-comunidade"...

Do exposto depreende-se a amplitude do conceito de Integração Docente Assistencial; no entanto, resta-nos ir um pouco mais além e discutirmos o que vem a ser Regionalização Docente Assistencial, já que este é o conceito que mais nos interessa.

Segundo CHAVES (1975) este conceito é precedido de um outro; o conceito de Regionalização Assistencial. Para este autor, a regionalização assistencial decorre da aplicação dos princípios gerenciais aos sistemas de serviços de saúde, e se baseia em critérios geográficos e demográficos. Além disso, a organização dos serviços numa estrutura regionalizada decorre de três princípios:

- princípio epidemiológico;
- princípio tecnológico;
- princípio organizacional.

Para CHAVES (1975), "a organização de serviços regionalizados, uma vez hierarquizados os problemas, riscos e tecnologias, torna-se fundamentalmente um problema gerencial. Do conhecimento epidemiológico que temos sobre a distribuição das doenças e do conhecimento tecnológico sobre a maneira de enfrentá-las surge, naturalmente, a idéia de distribuir os serviços de saúde numa região, sob a forma de níveis de complexidade crescente para prestação de assistência médico-hospitalar".

A utilização, integração ou articulação do setor formador de recursos humanos em saúde com um sistema regionalizado de saúde constitui, portanto, a Regionalização Docente Assistencial. Corresponde, em outros termos, ao que também se chama uma Área Docente Assistencial.

Poderíamos, ainda, analisar a Regionalização Docente Assistencial pensando cada um de seus conceitos constituintes:

Regionalização - o conceito surge a partir da constatação das diversidades administrativas, epidemiológicas, econômicas, demográficas e culturais entre diferentes regiões geográficas. Envolve, portanto:

- aspectos administrativos - é uma condição para uma instituição mais descentralizada;
- aspectos psicológicos - favorece uma maior participação das comunidades regionais;
- aspectos de poder - na medida em que as estruturas regionais tornarem-se não agências executivas dos níveis centrais mas expressarem a este nível as necessidades e deliberações das regiões.

Este conceito expressa o pano de fundo sobre o qual poder-se-á pensar as atividades de ensino e assistência, ou seja, a Universidade e os serviços atuarão em forma conjunta nas diversas regiões criando novas formas de relacionamento e novas formas de procedimento frente às necessidades populares.

Docente - refere-se às instâncias de ensino e aprendizagem consubstanciadas na Escola. Não se trata, como pensavam alguns, de fazer referência somente ao Corpo Docente, aos professores, mas, sim, a toda a estrutura da Escola formada pelo setor estudantil, docentes e funcionários administrativos. Remete também às diferentes funções da Universidade no setor de ensino, pesquisa e prestação de serviços à comunidade.

Assistencial - expressa o componente de prestação de serviços de saúde às pessoas. Envolve, portanto, componentes de

assistência à saúde, prevenção nos níveis primário, secundário e terciário, adequação de equipamentos e insumos básicos, níveis de cuidados básicos, secundários e terciários (ambulatórios, unidades especializadas e hospitais gerais e especializados), atuação sobre o meio-ambiente e em saneamento.

Assim é possível encontrar uma idéia central na proposta de Regionalização Docente Assistencial:

- no mundo dos serviços, além da assistência, da atenção aos problemas da população, é possível e necessário realizar pesquisas e o aprendizado dos profissionais.

Decorre daí, que:

- 1) os limites institucionais são reduzidos;
- 2) coloca-se em cheque os modelos de prestação de serviços e de ensino;
- 3) questiona-se os papéis profissionais e as relações historicamente estabelecidas entre as profissões;
- 4) trabalha-se não com disciplinas mas com problemas;
- 5) o conceito de Interdisciplinaridade toma parte central no desenvolvimento do novo modelo;
- 6) valoriza-se o mundo do trabalho enquanto local produtor de serviços, ensino e pesquisa;
- 7) a Universidade e os serviços devem modificar suas relações internas, suas relações entre si e suas relações com o povo;
- 8) a idéia de Regionalização, que tem sido mais incorporada nos serviços, toma corpo também na Universidade, gerando a proposta de uma Universidade Regionalizada (CENTRE FOR EDUCATIONAL RESEARCH AND INOVATION, 1977).

Neste panorama, a Regionalização Docente Assistencial representa uma mudança pedagógico-assistencial importante, pois favorece a vinculação Universidade-Sociedade-Serviços e cria um espaço de atuação através dos profissionais de serviços, dos docentes e dos estudantes, na realidade concreta. Cabe, portanto, analisar esta proposta pedagógica inse-

rida na IDA, proposta esta que, em verdade, funciona como um atrativo ou justificativa para a participação nos programas de IDA, de setores insatisfeitos com a atual situação da Universidade.

2. MATERIAL E MÉTODO

Dado o objetivo principal deste trabalho ater-se à descrição do Processo de Regionalização Docente Assistencial em Saúde no Estado de Minas Gerais, tornou-se necessário realizar um levantamento histórico referente às transformações institucionais ocorridas no Setor de Serviços de Saúde (principalmente no tocante à Secretaria de Estado da Saúde) e no Setor de Ensino da Medicina (ou seja, nas Escolas de Medicina).

A) Com relação ao material informativo sobre saúde e ensino da saúde em Minas Gerais, utilizaram-se dados compreendidos entre o início do século até o ano de 1982. Estes dados foram obtidos:

- 1º - no Arquivo Público Mineiro - constou da identificação de material (leis, decretos, documentos), relativo às modificações do setor saúde em Minas Gerais, com ênfase nos aspectos de Regionalização durante os diferentes governos;
- 2º - na Biblioteca da Secretaria de Estado da Saúde - onde foram identificados os dados específicos ao desenvolvimento do Sistema Operacional de Saúde Pública, ou seja, os Projetos de Regionalização do Esta-

do e os Planos Mineiros de Desenvolvimento Econômico e Social no setor saúde;

- 3º - na Superintendência da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) em Minas Gerais - onde levantou-se o material informativo sobre sua criação e os dados de sua Regionalização em Minas Gerais;
- 4º - na Superintendência do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), em Minas Gerais - onde foi obtida a proposta de Regionalização do INAMPS para Minas Gerais.

Uma vez obtido este material referente ao Setor de Serviços de Saúde, procurou-se descrever inicialmente a sua evolução histórica no Capítulo 3 - A Regionalização dos Serviços de Saúde em Minas Gerais e obter os problemas mais importantes que estão referidos no Capítulo 4 - Discussão e Conclusões.

- B) Com relação ao material informativo sobre o desenvolvimento institucional e as modificações curriculares adotadas nas Escolas de Medicina de Minas Gerais, foi enviado a cada Faculdade um Questionário (ver página seguinte) onde procurava-se identificar o grau de relacionamento das Escolas com os Serviços de Saúde e o tipo de currículo adotado.

Este material possibilitou realizar as descrições relativas à cada Escola, contidas no Capítulo 3 - As Modificações no Setor de Ensino e Saúde em Minas Gerais e identificar os problemas existentes que estão referidos no Capítulo 4 - Discussão e Conclusões.

- C) Com relação ao Programa de Regionalização Docente Assistencial em Saúde no Estado de Minas Gerais, o mesmo foi obtido junto ao Núcleo de Belo Horizonte da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e os comentários estão incluídos no Capítulo 3 - As Propostas Interinstitucionais.
- D) Com relação à Associação Mineira de Educação Médica, obteve-se os dados sobre sua criação e estatutos junto à Secretaria Executiva e os comentários a ela relacionados estão incluídos no Capítulo 5 - As Propostas Interinstitucionais.

Questionário enviado às Escolas de Medicina do Estado de
Minas Gerais

1. Quando foi criada a Faculdade?
2. Quais formas de desenvolvimento curricular foram adotadas? Houve decisão da Diretoria em modificar a grade curricular ou foram realizados seminários internos?
3. Quais mudanças curriculares ocorreram na Faculdade na última década?
4. Quais os convênios que a Faculdade possui com Instituições de Serviços de Saúde?
5. Há um Programa de Integração Docente Assistencial em andamento?
6. Quais os locais em que a Faculdade vem atuando junto à Comunidade?
7. Em que períodos os estudantes atuam em projetos extra-murais?
8. Há um documento básico sobre o modelo pedagógico adotado na Faculdade?
9. Foi constituída alguma Comissão para análise e desenvolvimento curricular? Quais seus particulares?
10. Quais os problemas existentes na Escola que dificultam seu melhor funcionamento? (falta de professores capacitados, pouca verba, problemas políticos, por exemplo).

3. RESULTADOS

3.1. A Regionalização dos Serviços de Saúde em Minas

3.1.1. A regionalização dos serviços de Saúde Estaduais

3.1.1.1. Os primórdios

Embora possa não ser entendida assim por alguns, a Regionalização dos Serviços de Saúde em Minas Gerais é, na verdade, uma antiga idéia.

É possível vermos, por exemplo, como que dentro do Setor Psiquiátrico esta questão se colocava desde a década de 20; em 1927 os problemas de Assistência Psiquiátrica em Minas Gerais estavam se avolumando e o Estado já não tinha meios para enfrentar o grande número de pessoas que, por causas diversas, demandavam os Serviços de Psiquiatria do Estado. Existiam, então, somente dois hospitais de grande porte, a saber: o Hospital Colônia de Barbacena e o Instituto Raul Soares, localizado em Belo Horizonte. Face a inúmeras reclamações, o governo promulga o Decreto nº 7.471 de 31.01.1927 (MINAS GERAIS, 1927a), regulamentando a "Assistência a Alienados de Minas Gerais".

Neste Decreto fica determinado:

- . Hospital Central: será o Hospício de Barbacena;
- . O Instituto Raul Soares, em Belo Horizonte, atenderá primordialmente a esta Região;
- . Os Hospitais Psiquiátricos serão instalados em várias Regiões do Estado com os seguintes objetivos:
 - a) internação e tratamento dos casos agudos de alienação das zonas em que estiverem localizados;
 - b) tratamento no ambulatório de clínica psiquiátrica dos pequenos mentais, matriculados sem quaisquer formalidades oficiais;
 - c) combate, no dispensário de profilaxia mental, aos fatores de degeneração existentes na zona em que estiverem localizados.

Na exposição de motivos que o Secretário de Segurança, José Francisco Bias Fortes, apresenta ao Presidente do Estado, pode-se ler:

"Torna-se por esse motivo, imprescindível adaptar a Minas, no mais curto prazo, os outros meios de assistência, tão comprovadamente eficazes, já empregados no estrangeiro e em alguns Estados brasileiros, os quais sem sacrifício para o alienado, antes, com incontestes vantagens - trazem aos cofres públicos o mínimo possível de despesas.

Esses meios são formados pelas colônias, pela assistência hetero-familiar, pelos ambulatórios de clínica psiquiátrica, pelos pavilhões de agudos, guardando entre si estreitas correlações funcionaes, de modo a permitir, sob a forma mais simples, o máximo de eficiência.

Os pavilhões de agudos, tendo anexados um serviço aberto de clínica psiquiátrica em um dispensário de prophylaxia mental, sob o nome de "Hospitais Psiquiátricos", constituem o único modo de levar às zonas mais afastadas, a que faltam todos os recursos, os inestimáveis benefícios de assistência a alienados.

O transporte de um louco, em virtude da grande extensão territorial de Minas, é não só difficultoso, como também sobre modo oneroso, custando ao Estado, em média, a quantia de 100\$000 para cada alienado. Ora, os Hospitais Psiquiátricos, retendo os agudos e tratando em liberdade os denominados pequenos mentaes, que vivem actualmente num constante vae-vem, proporcionam a taes

doentes melhor tratamento, poupam aos cofres públicos grandes despesas e ainda combatem, nas zonas em que estiverem localizados, os factores psyscho-pathológicos de degeneração" (MINAS GERAIS, 1927a).

Assim, por motivos econômicos, de melhor racionalização dos serviços e, por questões técnicas, optava o governo por um plano de Assistência aos Doentes Mentais, em que a idéia de Regionalização estava presente.

Mas não foi somente no Setor Psiquiátrico que a tentativa de Regionalização dos Serviços ocorreu, nos anos 20.

Através da Lei nº 961 de 10 de setembro de 1927 (MINAS GERAIS, 1927b) foram reorganizados os serviços sanitários do Estado com O Regulamento de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

Neste Regulamento destacam-se os seguintes artigos, que apresentam interesse quanto à Regionalização:

Artigo 61 - para realização dos serviços de saúde pública, será o Estado dividido em tantos districtos sanitários quantos forem necessário, a juízo do Governo;

Artigo 63 - a Delegacia Districtal constará de uma reunião de municípios que apresentam características comuns sob o aspecto sanitário;

Artigo 64 - a sede do districto será fixada pelo governo em uma das cidades da zona, tendo em vista a população, recursos e facilidade dos meios de comunicação;

Artigo 65 - na sede de cada delegacia districtal fundar-se-á um Centro de Saúde, que funcionará sob a direcção do respectivo delegado, contribuindo o município pecuniariamente para manutenção do mesmo, de acordo com suas possibilidades financeiras.

É fácil perceber, neste Regulamento, a disposição de:

- Centros de Saúde;
- Delegacias Distritais;

- Distritos Sanitários, enquanto um modelo de serviços regionalizados, localizados por todo o Estado.

No entanto, se a idéia estava presente, fatores diversos impediram que tais propósitos fossem concretizados em toda sua extensão.

Será em 1946 que o Professor Alvino de Paula tentará, mais uma vez, reorganizar os serviços sanitários do Estado; nesta época é criado o Departamento Estadual de Saúde, saindo os serviços sanitários do Estado de sua subordinação à Secretaria de Educação, aonde estavam desde 1930. Assim, através do Decreto nº 1.751 de 0.06.1946 (MINAS GERAIS, 1946) o Interventor Federal, aceitando as propostas de Alvino de Paula, institui o referido Decreto, conferindo ao Departamento as seguintes atribuições:

"Artigo 5º - Ao Departamento Estadual de Saúde (D.E.S.) compete superintender no Estado todas as atividades referentes aos problemas de higiene e saúde pública:

- a) pesquisas, estudos, inquéritos de interesse médico-sanitário;
- b) organização de serviços de saúde destinados ao estudo e execução de todos os trabalhos que visem a melhorar as condições de salubridade pública no tocante ao meio, hábitos de vida, às doenças transmissíveis ou evitáveis, endêmicas ou epidêmicas;
- c) educação sanitária;
- d) organização e estatística demógrafo-sanitária;
- e) fiscalização do exercício profissional;
- f) fabricação e distribuição de produtos destinados aos serviços sanitários;
- g) organização dos serviços de assistência médico-social, visando à assistência ao doente e, ainda, criar, incentivar e orientar outras atividades de importância médico-social;

- h) formação e aperfeiçoamento de técnicos sanitários;
- i) orientação, coordenação e fiscalização das instituições particulares que exerçam atividades concernentes ao problema da saúde".

Mas o mais importante para o presente estudo será o Artigo 64 deste Decreto, que diz:

"Para efeito da administração do D.E.S. o território do Estado será dividido em cinco zonas formadas por agrupamentos de municípios e nelas serão instaladas Delegacias Sanitárias Regionais, assim distribuídas:

- 1a. Delegacia - Zona Centro, com sede em Belo Horizonte
- 2a. Delegacia - Zona da Mata, com sede em Juiz de Fora
- 3a. Delegacia - Zona Sul, com sede em Pouso Alegre
- 4a. Delegacia - Zona Oeste-Triângulo, com sede em Uberaba
- 5a. Delegacia - Zona Norte, com sede em Montes Claros

Mas além da criação das Delegacias Sanitárias Regionais, Alvino de Paula propõe no Artigo 67 que:

"A Zona correspondente a cada Delegacia Sanitária Regional será dividida oportunamente, em circunscrições e distritos sanitários, cuja delimitação geográfica e constituição serão fixadas pelo Diretor Geral, tendo-se em vista a densidade da população, a área territorial, as vias de comunicação e as necessidades locais ou regionais de ordem sanitária".

O Decreto organizou, também, as Unidades Sanitárias, classificando-as em:

- a) Centro de Saúde Modelo, na capital;
- b) Centro de Saúde tipo I;
- c) Centro de Saúde tipo II;
- d) Postos de Higiene tipo I;
- e) Postos de Higiene tipo II;
- f) Postos de Higiene Especializados;
- g) Postos de Assistência Sanitária;

Interessante notar que havia a pretensão de localizar em cada cidade do Estado uma dessas Unidades; além dis -

so, elas diferiam pelo número de pessoal existente e pelo tipo de serviço mais ou menos complexo que oferecessem.

Era reconhecida também a necessidade de relacionamento entre as Unidades; no caso de Postos de Assistência Sanitária compunham-se de uma enfermeira ou auxiliar de enfermagem e um guarda sanitário, não possuindo médicos.

Temos, assim, a seguinte divisão proposta nesta época:

- Zona Sanitária (com uma Delegacia Sanitária Regional localizada na sede);
- Circunscrição;
- Distrito Sanitário.

Por exemplo, a 3a. Delegacia Sanitária Regional, com sede em Pouso Alegre, compreendia as seguintes Circunscrições:

- 1a. - Pouso Alegre
- 2a. - Itajubá
- 3a. - Guaxupé
- 4a. - Poços de Caldas
- 5a. - Varginha
- 6a. - Lavras

A 1a. Circunscrição, com sede em Pouso Alegre, compreendia os seguintes Distritos Sanitários: Pouso Alegre, Ouro Fino, Silvianópolis e Santa Rita de Sapucaí.

O Distrito de Pouso Alegre compreendia os seguintes municípios: Pouso Alegre, Camanducaia, Extrema, Borda da Mata e Cambuí.

Novamente, em 1964, surgiria nova proposta de organização sanitária para o Estado. Através da Lei nº 7.355 de 02 de janeiro (MINAS GERAIS, 1964), reorganiza-se a Secretaria de Saúde. Alí retoma-se a concepção de Distrito Sanitário e de Unidades com complexidade variável dentro do Sistema. Vejamos alguns Artigos:

Artigo 19 - o Distrito Sanitário é o conjunto dos órgãos da

Secretaria responsáveis pela execução de atividades de Saúde Pública, em determinada região do Estado;

Artigo 1º - o Distrito Sanitário terá sede em um dos municípios localizados em seu território;

Artigo 20 - o Distrito compõe-se de: I - Unidades Sanitárias;
II - Unidades Hospitalares;
III - Unidades Mistas.

Se, ao longo destes anos, várias propostas foram apresentadas mas não executadas (a não ser a criação de poucas Unidades), em 1969 uma primeira idéia é levada adiante. Neste ano, seria criado o 1º Centro Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde: o Centro Regional de Saúde do Norte de Minas, localizado em Montes Claros.

Finalmente, com a implantação do planejamento a nível estadual, surge o 1º Plano Mineiro de Desenvolvimento Econômico e Social (1º PMDES) (MINAS GERAIS, 1972b). Este Plano faz referência à consolidação de três Centros Regionais de Saúde e à criação do Centro Regional de Saúde de Belo Horizonte. Isto significa que, em 1972 já estavam funcionando os seguintes Centros:

Centro Regional de Saúde de Montes Claros;
Centro Regional de Saúde de Diamantina;
Centro Regional de Saúde de Juiz de Fora;
Centro Regional de Saúde de Belo Horizonte.

3.1.1.2. O Decreto nº 14.870

Logo após (06.10.1972), através do Decreto nº 14.870 (MINAS GERAIS, 1972a), o Governo de Minas Gerais reorganiza seus serviços sanitários instituindo o Sistema Operacional de Saúde Pública (SOSP).

Dentro deste Sistema são normatizados os seguintes órgãos:

- Secretaria de Estado da Saúde;

- Conselho Estadual de Saúde;
- Fundação Estadual de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR);
- Fundação Educacional e de Assistência Psiquiátrica (FEAP);
- Fundação Hermantina Beraldo;
- Fundação Ezequiel Dias (FUNED).

Com a posterior criação da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, que aglutinou a FEAMUR, FEAP e a FEAL (Fundação Estadual de Assistência Leprocomial), o SOSF passou a ter a seguinte composição (FIG. 1):

- Secretaria de Estado da Saúde;
- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG);
- Fundação Ezequiel Dias (FUNED).

À Secretaria de Estado da Saúde compete a atenção aos níveis primários (principalmente) e secundário; à FHEMIG compete a atenção hospitalar e, à FUNED compete a produção de insumos e o laboratório central.

O Decreto 14.870 instituiu uma estrutura básica para a Secretaria de Saúde composta por:

- . Gabinete;
- . Assessoria de Planejamento e Coordenação;
- . Assessoria Técnica de Saúde (ATS);
- . Inspetoria de Finanças;
- . Superintendência Administrativa;
- . Superintendência de Saúde.

Nesta última ficaram subordinados os 15 Centros Regionais de Saúde a serem criados e as Unidades Sanitárias.

Tais medidas estavam em plena consonância com as necessidades de reorganização administrativa estadual, claramente consubstanciadas no 1º PMDES.

Com a criação de alguns Centros Regionais de Saúde, de forma pouco consistente (do ponto de vista da área abrangida e dos critérios adotados), e com a determinação do Decreto 14.870 de criar 15 Centros Regionais de Saúde, tornou-se necessário que a Secretaria de Saúde realizasse estudo visando a Regionalização de todo o Estado, estudo que per-

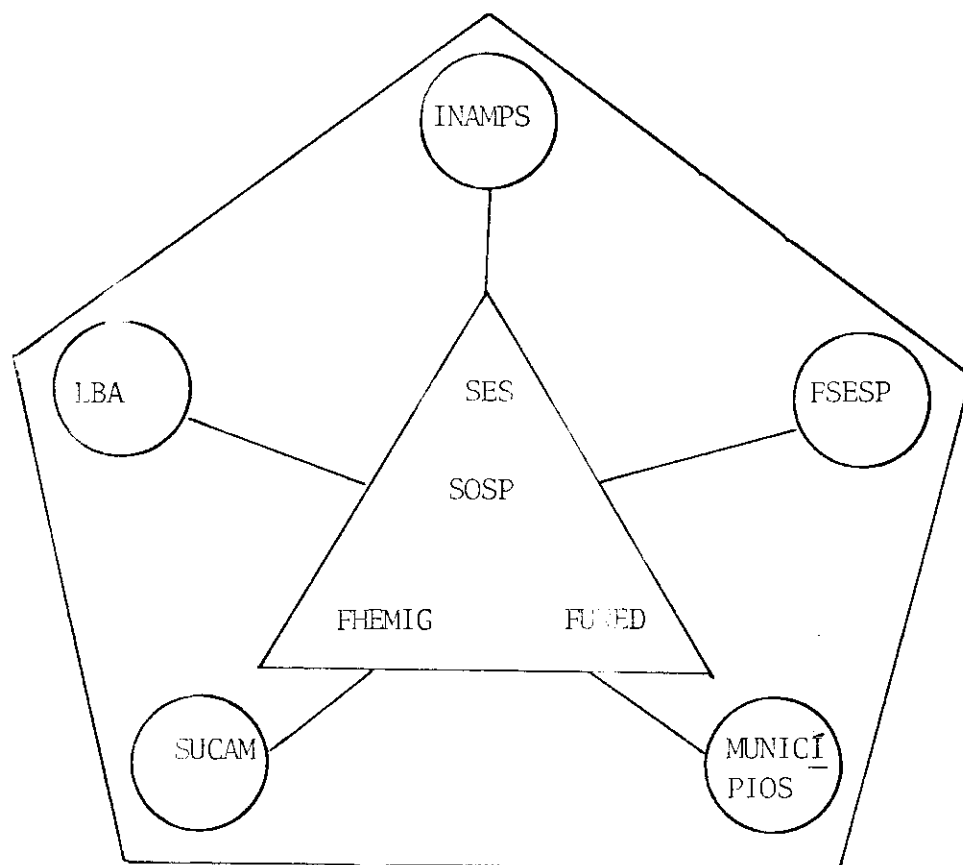


FIGURA 1 - O SOSP E SUAS RELAÇÕES COM OUTROS SERVIÇOS OFICIAIS DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

masse decidir sobre como e onde implantar os Centros Regionais de Saúde.

Neste sentido, o então Secretário de Estado da Saúde, Dr. Dario de Faria Tavares, resolveu constituir um Grupo Tarefa para realizar um Projeto com os seguintes objetivos (MINAS GERAIS, 1975):

- a) redividir o Estado de Minas Gerais em Regiões de Saúde;
- b) definir as sedes e as áreas de jurisdição dos Centros Regionais de Saúde;
- c) definir critérios para a implantação de Centros Regionais de Saúde;
- d) determinar as medidas necessárias à consolidação dos Centros Regionais de Saúde;
- e) dimensionar os recursos humanos, materiais e financeiros necessários à implantação dos novos Centros Regionais de Saúde e a consolidação dos Centros já existentes.

Cada Centro Regional de Saúde referia-se a uma área geográfica do Estado, sendo a região de Saúde, na verdade, uma Região Administrativa.

O Grupo-Tarefa deparou-se com os seguintes problemas:

- . "número de Centros Regionais pré-fixados em 15;
- . exigüidade de tempo;
- . irremovibilidade dos Centros Regionais de Saúde já implantados;
- . existência de pólos extra-estaduais;
- . limitação de disponibilidade de alguns dos técnicos designados para a elaboração do projeto;
- . sobrecarga do setor de apoio administrativo".

Mas, se o grupo encontrou dificuldades, isso não impediu que ele avançasse em sua tarefa e determinasse os seguintes critérios para a Regionalização:

- . polarização - presença, na cidade candidata à sede, de infra-estrutura de serviços e a facilidade de acesso viário;

- . trabalhos publicados sobre Regionalização do Estado por outros órgãos;
- . divisão já existente de alguns órgãos descentralizados;
- . compatibilização com micro-regiões do IBGE;
- . fluxo de doentes, segundo o Diagnóstico de Saúde de Minas Gerais;
- . residência do DER/MG;
- . existência da Faculdade de Medicina;
- . fluxo de doentes, dado a localização de hospitais de atribuições regionais, pelo FUNRURAL.

O Grupo-Tarefa recomendou que, de acordo com o Decreto 14.870, caberia a cada CRS em sua jurisdição:

- I - supervisionar, coordenar, orientar e controlar as Unidades de Saúde;
- II - participar do processo de planejamento do Sistema Operacional de Saúde, a nível regional, de acordo com critérios pre-estabelecidos e tendo em vista a realidade econômica e social;
- III - formular a proposta orçamentária a nível regional, consolidando as propostas parciais e executar a programação orçamentária, financeira e contábil;
- IV - exercer a administração do pessoal, do material, do patrimônio e de serviços gerais;
- V - promover a participação comunitária no desenvolvimento dos programas regionais de saúde;
- VI - propor à Superintendência de Saúde a celebração de acordos, convênios e ajustes com outras entidades sediadas na região;
- VII - executar outras atividades determinadas pelos órgãos centrais da Secretaria.

3.1.1.3. O Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas

É, portanto, a partir da segunda metade da década-

da de 60 que surgem, via planejamento, tentativas de racionalizar a administração sanitária do Estado como, por exemplo, a instituição do 1º PMDES e a criação do CRS de Montes Claros, em 1969, através do Convênio com a SUDENE.

Foi na região abrangida por este Centro Regional de Saúde que, em 1971, surgiu um Projeto de Saúde intitulado "Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas" (INSTITUTO DE PREPARO E PESQUISAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA RURAL - IPPEDASAR, 1971). Esta proposta foi viabilizada por um Convênio celebrado entre:

- . o Governo do Estado de Minas Gerais,
- . a Fundação Universidade Norte Mineira e
- . o Instituto de Pesquisas de Serviços de Saúde da Universidade de Tulane/Family Health Inc. (New Orleans, Estados Unidos).

Interessante é que para a execução do Convênio foi criado um órgão representante da Universidade de Tulane, com sede em Montes Claros, intitulado Instituto de Preparo e Pesquisas para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR). Além deste Instituto responsabilizavam-se também pela execução a Secretaria de Estado da Saúde e a Faculdade de Medicina do Norte de Minas.

O documento preparado pela Equipe Técnica do IPPEDASAR intitulado "Sistema Regional de Saúde do Norte de Minas" é, na verdade, um amplo estudo sobre a região, calcado na Teoria dos Sistemas.

Para este estudo "as necessidades de saúde são maiores que os recursos - por natureza escassos - e que são recorrentes pois variam numa perspectiva espaço-temporal". Se há um desequilíbrio para o lado das necessidades cabe, segundo esta proposta, alterar a situação, buscando instalar o equilíbrio.

Mas como realizar isto?

Para isto, a "solução possível, então, consiste no deslocamento do fulcro, aproximando o sistema de saúde das ne-

cessidades e, portanto, imprimindo-se-lhe uma marca ecológica e uma racionalidade interna que significam, basicamente, o aumento de sua eficiência e de sua eficácia. Tal solução é conceitualmente simples mas apresenta grande complexidade operacional e, por isso, requer um método que é o "planejamento".

Nesta proposta, o Sistema de Saúde compõe-se de vários outros subsistemas, gerando um modelo funcional como o da FIG. 2.

Se um sistema pode ser decomposto em subsistemas, também o Sistema de Saúde pode ser decomposto em subsistemas de saúde. Conforme a FIG. 3, o sistema brasileiro pode ser assim decomposto:

- Sistema Nacional de Saúde,
- Subsistemas Estaduais de Saúde,
- Sub-subsistemas Regionais de Saúde, e
- Sub-sub-subsistemas Municipais de Saúde.

Além de realizar uma análise conceitual, o documento avança na constituição de um modelo de serviços de saúde para a Região Norte de Minas.

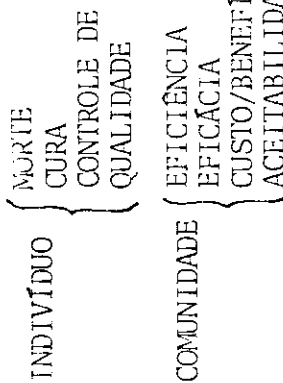
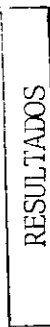
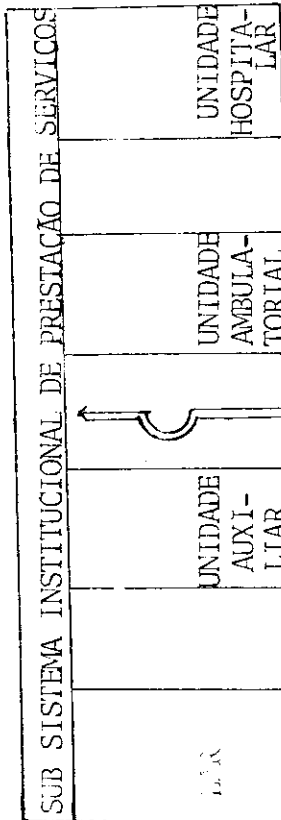
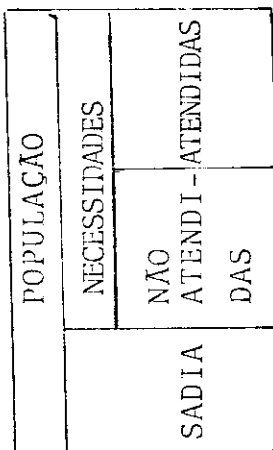
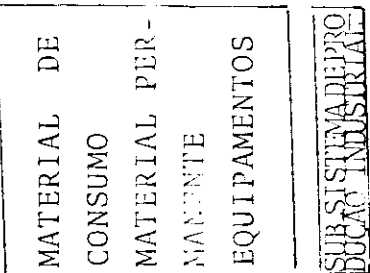
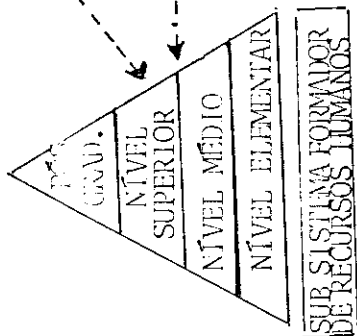
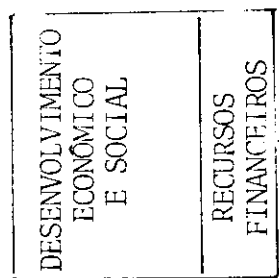
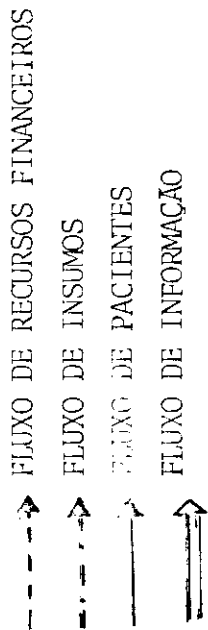
Este Modelo possuía as seguintes características básicas:

- . máxima cobertura,
- . compatibilização intersetorial,
- . coordenação intrasetorial,
- . financiamento multilateral,
- . hierarquização dos serviços,
- . relacionamento com o sistema informal,
- . participação da comunidade, e
- . utilização da equipe de saúde.

Vejamos melhor o que diz este estudo sobre a questão da Regionalização.

Há que se considerar, na Regionalização, as razões econômicas, estratégicas, administrativas e psicológicas envolvidas.

LEGENDA



NASCIMENTO

FIGURA 2 - MODELO FUNCIONAL DE SISTEMA DE SAÚDE

FONTE: INSTITUTO DE PREPARO E PESQUISAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA RURAL (1971)

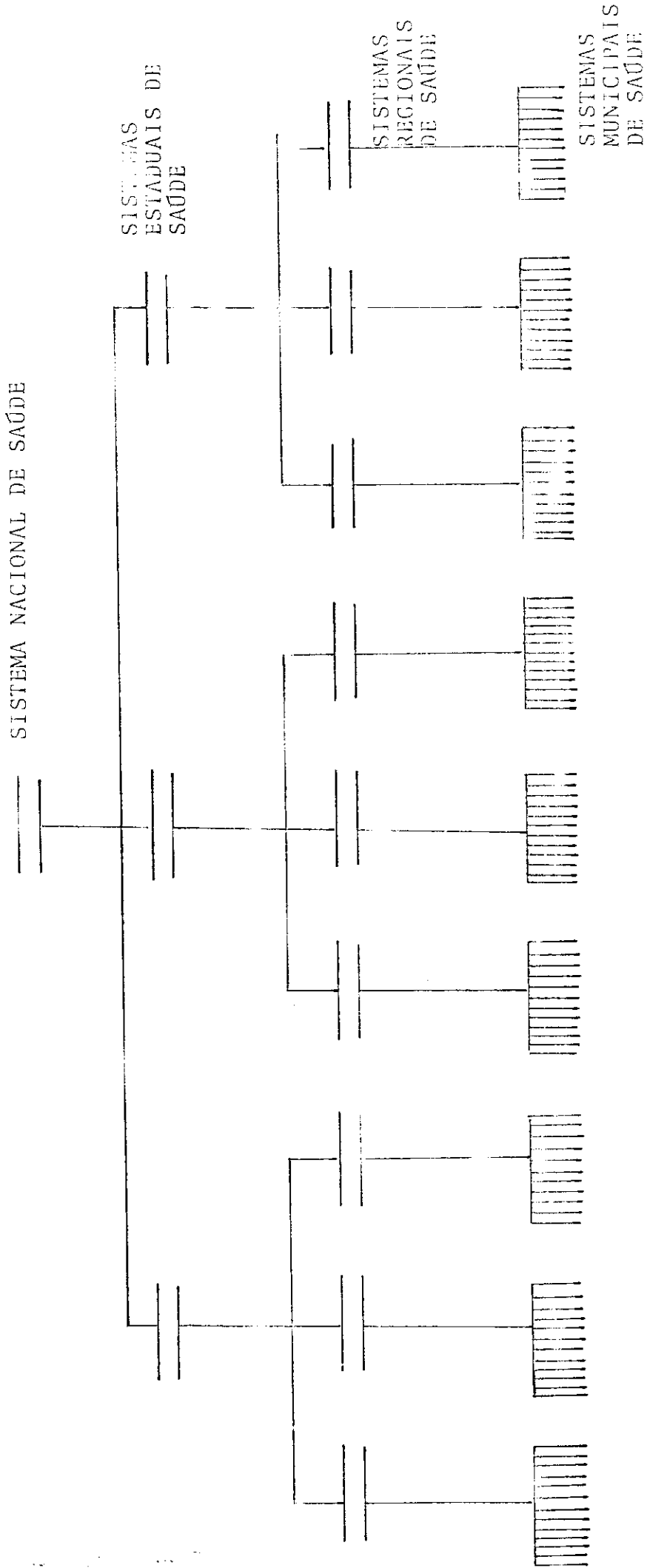


FIGURA 3 - ESTRUTURA DE UM SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE
 FONTE: INSTITUTO DE PREPARO E PESQUISAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA
 SANITÁRIA RURAL (1971)

Do ponto de vista econômico existem, em Minas Gerais, diferenças regionais que caracterizam estágios de desenvolvimento diversos; tal realidade influi no quadro sanitário de cada uma destas regiões.

Administrativamente falando, a regionalização "se impõe como pré-condição para a descentralização".

Do ponto de vista psicológico, a regionalização é justificada na medida em que "as autoridades locais participam afetiva e efetivamente do sistema, o que lhe conferirá viabilidade".

Para PERSONEN (1967), "a delimitação das regiões de saúde quase sempre escapa aos planejadores setoriais pois, normalmente, já se acham consagradas nos planos de desenvolvimento econômico e social. Contudo, e especificamente no que concerne ao setor saúde, elas devem apresentar certa homogeneidade, nítida interdependência espacial entre o conjunto de cidades, idealmente ter uma Universidade e recursos de saúde adequados em seu centro gravitacional e conter uma população em torno de um milhão de habitantes. Esta última característica se explica porque investigações internacionais têm demonstrado que para alimentar de patologias raras um hospital regional e as especialidades e as super-especialidades que se conformam a vértice da pirâmide organizacional, se necessita, no mínimo, de uma população deste tamanho".

Cada região pode ser dividida em áreas de saúde e estas constituídas por municípios.

Segundo AHUMADA et alii (1965), as "áreas programáticas são as mais recomendáveis para os propósitos de programação de saúde e devem apresentar um conjunto de características tais como ter recursos permanentes para promover a saúde e prevenir e recuperar as doenças (no referente à recuperação estes recursos devem ser, pelo menos, os de medicina interna, cirurgia, obstetrícia e pediatria), incluir nos seus limites unidades político-administrativas não inferiores

à unidade geográfica de registro de nascimento e mortes e conter uma população de 100 a 150.000 pessoas".

Dentro desta formulação, a regionalização de um sistema de saúde de um país comporta os seguintes níveis, evidenciados na TAB. I.

TABELA I - Níveis de regionalização do Sistema Nacional de Saúde

Nível espacial	Limites geograficos
Nacional	País
Estadual	Estado
Regional	Região geo-econômica
Área programática	Conjunto de municípios
Local	Município
Rural	Zona Rural
Peri-urbano	Zona peri-urbana
Urbano	Zona urbana

Fonte: AHUMADA et alii (1965)

Assim, o sistema propunha um modelo de complexidade crescente em que são os seguintes os níveis espaciais:

- . domiciliar - corresponde à casa de família;
- . local - corresponde a um município (área rural, urbana e peri-urbana);
- . área programática - uma reunião de municípios;
- . região programática - corresponde à Região do Polígono das Secas, por exemplo.

A TAB. II demonstra estes níveis com as unidades correspondentes a cada nível.

TABELA II - Unidades existentes segundo níveis de sistema

Nível	Unidade						
	Casa	Unidade Auxiliar	Unidade Ambulatorial Geral	Hospital Local	Hospital Distrital	Unidade Ambulatorial Especializada	Hospital Regional
Domiciliar	x						
Rural ou peri-urbano	x	x					
Local	x	x	x	x			
Área de saúde	x	x	x	x	x		
Região de saúde	x	x	x	x	x	x	x

Fonte: INSTITUTO DE PREPARO E PESQUISAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA ASSISTÊNCIA SANITÁRIA RURAL
(1971)

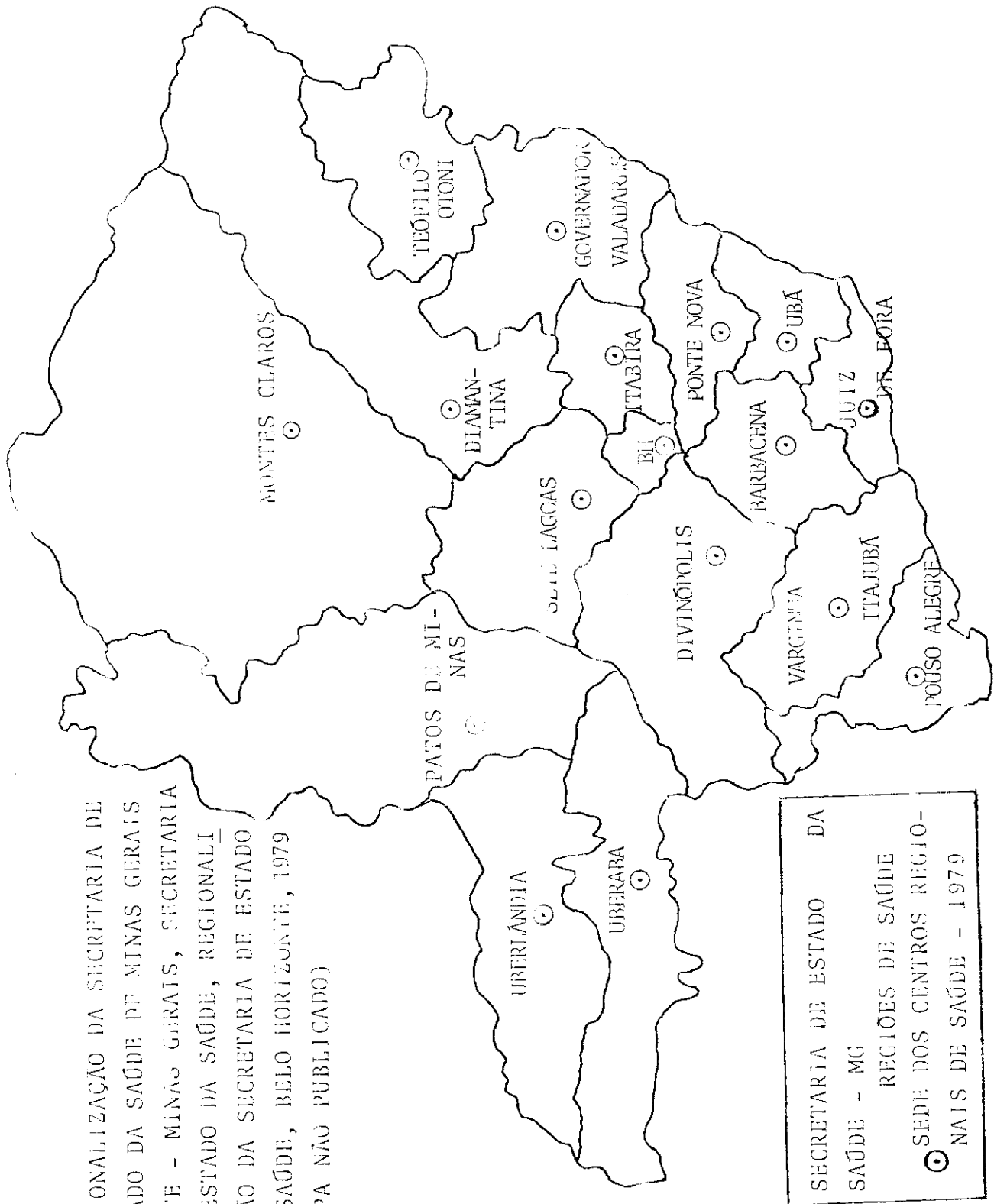
Este modelo, ao longo do tempo, foi se implantando ao Norte do Estado e influenciou as demais regiões; com a implantação dos outros Centros Regionais, com a instalação do 2º PMDES, com o reforço da concepção do planejamento a nível estadual e com as necessidades do Estado de atuar, cada vez mais em programas sociais, a Secretaria de Estado da Saúde desenvolveu este Modelo, com poucas modificações em todo o Estado.

Por último, em 1979, foi criado o Centro Regional da Saúde de Ubá (MINAS GERAIS, 1978) ficando, a Secretaria de Saúde, com 17 CRS, como demonstra a FIG. 4.

O desenvolvimento administrativo e técnico da Secretaria de Estado da Saúde gerou um esboço de novas formas de trabalho em saúde, tais como:

- . a discussão de novos modelos de administração que modificassem as relações tradicionais entre os níveis central, regional e local. A nível de região, em Montes Claros esboçou-se uma proposta de administração participativa no ano de 1977
- . a utilização de uma supervisão integrada realizada por profissionais de saúde oriundos de diferentes áreas de formação. Tal proposta foi levada a efeito, principalmente no Centro Regional de Saúde de Pouso Alegre;
- . a tentativa de realização de um planejamento próprio a nível de região, consubstanciado na proposta de realização de planejamentos municipais (nível local), como no caso do Centro Regional de Saúde de Divinópolis;
- . a descentralização administrativa e executiva com a criação em cada região de saúde de um Centro Regional de Saúde, mas também a descentralização orçamentária com a criação de unidades orçamentárias próprias a nível de cada Centro Regional;
- . a busca de novas formas de ensino/aprendizagem realizadas nos cursos de auxiliares de saúde da Região de Montes Claros e também nos Cursos de Especialização em Saúde Pública da Escola de Saúde de Minas Gerais;

FIGURA 4 - REGIONALIZAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS
 FONTE - MINAS GERAIS, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, REGIONALIZAÇÃO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, BELO HORIZONTE, 1979
 (MAPA NÃO PUBLICADO)



- . a criação de um modelo de informação mais atualizado para as Unidades Ambulatoriais e também a implantação de uma nova proposta de prontuário para uma Unidade Ambulatorial, como no caso da Unidade de Saúde Pompéia;
- . o início de revisão do papel desempenhado pelos hospitais públicos da rede estadual, coordenados pela Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), com a proposta de torná-los de hospitais especializados a hospitais gerais e centros de referência dos níveis ambulatoriais da rede pública.

3.2. A Regionalização da Fundação SESP em Minas Gerais

Em 1942 surgiu, na região referente ao Vale do Amazonas, o Serviço Especial de Saúde Pública - SESP - (FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, s/d) decorrente de um convênio entre o Governo Brasileiro e o Governo dos Estados Unidos da América. Este convênio surgiu para fazer face a uma situação de emergência à Segunda Guerra Mundial e, dada a importância daquela Região, tornava-se necessário instalar ali um Serviço de Saúde que favorecesse a estadia dos homens da região e a prospecção da borracha.

Nesse mesmo ano, o SESP se instala, também, no Vale do Rio Doce em Minas Gerais; vinha para sanear o Vale, em função da instalação da Companhia do Vale do Rio Doce e da prospecção da mica e do cristal de rocha.

Pouco a pouco, combatendo principalmente a malária e a lepra nessas regiões, o Serviço foi se implantando e instalando uma estrutura sanitária nestas áreas.

Atendendo a uma solicitação da SUDENE, o SESP (agora transformado em Fundação SESP) inicia, também, atividades ao longo do Vale do Rio São Francisco donde instalar-se em novas regiões de Minas Gerais.

A FSESP hoje tem uma padronização de suas Unidades Básicas que são divididas e classificadas de acordo com a população e com os recursos humanos necessários (TAB. III).

Em Minas Gerais, no tocante à Assistência Médica a FSESP conta, atualmente, com Unidades Básicas e com Unidades Mistas (ambulatório e internação) nas cidades maiores, conforme a TAB. IV.

A FSESP conta, ainda, além dos serviços de atenção médica, com um intenso serviço de Engenharia Sanitária, que atinge as localidades do Estado listadas na TAB. V.

A localização das Unidades da FSESP pode ser feita através da FIG. 5.

3.3. A Regionalização do INAMPS em Minas Gerais

Em 1979 o INAMPS-MG realizou estudo sobre a regionalização de suas atividades no Estado criando, para isso, um Grupo de Estudo; este Grupo produziu um estudo apurado (INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 1979) que serviu de base para as informações sobre o INAMPS, aqui utilizadas. Este grupo tinha, como trabalho, as seguintes funções:

- a) redividir o Estado de Minas Gerais em regiões de Saúde, tendo em vista, sempre que possível:
 - adequação com as regiões de saúde da Secretaria de Estado da Saúde (SES);
 - adequação com as regiões da Previdência Social (IAPAS) e INPS.
- b) definir critérios para manutenção ou criação de regiões de saúde;
- c) ajustar as áreas de influências de acordo com o comportamento real da demanda em relação ao seu polo referencial;
- d) definir os polos (sede) e as áreas de jurisdição de micro-regiões de saúde;
- e) definir os polos (sede) e as micro-regiões sob jurisdição

TABELA III - Ministério da Saúde. Classificação padrão de unidade sanitária e quadros de lotação de pessoal de acordo com a população servida

	Na Sede	Até 3.000	3.001 6.500	6.501 8.500	8.501 13.500	13.501 16.000	16.001 25.000	Acima de 25.000
Pessoal	L-1	L-2	L-3	L-4	L-5	L-6	L-7	
Médico	-	1	1	2	3	3	4	
Enfermeiro	-	-	-	-	-	1	1	
Odontólogo	-	-	-	1	1	1	1	
Atendente	-	2	2	5	6	6	7	
Visitadora Sanitária	1	1	2	3	4	5	6	
Aux.Serv. Gerais	-	1	2	2	2	3	3	
Laboratorista	-	1	1	1	1	2	2	
Insp. Saneamento	-	-	-	-	-	-	1	
Aux. Saneamento	-	1	1	2	3	4	4	
Aux.Cons.Saneamento	1	-	-	-	-	-	-	
Aux.Higiene Dental	-	-	-	1	1	1	1	
Aux. Administração	-	1	1	1	1	2	2	
Ajud.Administração	-	-	-	-	1	1	1	
Motorista	-	-	-	-	-	1	1	
Total	2	8	10	18	23	30	34	

Fonte: FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, s.d.

TABFLA IV - Unidades Básicas de Saúde da FSESP em Minas Gerais

Localidades	Tipo de unidade	Localidades	Tipo de unidade
1. Aimorês	L-7	23. Paíns	M-22 1s
2. Barra do Quieté	L-1	24. Paracatu	M-30 1s
3. Bocaiúva	M-30 1s	25. Pedras Maria da Cruz	L-1
4. Buarópolis	L-2	26. Pirapora	M-40 1s
5. Caçarema	L-1	27. Pires e Albuquerque	L-1
6. Capitão Enéas	L-2	28. Resplendor	L-5
7. Conceição do Capim	L-1	29. Riacho da Cruz	L-1
8. Condeão Pena	L-5	30. Sabinópolis	L-5
9. Coração de Jesus	L-2	31. Stº Antônio do Porto	L-1
10. Curimatá	L-1	32. São Francisco	M-22 1s
11. Expediçãoário Alício	L-1	33. S. Geraldo Tumiritinga	L-1
12. Francisco Sá	L-2	34. Tumiritinga	L-1
13. Frei Serafim	L-1	35. Tejuco	L-1
14. Guaraciama	L-1	36. Santa Rita*	L-1
15. Governador Valadares	L-7	37. Várzea da Palma	L-2
16. Itambacuri	L-3	38. Vila Bretas*	L-1
17. Ituêta	L-1	39. Vila Costina	L-1
18. Januária	M-30 1s	40. Vila Goiabeiras	L-1
19. João Pinheiro	L-2	41. Vila Isa*	L-1
20. Lassance	L-1	42. Vila Itapinoã	L-1
21. Manga	L-2	43. Vila do Morro	L-1
22. Olhos D'Água	L-1	44. São João do Pacuí	

* Periféricas (US Governador Valadares)

Fonte: FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. Diretoria Regional de Minas Gerais. Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte, 1981. (Dados não publicados).

TABELA V - Relação das localidades operadas com serviços de abastecimento de água pela Fundação SESP-MG, em 31/ dezembro/1981

Localidades	Localidades
1. Abre Campo	22.2. Brejaubinha
2. Barão de Cocais	22.3. Paca
3. Boa Esperança	22.4. São José de Itapinoã
4. Bocaiúva	22.5. São Victor
5. Bom Jesus do Amparo	23. Guapé*
6. Buriti Zeiro	24. Ibiã
7. Caeté	24.1. Argemita*
7.1. Morro Vermelho*	24.2. Tobati*
8. Campesário	25. Iguatama (*)
8.1. Jamoruca	26. Itabira
9. Campo do Meio	27. Itabirito
10. Carangola	28. Itaquara
10.1. Lacerdinha	29. Itabacuri
10.2. Fervedouro	30. Itaúna
10.3. Alvorada	31. Ituiutaba
10.4. Ponte Alta*	32. Itumirim
10.5. São Pedro do Glória*	33. Jequeri*
11. Camo da Mata	34. Lagoa da Prata
12. Carmópolis de Minas	34.1. Vila Mendonça
13. Central de Minas (*)	35. Lajinha
14. Conselheiro Pena	36. Lambari
14. Barra do Cuieté	37. Machado
15. Coqueiral (*)	37.1. Mouradinho
16. Crucilândia (*)	38. Mantena
17. Diamantina	38.1. São João do Manteninha
18. Divinolândia de Minas	38.2. Limeira*
19. Fama	39. Moema (*)
20. Elói Mendes	40. Monte Carmelo
21. Galiléia (*)	41. Nova Era
22. Governador Valadares	42. Oliveira
22.1. Alto do Santa Helena	42.1. Morro do Ferro*

TABELA V - continuação

Localidades	Localidades
43. Ouro Fino	50. Recreio
44. Pains	51. Santa Margarida(*)
45. Paragaguá	52. São João Batista da Glória*
46. Passos	53. Sabinópolis
47. Pirapora	54. Sacramento
48. Poté	55. Santa Bárbara
49. Raul Soares	56. São Lourenço
49.1. Vila Barbosa	57. Senador Firmino
49.2. Vermelho Novo*	58. Três Pontas
49.3. Vermelho Velho	58.1. Pontal
49.4. Bicuiba*	59. Unaí
49.5. Sant'Ana do Taboleiro*	60. Viçosa
49.6. São Sebastião do Ócufo	60.1. Silvestre*
49.7. São Vicente da Estrela	

* Em implantação

(*) Em estudo

Os sub-itens referem-se aos distritos e vilas

Fonte: FUNDAÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA. Diretoria Regional de Minas Gerais. Localidades operadas pela Fundação SESP-MG, em 31/12/81. Belo Horizonte, 1981.
(Dados não publicados).

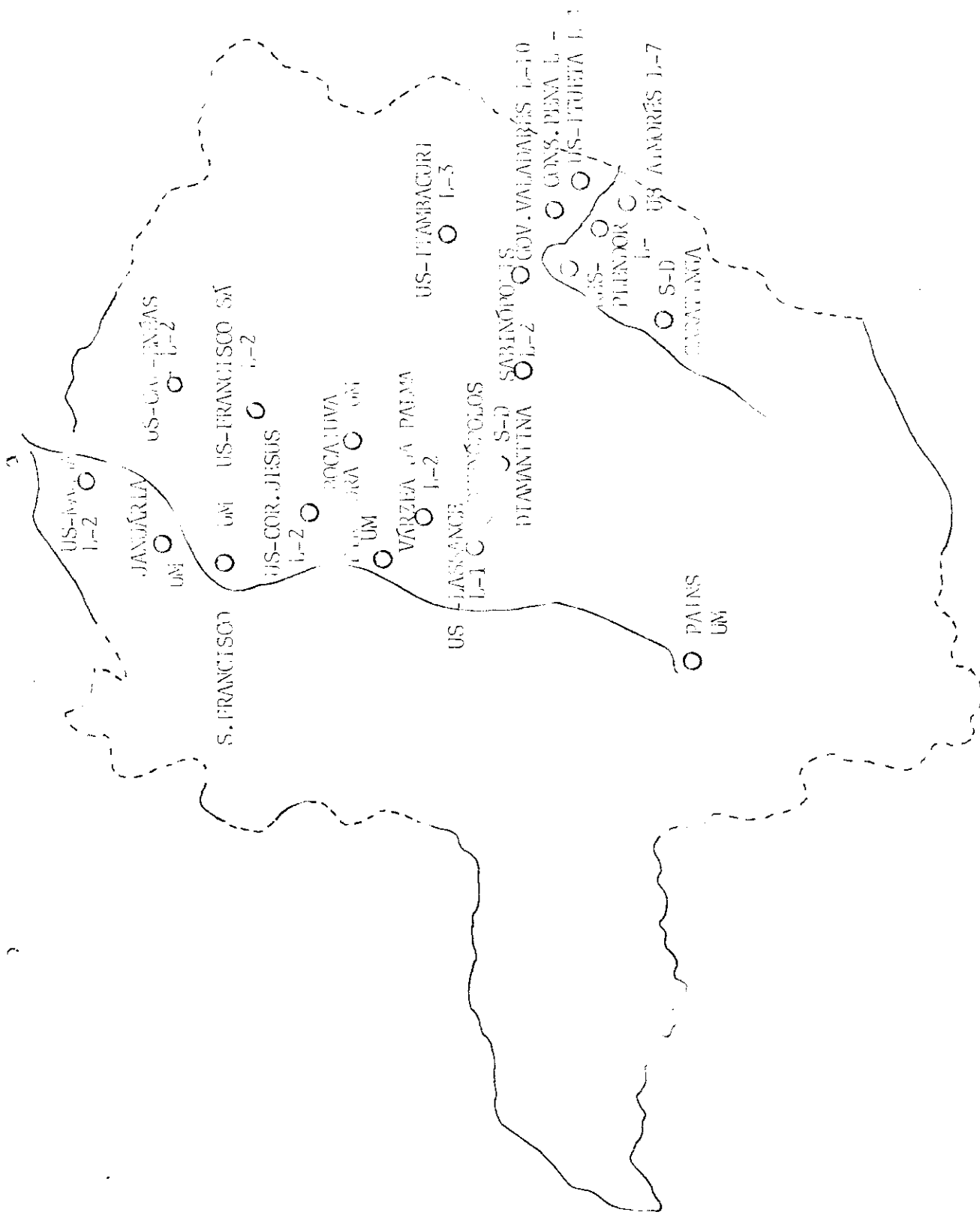


FIGURA 5 - LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DA FUNDAÇÃO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS

FOUNDED BY FINESP - DIRETORIA REGIONAL DE MINAS GERAIS (CORPORADOR DE SAÚDE), 1981
 (DADOS NÃO PUBLICADOS)

de uma sub-região gerencial de Saúde.

O INAMPS considera o Estado como uma "Região", já que atuando a nível nacional, ele possui Superintendências Regionais em cada Estado. É a seguinte a Regionalização proposta:

- Região (correspondente ao Estado);
- Sub-região
- Micro-região de Saúde;
- Municípios.

Em termos gerenciais, temos:

Região : Superintendência Regional
 Sub-região : Sub-Gerência
 Micro-região: Micro-Gerência
 Municípios : Unidades de atendimento

Para a Regionalização Grupo utilizou os seguintes critérios:

- . polarização sócio-econômica;
- . fluxo da demanda dos recursos de saúde (fluxo real e natural);
- . facilidade de acesso (sistema viário, sistema de comunicação);
- . proximidade;
- . extensão geográfica;
- . concordância com regionalização da SES;
- . concordância com regionalização do IAPAS e INPS;
- . densidade populacional;
- . volume populacional;
- . infra-estrutura de saúde;
- . 4 a 15 municípios constituem uma micro-região;
- . 4 a 15 micro-regiões constituem uma sub-região.

Para determinar as cidades sedes das agências regionais o Grupo optou pelos seguintes critérios:

- polarização
- presença na cidade polo de uma infra-estrutura de serviços

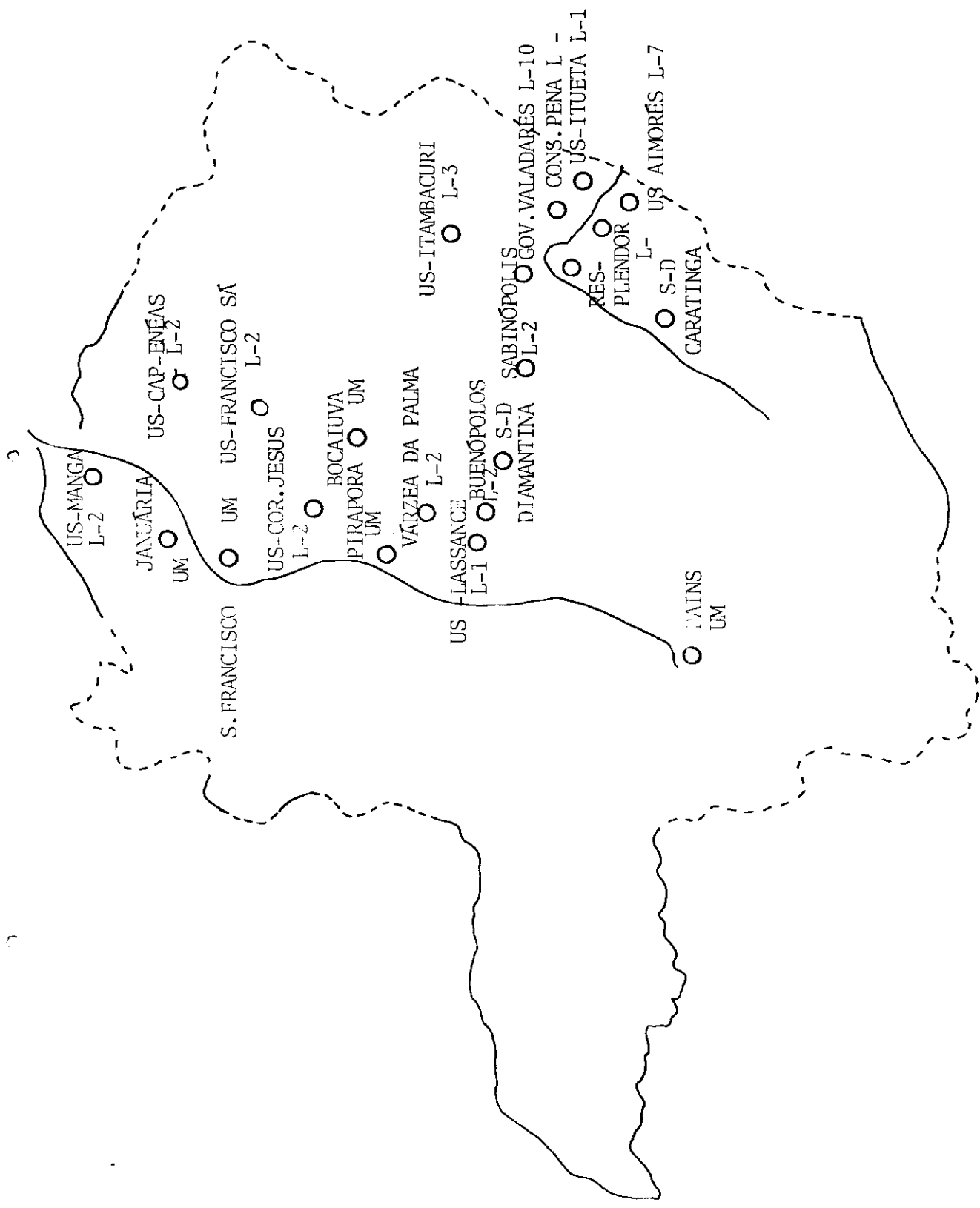


FIGURA 5 - LOCALIZAÇÃO DAS UNIDADES DA FUNDAÇÃO SERVIÇO DE SAÚDE PÚBLICA DE MINAS GERAIS
 FONTE: FSESP - DIRETORIA REGIONAL DE MINAS GERAIS (SETOR DE SAÚDE), 1981
 (DADOS NÃO PUBLICADOS)

- capaz de atender ao nível de atenção de saúde requerido para a área assistencial;
- facilidade de acesso viário aos municípios jurisdicionados;
 - possibilidade de um Hospital de base ocupar o ápice de uma hierarquia de serviços a nível sub-regional.

Devido a motivos vários a proposta de Regionalização do INAMPS, embora esboçada a nível teórico, não chegou ainda a se efetivar na prática. A proposta de Regionalização do INAMPS pode ser visualizada na FIG. 6.

3.4. A Regionalização da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) em Minas Gerais

Segundo as informações obtidas sobre este órgão, sua estrutura de regionalização obedece a uma determinação central, que realizou a regionalização de todos os Estados do Brasil ao mesmo tempo.

Em Minas Gerais a SUCAM conta com oito distritos com sedes nas cidades de:

- . Varginha,
- . Caratinga,
- . Teófilo Otoni,
- . Diamantina,
- . Montes Claros,
- . Januária,
- . Pirapora,
- . Uberaba.

Conta, ainda, com alguns Postos localizados nas cidades de:

- . Patos de Minas (Distrito de Uberaba);



FIGURA 6 - REGIÕES DE SAÚDE DO INAMPS
FONTE - INSTITUTO NACIONAL DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA
SOCIAL - 1979

- . Divinópolis (Distrito de Varginha);
- . Juiz de Fora (Distrito de Caratinga);
- . Curvelo (Distrito de Diamantina);
- . Paracatu (Distrito de Pirapora).

Assim, a estrutura da SUCAM compreende:

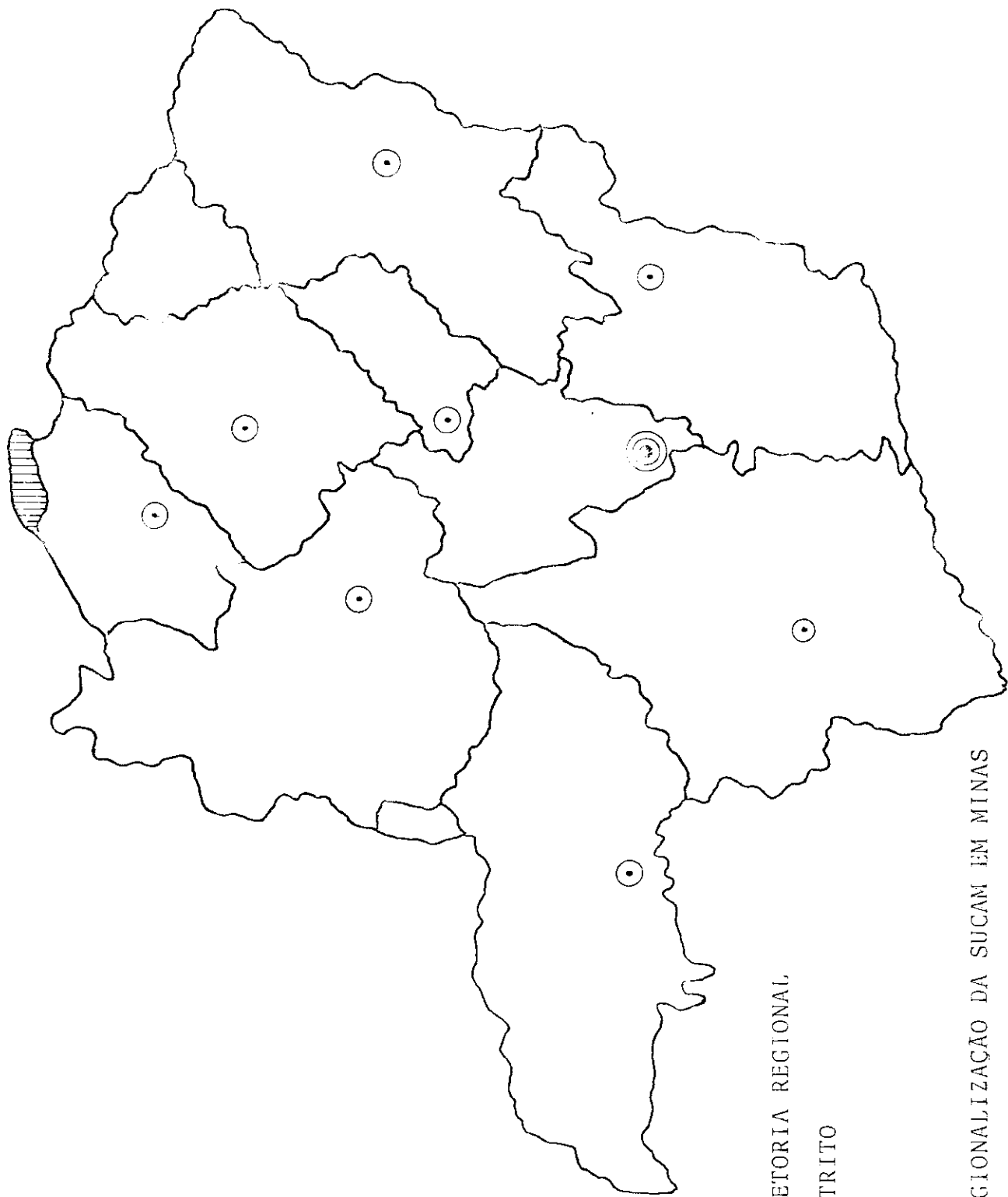
POSTOS

DISTRITOS

DIRETORIA REGIONAL (Região)

Das informações fornecidas depreende-se que toda a programação desta Instituição é vertical, com grande poder aos níveis centrais; daí que os Distritos não tenham autonomia orçamentária e nem realizem autonomamente sua previsão orçamentária e seus programas de trabalho.

A FIG. 7 permite uma visualização da Regionalização da SUCAM no nosso meio.



● SEDE DA DIRETORIA REGIONAL
● SEDE DE DISTRITO

FIGURA 7 - REGIONALIZAÇÃO DA SUCAM EM MINAS GERAIS

FONTE - SUCAM - REGIONAL DE MG