

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz**



Organização dos Espaços Microrregionais de Saúde: o caso do Mato Grosso do Sul

Silvana Souza da Silva Pereira

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde, do Programa de Mestrado Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz/MS.

Orientadora: Elizabeth Artmann

Junho de 2004

AGRADECIMENTOS

À Deus – quanto mais nos aproximamos do saber, mais se torna concreta a certeza de Tua existência, pois a sabedoria é uma conquista que buscamos eternamente e ela está em Ti.

À meus Pais, pelo dom da vida;

Ao Fernando, meu companheiro, que abriu mão de momentos de convívio, quando o dever e o estudo me chamaram;

Aos Colegas do Ministério da Saúde, pelos laços que se formaram e um ideal comum conquistado;

Aos Mestres da ENSP, que transmitiram seus conhecimentos e experiências incentivando a seguir esse difícil e lindo caminho da Saúde Pública;

À Beth Artmann, minha orientadora, pelo carinho, atenção e profissionalismo dedicados à este trabalho.

*Dedico este trabalho ao meu filho
Guilherme que é minha grande fonte de
vida.*

SUMÁRIO

RESUMO.....	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUÇÃO	14
OBJETIVOS E ASPECTOS METODOLÓGICOS	19
Problema e Hipóteses	20
Abordagem inicial do problema: a opção pelo Estudo de Caso e a Pesquisa-Ação	22
Universo de Estudo.....	23
A opção pelo Planejamento Estratégico na busca dos objetivos	24
Considerações Sobre a Ética.....	26
CAPÍTULO 1	27
COMENTANDO A NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA (NOAS).....	27
REGIONALIZAÇÃO	33
PLANEJAMENTO.....	36
CAPÍTULO 2.....	39
O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL	39
Apresentação.....	39
O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PDR.....	41
O NOVO DESENHO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL: REDE SAÚDE.....	42
OS SISTEMAS FUNCIONAIS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO ADSCRITA	49
REFERÊNCIA INTERESTADUAL	57
REDES DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA	59
CARACTERIZAÇÃO DA MICRORREGIÃO DE PARANAÍBA	60
ASPECTOS GEOGRÁFICOS	60
POPULAÇÃO.....	62
DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA POPULAÇÃO	63
ESCOLARIDADE	64
ASPECTOS ECONÔMICOS.....	66
PIB.....	66
SITUAÇÃO DE SAÚDE.....	68
Indicadores de saúde	68

Mortalidade Materna	70
ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	72
Rede hospitalar	72
Rede Ambulatorial	81
Financiamento. Custeio das ações e serviços de Saúde. Recursos federais do SUS.	83
CAPÍTULO 3	84
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL	84
OFICINA DE PLANEJAMENTO.....	84
Etapas da Frente de Ação – movimento de qualificação da região – e árvore explicativa.....	86
CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ESTRATÉGIAS	91
Consolidado de Questionários	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
ANEXOS	117
Anexo I.....	118
QUESTIONARIO PARA GESTORES DE SAUDE NO MATO GROSSO DO SUL	118
Anexo II	118
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	118

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos municípios da região de Três Lagoas segundo microrregiões e módulos assistenciais de saúde.....	45
Tabela 2. Distribuição dos municípios da região de Dourados segundo microrregiões e módulos assistenciais de saúde.....	46
Tabela 3. Distribuição dos municípios da região de Campo Grande segundo microrregiões e módulos assistenciais de saúde.....	47
Tabela 4. Região de Três Lagoas. Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos.....	50
Tabela 5. Região de Dourados. Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos.	51
Tabela 6. Região de Dourados. Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos.	54
Tabela 7. Composição da Microrregião de saúde de Paranaíba.....	60
Tabela 8. Distribuição dos municípios da microrregião de Paranaíba segundo extensão territorial e proporção sobre a área total do Estado do Mato Grosso do Sul.....	61
Tabela 9. Distância (km) dos municípios da microrregião de Paranaíba a outros municípios de Mato Grosso do Sul.....	61
Tabela 10. Evolução da população residente da microrregião de Paranaíba e Estado do Mato Grosso do Sul.	63
Tabela 11. Distribuição da população da microrregião Paranaíba segundo situação do domicílio.	64

Tabela 12. Estabelecimentos de ensino. Microrregião de Paranaíba	65
Tabela 13. Taxa de escolaridade por municípios e anos de estudo (por 100). Microrregião de Paranaíba. 1996.....	66
Tabela 14. Evolução do Produto Interno Bruto (PIB) dos municípios componentes da Microrregião de Paranaíba e do Estado de Mato Grosso do Sul (U\$ de 1998)	67
Tabela 15. Número parcial de óbitos e mortalidade proporcional (%) por grupo de causas segundo capítulos da CID 10. Microrregião de Paranaíba. Ano 1998.	69
Tabela 16. Evolução do Coeficiente Mortalidade Infantil nos municípios integrantes da Microrregião de Paranaíba. Comparativo com o estado de Mato Grosso do Sul e Brasil no mesmo período.	70
Tabela 17. Distribuição dos hospitais da microrregião de Paranaíba segundo natureza. Dezembro de 2000.....	72
Tabela 18. Distribuição dos leitos hospitalares da microrregião de Paranaíba segundo natureza. Dezembro 2000.....	73
Tabela 19. Quantitativo de leitos hospitalares, relação dos leitos pela população e estimativa de necessidades de leitos na microrregião de Paranaíba e seus municípios, Estado do Mato Grosso do Sul e Brasil.....	74
Tabela 20. Produção hospitalar do SUS. Microrregião de Paranaíba. Internações hospitalares. Quantitativo total aprovado e proporção da população internada. Comparativo com o Estado do Mato Grosso do Sul.....	75
Tabela 21. Total das internações realizadas e esperadas segundo especialidades. Município de Paranaíba e Microrregião de Paranaíba Período: Maio/2002 a Abril/2003.....	76

Tabela 22. Tempo Médio de Permanência, em dias por especialidades segundo município da Microrregião de Paranaíba e Estado de Mato Grosso do Sul.....	77
Tabela 23. Principais procedimentos, quantitativos de Internações, valor das Internações e proporção o total de internações realizadas na microrregião.....	78
Tabela 24 - Valor total das internações hospitalares nos municípios da Microrregião de Paranaíba segundo especialidades	80
Tabela 25 - Valor médio da internação hospitalar por municípios da Microrregião de Paranaíba, segundo especialidades. Comparativo com valor médio da internação no Estado do Mato Grosso do Sul.....	81
Tabela 26 - Rede ambulatorial do SUS. Microrregião de Paranaíba. Quantitativo e proporção com o Estado das unidades segundo tipo de unidade. Ano 2000.....	81
Tabela 27 - Rede ambulatorial do SUS. Microrregião de Paranaíba. Quantitativo e proporção com o Estado das unidades segundo tipo de prestador. Ano 2000.....	82
Tabela 28 - Recursos federais do SUS por município. Microrregião de Paranaíba. Distribuição dos valores despendidos na assistência hospitalar e ambulatorial e na atenção básica. Ano 2000.	83

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Divisão político-administrativa e microrregional do Estado e Mato Grosso do Sul segundo IBGE. 1998.	39
Figura 2. Divisão territorial do Estado segundo Regiões de Saúde. Mato Grosso do Sul. 2001.....	50
Figura 3. Distribuição espacial das microrregiões assistenciais de saúde. Estado do Mato Grosso do Sul. 2001	57
Figura 4. Distribuição geográfica da Microrregião do Paranaíba – Governo do Estado do Mato Grosso do Sul- Secretaria de Estado da Saúde.....	62
Figura 5. Evolução comparada do Coeficiente de Mortalidade Geral na Microrregião de Paranaíba e no Estado de Mato Grosso do Sul. Anos próximos.	68
Figura 6. Evolução comparada do Coeficiente de Mortalidade Materna na Microrregião de Paranaíba e no Estado de Mato Grosso do Sul. Anos próximos.	71

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS – Norma Operacional da Assistência

CES - Conselho Estadual de Saúde

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional De Saúde

CES - Conselho Estadual de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

MS - Ministério da Saúde

SAS - Secretaria de Assistência à Saúde

DDGA - Departamento de Descentralização da Gestão da Assitência

SE -Secretaria Executiva

FNS - Fundo Nacional de Saúde

FES - Fundo Estadual de Saúde

FMS - Fundo Municipal de Saúde

FUNASA - Fundação Nacional de Saúde

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

SPS - Secretaria de Políticas de Saúde

GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal

GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica

GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada

PAB - Piso Assistencial Básico

PABA - Piso Assistencial Básico Ampliado

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PDI - Plano Diretor de Investimentos

PPI - Programação Pactuada e Integrada
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PSF - Programa de Saúde da Família
SIA - Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH - Sistema de Informações Hospitalares
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
TFD - Tratamento Fora do Domicílio
FPM - Fundo de Participação dos Municípios
ICMS - Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
TFGM - Teto Financeiro Global do Município
TFECD - Teto Financeiro Epidemiológico e Controle de Doença
TFA - Teto Financeiro da Assistência
SNA - Sistema Nacional de Auditoria
PDAVS - Piso Para o Desenvolvimento de Ações da Vigilância Sanitária
IVR - Índice de Avaliação de Resultados
M1 – Média complexidade um
SIOPS – Sistema de Informações dos Orçamentos Públicos em Saúde
MS - Mato Grosso do Sul
SP - São Paulo
BR - Brasil

RESUMO

O presente trabalho discute a organização dos espaços microrregionais de saúde, a partir do caso do Mato Grosso do Sul, mais especificamente a microrregião de Paranaíba. A discussão de saúde à luz da regionalização, com organização por meio do Planejamento visa otimizar os espaços microrregionais, traduzido, neste caso, no Plano Diretor de Regionalização previsto na NOAS.

Foi utilizado um roteiro simplificado baseado nas premissas do Planejamento Estratégico Situacional – PES para orientar uma oficina de trabalho com gestores da microrregião selecionada, além de um questionário aberto aos gestores envolvidos visando identificar os principais obstáculos (nós críticos) e propostas para a organização da microrregião. Participaram da referida oficina os gestores e técnicos das secretarias municipais e estadual envolvidas. Na oficina, a partir de uma adaptação simplificada do PES, utilizaram-se as ferramentas: frentes de ação, árvore explicativa dos problemas (causas e conseqüências), e estratégias para superar as dificuldades.

Foram identificadas várias questões importantes: a necessidade de melhorar a relação dos gestores com os profissionais de saúde e o processo de educação continuada como relevante para estruturar o sistema de saúde local; o processo de planejamento como um dos caminhos a ser utilizado na superação das dificuldades encontradas para organizar os espaços microrregionais de saúde, entre outras questões.

Entre estas, uma das principais consideramos uma das principais, a necessidade de revisão da normatização (NOAS) que preconiza e organiza a regionalização em saúde, juntamente com a necessidade de melhorar os instrumentos para o fortalecimento da capacidade de gestão, principalmente o processo de contratação e de regulação do sistema de saúde. Assim, fazemos ao final uma breve discussão crítica dessa norma, com o objetivo de colher subsídios para sua revisão.

ABSTRACT

The present work discusses the organization of the spaces micro-organization levels of health, starting from the case of Mato Grosso do Sul State, in Brazil, more specifically the area of Paranaíba. The discussion of optimizing the spaces micro-organization levels of health to the light of the regionalization, with organization through the Planning, translated, in this case, in the Master plan of Regionalization foreseen in NOAS. The workshop of Strategic Planning Situacional - SPS and questionnaire open to the involved managers were applied as methodology of this work. They participated at the referred workshop the managers and technicians of the municipal and state general offices involved. The workshop counted with the simplified application of the method SPS, approaching the action fronts preferentially, explanatory tree of the problems - causes and consequences, and strategies to overcome the difficulties.

They were several identified important subjects. One of the main ones was the need of revision of the norm NOAS that extols and organizes the regionalization in health. Another important aspect was the need to improve the instruments for the invigoration of the administration capacity, mainly the recruiting process and of regulation of the system.

The improvement in the managers' relationship with the professionals of health and the process of continuous education of these it was one more identified point as relevant to structure the system of local health. The planning process was identified as one of the roads to be used for to overcome of the difficulties found to organize the spaces micro-organization levels of health.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a década de 80 do século 20, foi marcada por uma importante retomada da democracia, resultante de um processo sociopolítico e econômico, no qual os diversos movimentos sociais tiveram uma forte participação, e pela promulgação da Constituição Federal – CF, em 1988, que representa um dos marcos mais importantes e de maior impacto na vida dos brasileiros, pois resultou na conquista de diversos direitos, tanto do ponto de vista da liberdade como da garantia dos direitos dos cidadãos.

Na saúde, ficou conhecido como Reforma Sanitária o grande movimento social que mobilizou profissionais, representantes de partidos políticos e população em geral na luta por melhorias no setor. A principal contribuição desse movimento foi a inclusão da saúde no texto constitucional, por meio da criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que pode ser considerado como um dos mais avançados sistemas de saúde do mundo e que possibilitou a unificação dos serviços de saúde.

O artigo 196 da CF deixa isso muito claro: *“a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*.

Com este artigo, fica definida a universalidade da cobertura do SUS. Cabe ao poder público, portanto, sua regulamentação, fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

No seu artigo 198, a CF definiu que as ações e serviços de saúde devem ser organizadas de acordo com os seguintes princípios :

- Universalidade de acesso aos serviços e ações de saúde;
- Integralidade da assistência;
- Equidade;
- Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo;
- Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- Participação da comunidade;
- Regionalização e Hierarquização.

Em 19 de setembro de 1990, foi aprovada a Lei 8.080, que dispõe “*sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes*”.

Esta lei foi responsável pela constituição do conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta, e das fundações mantidas pelo Poder Público, dispendo sobre a organização, a direção e a gestão do SUS; pela definição das competências das três esferas de governo; pelo funcionamento e pela participação complementar dos serviços privados de assistência à saúde; pela política de recursos humanos e dos recursos financeiros, da gestão financeira, do planejamento e do orçamento; e pela decisão de que as instituições privadas participem do SUS, mas de forma complementar.

Em 28 de dezembro de 1990, foi aprovada a Lei Complementar 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS (Conferência de Saúde e Conselho de Saúde) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Fundo de Saúde, Conselho de Saúde, Plano de Saúde, Relatório de Gestão, Contrapartida de recursos para a saúde, Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários – PCCS).

A despeito das definições contidas na Constituição Federal de 1988, sobre as fontes que deveriam compor seu orçamento, a política de recursos financeiros na saúde só avançou em 2002, com a promulgação de Emenda Constitucional 29, que define os percentuais mínimos dos recursos financeiros que a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios devem aplicar na saúde. Por meio da Comissão de Saúde, a Câmara Federal, vem discutindo a regulamentação desta lei, para viabilizar, com transparência, os recursos que podem ser destinados à saúde.

Depois da aprovação dessas leis houve necessidade de orientar a implantação das mesmas e desde 1991, o caminho utilizado pelo Ministério da Saúde foi a publicação de Normas Operacionais Básicas (NOBs), regulamentadas por meio de Portarias Ministeriais. Estes Instrumentos orientadores e de regulação não só da descentralização, mas da efetiva implantação e implementação de um sistema de saúde que se propõe a ser único, universal, integral e equânime. Este desafio estava dado a partir da Constituição Federal, e o caminho tomado para a busca da padronização, das ações em um país continental como o nosso, foi negociando e pactuando Normas.

Resumidamente, podemos dizer que o sistema federativo envolve pelo menos três idéias básicas: a) a idéia de igualdade entre os entes federados; b) a idéia de integridade,

ou seja, de esferas autônomas; c) a idéia de cooperação, ou pacto. O federalismo é, portanto, o esforço de parceria para o estabelecimento de uma unidade entre os seus entes constituintes, sendo mutualmente reconhecida a igualdade e a integridade de cada um destes.

“Dessa forma, na década de 1990, o governo federal edita sucessivas Normas Operacionais Básicas (NOBs) portarias ministeriais a fim de instruir e regular a nova organização do sistema, cujos conteúdos abrangem: definição das formas de transferência de recursos interinstâncias de governo; definição das modalidades de pagamento dos serviços de saúde; instrução do processo de descentralização e de construção de uma rede de serviços capaz de operar com racionalidade sistêmica; definição dos tipos de assistência (básica, de média e alta complexidade) na oferta e definição do modelo de atenção, que articula ações de promoção, prevenção, cura e recuperação” (Levcovitz et al., 2001).

“As NOBs não representam apenas estratégias de indução ou de constrangimento do processo de descentralização; ao contrário, passam a configurar outros espaços de pactuação de interesses na área da saúde, originando ordenamentos, além da emergência e do fortalecimento de novos atores, pela incorporação de inúmeros centros de poder na arena decisória da política” (Viana, 2002).

Goulart (2001) questiona

“se o SUS seria o mesmo sem as supostas amarras que as NOBs vêm tecendo; ou ainda se o processo desejável de pactuação entre as esferas de governo não viria sendo tolhido por uma excessiva formalização e centralização capitaneadas pelo gestor federal ao se arvorar de legislador, via NOB.”

Levcovitz (2001) afirma que por meio das normas, houve um grande avanço na autonomia dos municípios. Isto é questionado por outros autores (Vieira da Silva, 2000), principalmente no que diz respeito a utilização dos recursos financeiros. Há uma avaliação de que os municípios ficam ‘como prisioneiros’ das normas, e que estas nem sempre refletem as características e necessidades de cada localidade.

Essa é uma questão controversa, pois há uma necessidade das três esferas de governo em identificar as formas e os caminhos a serem seguidos para a operacionalização dos princípios e diretrizes do SUS, instrumentos, normas, ou melhor ainda, pactos que esclareçam as prerrogativas, e à divisão de responsabilidades. O que se percebe – e que é consenso entre os diversos autores acima citados – é que nos últimos anos, grandes avanços aconteceram na saúde, tanto no que diz respeito à descentralização, como na garantia e na qualidade do acesso às ações e serviços de saúde

Cada uma das normas teve um processo de elaboração/negociação, assim como características bem distintas, e abaixo será apresentada uma síntese de cada uma delas, sendo que haverá um detalhamento maior da NOAS 2002, pois é a que está em vigor e faz parte do objeto desta pesquisa. Resumidamente temos:

NOB 1991: teve como característica fundamental a uniformização na modalidade de remuneração dos serviços prestados pelo setor público e privado;

- NOB 1993: deu início ao processo de descentralização da gestão da saúde, apesar da pouca adesão dos municípios. Teve o objetivo de fortalecer o papel dos municípios, em especial no que diz respeito ao primeiro nível de atenção;

NOB 1996: acelerou o processo de descentralização por meio da redefinição das responsabilidades dos municípios, estados, do Distrito Federal e da União, ampliando os mecanismos de repasse fundo a fundo da média e alta complexidade, e da atenção básica. Foi criado o Piso de Atenção Básica – PAB, iniciativa que inaugurou a mudança do modelo de pagamento por produção para repasse per capita. Essa NOB só foi efetivamente implantada a partir de 1998, quando foi publicada a Instrução Normativa de 1998. Conforme Andrade (2000) esta norma obrigou um “aperfeiçoamento da gestão dos serviços de saúde no país e na própria organização do sistema, visto que o município passou a ser, de fato, responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de sua população e das exigências de intervenções saneadoras em seu território”.

Contudo, nesse momento não se conseguiu uma organização dos municípios em caráter complementar, por uma falha na norma, pois ela foi enfática na aplicação de um novo modelo de atenção baseada na atenção básica e na indução da descentralização, mas mostrou-se insuficiente na reorganização regional dos municípios.

- NOAS 2001 e 2002: tratam, de forma clara, da organização dos sistemas de saúde e do fortalecimento do papel dos estados como coordenador de um processo articulado de regionalização do SUS, ampliando o conceito de distribuição de recursos per capita, a partir de alocação microrregional, buscando resgatar o que a NOB/96 deixou a desejar no que diz respeito ao processo de descentralização; busca ainda estabelecer mecanismos para garantia da integralidade da assistência por meio do fortalecimento da atenção básica. Conforme afirma Vilaça (2001), a NOAS 2001/2002 parece tentar compensar a NOB 1996, por isso “é hora de se buscar o ponto de equilíbrio, superando a municipalização autônoma, e buscar consolidar a microrregionalização cooperativa”.

Essa proposta baseia-se na constatação de que, isolados, os sistemas de saúde municipais dificilmente são suficientes para garantir a integralidade das ações de saúde para os seus municípios. Por isso, destaca-se a importância de vários sistemas de saúde municipais buscarem formas de tornarem-se complementares, forma de organização sob a qual seria possível otimizar os serviços de saúde existentes em cada um dos municípios, respeitando a escala adequada e o direito constitucional de todos os cidadãos terem o acesso garantido a todas às suas necessidades de saúde.

Apesar da NOAS propor a organização dos espaços microrregionais, percebe-se que essa norma não induziu a efetivação desses espaços de forma a torná-los resolutivos, uma vez que, após esse período de implantação, nenhuma microrregião foi ‘qualificada’ (termo usado na NOAS para expressar quando um espaço microrregional está organizado). Parece-nos possível perceber um movimento pendular de centralização e descentralização no âmbito do SUS.

De 2000 a 2002, participamos do processo de negociação e elaboração da Norma Operacional da Assistência - NOAS 01/01 e NOAS 01/02, embasadas no tema regionalização, pois se alcançou um consenso nas instâncias de negociação que já se havia avançado consideravelmente, no campo dos processos de descentralização.

A regionalização é uma das formas atuais de organização dos sistemas de saúde, destacando-se a importância dos espaços microrregionais serem organizados com o intuito de garantir uma melhoria no acesso e na qualidade dos serviços de saúde prestados, e alcançar a integralidade da atenção à saúde.

Nesta pesquisa discutimos a regionalização como uma das formas de organização dos sistemas de saúde, enfatizando-se justamente a importância do fortalecimento desses espaços microrregionais na busca da qualidade em saúde.

Segundo Mendes (2001) existe consenso de que há uma crise nos sistemas de saúde. No entanto, há profundas divergências quanto às formas de superá-la.

Apesar da crise há também consenso de que os princípios e diretrizes definidas pelo SUS são as melhores alternativas para organizar a atenção à saúde no Brasil. Entre as diretrizes, a organização regionalizada do sistema de saúde é de suma importância para o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços de saúde e na busca de garantia integralidade e à universalidade proposta pela Constituição. Destaca-se a importância do planejamento neste processo.

Segundo Matus (1996) não há governo eficaz sem dispor de métodos poderosos de planejamento. Para os gestores comprometidos, a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), permite instrumentalizar o processo de planejamento na saúde, tendo como uma das diretrizes centrais, buscar de forma consensuada e pactuada, a organização dos espaços microrregionais de saúde.

A identificação das dificuldades que os municípios e as microrregiões encontram para atender aos preceitos da NOAS é fundamental para os municípios e Estados. O Estado de Mato Grosso do Sul mostra um contexto político e social favorável à organização das microrregiões, embora apresente também dificuldades a serem enfrentadas. Levando em conta as características dessa Unidade da Federação e considerando-se que a compreensão e a superação das dificuldades e problemas do processo de regionalização nesse Estado pode contribuir efetivamente para as outras unidades federadas, a pesquisa aqui proposta visa responder às questões como: (a) Quais são as dificuldades a serem superadas para que as microrregiões sejam qualificadas e se tornem efetivas? (b) Quais as dificuldades encontradas pelo município e pelo conjunto desses municípios numa microrregião de saúde, para torná-la operacional e resolutiva?

O presente trabalho, portanto, pretende contribuir para a consolidação dos espaços microrregionais de saúde definidos no Plano Diretor de Regionalização do estado do Mato Grosso do Sul, de forma a torná-los organizados e resolutivos, buscando, a partir dessa experiência estudada, identificar alguns dos principais aspectos a serem revistos na NOAS.

OBJETIVOS E ASPECTOS METODOLÓGICOS

Objetivo geral

Contribuir para a consolidação dos espaços microrregionais de saúde definidos no Plano Diretor de Regionalização do Estado de Mato Grosso do Sul, de forma a torná-los organizados e resolutivos, buscando, a partir dessa experiência estudada, identificar alguns dos principais aspectos a serem revistos na NOAS.

Objetivos específicos

A identificação dessas dificuldades e o encaminhamento de propostas para superá-las trarão contribuições em vários aspectos, como por exemplo:

- habilitar os municípios, bem como propostas para superar as dificuldades, visando permitir um aumento de sua capacidade resolutiva e de captar recursos financeiros novos;
- identificar dificuldades na qualificação da microrregião selecionada e encaminhar propostas para qualificá-la;
- elaborar um instrumento que permita à Secretaria de Saúde de Mato Grosso do Sul e aos demais estados, apoiar os municípios e microrregiões a organizarem-se como espaços de saúde, sistematizando, assim, um processo que ainda é novo para a maioria dos estados. Além disso, este instrumento contribuiria para o resgate do papel dos estados na cooperação e apoio técnico aos municípios;
- subsidiar a revisão da NOAS, a partir da sistematização das dificuldades e sugestões levantadas, visando facilitar a construção de espaços microrregionais mais resolutivos e efetivos de forma a garantir a integralidade das ações e serviços de saúde oferecidos à população residente nas diferentes localidades;

Problema e Hipóteses

O desenho metodológico de uma pesquisa e as estratégias desenvolvidas no processo de trabalho científico evidenciam não apenas as opções pragmáticas e técnicas adotadas por um pesquisador, mas, sobretudo, suas concepções de mundo, suas posturas políticas e as formas pelas quais ambienta suas relações sociais.

Os estudos/pesquisas de um mestrado profissionalizante voltado para a atualização e para o incremento da qualidade dos resultados a serem alcançados fruto do trabalho de profissionais e gestores de uma Secretaria do Ministério da Saúde, convergem para a elaboração de um projeto de pesquisa social no qual se harmonizam as preocupações com o acuro teórico-reflexivo-crítico e a superação de problemas determinados pelo cotidiano da instituição ao qual os alunos estão vinculados.

Os objetivos deste projeto consideram especialmente essa característica, aliás premissa comum aos projetos vinculados a propostas de gestão e planejamento.

“pesquisa é a atividade científica pela qual descobrimos a realidade. partimos do pressuposto de que a realidade não se desvenda na superfície. Não é o que aparenta à primeira vista. Ademais, nossos esquemas explicativos nunca esgotam a realidade, porque esta é mais exuberante que aqueles... A ciência não trata qualquer coisa; trata principalmente o que interessa. É sempre também reflexo do poder e das necessidades sociais’ (Demo:1985)

No presente projeto, o problema que se pretende estudar pode ser enunciado da seguinte maneira geral:

Quais as dificuldades encontradas para tornar os espaços microrregionais de saúde efetivos/resolutivos?

Coerente com o problema, as seguintes hipóteses/pressupostos, norteiam os rumos da pesquisa que visa à compreensão e superação do mesmo:

- (a) Os atuais critérios de habilitação e qualificação, previstos na NOAS, contribuem pouco para que os espaços microrregionais de saúde sejam operacionalizados.
- (b) As secretarias estaduais de saúde têm dificuldades em apoiar os municípios e as microrregiões para se organizarem internamente e externamente na organização regional de saúde.
- (c) Os espaços participativos de discussão entre os atores envolvidos podem facilitar o avanço na organização das microrregiões, como se identificou durante o processo de elaboração dos Planos Diretores de Regionalização.

Abordagem inicial do problema: a opção pelo Estudo de Caso e a Pesquisa-Ação

A estratégia que define a abordagem inicial do problema, que influencia todas as demais, deve procurar delimitar a forma como o pesquisador trará o primeiro contato com a realidade sobre a qual pretende dedicar-se. A pesquisa social é um processo que envolve aproximações sucessivas (Cruz Neto:1995).

Estudar o problema da resolutividade de uma microrregião de saúde requer a compreensão de que, para uma dissertação, torna-se inadequado - porque inatingível - a pretensão de um estudo em nível nacional. Isso fica claro, quando se tem noção de que para se dar conta desta situação é preciso trabalhar, pelo menos, a partir de duas vertentes (I) a análise das dificuldades encontradas pelos municípios de uma microrregião para se enquadrarem nos critérios de habilitação previstos na Instrução Normativa da NOAS/02; e (II) a análise das dificuldades encontradas por uma microrregião para se enquadrar nos critérios de qualificação previstos na NOAS/02.

Assim, escolhemos o Estudo de Caso, procedimento típico da pesquisa qualitativa, que tem como objetivos principais levantar conhecimentos aprofundados sobre uma realidade específica, dissecando-a tanto em suas características estruturantes como nas conjunturais.

Contudo, para ser objeto ótimo de um estudo de caso, essa “realidade específica”, não pode ser um fenômeno isolado, que ocorre apenas num local, uma instituição ou num determinado grupo de relações. Ela precisa ser múltipla, isto é, ser verificável em diferentes espaços geopolíticos, em diferentes momentos do processo histórico e afetar múltiplos grupos sociais. É nesse permanente diálogo entre local/global, específico/geral, único/múltiplo e, portanto, dialético, que o estudo de caso atinge seus melhores resultados. É preciso dar conta dos problemas do fenômeno que está sendo

investigado, mas sempre voltar sua atenção para nele saber diferenciar as relações típicas da conjuntura e as que estão ligadas a questões mais amplas.

Assim, não se esgota o trabalho no específico/local/momentâneo, podendo-se extrapolar o conhecimento adquirido, contribuindo para que outros grupos afetados por problemas semelhantes possam também superá-los. Contudo, é necessário ter claro que a preocupação não é a da extrapolação estatística amostral, mas a definição clara e objetiva de relações sociais, políticas, econômicas, culturais e técnicas que podem ser identificadas - respeitadas as nuances regionais e temporais - e trabalhadas em diferentes contextos brasileiros. O problema da efetividade das microrregiões de saúde pode ser abordado por de um estudo de caso, em especial porque atende às exigências metodológicas referidas e porque sua superação local pode contribuir para que o conjunto nacional de microrregiões avance em seus processos de organização.

Universo de Estudo

A partir dos seguintes critérios, selecionou-se Mato Grosso do Sul, objeto deste estudo:

- as demandas do estado por apoio do Ministério da Saúde no processo de regionalização;
- a facilidade de acesso aos gestores estadual e municipais;
- a proposta política do poder público estadual, que pretende valorizar as microrregiões de saúde;
- investimento em recursos humanos e financeiros, definidos no orçamento estadual, para apoiar a microrregionalização.

O fato de Mato Grosso do Sul ter sido criado recentemente e por solicitar constante apoio técnico do Ministério da Saúde, na busca de organizar o sistema de saúde a partir da regionalização, enfoque dado em seu Plano Estadual de Saúde, nos levou a escolher essa unidade federada para desenvolvimento desse trabalho.

A seleção da microrregião deu-se considerando a opinião do Secretário Estadual de Saúde, e de técnicos da secretaria, de que de Paranaíba é uma das microrregiões mais propícias para o desenvolvimento deste estudo. Além disso, já há um movimento localizado dos secretários municipais de saúde daquela microrregião em torná-la

resolutiva e já vem sendo realizadas diversas reuniões com o propósito de qualificar a microrregião de acordo com os preceitos da NOAS.

A opção pelo Planejamento Estratégico na busca dos objetivos

A partir da crítica de Matus (1996), com a qual concordamos, o planejamento tradicional pressupõe um ‘sujeito’ que planeja um ‘objeto’ e pretende ‘controlar’ esse objeto, que estaria representado pela realidade socioeconômica. Ao contrário, no enfoque do Planejamento Estratégico Situacional, sujeito e objeto se entrelaçam na realidade a ser conhecida, compreendida por meio de um recorte direcionado pelo olhar dos atores e influenciado pelo objetivo de intervenção sobre o problema. Assim, além de considerarmos o enfoque adequado no levantamento da situação problemática, o envolvimento da pesquisadora como ator no processo justifica a escolha de um enfoque que considera especialmente o olhar dos vários atores.

Segundo Artmann (2000), a utilização de um enfoque estratégico de planejamento permite apreender a complexidade dos processos sociais e, ao mesmo tempo, encontrar “ferramentas operacionais para a construção de projetos e planos de ação para o enfrentamento de problemas estratégicos que resultem num impacto positivo na qualidade de vida da população”.

Para identificar e discutir as dificuldades encontradas pelos municípios pertencentes à microrregião de Paranaíba, selecionada no Estado do Mato Grosso do Sul, no que se refere à qualificação previstos na NOAS 2002, que relacionam-se aos dois primeiros objetivos específicos deste projeto, escolhemos a estratégia de realizar uma oficina simplificada de planejamento estratégico.

O objetivo desta oficina foi problematizar as questões relacionadas aos processos formais de habilitação e qualificação previstos na NOAS/02, a partir da realidade trazida pelos atores da microrregião. Segundo Matus (1996), informações sobre a realidade são imprescindíveis e dados sobre os serviços de saúde e sua produção e localização devem ser utilizados para a problematização. Para problematizar os dados foram levantadas questões relativas ao estado do Mato Grosso do Sul e da microrregião de Paranaíba.

Cada gestor indicado pelas Secretarias Municipais para participar da Oficina respondeu a um questionário que lhes foi enviado, via correio eletrônico, dez dias antes da Oficina, quando eles devolveram o instrumento devidamente preenchido.

Pretendeu-se que, durante a realização da oficina, as principais dificuldades encontradas pelos municípios da microrregião fossem identificadas e debatidas, contando-se com a participação e análise dos gestores e técnicos como meio vital para a identificação de problemas, seus nós críticos (questões a serem enfrentadas) e a discussão de como superá-los. Neste momento os critérios (im)postos pela NOAS foram informações norteadoras.

Para se alcançar os objetivos específicos de elaborar um instrumento que contribua para a superação das dificuldades encontradas nos processos de habilitação dos municípios e na qualificação de microrregiões que possa ser utilizado pela Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul e dos demais estados brasileiros e, conseqüentemente contribuir para o processo de revisão da NOAS, utilizamos os resultados da Oficina e dos questionários respondidos.

O questionário, instrumento apresentado no anexo I, contém questões que visam permitir aos técnicos e gestores, uma opinião de cunho mais político, identificando, desta forma, as visões e concepções de cada um deles sobre a NOAS e sobre o processo de regionalização. A finalidade principal da escolha deste tipo de instrumento foi a avaliar qualitativamente o conceito de regionalização, fornecendo subsídios para o Ministério da Saúde e para o Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASS e CONASEMS) discutam o processo de atualização dos processos de pactuação e de normatização.

Assim, as etapas da pesquisa realizada foram:

- revisão bibliográfica e discussão de conceitos, revisão documental;
- definição dos critérios para escolha do estado;
- identificação dos técnicos e gestores municipais e estadual;
- encaminhamento dos questionários;
- recebimento e sistematização das respostas dos questionários;
- realização da Oficina de Planejamento Estratégico;
- organização dos resultados da Oficina de Planejamento Estratégico.

Os dados e informações levantados por meio dos questionários foram compreendidos em sua dimensão processual, considerando a posição e os olhares específicos dos diferentes atores e o contexto situacional. Com o auxílio de ferramentas do PES, como a árvore/rede explicativa e a seleção dos nós críticos, buscamos uma

reflexão crítica bem como a construção de caminhos para superar as dificuldades apontadas nos pressupostos deste estudo.

Considerações Sobre a Ética

Considerando os referenciais básicos expressos na resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça e levando-se em consideração que há dados e informações que serão coletados e levantados a partir de fontes primárias, comprometemo-nos a aplicar essas técnicas apenas com os atores sociais que expressaram o desejo de participação e o formalizaram por meio do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” anexo II a este Projeto.

Além disso, todos os envolvidos foram previamente informados que mesmo tendo assinado o Termo teriam, a qualquer momento:

- (a) *ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questões ou a fornecer informações que julgasse prejudiciais à sua integridade física, moral e social;*
- (b) *opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não fossem incluídas em nenhum documento oficial;*
- (c) desistir de participar da Pesquisa.

Os benefícios postulados pelo Projeto pretenderam atingir, de forma direta e indireta, gestores e usuários do SUS.

De forma direta, pois os subsídios, propostas e estratégias gerados serão repassados aos gestores do Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde do Mato Grosso do Sul e demais secretarias de saúde do país; indireta, pois a Pesquisa atuou no âmbito do retorno social, que tende a afirmar-se na medida em que se investigou e estudou os problemas enfrentados pelo público-alvo, (re)afirmando-o enquanto cidadãos e sujeitos de direitos que devem receber a atenção integral do Poder Público e da sociedade civil.

Asseguramos que os dados e informações só serão utilizados no âmbito da Pesquisa e divulgados, sob o consentimento dos inquiridos, por meio de seus relatórios oficiais ou de artigos e publicações científicos assinadas pelos Pesquisadores envolvidos, que visem, exclusivamente, contribuir para o debate científico acerca das questões investigadas.

CAPÍTULO 1

COMENTANDO A NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA (NOAS)

O objetivo da NOAS/SUS 01/01 é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Essa Norma é dividida em três capítulos: Regionalização, Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS e Critérios de Habilitação de municípios e estados.

O capítulo da Regionalização estabelece

“o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade”. Deve contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, a identificação de prioridade de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis”.

O Capítulo que diz respeito ao Fortalecimento da Capacidade da Gestão, traz instrumentos que pretendem organizar e fortalecer o planejamento dos sistemas de saúde. A seguir apresentamos e comentamos alguns deles:

- Programação Pactuada e Integrada (PPI) – é um instrumento de alocação de recursos entre os municípios e os estados. Por meio desse instrumento, inicia-se um processo de negociação das referências, como forma de garantia de acesso integral. De acordo com o PDR, os gestores definem onde serão alocados os recursos de seus cidadãos. É estabelecido um per capita para todos os procedimentos. Esse recurso financeiro é destinado a cada munícipe e o acompanha de acordo com o município em que servirá de referência no PDR.
- Os instrumentos de acompanhamento da garantia de acesso - Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Para que o acesso seja

garantido, os gestores se responsabilizam pela garantia do acesso aos municípios, de acordo com o fluxo definido no PDR e na PPI.

- Processo de Controle, Regulação e Avaliação. Pela primeira vez se trabalha com os processos de controle e avaliação como instrumentos de fortalecimento da gestão, de forma a otimizar os recursos financeiros e a organizar os fluxos definidos, por meio da regulação. O conceito de regulação que se propõe na NOAS 2002 é o da regulação assistencial propriamente dita, não se trabalha o conceito mais amplo da regulação. Tanto que a Programação é trabalhada num capítulo à parte. Abordar questões de regulação exige considerar a organização da oferta e demanda de serviços, expressar na Ficha de Programação físico-orçamentária (FPO), refletindo o resultado da PPI e o processo de cadastramento (CNES) até a contratualização.

O último capítulo reorganiza os critérios e prerrogativas da habilitação de estados e municípios, sendo diferente das NOBs anteriores, pois consideram, além de outros requisitos, o perfil assistencial dos municípios, de acordo com o papel a ser desempenhado por ele no Plano Diretor de Regionalização.

A NOAS 2002 define que

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

Essa proposta tem como pressuposto que a microrregião de saúde é um dos desafios a serem superados nos atuais sistemas de saúde, pois é capaz de otimizar os serviços de saúde, de forma a torná-los mais organizados, respondendo, desta forma, com qualidade e humanização as necessidades de saúde dos indivíduos e do conjunto

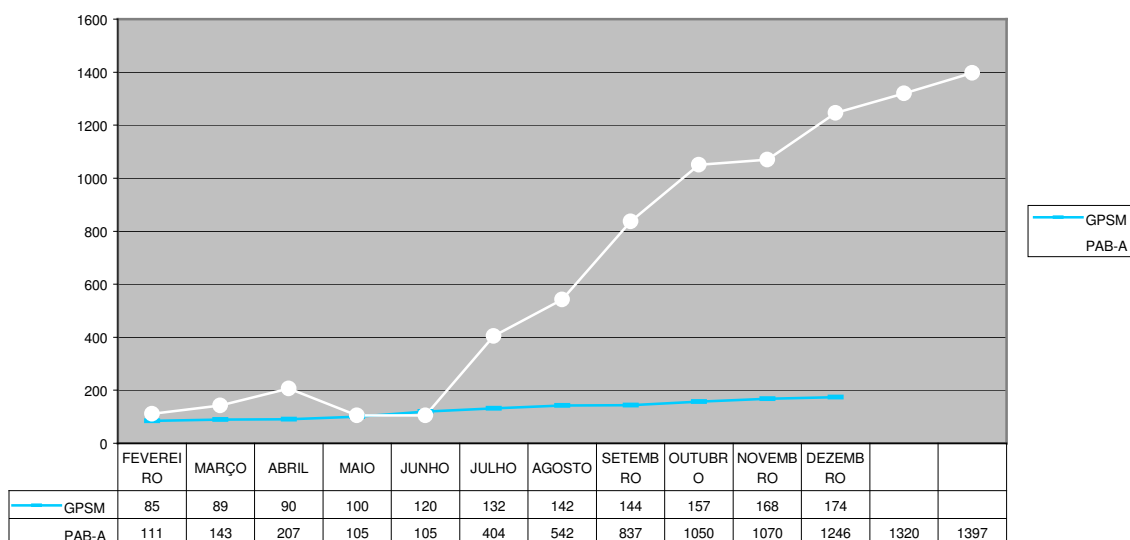
destes. Além disso, podemos identificar um forte potencial indutor às demais áreas sociais, se pensarmos a necessidade de organizar o contexto regional de forma intersetorial e considerando-se que a saúde sempre será um dos catalizadores na busca da melhoria de qualidade de vida da população.

De acordo com a capacidade resolutiva do município, a NOAS prevê dois tipos de habilitação:

- Gestão plena de atenção básica ampliada: onde se estabelecem cinco áreas estratégicas – saúde da mulher, da criança, saúde bucal, controle da diabetes e eliminação da hanseníase;
- Gestão plena do sistema municipal: onde se preconiza que o município ofereça um mínimo de procedimentos da média complexidade, incluindo ultrassonografia, radiologia e odontologia especializada.

A partir do gráfico abaixo fazemos algumas observações a seguir.

Comparação entre habilitação em GPSM com GPAB-A em 2003 - total Brasil



Fonte: ST/CIT/DAD/SE/MS

Pode-se observar que a partir de julho de 2003 houve um incremento nas habilitações em GPAB-A no país, quando podemos levantar as seguintes situações:

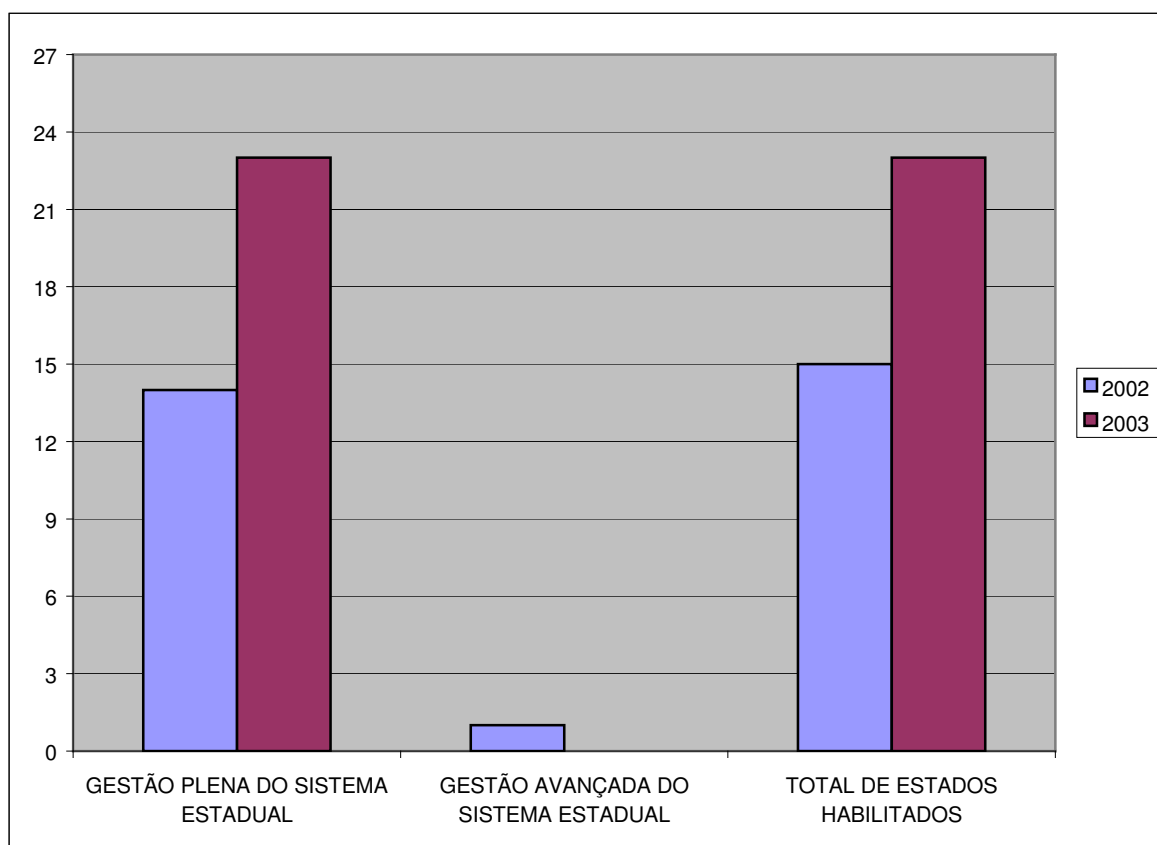
- Aumento no incentivo financeiro, que passou o PAB fixo de 10,50 para 12,00 para os municípios que habilitassem em PAB-A;

- Flexibilização nos critérios de habilitação, quando ficou estabelecido um prazo para que os municípios providenciassem posto de coleta e eletrocardiograma, considerados critérios para habilitação. Esse prazo foi adiado três vezes e os municípios ainda não cumpriram. Por isso, questionamos se este é um critério efetivamente importante, ou deve-se pensar em outra lógica para garantir as ações da atenção básica.

As habilitações em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) não apresentaram crescimento, onde pode-se supor que não houve incentivo, financeiro ou não, para diferenciar essa habilitação. O comando único, critério que diferencia essa modalidade de habilitação da utilizada pela NOB/96 vem dificultando os pactos locais, contribuindo, também, para o pequeno número de municípios pleiteantes nesta modalidade.

A habilitação dos estados em Gestão Plena do Sistema foi mais efetiva a partir dos critérios da NOAS. Apesar dos instrumentos de comprovação das habilitações serem semelhantes aos da NOB, pode-se perceber que houve um fortalecimento no papel das Secretarias Estaduais de Saúde na NOAS, principalmente na condução dos processos. E em junho de 2003 houve um incentivo financeiro, de alta monta em alguns estados, o que acreditamos ter sido indutor para que os estados se habilitassem. Esse incentivo diz respeito ao resgate da Portaria n° 1.188/GM, de 26 de junho de 2002, em que aumentou o valor das consultas especializadas de R\$ 2,50 para R\$ 7,50, repercutindo num aumento de recursos da ordem de R\$ 314.167.534,19 apenas na rede privada. Já com a Portaria n° 654, de 28 de maio de 2003, o Ministério da Saúde buscou resgatar o valor também para as unidades públicas, o que representou em termos financeiros R\$ 422.500.780,00. Nessa ocasião o Ministério da Saúde, com aprovação da Comissão Intergestores Tripartite, vinculou o repasse destes novos recursos somente a estados habilitados em GPSM. Por isso, acreditamos, conforme explicitado no gráfico abaixo, que em 2003 houve um maior interesse dos gestores estaduais em se habilitarem em Gestão Plena do Sistema Estadual (GPSE).

Observe-se o gráfico abaixo.



Podemos afirmar que a publicação da NOAS permitiu um grande avanço no que diz respeito ao processo de planejamento em saúde e na regionalização das ações de saúde. Notou-se um grande movimento no processo de descentralização dos estados, já que estes na sua maioria habilitaram segundo os critérios previstos nesta norma. Considerando a necessidade de um importante elemento para a implementação da regionalização enquanto instrumento para a melhoria do acesso e da qualidade do Sistema Único de Saúde, a NOAS é uma ferramenta que deve ser aperfeiçoada no que tange este aspecto. Talvez avançarmos para um novo momento na normatização do SUS, isto é, um momento em que os pactos superem as normas.

Entre as Normas publicadas pelo Ministério da Saúde, as NOAS 01/01 e 01/02 foram as que instituíram o maior número de instrumentos de planejamento. Foi também a menos rígida, pois possibilitou que cada estado – com seus municípios – elaborasse seus Planos Diretores de Regionalização e seus Planos Diretores de Investimento. O objetivo destes Planos é, a partir da situação encontrada em cada estado, identificar o papel de cada município na melhoria e garantia do acesso da população a todos os

serviços e ações de saúde, buscando atingir, desta forma, a integralidade e a universalidade previstas na Constituição Federal.

A Programação Pactuada e Integrada também pode ser identificada como um instrumento de planejamento para alocação de recursos financeiros. Para sua elaboração é necessário identificação de parâmetros de necessidade. Por mais “frustrante” que o processo possa ser - ao compatibilizar os recursos financeiros aos parâmetros de necessidades nunca há recursos suficientes - foi um dos únicos momentos em que os estados e municípios se reuniram para planejar a alocação de recursos financeiros a partir de uma leitura da *situação* e de uma pactuação entre os atores envolvidos. A PPI traz como referência a discussão de parâmetros de necessidade. Em 2002, foi publicada a Portaria GM 1.101, que institui uma consulta pública sobre as necessidades de saúde da população baseada nos procedimentos, sem problematizar, contextualizar, ou mesmo discutir a organização dos serviços de acordo com a escala adequada.

Conforme explica Cecílio (apud Pinheiro, 2002, pág 116) Deve-se considerar as necessidades de saúde intersetorialmente, que podem ser

“a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo (a)efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia no modo de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida. Está tudo ali na ‘cestinha de necessidades’, precisando ser, de alguma forma, escutado e traduzido, pela equipe. Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual”.

REGIONALIZAÇÃO

O tema regionalização pode ser visto com alguns enfoques. Um dos mais interessantes em que se resgata o planejamento regional é o de Hilhorst (1975):

1. Região homogênea: baseada na possibilidade de agregação territorial a partir de características uniformes, arbitrariamente especificadas.
2. Região polarizada: assume a hipótese da polarização espacial a partir de um campo de forças que se estabelece entre unidades produtivas, centros urbanos ou aglomeração industrial. Aqui a análise de fluxos de produção e consumo, das conexões intra e inter-regionais, assume absoluta relevância porque revela a rede e a hierarquia existente. A região é considerada heterogênea e funcionalmente estruturada, com fluxo de intensidade variada, normalmente convergindo para poucos pólos.
3. Região de planejamento: essa deriva da aplicação de critérios político-administrativos instrumentalizados na atividade de planejamento. A regionalização definida a partir desse marco representa uma intencionalidade da autoridade pública, que afirma uma compreensão do território a partir das necessidades de execução de determinados serviços públicos, do exercício do poder regulatório do Estado ou, por exemplo, da focalização das políticas públicas setoriais em determinada parte do território.

É importante garantir que não haja rigidez na adoção dos critérios que nortearão a regionalização, nem na organização desses processos. Por isso, deve-se priorizar conceitos e mecanismos capazes de flexibilizar a gestão e o planejamento regional, e que se fortaleçam e garantam os processos de pactuação entre os atores envolvidos, de forma solidária e consciente, prevalecendo o interesse e o bem público.

A primeira tentativa de organizar a atenção médica de maneira ordenada foi na Prússia no século XIX, com o médico distrital em que era responsável por uma população. Mir (1990).

A CF 88, no que se trata de saúde, definiu algumas diretrizes e princípios a serem seguidos:

- Universalidade – Diz do princípio em que todos os cidadãos têm os mesmos direitos aos serviços e ações de saúde, diferentemente do que ocorria enquanto eram os institutos, ou o INAMPS, em que somente os trabalhadores e familiares que contribuíaam é que tinham direito ao acesso. A integralidade diz respeito aos serviços a serem prestados, que a saúde além de ser para todos, sem exceção, ela deve ser a qualquer ação de saúde, o cidadão deve ter direito à integralidade de suas necessidades.
- A equidade é tratar de forma diferente os desiguais, isto é, quem necessita mais tem prioridade. Este conceito pode se confundir com a universalidade. A descentralização, respeitando o pacto federativo em que os níveis de município, estado e união não são hierárquicos, mas autônomos, e respeitando a decisão do governo local, que está mais próximo da realidade e da necessidade, tendo possibilidades maiores de planejamento mais adequado.

“A descentralização associada à diretriz da gestão única resulta em três arranjos formais para o sistema de saúde: os sistemas municipais, estaduais e o nacional. Mas a integralidade e a hierarquização induzem à formação de outros subsistemas, como consequência da discussão intergestores” (Viana, 2002).

Nesse contexto, há necessidade de se avaliar neste contexto que 20% da população brasileira possui planos de saúde. Por isso, deve-se considerar que dois movimentos podem ser feitos: um é aumentar a capacidade do estado de regular os planos garantindo acesso ao que foi contratado e ressarcindo aos cofres públicos o que é gastopor pacientes que deveriam ser atendidos pelos planos e que têm sido atendidos pelo SUS. Outro movimento é ter capacidade de priorizar os atendimentos aos mais necessitados, do ponto de vista assistencial e financeiro, cumprindo sempre os preceitos bioéticos.

- regionalizando e hierarquizando os serviços e a atenção a ser prestada, há possibilidade de se garantir um acesso universal e integral à população brasileira.

Na saúde, organização regional tem como princípio otimizar a utilização dos recursos existentes nestes espaços, de forma a aproveitar ao máximo a capacidade de cada um destes recursos, de forma a garantir, no que diz respeito à saúde, a integralidade da atenção a ser prestada aos cidadãos. Embasando-se nos conceitos de capacidade (suficiência) resolutiva no âmbito regional, baseado no seguinte tripé: epidemiologia/nosologia, espaço territorial e suficiência de serviços.

De qualquer forma, a regionalização vem sendo utilizada, juntamente com a descentralização e a hierarquização, como norteadores da reforma sanitária e da definição das políticas de saúde no Brasil. Com o processo da redemocratização ocorrida na década de 80 do século XX, partiu-se para um processo de descentralização do poder, com autonomia para os municípios e estados brasileiros planejarem as ações no seu nível local.

Com o processo de municipalização na saúde ocorrido a partir da CF 1988 e a partir das NOBs, a saúde foi dividida por níveis de complexidade, sendo que a atribuição dos municípios foi dividida de acordo com sua capacidade resolutiva. Hoje, teoricamente, todos os municípios brasileiros são responsáveis pelo primeiro nível de atenção (atenção básica), sendo que a média e alta complexidade devem ser garantidas, mas não necessariamente no local onde o cidadão mora. É primordial que essa discussão seja feita em nível regional, e que seja conduzida pela necessidade da atenção e não pela disponibilidade da oferta.

De fato, nos sistemas de saúde regionalizados o maior desafio está em buscar a integralidade da atenção aos cidadãos pertencentes àquele espaço delimitado e de acordo com Mendes (2002, pg 59):

“os sistemas de saúde voltados para a atenção às condições crônicas são aqueles que desenvolvem um enfoque sistemático e planejado para atender às necessidades dos eventos agudos e crônicos que se manifestam no decorrer do ciclo de vida de uma condição ou doença, provendo intervenções de promoção de saúde, de prevenção de doenças ou danos, de contenção do risco

evolutivo, de tratamento, de reabilitação, de manutenção e de suporte individual e familiar para o autocuidado, por meio de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que prestam uma atenção contínua”.

Portanto, o objetivo central da regionalização é alcançar o aumento da cobertura dos serviços (maximizar os resultados), com eficiência na utilização dos recursos disponíveis (otimização da produção), para possibilitar que as diretrizes do SUS sejam alcançadas: universalidade, acessibilidade, integralidade e resolutividade.

Em 2002, a publicação da NOAS trouxe uma indução na gestão supramunicipal para a implementação das atividades de atenção à saúde, indo de encontro aos preceitos de Mendes (1996, pg 45): “a organização do SUS deve ser intermunicipal, a fim de possibilitar melhoria na racionalidade do sistema”.

PLANEJAMENTO

Há uma enorme lacuna entre o que está definido em lei e a real necessidade expressa pela população. O papel dos governos estaduais e municipais, como simples despachantes de leis, sem uma capacidade de ordenar as prioridades, está acontecendo em várias situações. Entre nós, há uma tendência generalizada de considerar os gestores locais, prefeitos, governadores simples administradores. Esse fato é mais um reflexo da época em que os prefeitos eram nomeados. O papel do administrador local é de suma importância, pois é quem está mais próximo das necessidades locais (Leal, 1914). Ator – conceito, como detentor de recurso, governabilidade.

O fortalecimento da capacidade de planejamento é o melhor caminho para que os governos locais possam superar as dificuldades e os desafios para conseguir cumprir as leis. É importante que cada representante eleito seja fiel aos seus eleitores e seja capaz de ouvi-los no momento da tomada das decisões. Participação social – déficit das normas hoje existentes. O atual governo buscou fortalecer este espaço, através da criação da Secretaria de Gestão Participativa.

O planejamento é um dos melhores caminhos tanto para ter uma ausculta da sociedade como dos participantes do poder local. Para Matus (1996), o homem, em sua forma cotidiana de compreensão no mundo, não divide a realidade em setores, departamentos ou disciplinas, mas em **problemas e oportunidades** para enfrentá-los.

“Postulado 1 – o ‘sujeito’ que planeja está incluído no ‘objeto’ planejado.

Postulado 2 – há várias explicações da realidade, assim, o diagnóstico único e a verdade objetiva já não são possíveis.

Postulado 3 – para compreender a realidade e tornar-se capaz de prever sua evolução, já não é suficiente nem possível reduzir as ações humanas a comportamentos predizíveis.

Postulado 4 - planejamento deve sistematizar o cálculo político e centrar sua atenção na conjuntura.

Postulado 5 – o normativo será apenas um momento do estratégico e do operacional...

Postulado 6 – o plano não é monopólio do Estado...” (Matus, 1996, pg 66-70)

Concordando e aplicando a utilização do planejamento estratégico nas políticas públicas, é oportuno resumir os planejamentos da seguinte forma:

- O tradicional, que separa, claramente o sujeito do objeto.
- O estratégico, onde o ator é parte integrante da ação, por isso ele trabalha enquanto um ator, que tem governabilidade sobre as decisões e ações.
- O planejamento estratégico situacional onde se identificam além dos sujeitos como atores, eles são inseridos na realidade onde os nós críticos e ações são identificadas. Atores são responsáveis pela análise da situação, e pela possibilidade de criar a governabilidade para enfrentar os problemas

O conceito de situação é de fundamental importância no que diz respeito ao planejamento de saúde. Para Matus (1996) o conceito de conflito obriga os atores a entender a realidade a partir de vários pontos de vista. “Para cada ator social a realidade na qual vive é uma situação diferente”.

Para Ortega *apud* Matus (1996):

1. “a situação é um mote obrigatório para o ator social;
2. a ação não tem significado fora da situação;
3. explicar algo é *dialogar* com a situação; o diagnóstico é um *monólogo*;
4. a História está presente na situação; e
5. não há ação à distância; só se atua no presente.”

O planejamento normativo é muito rígido e não possibilita relacionar a realidade, isto é, não permite ao ator/planejador verificar como as normas são aplicáveis e implementáveis em sua situação local.

CAPÍTULO 2

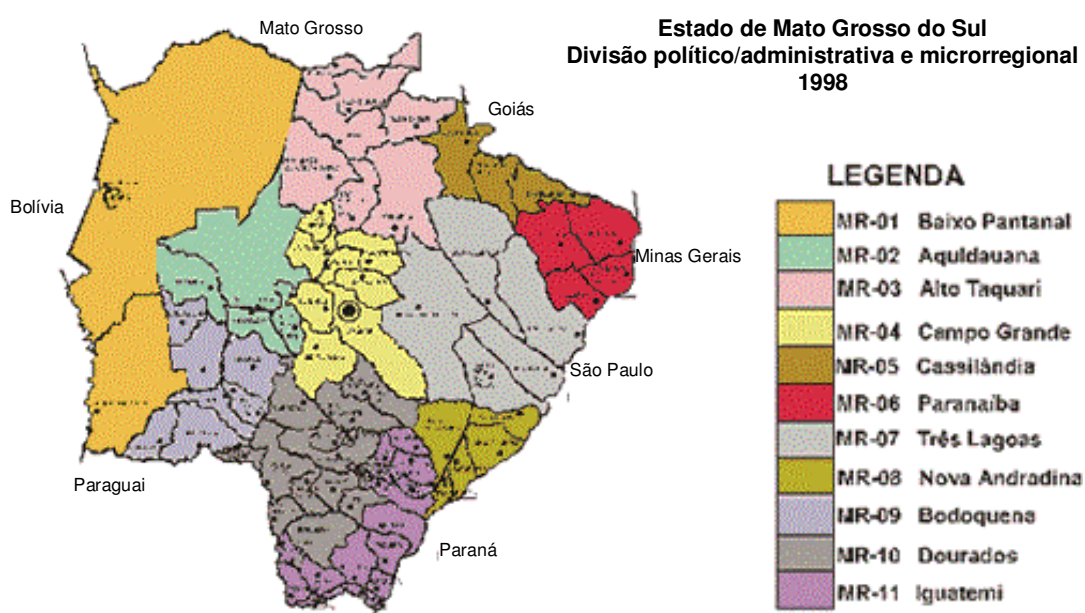
O PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL

Apresentação

O Estado do Mato Grosso do Sul nasceu da subdivisão do estado de Mato Grosso, definida por lei de outubro de 1977, tendo seu primeiro governo sido instalado em 1 de janeiro de 1979. Segundo os resultados preliminares do Censo 2000 do IBGE, possui 2.075.275 habitantes distribuídos em 77 municípios. Na divisão territorial do estado verificamos 4 mesorregiões e 11 microrregiões geográficas, que obedecem a critérios técnicos de manuseio das estruturas territoriais dentro do processo de apuração e divulgação de informações relativas aos censos demográficos.

A figura 1 ilustra a divisão territorial do Estado segundo municípios, microrregiões e mesorregiões do IBGE.

Figura 1. Divisão político/administrativa e microrregional do Estado e Mato Grosso do Sul segundo IBGE. 1998.



Tradicionalmente, as regiões administrativas do estado têm sido utilizadas como base territorial de planejamento, podendo propiciar uma integração de políticas setoriais, a implementação de mecanismos de avaliação e a otimização no emprego dos recursos disponíveis.

No setor saúde o planejamento das ações, cujo resultado objetiva a melhoria das condições de vida da população, o conhecimento e apropriação do espaço territorial são condições indispensáveis para construção de um sistema de saúde equânime e eficiente. As diferentes realidades vivenciadas pela população em seus espaços cobram permanentemente ações do poder público.

A descentralização da saúde, em curso desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 proporcionou muitos avanços e conquistas e marcou, como principais protagonistas, os municípios brasileiros. Nesse processo, várias ações e inovações foram experimentadas com sucesso garantindo aos gestores municipais maior autonomia, oportunidade para maior qualificação de seu quadro de recursos humanos, maior preparo para as ações de controle, avaliação e auditoria do sistema de saúde, planejamento por metas, gestão de recursos financeiros regulares decorrentes dos repasses diretos do Fundo Nacional de Saúde, ampliação dos mecanismos de controle social e participação, entre outros. Apesar dessas incontestáveis mudanças, restam insolúveis problemas que comprometem os desígnios do sistema de saúde preconizado na própria Carta Magna onde a população tenha garantido o acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços de saúde. Os obstáculos e dificuldades mais relevantes dizem respeito a diversos fatores, entre os quais se destacam:

- falta de resolubilidade dos serviços.
- falta de mecanismos efetivos de referência e contra-referência.
- oferta distorcida de serviços e sua irregularidade na distribuição territorial dificultando o acesso.
- heterogeneidade de municípios e estados, a burocratização do processo de descentralização.
- falta de recursos para financiamento das ações e serviços e as dificuldades no relacionamento entre os gestores.

Mesmo com a definição das responsabilidades na NOB SUS/96, na prática, observou-se que as dificuldades na relação horizontal entre gestores municipais e destes com o gestor estadual, a inexecutabilidade da PPI, a falta de clareza nos critérios para o

estabelecimento dos tetos financeiros dos municípios, o fluxo irregular de pacientes pelos municípios e estados e a falta do cumprimento, pelo gestor estadual, do seu papel mais importante de harmonizador e pactuador são algumas das causas dos obstáculos citados.

Mato Grosso do Sul foi habilitado na Gestão Plena do Sistema por meio da PT/GM nº 1555 de 29 de agosto de 2002.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) foi elaborado pela Secretaria de Estado da Saúde de Mato Grosso do Sul, com a participação de secretários municipais de saúde, técnicos e assessores das diversas regiões do estado e teve como objetivo restabelecer o papel da Secretaria Estadual de Saúde na gestão do SUS nessa Unidade da Federação.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (SES//MS), a implementação do PDR vem se dando, , em um contexto de recuperação do verdadeiro papel do estado no processo de gestão da saúde, traduzindo a intenção de contribuir de forma decisiva, ousada e inovadora para superar as dificuldades do SUS no estado. Esta intenção se verifica, na prática, pela aplicação de novos recursos do Tesouro Estadual para apoiar o processo de regionalização da assistência. A aplicação do que propõe a Emenda Constitucional 29 (EC 29), que eleva de forma significativa o orçamento estadual, e a disposição política do Governo do Mato Grosso do Sul em ampliar gastos nas áreas sociais criam um ambiente muito favorável para o êxito da regionalização nessa Unidade da Federação.

O PROCESSO DE ELABORAÇÃO DO PDR/MS

O PDR MS é resultante de um processo dinâmico de planejamento, e segue alguns preceitos que visam sua viabilidade e a ampliação da eficiência do sistema de saúde estadual.

A seguir, são descritas, as principais etapas que foram cumpridas no processo de elaboração:

- (a) Caracterização das regiões e microrregiões:
Foi feita feita análise minuciosa e pormenorizada da realidade, nos seus diferentes aspectos: geográficos, demográficos, econômicos, sociais e epidemiológicos, que fazem do plano não só uma proposta de intervenção mas também uma fonte privilegiada de consulta sobre a realidade de saúde do estado.
- (b) Análise da situação de saúde das regiões e microrregiões
Essa análise foi realizada em três enfoques:

1. O diagnóstico das condições de saúde;
2. A organização e o funcionamento do sistema no âmbito microrregional;
3. Dados referentes à produção de serviços.

É importante destacar o caráter participativo desta análise situacional, que teve a participação de 96% dos municípios em três grandes oficinas de trabalho.

Estabelecimento de uma “situação desejada” realista e factível

Foi utilizado o critério de necessidades como parâmetro de programação, baseado nos dados da consulta pública e, periodicamente são promovidas adequações atendendo às disponibilidades de recursos financeiros e sempre considerando as particularidades loco-regionais.

Prioridades e estratégias de intervenção

A identificação de lacunas assistenciais, basicamente resultantes da diferença entre a realidade encontrada e a situação desejada, contribuiu para orientar prioridades e propor intervenções, que para isto contaram com aportes adicionais de recursos originários do governo do estado e que constam no Plano Diretor de Investimentos (PDI).

Diretrizes para estabelecimento de referências e criação de mecanismos de regulação.

Essa etapa considerou os princípios básicos da NOAS, de acesso o mais próximo possível das residências dos usuários, economia de escala e criação de instrumentos e mecanismos de regulação, preservando a autonomia dos diferentes gestores envolvidos.

O NOVO DESENHO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL: REDE SAÚDE

A formulação de políticas econômicas e sociais cujo objetivo é reduzir o risco de doenças e agravos, em Mato Grosso do Sul, está materializada num projeto de governo voltado para a inclusão social, a participação popular, a retomada do desenvolvimento do meio ambiente e a moralização da gestão pública. O dever constitucional do Estado em garantir a saúde de seus cidadãos se completa com a execução de políticas setoriais visando à garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, prevenção e recuperação. Na assistência à saúde, a constatação da existência de um espaço virtual do ponto de vista administrativo – que está fora do âmbito dos municípios, porém real quando se constata que por ali transitam pessoas que buscam acesso às ações de saúde, tem sensibilizado os gestores para a necessidade de

aperfeiçoar o processo de descentralização procurando atender efetivamente às necessidades assistenciais da população o mais próximo possível de seu local de moradia. Em Mato Grosso do Sul a discussão de meios para potencializar o processo de municipalização e para organizar a oferta de ações e serviços em redes regionalizadas e hierarquizadas de assistência em sistemas funcionais de saúde vem sendo discutida desde o ano 2000. O Plano Estadual de Saúde aprovado no Conselho Estadual de Saúde em 16/10/2000 já contempla em suas diretrizes a modernização e hierarquização da assistência à saúde com a criação de pólos regionais de saúde, a melhoria na capacidade de gestão do estado, o aperfeiçoamento da gestão municipal com maior aporte de recursos financeiros repassados fundo a fundo e com a implantação de serviços estratégicos específicos (centrais de regulação, rede de urgência e emergência, hemorrede, atendimento à gestante de risco, entre outros).

As exigências constitucionais, por forças da EC 29, que trarão um aumento do montante de recursos financeiros do Estado para o setor, deverão ser atendidas dentro do processo de regionalização e um detalhamento da proposta para o presente exercício consta do Anexo Plano Diretor de Investimentos.

Foram definidos espaços territoriais no Estado do Mato Grosso do Sul com o objetivo de criar os sistemas funcionais de saúde onde todos os cidadãos tenham acesso garantido a todas as ações e serviços para o atendimento de suas necessidades, o mais próximo possível do seu local de moradia para ações de menor complexidade ou cuja produção requeresse uma menor tecnologia ou concentração cognitivo/tecnológica e em quaisquer outros níveis dentro e fora do estado para ações de complexidade e custo maiores.

Uma proposta inicial, com 3 regiões, 11 microrregiões e 23 módulos assistenciais foi apresentada aos gestores municipais em seminário realizado em fevereiro de 2001 que reuniu 75 dos 77 secretários municipais de saúde. Os critérios utilizados pelos técnicos da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul contemplaram principalmente:

- Fluxo histórico de pacientes;
- Distância entre os municípios;
- Os recursos de acessibilidade como estradas, disponibilidade de meios de transporte;
- Identidade cultural;
- Organização e oferta espacial de serviços;
- Capacidade de gestão dos municípios;

- Os fluxos já existentes, decorrentes da reorganização administrativa tradicional do estado;
- Aspectos políticos conjunturais que influenciam positiva ou negativamente a conformação de espaços permanentes de negociação e pactuação;
- Densidade demográfica;
- Potencialidade de municípios para habilitação em Gestão Plena do Sistema Municipal;

A versão preliminar de desenho de regionalização foi posteriormente discutida com os mesmos gestores em 11 encontros realizados nas respectivas microrregiões. Esses eventos também contaram com a participação da grande maioria dos gestores municipais e, em função dos debates ocorridos, a proposta inicial foi modificada até a versão atual de 11 microrregiões.

Na mudança da Microrregião de Guia Lopes da Laguna que passou a ser município pólo e sede de módulo assistencial em substituição ao município de Jardim, por exemplo, pesaram os aspectos políticos envolvidos, particularmente a relação com o município vizinho. Os aspectos relacionados à acessibilidade foram importantes para definição da microrregião de Campo Grande, particularmente no módulo assistencial de São Gabriel do Oeste e a relação dos municípios adscritos com a capital.

As Tabelas 1, 2 e 3 mostram conformação atual da regionalização em Mato Grosso do Sul, segundo três regiões:

Tabela 1. Distribuição dos municípios da região de Três Lagoas segundo microrregiões e módulos assistenciais de saúde

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo Assistencial</i>	<i>Municípios abrangidos</i>
<i>1. Três Lagoas</i>	<i>1. Três Lagoas</i>	<i>1. Três Lagoas</i>	<i>1. Três Lagoas</i>
			<i>2. Água Clara</i>
			<i>3. Selviria</i>
			<i>4. Brasilândia</i>
		<i>2. Bataguassú</i>	<i>5. Bataguassu</i>
			<i>6. Santa Rita do Pardo</i>
	<i>2. Paranaíba</i>	<i>3. Paranaíba</i>	<i>7. Paranaíba</i>
			<i>8. Inocência</i>
		<i>4. Cassilândia</i>	<i>9. Cassilândia</i>
		<i>5. Aparecida do Taboado</i>	<i>10. Aparecida do Taboado</i>

Tabela 2. Distribuição dos municípios da região de Dourados segundo microrregiões e módulos assistenciais de saúde

2. Dourados

	<i>3. Dourados</i>	<i>6. Dourados</i>	<i>11. Dourados</i>
			12. Douradina
			13. Caarapó
			14. Laguna Carapã
			15. Itaporã
		<i>7. Rio Brilhante</i>	16. Rio Brilhante
			17. Nova Alvorada do Sul
		<i>8. Fátima do Sul</i>	18. Fátima do Sul
			19. Deodápolis
			20. Jateí
			21. Vicentina
			22. Glória de Dourados
	<i>4. Ponta Porã</i>	<i>9. Ponta Porã</i>	23. Ponta Porã
			24. Coronel Sapucaia
			25. Antônio João
			26. Aral Moreira
		<i>10. Amambai</i>	27. Amambai
			28. Sete Quedas
			29. Tacuru
			30. Paranhos
	<i>5. Navirai</i>	<i>11. Navirai</i>	31. Navirai
			32. Juti
			33. Itaquiraí
		<i>12. Mundo Novo</i>	34. Mundo Novo
			35. Japorã
			36. Eldorado

			37. Iguatemi
	6. Nova Andradina	13. Nova Andradina	38. Nova Andradina
			39. Batayporã
			40. Anaurilândia
			41. Taquarussu
		14. Ivinhema	42. Ivinhema
			43. Novo Horizonte do Sul
			44. Angélica

Tabela 3. Distribuição dos municípios da região de Campo Grande segundo microrregiões e módulos assistenciais de saúde

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo Assistencial</i>	<i>Municípios abrangidos</i>
---------------	---------------------	----------------------------	------------------------------

3. Campo Grande

<i>7. Campo Grande</i>	<i>15. Campo Grande</i>	<i>45. Campo Grande</i>	
			46. Sidrolândia
			47. Corguinho
			48. Terenos
			49. Jaraguari
			50. Rochedo
			51. Bandeirantes
			52. Ribas do Rio Pardo
		16. Maracaju	53. Maracaju
		17. São Gabriel do Oeste	54. São Gabriel do Oeste
			55. Rio Negro
			56. Camapuã
			57. Costa Rica
			58. Chapadão do Sul

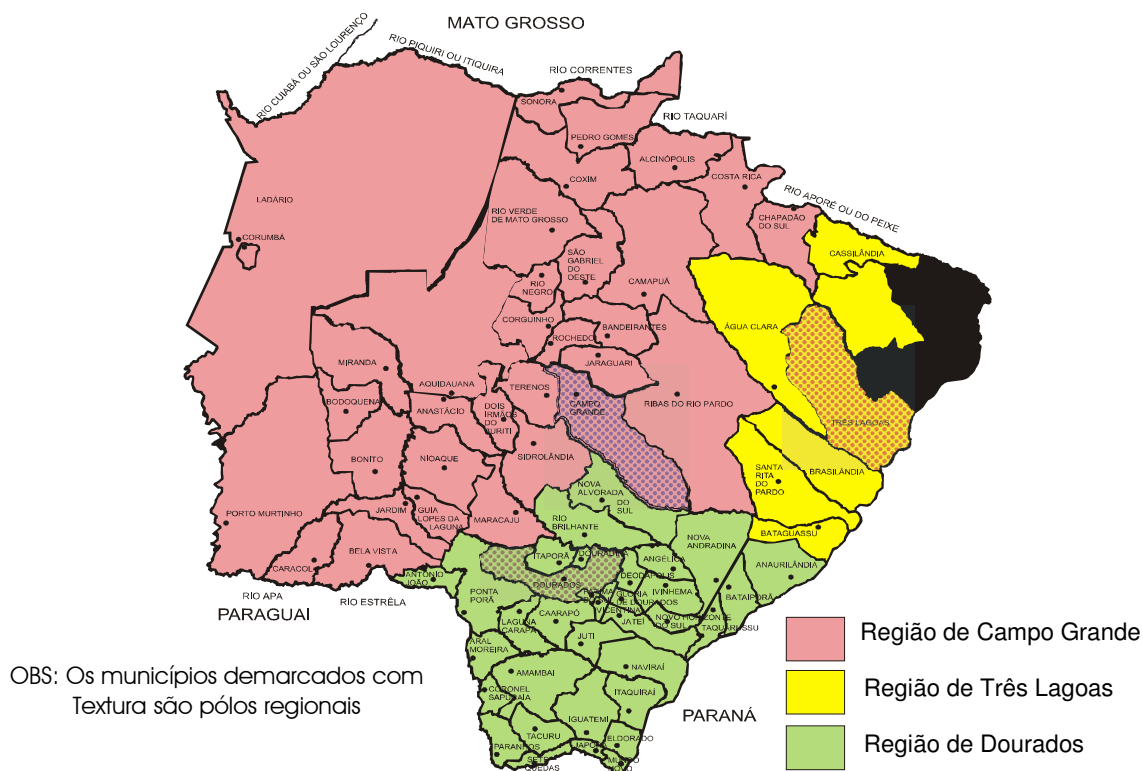
<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo Assistencial</i>	<i>Municípios abrangidos</i>
	8. Aquidauana	18. Aquidauana	59. Aquidauana
			60. Anastácio
			61. Miranda
			62. Dois Irmãos do Buriti
			63. Nioaque
			64. Bodoquena
	9. Corumbá	19. Corumbá	65. Corumbá
			66. Ladário
	10. Coxim	20. Coxim	67. Coxim
			68. Rio Verde de Mato Grosso
			69. Sonora
			70. Alcínópolis
			71. Pedro Gomes
	11. Guia Lopes da Laguna	21. Guia Lopes da Laguna	72. Guia Lopes da Laguna
			73. Bonito
			74. Porto Murtinho
		22. Jardim	75. Jardim
		23. Bela Vista	76. Bela Vista
			77. Caracol

OS SISTEMAS FUNCIONAIS DE SAÚDE E A POPULAÇÃO ADSCRITA

A proposta atual de divisão do Estado do Mato Grosso do Sul em instâncias assistenciais de saúde estabelece 3 grandes regiões (Figura 2):

- Região de Três Lagoas - localizada no extremo oriental, composta por 2 microrregiões, 5 módulos assistenciais e 10 municípios que somam uma população de 216.348 habitantes, 10,5% da população total do estado. A região faz fronteira com os estados de São Paulo, Minas Gerais e Goiás. O município pólo de Três Lagoas é a 3ª maior cidade do estado. A região ocupa 15,8% da área do estado e tem uma densidade demográfica de 15,8 hab/km²;
- Região de Dourados - localizada na porção meridional do estado é composta por 4 microrregiões, 9 módulos assistenciais e 34 municípios que somam uma população de 644.306 habitantes, 31,3% da população total do estado. A região faz fronteira com o estado do Paraná e com o Paraguai. É a região que possui o maior número de municípios adscritos, sua área ocupa 18,35% do território estadual e, por conseguinte detém a maior densidade demográfica: 9,82 hab/km²;
- Região de Campo Grande – É a maior região do estado ocupando 65,8% da sua área total na porção central, setentrional e ocidental. Está composta por 5 microrregiões, 9 módulos assistenciais e 33 municípios que perfazem uma população de 1.197.100 habitantes, ou seja 58,1% da população do estado o que resulta em densidade demográfica de 5,09 hab/km². A região mostra um grande vazio populacional na área correspondente ao Pantanal cuja maior cidade é Corumbá, no extremo oeste. Outra característica marcante da região é a grande área de fronteiras internacionais com o Paraguai e Bolívia. Internamente faz divisa com os estados de Mato Grosso e Goiás.

Figura 2. Divisão territorial do Estado segundo Regiões de Saúde. Mato Grosso do Sul. 2001



As Tabelas 4, 5 e 6 apresentam a distribuição da população segundo regiões, microrregiões, módulos assistenciais e municípios.

Tabela 4. Região de Três Lagoas. Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos.

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo</i>	<i>Municípios abrangidos</i>	<i>População</i>
Município pólo	Município sede	Assistencial		
		Município sede		
1. Três Lagoas	1. Três Lagoas	1. Três Lagoas	1. Três Lagoas	80.267
			2. Água Clara	11.574
			3. Brasilândia	11.885

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo</i>	<i>Municípios abrangidos</i>	<i>População</i>
Município pólo	Município sede	<i>Assistencial</i> Município sede		
			4. Selvíria	6.097
			Total do módulo	109.823
		2. Bataguassú	5. Bataguassu	16.779
			6. Santa Rita do Pardo	6.758
			Total do módulo	23.537
			Total da microrregião	133.360
	2. Paranaíba	3. Paranaíba	7. Paranaíba	38.471
			8. Inocência	8.150
			Total do módulo	46.621
		4. Cassilândia	9. Cassilândia	20.290
			Total do módulo	20.290
		5. Aparecida do Taboado	10. Aparecida do Taboado	18.824
			Total do módulo	18.824
			Total da microrregião	85.735
			Total da região	219.095
Total do estado				2.111.036

Tabela 5. Região de Dourados. Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos.

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo</i>	<i>Municípios abrangidos</i>	<i>População</i>
Município pólo	Município sede	<i>Assistencial</i> Município sede		
2. Dourados	3. Dourados	6. Dourados	11. Dourados	168.197
			12. Douradina	4.730
			13. Caarapó	20.470

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo</i>	<i>Municípios abrangidos</i>	<i>População</i>
Município pólo	Município sede	<i>Assistencial</i> Município sede		
			14. Laguna Carapã	5.635
			15. Itaporã	17.170
			Total do módulo	216.202
		7. Rio Brilhante	16. Rio Brilhante	23.333
			17. Nova Alvorada do Sul	10.279
			Total do módulo	33.612
		8. Fátima do Sul	18. Fátima do Sul	18.737
			19. Deodápolis	11.045
			20. Jateí	3.940
			21. Vicentina	5.606
			22. Glória de Dourados	9.808
			Total do módulo	49.136
			Total da microrregião	298.950
	4. Ponta Porá	9. Ponta Porã	23. Ponta Porã	62.202
			25. Antônio João	7.498
			26. Aral Moreira	8.071
			Total do módulo	77.771
		10. Amambai	27. Amambai	29.898
			28. Sete Quedas	10.346
			24. Coronel Sapucaia	12.941
			29. Tacuru	8.912
			30. Paranhos	10.288
			Total do módulo	72.385
			Total da microrregião	150.156

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo</i>	<i>Municípios abrangidos</i>	<i>População</i>
Município pólo	Município sede	Assistencial Município sede		
	5. Navirai	11. Navirai	31. Navirai	37.346
			32. Juti	4.953
			33. Itaquiraí	16.091
			Total do módulo	58.390
		12. Mundo Novo	34. Mundo Novo	15.442
			35. Japorã	6.331
			36. Eldorado	11.047
			37. Iguatemi	13.914
			Total do módulo	46.734
			Total da microrregião	105.124
	6. Nova Andradina	13. Nova Andradina	38. Nova Andradina	36.052
			39. Batayporã	10.934
			40. Anaurilândia	8.033
			41. Taquarussu	3.369
			Total do módulo	58.388
		14. Ivinhema	42. Ivinhema	21.347
			43. Novo Horizonte do Sul	6.146
			44. Angélica	7.198
			Total do módulo	34.691
			Total da microrregião	93.079
			Total da região	647.309
			Total do estado	2.111.036

Tabela 6. Região de Dourados. Distribuição da população segundo microrregiões, módulos assistenciais e municípios abrangidos.

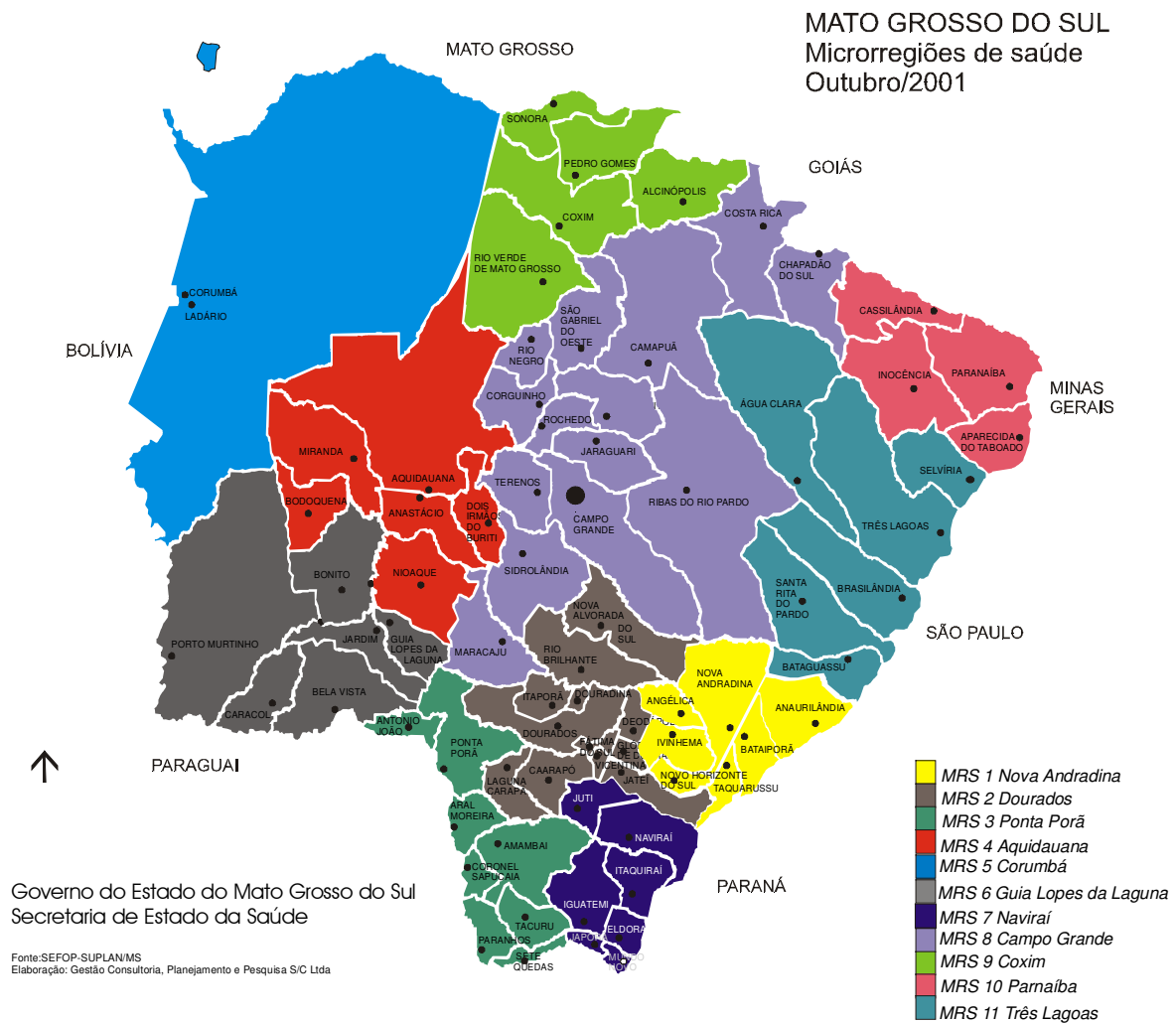
<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo</i>	<i>Municípios abrangidos</i>	<i>População</i>
Município pólo	Município sede	<i>Assistencial</i> Município sede		
3. Campo Grande	7. Campo Grande	15. Campo Grande	45. Campo Grande	679.281
			46. Sidrolândia	24.111
			47. Corguinho	3.552
			48. Terenos	11.781
			49. Jaraguari	5.432
			50. Rochedo	4.446
			51. Bandeirantes	6.445
			52. Ribas do Rio Pardo	17.017
			Total do módulo	752.065
		16. Maracaju	53. Maracaju	26.593
			Total do módulo	26.593
		17. São Gabriel do Oeste	54. São Gabriel do Oeste	17.408
			55. Rio Negro	5.374
			56. Camapuã	16.725
			57. Costa Rica	15.659
			58. Chapadão do Sul	12.402
			Total do módulo	67.568
			Total da microrregião	846.226
	8. Aquidauana	18. Aquidauana	59. Aquidauana	43.874

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo</i>	<i>Municípios abrangidos</i>	<i>População</i>
Município pólo	Município sede	Assistencial Município sede		
			60. Anastácio	22.769
			61. Miranda	23.339
			62. Dois Irmãos do Buriti	9.393
			63. Nioaque	15.450
			64. Bodoquena	8380
			Total do módulo	123.205
			Total da microrregião	123.205
	9. Corumbá	19. Corumbá	65. Corumbá	96.599
			66. Ladário	15.710
			Total do módulo	112.309
			Total da microrregião	112.309
	10. Coxim	20. Coxim	67. Coxim	31.255
			68. Rio Verde de Mato Grosso	18.494
			69. Sonora	9.996
			70. Alcínópolis	3.377
			71. Pedro Gomes	8.562
			Total do módulo	71.684
			Total da microrregião	71.684
	11. Guia Lopes da Laguna	21. Guia Lopes da Laguna	72. Guia Lopes da Laguna	11.299
			73. Bonito	16.985
			74. Porto Murtinho	13.282
			Total do módulo	41.566

<i>Região</i>	<i>Microrregião</i>	<i>Módulo</i>	<i>Municípios abrangidos</i>	<i>População</i>
Município pólo	Município sede	<i>Assistencial</i> Município sede		
		22. Jardim	75. Jardim	22.890
			Total do módulo	22.890
		23. Bela Vista	76. Bela Vista	22.080
			77. Caracol	4.672
			Total do módulo	26.752
			Total da microrregião	91.208
			Total da região	1.244.632
			Total do estado	2.111.036

A Figura 3 mostra a distribuição espacial das Microrregiões Assistenciais de Saúde no Estado do Mato Grosso do Sul.

Figura 3. Distribuição espacial das microrregiões assistenciais de saúde. Estado do Mato Grosso do Sul. 2001



REFERÊNCIA INTERESTADUAL

A identificação das necessidades e dos fluxos de referência para outros estados no caso de serviços não disponíveis no Estado do Mato Grosso do Sul, conforme disposto na NOAS SUS 01/2001 poderá ser mais bem detalhada com a conclusão da Programação Pactuada e Integrada, ainda em curso.

A fronteira nacional do Estado do Mato Grosso do Sul abrange os Estados de Mato Grosso, Goiás, Minas Gerais, São Paulo e Paraná.

Para o levantamento das necessidades assistenciais que deverão ou poderão ser atendidas em outros estados, particularmente, no Estado de São Paulo, aspectos outros que não a capacidade para ofertar procedimentos de alta complexidade, merecem ser analisados.

A distância entre os municípios sul matogrossenses situados ao longo das fronteiras interestaduais com os pólos de referência no Estado e destes com municípios pólos de referência nos outros estados vem influenciando o trânsito de pacientes para fora. Além da proximidade e facilidade de acesso rodoviário, os aspectos históricos também contribuem para o fluxo histórico de pacientes da Região de Três Lagoas para alguns municípios do Estado de São Paulo como Presidente Prudente, Araçatuba, São José do Rio Preto e Jaú.

Não existem dados consistentes que possam dimensionar esse fluxo para o Estado de São Paulo, provavelmente o Estado que mais recebe pacientes do Mato Grosso do Sul. O setor responsável pelo tratamento fora de domicílio da SES informa que os pacientes, independentemente do Estado, também são encaminhados pelas próprias prefeituras da região. Os serviços procurados são de terapia renal substitutiva, oncologia, cardiologia entre outros. A oferta distorcida de serviços por interesse de prestadores estabelecidos em outro estado também poderia estar influenciando esse fluxo.

A proposta de regionalização da assistência à saúde no Estado do Mato Grosso do Sul que cria os sistemas funcionais com capacidade resolutiva na média e alta complexidade, distribuindo os recursos existentes com equidade e eficiência para facilitar o acesso, objetiva, através dos recursos constantes do Plano Diretor de Investimentos, atender os pacientes, sempre que possível, dentro do Estado.

As microrregiões de saúde, na proposta, deverão caminhar para a plena capacidade de atender sua população adstrita nos procedimentos de Média Complexidade do 2º nível assim como as regiões de saúde nos procedimentos de Média Complexidade do 3º nível.

A distribuição dos recursos assistenciais na Alta Complexidade deverá obedecer aos critérios que considerem a localização espacial, disponibilidade de oferta, qualidade do serviço e economia de escala.

REDES DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA

A NOAS estabelece que o processo de regionalização é uma estratégia de hierarquização dos serviços em busca de maior equidade e que cabe ao gestor estadual, em concordância com o Plano Estadual de Saúde, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização que, relativamente à assistência à saúde deve garantir o acesso de todos os cidadãos aos serviços necessários à resolução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante o estabelecimento de compromissos entre gestores para o atendimento de referências intermunicipais.

No diagnóstico da situação de saúde, a identificação de lacunas assistenciais verdadeiras deve nortear as ações do Estado em investimentos prioritários para acudir às necessidades assistenciais que transcendem as responsabilidades dos municípios individualmente. A identificação precisa destas prioridades e a articulação de recursos para o enfrentamento dos problemas assistenciais é papel relevante do gestor estadual.

“Assim, o Plano Estadual de Saúde aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde em 16/10/2000 já previu a implantação da Central de Regulação da Assistência Hospitalar, a implantação do Sistema Estadual de Referência Hospitalar para atendimento à gestante de alto risco e a implantação do Sistema Estadual de Referência Hospitalar de atendimento às Urgências e Emergências. São ações estratégicas específicas que visam a superação de problemas assistenciais que são prioridades no combate à mortalidade materno infantil e na garantia de acesso aos serviços de urgência e emergência.”

Para concretização dessas diretrizes estão previstos recursos financeiros no Plano Diretor de Investimentos, anexo deste Plano Diretor de Regionalização.

O levantamento mais detalhado de lacunas assistenciais que poderão direcionar outras ações estratégicas específicas será concluído com o fechamento da Programação Pactuada e Integrada previsto para novembro de 2001.

CARACTERIZAÇÃO DA MICRORREGIÃO DE PARANAÍBA

ASPECTOS GEOGRÁFICOS

Os municípios de Paranaíba, Inocência, Cassilândia e Aparecida do Taboado formam a microrregião cujo pólo é o município de Paranaíba (Tabela 1). A Microrregião de Paranaíba pertence à região de Três Lagoas e está localizada no extremo oriental do Estado do Mato Grosso do Sul, fazendo divisa com os estados de São Paulo, Minas Gerais e Goiás e com os municípios sul matogrossenses de Três Lagoas, Selvíria e Chapadão do Sul. Essa microrregião possui três Módulos Assistenciais: Paranaíba, Cassilândia e Aparecida do Taboado. Os dois últimos não possuem municípios adscritos constituindo-se sede de Módulo Assistencial de si mesmo. O município de Paranaíba é sede de Módulo Assistencial cujo município adstrito é o de Inocência.

Tabela 7. Composição da microrregião de saúde de Paranaíba

Região	Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios abrangidos
Três Lagoas	Paranaíba	Paranaíba	1. Paranaíba
			2. Inocência
		Cassilândia	3. Cassilândia
		Aparecida do Taboado	4. Aparecida do Taboado

Fonte: PDR do Estado do Mato Grosso do Sul

A extensão territorial da microrregião de Paranaíba é de 17.584km² que representa 4,92% da área total do Estado (Tabela 2)

Tabela 8. Distribuição dos municípios da microrregião de Paranaíba segundo extensão territorial e proporção sobre a área total do Estado do MS.

Municípios	Extensão em Km ²	% / Estado
Paranaíba	5.408	1,51
Inocência	5.776	1,62
Aparecida do Taboado	2.750	0,77
Cassilândia	3.650	1,02
Total	17.584	4,92

A distância máxima entre os municípios da microrregião com o município de Paranaíba, pólo de referência microrregional é de 93km. Porém, entre estes municípios e a capital, Campo Grande a distância mínima é de 435km, (Tabela 3), fato que contribui para o fluxo histórico de pacientes para o estado de São Paulo, cujos centros de referência assistencial de saúde estão localizados a uma distância menor.

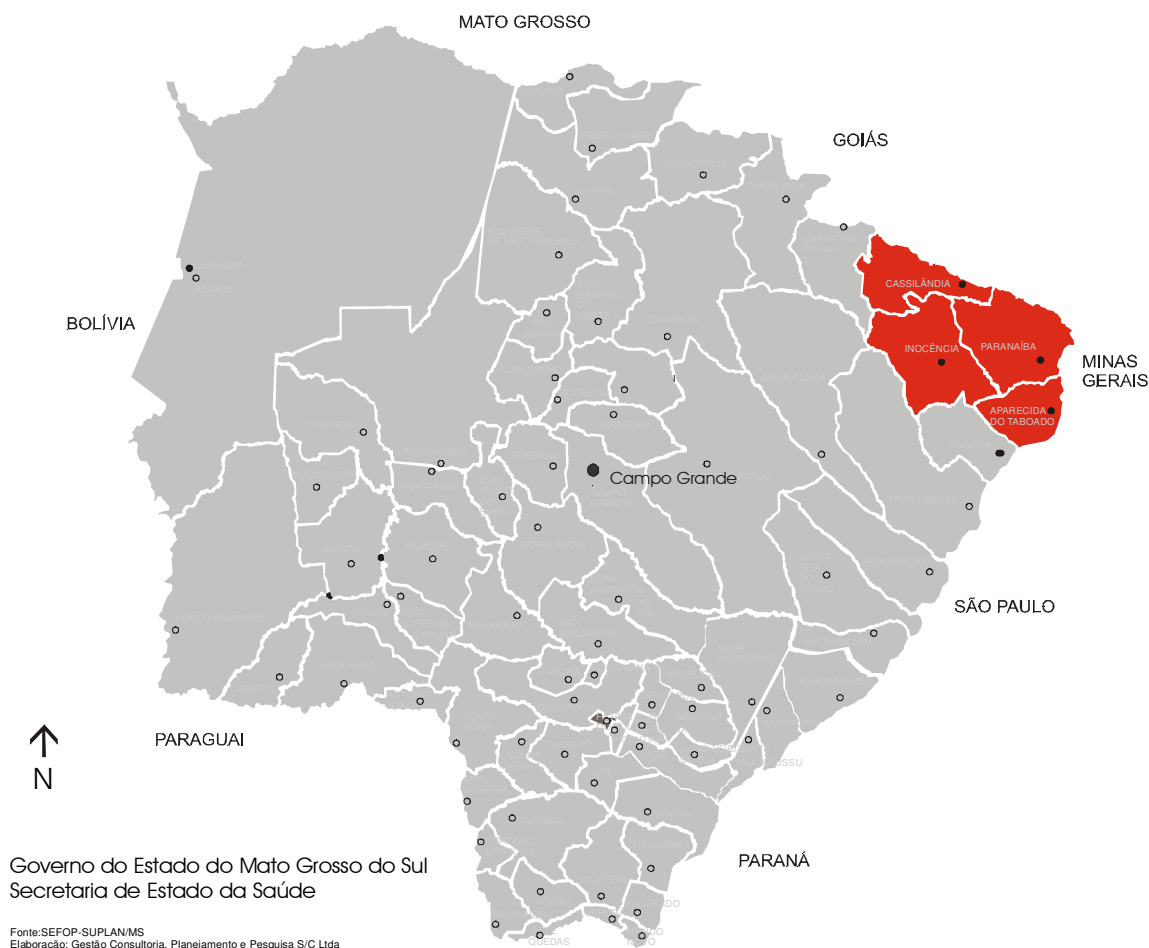
Tabela 9. Distância (km) dos municípios da microrregião de Paranaíba a municípios do Estado.

	CAMPO GRANDE	APARECIDA DO TABOADO	CASSILANDIA	PARANAIBA	TRÊS LAGOAS
APARECIDA DO TABOADO	457	0	146	53	120
CASSILANDIA	435	146	0	93	266
Inocência	455	105	80	86	128
PARANAIBA	510	53	93	0	173
TRÊS LAGOAS	337	120	266	173	0

Fonte: SES-MS

A Figura 1 mostra a microrregião do Paranaíba com seus 4 municípios integrantes e sua localização no Estado do Mato Grosso do Sul.

Figura 4. Distribuição geográfica da Microrregião do Paranaíba – Governo do Estado do Mato Grosso do Sul- Secretaria de Estado da Saúde



POPULAÇÃO

A Microrregião de Paranaíba possui, segundo a Resolução N.º 4, de 21 de agosto de 2002 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE uma população estimada de 86.464 habitantes que corresponde a 4,04% do Estado. O município pólo de Paranaíba é o mais populoso com aproximadamente 38.750 habitantes, respondendo por aproximadamente 45% do total populacional da microrregião. O incremento populacional da microrregião, conforme dados preliminares do Censo 2000 está abaixo do valor encontrado no Estado de 1,87% de Taxa de Crescimento Anual, com exceção do município de Aparecida do Taboado que apresenta Taxa de 2,09% de crescimento ao

ano. Todos os municípios da microrregião apresentaram crescimento populacional entre 1991 a 2000, (Tabela 4).

Tabela 10. Evolução da população residente da microrregião de Paranaíba e Estado do Mato Grosso do Sul.

Municípios	1991(4)	1996 (1)	2000 (2)	Taxa de crescimento anual (3)	População estimada Referência julho 2002(5)
PARANAIBA	37.654	37 594	38 286	0,46	38.748
Inocência	6.279	7 806	7 977	0,54	8.146
APARECIDA DO TABOADO	15.172	16 959	18 425	2,09	19.082
CASSILANDIA	17.861	19 570	20 059	0,62	20.488
Total	76.966	81.929	84.747		86.464
% sobre o Estado	4,32	4,25	4,08		4,04
Mato Grosso do Sul	1.780.373	1.927.834	2.075.275	1,87	2.140.624

Fontes: IBGE, Contagem da População 1996 e Censo Demográfico 2000.

- (1) Redistribuição da população de acordo com a divisão territorial vigente em 1/8/2000
- (2) Resultados preliminares.
- (3) Taxa média geométrica de incremento anual da população residente.
- (4) Censo 1991
- (5) Estimativa IBGE – Resolução Nº 4, de 21 de agosto de 2002

DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA POPULAÇÃO

Na Microrregião de Paranaíba a Taxa de Urbanização é de 82,60%, valor próximo ao encontrado no Estado que é de aproximadamente 84%. Excetuando-se o município de Inocência que ainda possui 42,5% da população residindo na zona rural todos os outros apresentam Taxa de Urbanização superior a 80% (Tabela 5).

Tabela 11. Distribuição da população da microrregião Paranaíba segundo situação do domicílio.

Município	Urbana (1)	%	Rural (1)	%	Total (2)	%
PARANAIBA	31.913	83,35	6.373	16,65	38.286	100,00
Inocência	4.580	57,42	3.397	42,58	7.977	100,00
APARECIDA DO TABOADO	15.668	85,04	2.757	14,96	18.425	100,00
CASSILÂNDIA	17.839	88,93	2.220	11,07	20.059	100,00
Total	70.000	82,60	14.747	17,40	84.747	100,00
Mato Grosso do Sul	1.744.404	84,06	330.871	15,94	2.075.275	100,00

Fontes: IBGE, Contagem da População 1996 e Censo Demográfico 2000.

(1) Redistribuição da população de acordo com a divisão territorial vigente em 1/8/2000.

(2) Resultados preliminares.

ESCOLARIDADE

A rede de estabelecimentos de ensino está concentrada nos municípios mais populosos: Paranaíba e Cassilândia e se dedica na maior parte à Educação Infantil e ao Ensino Fundamental (Tabela 6)

Tabela 12. Estabelecimentos de ensino. Microrregião de Paranaíba

Município	Ensino Pré-Escolar	Ensino Fundamental	Ensino Médio
PARANAIBA	16	18	9
Inocência	2	5	1
APARECIDA DO TABOADO	7	9	4
CASSILANDIA	11	11	7
Total	36	43	21
Total do estado	713	1 087	360

Fonte: Portal do Mato Grosso do Sul, site: www.ms.gov.br/IBGE:

Cadastro de Cidades e Vilas do Brasil 1999 e Malha Municipal Digital do Brasil 1997

A Microrregião de Paranaíba possui aproximadamente 23,5% da população sem instrução e cerca de 3,5% com mais de 12 anos de estudo (Tabela 7).

**Tabela 13. Taxa de escolaridade por municípios e anos de estudo (por 100).
Microrregião de Paranaíba. 1996.**

Município	Sem Instrução	>1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 a 7 anos	8 anos	9 a 11 anos	12 anos ou +	Igno rado
PARANAIBA	22,85	6,68	6,45	7,93	8,08	14,47	15,36	4,76	8,97	3,96	0,49
A Inocência	27,74	5,93	7,49	8,75	9,21	13,36	14,46	4,01	6,35	1,86	0,83
APARECIDA DO TABOADO	21,88	5,21	6,3	8,1	8,46	15,96	15,41	4,91	9,32	4,04	0,41
CASSILANDIA	22,49	6,39	6,2	7,33	7,88	13,48	15,85	5,63	10,0	4,25	0,41
Estado do Mato Grosso do Sul	20,88	6,04	6,12	7,47	7,6	12,56	16,79	6,29	10,6	4,74	0,88

Fonte: DATASUS

ASPECTOS ECONÔMICOS

PIB

O Produto Interno Bruto – PIB da Microrregião de Paranaíba foi de aproximadamente U\$415.000.000,00 no ano de 1996, participando com 3,8% no total do Estado para o mesmo período. A distribuição *per capita* do PIB correspondeu a U\$4,6 quando no Estado esse valor chegou a U\$5,6 (Tabela 8)

Tabela 14. Evolução do Produto Interno Bruto – PIB dos municípios componentes da microrregião de Paranaíba e do Estado do Mato Grosso do Sul (U\$ de 1998)

Municípios	1970	1975	1980	1985	1990	1996
Paranaíba	26.667.00				83.919.748	
	4	70.750.895	135.795.637	102.696.029		173.000.451
Inocência	7.164.358	12.447.786	21.440.703	21.953.965	16.505.649	48.791.255
Cassilândia	23.678.39	26.803.994	62.623.215	62.087.025	48.895.834	
	6					96.201.686
Aparecida do Taboado	28.329.85	24.346.530	61.004.517	47.928.464	45.787.675	
	6					96.069.310
Total da microrregião em 1996						414.062.701
Per capita (população 1996)						4.680
Mato Grosso do Sul	1.892.451.					
	746	3.141.157.4	6.188.176.7	6.297.565.2	7.212.704.6	10.831.348.
		24	82	67	56	068
Per capita (população 1996)						5.618

FONTE: Dados básicos: IBGE e IPEA.

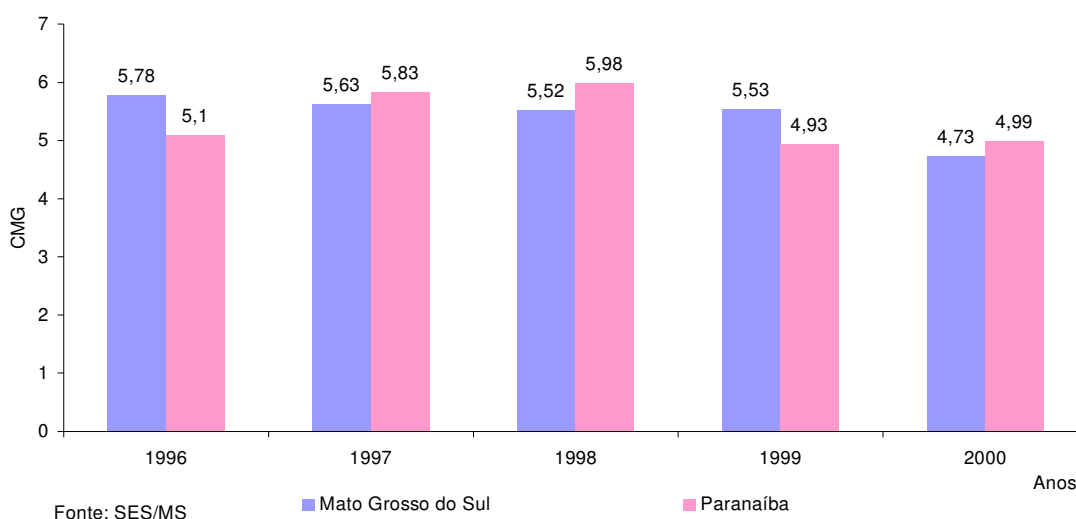
SITUAÇÃO DE SAÚDE

Indicadores de saúde

Mortalidade Geral

A Mortalidade Geral na Microrregião de Paranaíba apresentou valores oscilantes no período de 1996 a 1998 variando de 4,73 a 5,98 mortes por mil habitantes (Figura 2).

Figura 5. Evolução comparada do Coeficiente de Mortalidade Geral na Microrregião de Paranaíba e no Estado de Mato Grosso do Sul. Anos próximos.



Mortalidade por causas

A mortalidade por Doenças do Aparelho Circulatório similarmente ao comportamento registrado no país, apresentou-se no ano de 1998 como a principal causa de morte na Microrregião de Paranaíba. As doenças do Aparelho Respiratório representaram a segunda causa de morte, enquanto que os óbitos mal definidos, as causas externas e as neoplasias, responderam pela terceira, quarta e quinta causas de óbitos no ano de 1998 (Tabela 9).

Tabela 15. Número parcial de óbitos e mortalidade proporcional (%) por grupo de causas segundo capítulos da CID 10. Microrregião de Paranaíba. Ano 1998.

Mortalidade - CID -10	Ocorrência	%
Doenças do aparelho circulatório	162	9,21
Doenças do aparelho respiratório	62	3,52
Sint sinais e achad anorm ex clin e laborat	61	3,47
Causas externas de morbidade e mortalidade	56	3,18
Neoplasias (tumores)	51	2,90
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	31	1,76
Doenças do aparelho digestivo	20	1,14
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	18	1,02
Algumas afec originadas no período perinatal	17	0,97
Doenças do aparelho geniturinário	11	0,63
Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	7	0,40
Transtornos mentais e comportamentais	6	0,34
Doenças do sistema nervoso	2	0,11
Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	2	0,11
Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	1	0,06
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	0,06
Total	508	28,88

Fonte: DATASUS/INTERNET/MORTALIDADE

Mortalidade infantil

A Mortalidade Infantil na microrregião segue a mesma tendência nacional e estadual com redução significativa a partir de 1989. Excetuando-se o município de Cassilândia que apresentou um coeficiente 36,2 a mortalidade Infantil nos municípios componentes da microrregião está situada abaixo do valor registrado no Estado que para o ano de 1998 foi de 26,76 mortes por 1000 nascidos vivos (Tabela 10).

Tabela 16. Evolução do Coeficiente Mortalidade Infantil nos municípios integrantes da Microrregião de Paranaíba. Comparativo com o estado do Mato Grosso do Sul e Brasil no mesmo período.

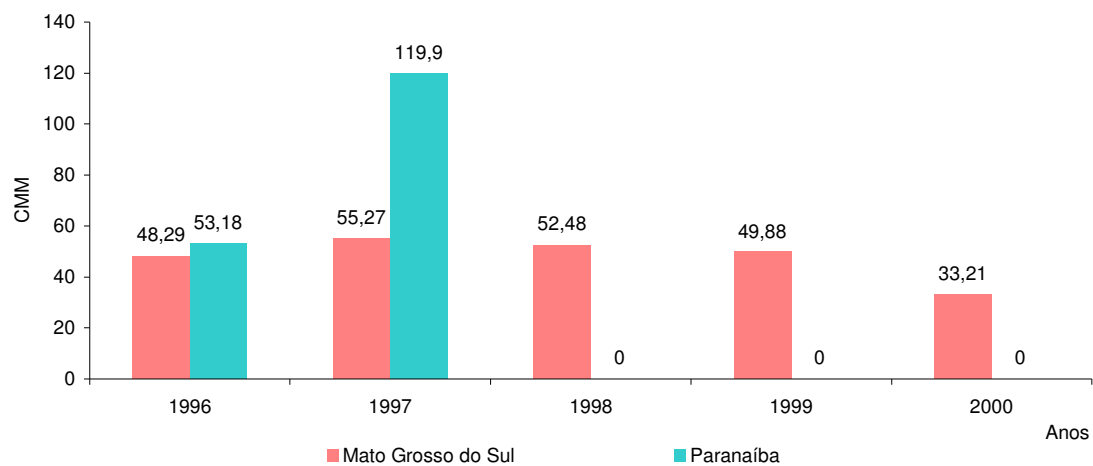
Município	1989	1990	1994	1998
PARANAIBA	23,8	22,1	18,9	18,2
Inocência	23,8	22,1	18,9	18,2
APARECIDA DO TABOADO	23,8	22,1	18,9	18,2
CASSILANDIA	46,9	43,6	37,2	36,2
Estado	34,11	32,34	28,21	26,76
Brasil	52,02	49,40	41,01	36,10

Fonte: DATASUS/ Estimativa da Mortalidade Infantil por Municípios

Mortalidade Materna

O número de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos vem declinando no Estado do Mato Grosso do Sul, situando-se atualmente, abaixo do coeficiente nacional, porém ainda muito elevado. A variação acentuada do coeficiente para a microrregião se deve a sensibilidade do método que é inadequado para analisar o comportamento da mortalidade em populações pequenas sendo recomendado a adoção do número absoluto de óbitos ocorridos. Os dados constantes da *homepage* do DATASUS em 26 de outubro de 2001 mostram que no período de 1995 a 1998 a Microrregião de Paranaíba apresentou ocorrência variável de óbitos de causa materna variando de 1 registro em 1995, 2 em 1997 e nenhum em 1998.

Figura 6. Evolução comparada do Coeficiente de Mortalidade Materna na Microrregião de Paranaíba e no Estado de Mato Grosso do Sul. Anos próximos.



Fonte: SES/MS

ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Rede hospitalar

A Microrregião de Paranaíba possui 8 hospitais cadastrados no SIH/SUS que representa aproximadamente 8% do total do Estado. A maior parte (75%) pertence ao setor privado com 3 entidades contratadas e 3 entidades filantrópicas. Os dois hospitais públicos existentes são municipais e estão localizados nos menores municípios da microrregião: Inocência e Aparecida do Taboado (Tabela 11).

Tabela 17. Distribuição dos hospitais da microrregião de Paranaíba segundo natureza. Dezembro 2000.

Hospital por Natureza	Ap ^a Taboado	%	Cassilândia	%	Inocência	%	Paranaíba	%	Mato Grosso do Sul	%
Contratado	1	50,0	2	66,6	0	0,0	0	0,0	30	29,4
Estadual	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,9
Municipal	1	50,0	0	0,0	1	100,0	0	0,0	31	30,3
Filantrópico	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	100,0	38	37,2
Universitário	0	0,00	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,9
Total	2	100,0	3	100,0	1	100,0	2	100,0	10	100,0

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/cxms.def>

Os 8 hospitais cadastrados possuem no total 358 leitos que representam 6,1% do total ofertado no Estado. A maior parte dos leitos, 91,3%, também pertence ao setor privado. Os dois hospitais municipais oferecem apenas 8,7% do total de leitos na microrregião (Tabela 12).

O Estado do Mato Grosso do Sul apresentou variação positiva de 11% no número de hospitais e leitos hospitalares no período 1995 a 1999.

Tabela 18. Distribuição dos leitos hospitalares da microrregião de Paranaíba segundo natureza. Dezembro 2000.

Leitos por Natureza	Ap ^a Taboad o	%	Cassilân dia	%	Inocênc ia	%	Paranaíba	%	MS	%
									1.15	
Contratado	30	50,85	72	58,06	0	-	0	-	9	19,8
Estadual	0	-	0	-	0	-	0	-	178	3,0
									100,	
Municipal	29	49,15	0	-	12	0	0	-	747	12,7
									2.81	
Filantrópico	0	-	52	41,94	0	-	163	100,0	0	47,9
Universitári o	0	-	0	-	0	-	0	-	971	16,6
									100,0	100,
Total	59	100,00	124	0	12	0	163	100,0	5	100,0

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/cxms.def>

A microrregião de Paranaíba possuía, no período de maio/2002 a abril/2003, um contingente maior de leitos hospitalares por habitantes que os valores constatados para o Estado do Mato Grosso do Sul e Brasil em período distinto.

As estimativas de necessidades de leitos hospitalares, calculada com base nos parâmetros da Portaria Ministerial nº 1.101/2002, adotando um percentual de internação da população ano de 8% a 9% apontam valores inferiores aos encontrados na totalidade dos municípios da microrregião (Tabela 13)

Tabela 19. Quantitativo de leitos hospitalares, relação dos leitos pela população e estimativa de necessidades de leitos na microrregião de Paranaíba e seus municípios, Estado do Mato Grosso do Sul e Brasil.

Maio/2002 a abril/2003

Microrregião	de Leitos	totais	Leitos existentes/1000	Necessidades
Paranaíba	existentes		hab.	
Aparecida do				
Taboado	59		3,1	48 a 57
Cassilandia	124		6,1	51 a 66
Inocência	12		1,5	20 a 24
Paranaíba	163		4,2	97 a 116
Microrregião	358		4,1	216 a 259
Estado MS	5.865		2,7	5.351 a 6.421
Brasil, 1999			2,9	

Fonte: Gestão Consultoria com base na Portaria GM 1.101 de 12 de junho de 2002.

Assistência Hospitalar no SUS – 1995 – 1999/ Brasília: Ministério da Saúde, 2000

Os hospitais vinculados ao SUS na Microrregião de Paranaíba registraram no período de maio/2002 a abril/2003, 8.511 internações aprovadas, ou seja, 4,5% do total de internações do Estado. Nesse período, 9% da população da microrregião foi internada, que equivale a 98 internações para cada 1000 habitantes. Essas cifras também são superiores às encontradas no Estado do Mato Grosso do Sul. Aproximadamente 56% das internações foram realizadas no município de Paranaíba (Tabela 14).

Chama a atenção a proporção da população internada no município de Paranaíba no ano em estudo com 12,4%, valor bem superior ao do Estado.

Tabela 20. Produção hospitalar do SUS. Microrregião de Paranaíba. Internações hospitalares. Quantitativo total aprovado e proporção da população internada. Comparativo com o Estado do Mato Grosso do Sul. Período maio/2002 a abril/2003

Microrregião de Paranaíba	População	Quantitativo de Internações	% população internada
Aparecida do Taboado	19.082	1.536	8,0
Cassilândia	20.488	1.848	9,0
Inocência	8.146	334	4,1
Paranaíba	38.748	4.793	12,4
Microrregião	86.464	8.511	9,8
Estado MS	2.140.624	186.404	8,7
Brasil, 1999 AIH/população			7,6

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxms.def>

Fonte: Assistência Hospitalar no SUS, -1995/1999, SAS. Ministério da Saúde, 2000

Na análise das internações realizadas, tendo em foco as especialidades médicas, a microrregião de Paranaíba apresenta valores globais muito superiores às estimativas de necessidades, elaboradas com base na proporção máxima de 9% da população internada por ano.

As internações na especialidade de cirurgia mantiveram-se dentro do esperado. A obstetrícia chama a atenção como única especialidade cujo número de internações foi menor que o esperado e, nesse caso a diferença foi significativa, em torno de 35% a menor. Na pediatria os valores superaram em 15% do esperado, porém na área de clínica médica e de psiquiatria houve uma extrapolação de 56% e 116%, respectivamente no número de internações em comparação ao esperado.

Em resumo, poder-se-ia afirmar que microrregião existe uma falta de oferta de serviços na área de obstetrícia hospitalar e uma extrapolação de internações em clínica médica e psiquiatria (Tabela 15).

Tabela 21. Total das internações realizadas e esperadas segundo especialidades. Município de Paranaíba e Microrregião de Paranaíba Período: Maio/2002 a Abril/2003

Especialidade	Paranaíba		Microrregião	
	Realizadas	Esperadas*	Realizadas	Esperadas*
Cirurgia	1.089	697	1.558	1.556
Obstetrícia	473	706	1.015	1.576
Clínica Médica	1.954	1.151	4.003	2.568
Psiquiatria	587	122	587	272
Pediatria	690	523	1.348	1.167
Total	4.793	3.199	8.511	7.139

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxms.def>

Nota: Com base nos parâmetros da Portaria GM nº 1101 de 12/06/2002 para 9% da população internada/ano.

Nas internações hospitalares ocorridas no período, a média de permanência dos pacientes nos municípios da microrregião variou de 2,5 a 5,6 dias no município pólo de Paranaíba, quando no Estado do Mato Grosso do Sul foi de 4,5 dias. Esses valores situam-se abaixo da cifra brasileira do ano de 1999 que foi de 5,9 dias.

Com exceção das internações em psiquiatria, cujo tempo de permanência se situou dentro dos parâmetros da Portaria Ministerial 1.101/2002, em todas outras especialidades. Na gênese dessa discrepância estão a baixa capacidade de resolutividade, as internações desnecessárias, entre outros fatores. (Tabela 16)

Tabela 22. Tempo Médio de Permanência, em dias por especialidades segundo município da Microrregião de Paranaíba e Estado do Mato Grosso do Sul

Período: Maio/2002 a Abril/2003

Município	Cirurgia	Obstétrica	Clín. Méd.	Psiquiatria	Fisiologia	Pediatria	Total
Ap. Taboado	2,1	2,4	4,4	0,0	0,0	4,0	3,7
Cassilândia	3,3	1,5	2,4	0,0	0,0	3,1	2,5
Inocência	2,9	1,9	2,8	0,0	0,0	4,0	2,7
Paranaíba	2,7	1,6	3,2	25,3	0,0	2,9	5,6
Estado MS	4,7	2,1	4,6	23,1	22,1	4,7	4,5
Brasil, 1999							5,9

Fonte: DATASUS/PRODUÇÃO HOSPITALAR

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxms.def>

As principais causas de internação, obtidas com base nos procedimentos mais frequentes das tabelas do SIH-SUS, registrados nas entidades hospitalares vinculadas ao SUS, nos 4 municípios da microrregião de Paranaíba no período de maio/2002 a abril/2003 agrupadas por áreas afins, são as psiquiátricas, atendimento à gestante, doenças respiratórias de adultos, doenças respiratórias de crianças, doenças diarreicas da criança, doenças cardíaco-vasculares e doenças diarreicas dos adultos. Esses 7 grupos de causas são responsáveis por mais da metade das internações e consomem 57% da totalidade dos recursos financeiros da internação hospitalar.

Os nascimentos registrados no SINASC no período de 1996 a 2000 mostraram que a média de nascidos vivos por ano na microrregião foi de 1.526. No período de maio/2002 a abril/2003 o número de partos e cesareanas foi 868 o que pode supor um número considerável de gestantes que não estão tendo acesso à assistência obstétrica hospitalar (Tabela 17).

Tabela 23. Principais procedimentos, quantitativos de Internações, valor das Internações e proporção o total de internações realizadas na microrregião.

Período: maio/2002 a abril/2003

Diagnóstico	Qde	%/total	Valor	%/total
1. Tratamento psiquiátrico em hospital especializado - B nível I	711	8,35	342.511,20	14,8
2. Pneumonia em criança	447	5,25	133.395,33	5,8
3. Parto normal	622	7,31	140.465,74	6,1
4. Pneumonia em adulto	592	6,96	179.774,95	7,8
5. Entero infecções (clinica medica)	341	4,01	58.948,07	2,5
6. Diagnostico e/ou primeiro atendimento em clinica medica	326	3,83	13.163,88	0,6
7. Entero infecções (pediatria)	314	3,69	53.942,64	2,3
8. Insuficiência cardíaca	272	3,20	117.235,68	5,1
9. Cesariana	246	2,89	95.950,74	4,1
10. Entero infecções em lactente	119	1,40	23.308,27	1,0
11. Tratamento psiquiátrico em hospital especializado	232	2,73	105.369,81	4,5
12. Tratamento cirúrgico de varizes da safena interna unilateral	213	2,50	81.236,01	3,5
13. Doença pulmonar obstrutiva crônica	167	1,96	52.583,20	2,3

Diagnóstico	Qde	%/total	Valor	%/total
			43.734,7	
14. Herniorrafia inguinal (unilateral)	132	1,55	2	1,9
15. Cólica nefretica	122	1,43	13.035,9	0,6
16. Desidratação aguda (pediatria)	119	1,40	8	0,5
17. Pneumonia do lactente	119	1,40	49.172,9	2,1
18. Crise hipertensiva	107	1,26	3	0,6
19. Pielonefrite	93	1,09	6	0,5
20. Diagnostico e/ou primeiro atendimento em clinica pediátrica	87	1,02	3.513,06	0,2
21. Gastrite e duodenite	66	0,78	8.073,31	0,3
22. Crise asmática	33	0,39	10.207,0	0,4
23. Insuficiência respiratória aguda	33	0,39	5	0,5
24. AVC agudo	29	0,34	10.542,6	0,3
25. Iridociclectomia	26	0,31	8	0,7
26. Lumbago agudo	26	0,31	6	0,1
27. Tratamento cirúrgico de hipertropias	21	0,25	2.809,82	0,6
28. Facectomia para implante de lente intra-ocular	20	0,23	13.002,5	0,3
29. Hemorragias digestivas	19	0,22	7	0,2
30. Arritmias	16	0,19	4.616,14	0,1
31. Colpoperineoplastia anterior e posterior	15	0,18	2.321,28	0,2
32. Outras afecções do aparelho genético urinário	15	0,18	4.788,00	0,1
33. Colecistite aguda	12	0,14	2.040,30	0,1
34. Polirradiculite e polineuropatia	11	0,13	1.759,44	0,1
35. Curetagem pos aborto	9	0,11	2.120,01	0,0
			970,95	

Diagnóstico	Qde	%/total	Valor	%/total
36. Vasculopatia periférica	9	0,11	1.824,51	0,1
37. Abscesso retrofaringeo ou periamigdaliano	7	0,08	855,05	0,0
38. Apendicectomia	6	0,07	1.920,53	0,1
39. Desidratação aguda (clinica medica)	6	0,07	579,12	0,0
40. Crise asmática	6	0,07	1.802,82	0,1
41. Lesões superficiais infectadas	6	0,07	1.034,22	0,0

Os recursos financeiros gastos com as internações hospitalares do SUS, na Microrregião de Paranaíba, transferidos do Fundo Nacional de Saúde e Fundo Estadual de Saúde no período de maio/2002 a abril/2003 somaram R\$2.315.842,70 ou seja, 3% do total de gastos do Estado do Mato Grosso do Sul (Tabela 18).

Na microrregião cerca de 57% desses recursos são transferidos para o município de Paranaíba.

Os gastos *per capita* com internações hospitalares do SUS foram de R\$26,7, inferior ao valor de R\$35,6 do Estado. O gasto *per capita* com AIH no Brasil no ano de 1999 foi de R\$28,87.

Tabela 24 - Valor total das internações hospitalares nos municípios da Microrregião de Paranaíba segundo especialidades

Período: Maio/2002 a Abril/2003

Especialidade	Ap. Taboado	Cassilandia	Inocência	Paranaíba	Total da Microrregião
Cirurgia	116.718,55	41.436,85	12.738,75	269.251,68	440.145,83
Obstetrícia	42.903,99	64.881,18	30.239,69	112.371,18	250.396,04
Clínica Médica	243.546,67	236.851,25	25.538,45	361.915,94	867.852,31
Psiquiatria	-	-	-	447.881,01	447.881,01
Pediatria	27.775,50	123.674,83	16.092,86	142.024,32	309.567,51
Total município	430.944,71	466.844,11	84.609,75	1.333.444,13	2.315.842,70

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxms.def>

O valor médio da internação hospitalar nos municípios da microrregião, bem abaixo das cifras aferidas no Estado, variou de R\$252,62 a R\$280,56.

Tabela 25 - Valor médio da internação hospitalar por municípios da Microrregião de Paranaíba, segundo especialidades. Comparativo com valor médio da internação no Estado do Mato Grosso do Sul.

Período: Maio/2002 a Abril/2003

Especialidade	Ap.				
	Taboado	Cassilandia	Inocência	Paranaíba	Estado MS
Cirurgia	381,43	339,65	310,70	247,25	827,71
Obstetrícia	261,61	241,19	277,43	237,57	256,73
Clínica Médica	258,82	241,93	197,97	185,22	281,95
Psiquiatria	0,00	0,00	0,00	763,00	689,03
Tisiologia	0,00	0,00	0,00	0,00	784,66
Pediatria	222,20	258,73	292,60	205,83	333,19
Hospital dia	0,00	0,00	0,00	0,00	761,43
Valor médio do município	280,56	252,62	253,32	278,21	411,16

Fonte: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/rxms.def>

Rede Ambulatorial

A rede ambulatorial do SUS na Microrregião de Paranaíba é formada, na sua maioria, por unidades públicas municipais. São 27 unidades ambulatoriais distribuídas em Postos de Saúde, Centros de Saúde e ambulatório geral em hospitais. Existe 1 unidade ambulatorial do Ministério da Saúde cadastrada na microrregião (Tabela 20 e Tabela 21)

Tabela 26 - Rede ambulatorial do SUS. Microrregião de Paranaíba. Quantitativo e proporção com o Estado das unidades segundo tipo de unidade. Ano 2000.

Tipo de Unidade	Quantitativo	Quantitativo	% micro/Estado
	micro	Estado	
Posto de Saúde	2	71	2,82
Centro de Saúde	7	195	3,59

Tipo de Unidade	Quantitativo	Quantitativo	%
	micro	Estado	micro/Estado
Policlínica	1	7	14,29
Ambulatorio Hospital Geral	8	96	8,33
Ambulatorio Hospital Especifico	1	4	25,00
Unidade Mista	0	10	0,00
Pronto Socorro Geral	0	2	0,00
Consultório	1	4	25,00
Clínicas Especializadas	0	21	0,00
Centro Atenção Psic.	0	1	0,00
Centro Reabilitação	0	9	0,00
Outros SADT	0	29	0,00
UM Terr.Atend.	0	6	0,00
UM Terr.Emergência	0	1	0,00
Farmacia Dispensa Medicamentos	0	1	0,00
Unidade Saúde Família	6	58	10,34
Unidade Vigilância Sanitária	1	36	2,78
Unidades não Especificadas	0	3	0,00
Total	27	554	4,87

Fonte: DATASUS/INTERNET/REDE AMBULATORIAL

Tabela 27 - Rede ambulatorial do SUS. Microrregião de Paranaíba. Quantitativo e proporção com o Estado das unidades segundo tipo de prestador. Ano 2000.

Unidades por tipo de prestador	Quantitativo	Quantitativo	% micro/Estado
	micro	Estado	
Ministério da Saúde	1	3	33,33
Privados	3	58	5,17
Outros Órgãos Federais	0	1	0,00
Estaduais	0	5	0,00
Municipais	18	440	4,09
Filantrópicas	4	39	10,26
Universitários Públicos	0	2	0,00
Sindicais	1	6	16,67

Unidades por tipo de prestador	Quantitativo	Quantitativo	% micro/Estado
	micro	Estado	
Total	27	554	4,87

Fonte: DATASUS/INTERNET/REDE AMBULATORIAL

Financiamento. Custeio das ações e serviços de Saúde. Recursos federais do SUS.

A microrregião de Paranaíba recebeu de recursos transferidos da esfera de governo federal para custeio das ações e serviços de saúde no ano 2000, aproximadamente R\$128.000.000,00 que correspondem a 3,19% do total do Estado. O valor *per capita* dos recursos transferidos foi de R\$ 47,8 quando no Estado foi de R\$61,04. No município pólo de Paranaíba o valor *per capita* foi de R\$50,63, valor esse menor que o do município de Cassilândia que foi de R\$52,53 (Tabela 22)

Tabela 28 - Recursos federais do SUS por município. Microrregião de Paranaíba. Distribuição dos valores despendidos na assistência hospitalar e ambulatorial e na atenção básica. Ano 2000.

Município	Assistência hospitalar e ambulatorial	Valor <i>per capita</i>	PAB (Plena) fixo	Valor <i>per capita</i>	PAB variável	Valor <i>per capita</i>	Valor total	Valor <i>per capita</i>
PARANAIBA	1.687.963,5	36,49	456.000,00	9,86	198.196,50	4,28	2.342.160,0	50,63
APARECIDA DO TABOADO	411.583,84	22,34	177.192,00	9,62	66.460,94	3,61	655.236,78	35,56
CASSILANDIA	521.099,45	25,98	205.104,00	10,23	327.480,48	16,33	1.053.683,9	52,53
Total	2.620.646,8	30,92	838.296,00	9,89	592.137,92	6,99	4.051.080,7	47,80

Total do Estado	92.777.489,31	44,71	20.391.164,95	9,83	13.508.636,20	6,51	126.677.290,46	61,04
------------------------	----------------------	--------------	----------------------	-------------	----------------------	-------------	-----------------------	--------------

Fonte: DATASUS/RECURSOS SUS

CAPÍTULO 3

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL

A opção pela oficina como estratégia para ganhar tempo, opção didática e pedagógica na sistematização dos problemas e nas formas de enfrentamento dos problemas. A oficina propicia a participação dos atores envolvidos na definição dos problemas e principalmente nas estratégias de enfrentamento, trazendo adesão e legitimidade.

OFICINA DE PLANEJAMENTO

Optou-se por realizar oficina de planejamento estratégico, com a participação dos secretários municipais e técnicos dos municípios pertencentes à microrregião de Paranaíba.

A oficina contou com a participação do Secretário estadual adjunto e de uma técnica da SES-MS.

A metodologia da oficina, pelo perfil dos atores e tempo disponível, foi a mais simplificada e acessível possível, num grupo só – já que o número de participantes possibilitava este formato - com a cautela de não ter prejuízo do processo de pesquisa.

O roteiro da Oficina de Planejamento seguiu os passos descritos:

- Definição dos nós críticos, traduzidos neste processo, como frentes de ação, o que não imobiliza na procura de saídas estratégicas para superá-las;
 - Construção da árvore explicativa com levantamento das causas e conseqüências das frentes de ação, facilitando desta forma as ações previstas;
 - Atores; (explicitar: identificação (ou listagem) dos atores relevantes/importantes para a situação problemática
- Análise da governabilidade dos atores nas diferentes frentes de ação;
- Desenho/identificação de estratégias (isto é esquisito: enfrentar frentes?) de ação
 - Análise de viabilidade da ação eleita, ou seja, o que é preciso para que a ação tenha sucesso
 - Identificação dos atores responsáveis pela ação
 - Indicadores de acompanhamento das ações/propostas de ação desenhadas.

A oficina durou um dia e meio das 9:00h às 17:00 e das 9:00 às 13:00, com a dedicação exclusiva de todos os secretários municipais da microrregião em questão e dos seus assessores (um por secretário) à oficina nestes períodos. A oficina foi realizada

no auditório da Universidade Federal localizada no município e optou-se por não dividir o grupo já que era pequeno.

Há uma ansiedade dos secretários em qualificar a microrregião, mas na credibilidade de que o processo de qualificação poderia angariar alguns grandes avanços:

1. recursos novos a serem acrescentados, principalmente à média complexidade.
2. pelo fato de qualificar os fluxos (referências e contra-referências) ficam resolvidos.
3. diminuir a necessidade de fazer “convênios – compra de serviços” com outros municípios.

Para a visão da oficina - análise

Há uma dificuldade de entendimento de diversos processos, pelos atores envolvidos, podendo significar que há uma complexidade no processo normativo hoje em vigor, ou falta de acesso desses atores aos instrumentos legais previstos.

Duas questões mais específicas acontecem na região que a LEI 8080 e a NOAS não permitem:

1. Um município comprar serviço em outro município e pagar via convênio
2. Achar que só pode encaminhar, ou negociar serviços, quando o município sede de módulo, no caso Paranaíba, habilitar em GPSM. – considerações finais

Etapas da Frente de Ação – movimento de qualificação da região – e árvore explicativa

DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO	CAUSAS	CONSEQÜÊNCIAS	ATORES	GOVERNABILIDADE
<p>1. Variação populacional</p>	<p>.Fronteira entre estados; .Faculdades na região; .Perspectiva de aumento da população em virtude do crescimento econômico.</p>	<p>.Insuficiência de recursos para atender tal aumento; . Mudança do perfil epidemiológico.</p>	<p>. Ministério da Saúde; . Secretarias estaduais e Municipais de Saúde;</p>	
DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO	CAUSAS	CONSEQÜÊNCIAS	ATORES	GOVERNABILIDADE

<p>2. Capacidade reduzida do município sede na resolução das necessidades da população da região</p> <p>AUSÊNCIA DE SERVIÇO</p>	<p>1. Ausência de mão-de-obra especializada;</p> <p>2. Ausência de serviços;</p> <p>. Ausência de planejamento na organização e oferta de serviços;</p> <p>. Tabela defasada;</p> <p>. Burocracia no processo de contratação de Recursos Humanos</p>	<p>. Busca de serviço fora do município (estado);</p> <p>. Estabelecimento de convênios com serviço privado fora do município/estado;</p> <p>. Deslocamento dos usuários até os municípios que ofereçam o serviço;</p>	<p>. Secretaria Municipal, Estadual e Federal (a questão de RH).</p>	
<p>DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO</p>	<p>CAUSAS</p>	<p>CONSEQÜÊNCIAS</p>	<p>ATORES</p>	<p>GOVERNABILIDADE</p>
<p>3. Tabela da média complexidade defasada</p>	<p>. Incapacidade do Governo Federal em atualizar a tabela;</p>	<p>. Complementação da tabela com recursos próprios.</p>	<p>. Ministério da Saúde</p> <p>. Secretaria Estadual de Saúde;</p> <p>. Secretaria Municipal de Saúde</p>	

<p>4. Dificuldade de mecanismos legais de relação de compra de serviços entre os municípios do estado e destes com outros pertencentes à outros estados</p>	<p>. Cartelização do serviço de médico privado . Instrumentos previstos na NOAS são frágeis; . Falta de instrumentos contratuais entre o município e os serviços privados</p>	<p>. ausência de critérios de avaliação do sistema e dos serviços; . Informalidade nas relações público-privadas; . Deficiência no acesso e qualidade dos serviços prestados. . Falta de continuidade na assistência.</p>	<p>. Secretaria Municipal de Saúde . Ministério da Saúde . Secretaria Estadual de Saúde;</p>	
<p>DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO</p>	<p>CAUSAS</p>	<p>CONSEQÜÊNCIAS</p>	<p>ATORES</p>	<p>GOVERNABILIDADE</p>
<p>5. Inexistência de mecanismos de regulação, controle e avaliação dos procedimentos que são feitos em outros municípios/estados e acompanhamento da PPI</p>	<p>.Ausência de contratualização o .Inexistência de mecanismos de regulação</p>	<p>.Relação informal entre os municípios .Fluxo dos pacientes feito de forma desorganizada . inexistência de mecanismos de avaliação</p>		

6. Comando único se constituirá num problema a partir da habilitação de Paranaíba em Plena de Sistema	.Inflexão da Norma existente	.Dificuldade na relação com o prestador .Dificuldade no processo de habilitação .Redução da oferta de serviços aos usuários	. CIB/CIT	
7. Dificuldade de efetivar o cartão SUS	.Indefinição do Ministério da Saúde na condução da política de implementação do cartão.	. Desorganização do acesso aos serviços . Falta de instrumento de avaliação na construção do perfil epidemiológico	. MS	
DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO	CAUSAS	CONSEQÜÊNCIAS	ATORES	GOVERNABILIDADE
8. Dificuldades de organização interna dos serviços de referência dentro do município sede (problemas na relação com o prestador privado, Recursos Humanos)	.Nenhum município assumiu a gestão plena Ausência de contratos Ausência de mecanismos de regulação	.Informalidade na relação entre os municípios e com os prestadores		

<p>9. Não interesse dos municípios em qualificar a região</p>	<p>. Exigência de serviços unicentricos por parte da NOAS; . Nenhum mecanismo de sedução por parte da NOAS para induzir a implementação da microrregião</p>	<p>. Não implementação da microrregião, de acordo com os critérios da NOAS.</p>		
<p>DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O PROCESSO DE QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO</p>	<p>CAUSAS</p>	<p>CONSEQUÊNCIAS</p>	<p>ATORES</p>	<p>GOVERNABILIDADE</p>
<p>10. Dificuldades com a relação entre gestor e profissionais de saúde</p>	<p>. número reduzido de profissionais médicos que ofertam serviços . serviço médico ofertado por poucas instituições</p>	<p>. qualidade ruim do serviço prestado; . não atendimento das necessidades dos usuários da região . baixa resolutividade na assistência prestada</p>		

CONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ESTRATÉGIAS

Dificuldades encontradas durante o processo de QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO	ESTRATÉGIA	VIABILIDADE	ATOR(ES)
1. Variação populacional	1. Implementação do Cartão SUS; 2. Estabelecer mecanismos para oferecer serviços de saúde na própria região; 3. Revisão do PDR e PDI 4. Revisão da população em função da característica de fronteira	1. Sim 2. Sim – deixando claro quais os serviços que serão estruturados 3. Sim 4. Sim	1. MS 2. MS/SES/SMS 3. SES/SMS – CIB 4. MS/SES/SMS

Dificuldades encontradas durante o processo de QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO	ESTRATÉGIA	VIABILIDADE	ATOR(ES)
<p>2. Capacidade reduzida do município sede na resolução das necessidades da população da região.</p> <p>AUSÊNCIA DE SERVIÇO</p>	<p>1. Revisão do PDR considerando a capacidade existente dos municípios, considerando o que pode vir a ser fortalecido.</p> <p>2. Investimento para oferta de serviços</p> <p>3. Organização da Santa Casa e Hospital Regional para atender as necessidades da região</p> <p>4. Organização dos serviços de todos os municípios pertencentes à microrregião, direcionando-os para atender as necessidades da região.</p>	<p>1. Sim</p> <p>2. Sim</p> <p>3. Sim</p> <p>4. Sim</p>	<p>1. SES/MS/CIB</p> <p>2. MS/SES/SMS</p> <p>3. SES/MS</p> <p>4. SES/MS</p>

Dificuldades encontradas durante o processo de QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO	ESTRATÉGIA	VIABILIDADE	ATOR(ES)
5. Tabela da média complexidade defasada	1. Complementação da tabela pela Secretaria Estadual e Municipal. 2. Aumento da tabela pelo Ministério da Saúde 3. Revisão do processo de pactuação, que não seja amarrado a apenas à limitação dos recursos financeiros, mas de acordo com a necessidade da população 4. Revisão da relação GESTOR X PRESTADOR no sentido da construção de contratos por metas	1.Sim 2.sim 3.sim 4.sim	1. SMS/SES 2. MS 3. MS/SES/SMS 4. MS/SES/SMS
6. Dificuldade de mecanismos legais de relação de compra de serviços entre os municípios do estado e destes com outros pertencentes à outros estados	1. Elaboração de instrumentos de contratualização; 2. Elaboração de instrumentos de formalização da relação entre os gestores	1. sim 2. sim	1. MS/SES/SMS 2. MS/SES/SMS

Dificuldades encontradas durante o processo de QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO	ESTRATÉGIA	VIABILIDADE	ATOR(ES)
7. Inexistência de mecanismos de regulação, controle e avaliação dos procedimentos que são feitos em outros municípios/estados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implantação de centrais de regulação 2. Elaboração de protocolos clínicos e técnicos que regulem a atividade profissional e os fluxos dos pacientes 3. Capacitação do profissional de acordo com o perfil epidemiológico 4. Fortalecimento dos processos de auditoria e avaliação 5. Revisão dos mecanismos de avaliação dos serviços 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sim 2. sim 3. sim 4. sim 5. sim 	<ol style="list-style-type: none"> 1. MS/SES/SMS 2. MS/SES/SMS 3. MS/SES/SMS 4. MS/SES/SMS 5. MS/SES/SMS
8. Comando único se constituirá num problema a partir da habilitação de Paranaíba em Plena de Sistema	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisão da normatização existente 2. Fortalecimento dos instrumentos de contratualização 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sim 2. sim 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CIT 2. MS/SES/SMS
9. Dificuldade de efetivar o cartão SUS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fornecer os cartões e a tecnologia para utilização 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SIM 	<ol style="list-style-type: none"> 1. MS

Dificuldades encontradas durante o processo de QUALIFICAÇÃO DA REGIÃO	ESTRATÉGIA	VIABILIDADE	ATOR(ES)
10. Dificuldades com a relação entre gestor e profissionais de saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. ampliar a oferta de serviço médico 2. ampliar os espaços de negociação entre os gestores e profissionais 3. estabelecer mecanismos de capacitação dos profissionais de saúde da região 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sim 2. sim 3. sim 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SMS/SES 2. SMS/SES 3. MS/SMS/SES
11. Não interesse dos municípios em qualificar a região	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rever a NOAS Quanto ao unicentrismo dos serviços 2. Dar continuidade ao processo de qualificação da microrregião, partindo da necessidade da microrregião; 3. Rever o processo de indução para a qualificação da microrregião previsto pela NOAS. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. sim 2. sim 3. sim 	<ol style="list-style-type: none"> 1. CIT 2. MS/SES/SMS 3. CIT

A primeira frente de ação pela qual o grupo optou foi a variação populacional De fato quando se levanta as causas apontadas pelo grupo, trata-se de uma região situada na divisa com o Estado de São Paulo, mas isto na realidade, leva a população da microrregião a procurar serviços em SP e não o contrário, um fenômeno que ocorre em decorrência da insuficiência de serviços para atender os usuários. Outras causas da variação populacional referem-se à existência de duas faculdades, uma estadual e outra federal, e ao intenso crescimento econômico da região, com a chegada de indústrias de calçados e de uma usina de açúcar. Este fato, além de intensificar a busca de serviços,

trouxo também uma mudança no perfil epidemiológico da população, além da insalubridade principalmente decorrente do corte da cana.

Nesse problema, são observadas algumas questões dialéticas: a microrregião está em franco desenvolvimento, mudando inclusive o perfil da economia, de produção e principalmente da população, mas ao mesmo tempo não há uma capacidade instalada, nem de gestão para atender estas novas demandas, o que leva a população e os próprios gestores a procurarem a oferta disponível mais próxima, que é no estado de São Paulo.

Foram identificados como atores responsáveis os governos estadual, municipais e federal, sendo que a governabilidade para agir frente a este problema é média, pois os gestores locais não dispõem de governabilidade para agir em todas as variáveis, pois dependem de fatores externos ao setor saúde. Isso depende de fatores externos ao setor saúde, como negociação com os atores extra-setoriais, para buscar alternativas em conjunto e comuns para minimizar essa questão. As estratégias identificadas pelo grupo para a superação desta frente são:

1. Implementar o Cartão SUS, o que permite identificar com mais agilidade a fluxo/ origem dos pacientes;
2. Estabelecer estratégias para a oferta de serviços na própria região;
3. Revisão do PDR e do PDI, adequando-a a necessidade dos municípios que compõem a região, incorporando ainda outros municípios que já usufruem dos serviços ofertados na região, envolvendo ainda os municípios pertencentes ao estado de São Paulo como referência para determinados serviços;
4. Revisão das informações estatísticas dos dados populacionais apresentados pelo IBGE e adotadas como oficial, pois o grupo argumentou que a população do IBGE é menor que a real. Várias localidades do país vêm questionando os dados populacionais apresentados por essa Fundação, solicitando que a base de cálculo populacional seja o do SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica, para o cálculo dos recursos financeiros per capita, como por exemplo o PAB – Piso da Atenção Básica.

Todas estas estratégias foram consideradas viáveis, sendo que a identificação de novos serviços deve ser feita considerando o tamanho da população, a escala de serviços e principalmente a necessidade identificada para os problemas de saúde desta população. Embora reconheçamos a importância das estratégias discutidas, ainda ficou a necessidade de discutir o apoio dos setores além saúde. (Por isso, que as operações todas foram viáveis, pois as estratégias escolhidas foram as inseridas na governabilidade dos atores).

A estratégia de implantação do cartão SUS na região seria de responsabilidade do MS, pois a etapa de cadastramento foi executada pelos municípios. Até o momento esse

ministério não definiu quais os próximos passos para efetivar a implantação. Essa estratégia foi considerada uma questão de grande relevância, que o grupo optou por abordar como um problema em separado. As outras estratégias são de responsabilidade dos três níveis de governo, incluindo a Comissão Intergestores Bipartite na revisão do PDR e PDI.

Outra frente de ação definida durante os trabalhos teve relação direta com a baixa resolução e pequena oferta de serviços proporcionado pelo município sede, que se apresenta distante de atender as necessidades da população da região. Isso é observado na intensa procura, tanto de pacientes, quanto dos próprios gestores da microrregião, de serviços em outros municípios, principalmente no estado de SP, onde o acesso é mais fácil. As causas são diversas:

1. Ausência de profissionais especializados, de acordo com as características da prestação de serviço exigida pela NOAS. Ex endodontista, profissionais com especialização em radiologia etc;
2. Baixa oferta de serviços;
3. Além da falta de serviços, não há planejamento para se organizar a oferta disponível, isto é, dois municípios prestando o mesmo serviço, o prestador de um município oferece diretamente seus serviços aos gestores da microrregião, sem passar por uma discussão microrregional de como potencializar determinada capacidade existente.
4. Dificuldade de comprar serviços devido à tabela de preços defasada;
5. Burocracia no processo de contratação de profissionais, pois é obrigatório por lei a realização de concurso público além do limite da lei de responsabilidade fiscal, em que define o percentual máximo de recursos financeiros destinados a pagamento de pessoal.

Em consequência identifica-se uma grande procura dos pacientes e dos próprios gestores por serviços em outro estado/município, provocando, desta forma, convênios irregulares conforme a lei 8080/90. Os responsáveis são os níveis municipais e estadual, sendo que a questão do profissionais de saúde é co-responsabilidade do governo federal e dos legisladores.

As estratégias identificadas para operacionalizar esta frente de ação foram:

1. Revisão do PDR, considerando a capacidade de oferta dos municípios e o que poderia ser fortalecido, sem as amarras da NOAS, que define qual é a capacidade instalada (mínima e máxima) de acordo com a forma de habilitação do município;
2. Investimento para melhorar a qualidade ou mesmo potencializar determinados serviços;
3. Organização da Santa Casa e do Hospital Regional para atender as necessidades da região;

4. Organização dos serviços de todos os municípios da microrregião de forma a direcioná-los para atender às necessidades da região.

Todas estas estratégias são viáveis, desde que a CIT faça uma revisão da NOAS, no sentido de flexibilizar a necessidade de limitar os serviços necessários para cada município de acordo com os serviços disponíveis no mesmo, e as outras estratégias já estão em andamento, como por exemplo a reforma do hospital regional, que está construído há 16 anos e nunca foi inaugurado, sendo que a SES está prevendo inaugurar em junho de 2004. A questão da Santa Casa é de contratação de serviço que sem o município estar em GPSM, esta relação era feita pela SES, que não conseguia acompanhar de fato a execução dos serviços.

É consenso que há defasagem na tabela de média complexidade, sendo que o governo federal tem grandes dificuldades de realização de ajustes. Em 2002, o Ministério da Saúde optou por aumentar a tabela dos procedimentos de consulta especializada (média complexidade), passando de um valor de 2,55 para 7,50 em média, neste ano foram gastos R\$ 240.000.000 só para reajustar as consultas contratadas do setor privado. Em 2003 o Ministério da Saúde retomou este mesmo aumento, mas com impacto nas consultas realizadas em unidades públicas, e foram gastos mais R\$ 440.000.000. Isto quer dizer que para os cofres públicos federais foram gastos aproximadamente R\$ 700.000.000 para corrigir uma das maiores (não a maior) defasagens da tabela de procedimentos. Diante disto, observa-se a necessidade dos municípios e dos estados complementarem tabela com recursos do próprio tesouro, resgatando assim, a co-responsabilidade destes atores no financiamento da saúde, como definido na EC29. Outro fator importante na limitação da tabela: esta é orientadora da PPI e esta só é calculada com base nos recursos federais, não há participação no processo de programação dos recursos dos tesouros estaduais e municipais.

Há alguns secretários que defendem a idéia de que o custeio das ações sejam custeadas pelo Ministério e os recursos municipais e estaduais ficariam para investimentos. Mas isto não é consenso e nem está regulamentado.

As estratégias são:

1. mudança na atual portaria do Ministério da Saúde que não permite a complementação de tabela com recursos federais, somente com os próprios, ver número de portaria;

2. aumento da atual tabela, pelo MS, desde que seja feita análise de custos e que este aumento não seja linear, para que se possa minimizar as grandes defasagens e priorizar procedimentos mais importantes, ex dos últimos aumentos de tabela;
3. complementação da tabela com recursos próprios, sendo que desta forma os municípios e estado a cumpriram a EC 29;
4. revisão do processo de pactuação, não sendo amarrado apenas à limitação de recursos financeiros, mas que seja da real necessidade da população, sendo necessário ter capacidade de priorizar de acordo com o perfil epidemiológico da região e com a definição clara das necessidades identificadas para a atenção à saúde da região;
5. revisão da relação gestor X prestador no sentido da construção de contratos que se definam claramente as metas e indicadores de acompanhamento.

Todas estas estratégias foram consideradas viáveis e de responsabilidade dos três níveis de governo.

A quarta frente de ação prevista foi a ausência ou a dificuldade dos mecanismos legais de compra de serviços entre municípios e destes com municípios/estados que não os do Mato Grosso do Sul.

Isto vem ocorrendo pois há cartelização do serviço médico privado, porque os instrumentos previstos na NOAS são frágeis e a falta de instrumentos contratuais dos municípios da região e do estado com os prestadores públicos e privados. Isto leva a vários problemas entre eles a ausência de critérios de avaliação do sistema e dos serviços, informalidade nas relações publico-privadas, deficiência no acesso e qualidade dos serviços prestados e falta de continuidade na assistência.

Duas principais estratégias (ambas viáveis) com responsabilidade dos três níveis de governo foram identificadas:

1. Elaboração de instrumentos de contratualização. É importante resgatar que do ponto de vista legal Lei 8666/93 já é obrigatório que haja estes instrumentos. As secretarias estaduais e municipais de saúde, em geral, não realizaram contrato com os prestadores, segundo informações do MS, atualmente, apenas 13% dos prestadores aos SUS hoje tem contrato. Esta informalidade ocorre, pois há uma confusão entre credenciamento e contratualização. Muitos gestores acham que o fato de credenciar o serviço no Cadastro Nacional de Prestadores e Estabelecimentos de Serviço (CNES), já vale como contrato, outros acreditam que os contratos que foram realizados durante o INAMPS ainda estão em vigor, apesar da mudança de uma das partes (não é mais o INAMPS quem contrata e sim a secretaria de saúde local), outros ainda tem receio de abrir uma discussão de prerrogativas e responsabilidades e perder a prestação de serviço;
2. Elaboração de instrumentos de formalização da relação entre os gestores. O instrumento previsto na NOAS 2002 é o Termo de Compromisso para Garantia

de Acesso, onde os serviços pactuados na PPI são expressos nesse Termo. Os gestores desta microrregião assinaram, mas não é uma regra no país. Há uma dificuldade muito grande de serem cumpridas as metas físicas (número de procedimentos) definidos neste instrumento, tanto para a população do próprio município, como para a população à ele referenciada. Em nenhum estado brasileiro este instrumento é considerado como a melhor forma dos gestores se relacionarem, pelo contrário, é considerado um mero documento formal, sem capacidade de expressar as verdadeiras necessidades da população.

Em ambas estratégias é importante resgatar que o melhor caminho para a construção destes processos é o processo de negociação/pactuação inerentes ao SUS. O sistema de saúde brasileiro está construído de tal forma em que os espaços de pactuação são privilegiados quando comparados com outras políticas públicas. Os espaços das comissões intergestores são de extrema importância na definição e operacionalização das políticas. Há que se considerar a necessidade de a partir do fortalecimento dos espaços microrregionais que as instâncias intergestoras assumam formas alternativas para atender a estas demandas, sendo que um bom exemplo, ainda informal, na microrregião estudada é que os gestores se reúnem sistematicamente, como uma Comissão Intergestores Bipartite Regional.

A próxima frente de ação identificada e discutida pelo grupo foi a inexistência de mecanismos de regulação, controle e avaliação dos procedimentos que são feitos em outros municípios/estados. Esse nó é causado pela ausência de contratualização e pela inexistência de mecanismos que organizem os fluxos e traz como consequência várias questões, principalmente: relação informal entre os municípios, fluxo dos pacientes feito de forma desorganizada, inexistência de mecanismos de avaliação. As principais estratégias identificadas para enfrentar esses nós foram:

1. Implantação de centrais de regulação, que possam organizar os fluxos dos pacientes, garantindo os pactos pré estabelecidos na PPI;
2. Elaboração de protocolos clínicos e técnicos-assistenciais que organizem e regulem a atividade profissional e os fluxos dos pacientes;
3. Capacitação do profissional de acordo com o perfil epidemiológico da população da microrregião frente ao momento de transição deste perfil devido à instalação de novas indústrias e novas formas de produção econômica dessa microrregião.

4. Fortalecimento dos processos de auditoria e avaliação, de forma a reduzir os gastos excessivos e as possíveis fraudes, como por exemplo, as internações desnecessárias;
5. Revisão dos mecanismos de avaliação, tanto dos serviços como dos profissionais. Além de identificar meios de avaliar o impacto dos novos processos de integração microrregional no sistema de saúde local e na saúde da população diretamente.

Todas essas estratégias são viáveis e são de responsabilidade dos três níveis de governo.

A sexta frente de ação identificada foi: Comando único se constituirá num problema a partir da habilitação de Paranaíba em Plena de Sistema. O grupo considerou a NOAS intransigente nesse aspecto, pois para que um município assuma a Gestão Plena é imprescindível que tenha a totalidade dos serviços localizados em seu território sob sua gestão. Até o momento a Comissão Intergestores Tripartite considerou apenas uma exceção que foi o município de São Paulo, observando os seguintes aspectos:

- é um município que até 2000 não fazia parte do SUS (em nenhuma condição de gestão, a política de saúde era por cooperativas),
- quantidade de serviços muito grande e com grande densidade de referência para o país inteiro,
- capacidade de gestão ainda reduzida.

Como consequência do município assumir o comando único pode desencadear dificuldade na relação com o prestador filantrópico, que hoje já se articula muito bem com a Secretaria Estadual.

Foram identificadas duas principais estratégias, que são viáveis, mas de responsabilidade das instâncias intergestoras, isto é extrapolou a governabilidade dos gestores locais, ocasionando um plano de demandas:

1. Revisão da normatização existente, isto é, da NOAS em que define que para um município habilitar em GPSM, precisa assumir a gestão da totalidade dos serviços localizados em seu território;
2. fortalecimento dos instrumentos de contratualização, como já descrito anteriormente, fortalece o papel do gestor municipal na sua relação com o prestador, que, nesse caso, já tem uma boa interlocução com o gestor estadual. Além disto, está para ser inaugurado um hospital regional (estadual) no

município-sede (Paranaíba) e com a habilitação em GPSM o próprio município deverá assumir a gestão deste hospital. – o gestor local não se sente fortalecido e com capacidade de gestão para assumir.

Ainda é importante ressaltar a diferença da NOB 96 para a NOAS em relação ao comando único: A NOAS é “intransigente” e a NOB permitiu um “arranjo” e as pactuações poderiam ser feitas nas Comissões Intergestores Bipartite. O limite desse “arranjo” dificultou a organização de alguns sistemas municipais, onde alguns municípios assumiram a gestão plena sem ter algum serviço de média e alta complexidade sob sua gestão. A partir daí vários espaços de conflitos foram estabelecidos entre as secretarias estaduais e municipais.

A sétima frente de ação identificada foi a dificuldade de efetivar o cartão SUS. Houve uma grande dúvida em abrir uma frente separada ou colocar como uma estratégia nos processos de controle, regulação e avaliação. – interrelação entre os problemas, cruzamento de impactos. Essa ação foi identificada como muito importante, pois teve um investimento alto na microrregião e por isso preferiu-se considerá-la separadamente. A dificuldade na implantação é causada pela indefinição do Ministério da Saúde na condução da política de implantação/implementação do cartão, tendo como consequência a desorganização do acesso aos serviços e a falta de instrumento de avaliação na construção do perfil epidemiológico da população, por considerarem que os sistemas de informação existentes não fornecem subsídios suficientes para tal processo.

Como estratégia para superação desse nó foi demandado para o Ministério da Saúde o fornecimento dos cartões devidos e a respectiva tecnologia para utilização, já que a população de toda microrregião já está cadastrada,.

A oitava frente de ação identificada foi o desinteresse dos municípios em qualificar a microrregião, causada pela exigência de serviços unicêntricos por parte da NOAS e por não haver mecanismo de `sedução` também por parte da NOAS para induzir a implementação da microrregião. Como consequência temos a não-implantação da microrregião de acordo com os critérios definidos na NOAS. Três foram as estratégias identificadas para superar este problema, todas viáveis e com participação dos três níveis de governo:

1. Rever a NOAS quanto ao unicentrismo dos serviços. A NOAS define que o município sede da microrregião é o único a prestar os serviços definidos como mínimo da média complexidade, principalmente ultrassonografia, odontologia

especializada e radiologia. Se houver esses serviços nos outros municípios, estes deverão ser descredenciados. Foi considerado que seria um prejuízo para a população, já que há serviços dessa natureza que não apenas no município-sede de módulo; às vezes a demanda não é excessiva.

2. Dar continuidade ao processo de qualificação da microrregião, partindo da necessidade, isto é, pensar em organizar funcionalmente a microrregião, ultrapassa os critérios previstos pela NOAS;
3. Rever o processo de indução para a qualificação da microrregião previsto pela NOAS. A única indução é elevar os valores per capita desses procedimentos do mínimo da média complexidade para R\$ 6,00, que de fato, já foi ultrapassado com os últimos aumentos de tabela ocorridos em 2003. Hoje não há nenhum mecanismo que incentive a qualificação dessa microrregião, definido na NOAS.

A última frente de ação identificada foi a dificuldade na relação entre as necessidades do sistema de saúde local e a atuação dos profissionais de saúde e a baixa oferta de serviços. Ocorre pois há um número reduzido de profissionais médicos que ofertam ou que querem trabalhar para o sistema, além de ter poucos prestadores, o que diminui a oferta não permitindo a competitividade positiva do mercado. Várias são as consequências – qualidade ruim dos serviços, não atendimento das necessidades dos usuários da região e baixa resolutividade da assistência prestada, o que leva a uma grande procura por outros serviços, principalmente no estado de São Paulo. As estratégias viáveis são as seguintes, com responsabilidade dos três níveis de gestão:

1. ampliar a oferta de serviço médico;
2. ampliar os espaços de negociação entre os gestores e profissionais;
3. estabelecer mecanismos de educação permanente dos profissionais de saúde da região, de forma a torná-los mais próximos das necessidades de saúde da população.

Consolidado de Questionários

O questionário foi respondido pelos cinco secretários de saúde da microrregião. Três deles entregaram no dia da oficina, outros dois enviaram posteriormente.

Aqui será apresentado um apanhado das respostas, mantendo a pergunta que orienta melhor a identificação da questão.

1 – Você acredita que a NOAS resgata princípios do SUS ?

Para a primeira questão, todos relataram que a NOAS resgata sim os princípios do SUS, não havendo divergência sobre a questão. Foi unânime que o princípio da integralidade através da diretriz da regionalização é o principal papel da NOAS.

2 – Quais destes princípios você acha que são mais difíceis de serem alcançados ?

Bem interessante estas respostas, pois cada um dos participantes identificou um dos princípios do SUS como mais difícil de ser alcançado. Observa-se que todos os princípios do SUS são um desafio importante a ser considerado. Uma das respostas traz o componente político como um dificultador para que o acesso seja equânime, pois há uma demanda de pedidos políticos para serem acatados, não prevalecendo o critério da necessidade de quem mais precisa.

3 – Em sua opinião, qual a maior dificuldade para habilitar seu município ?

A maioria das respostas se referiu aos recursos financeiros, sendo a disponibilidade dos serviços exigidos para o mínimo da média complexidade também foram identificados como limitadores para a habilitação. Duas constatações interessantes são observadas, ou melhor, não foram relatadas: nenhum município relatou dificuldade para habilitar em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, sendo que todos eles já se habilitaram, e que no momento da resposta dos questionários ninguém relatou a dificuldade de cumprir o requisito do comando único, identificado, durante a oficina, como um nó crítico.

4 – Em sua opinião, qual a maior dificuldade para qualificar a microrregião em que se encontra o seu município ?

Sem dúvida a maior dificuldade relatada é ter profissionais e serviços capacitados para as novas funções da microrregião, de forma a garantir a integralidade da atenção proposta pela microrregionalização. A dificuldade em conseguir os serviços e profissionais foi relatada que não é só pela insuficiência de oferta, mas principalmente pela resolutividade destas, pois os profissionais acabavam referenciando casos que poderiam ser resolvidos por eles.

5 – Independente de qualificar a sua microrregião, qual sua opinião sobre a regionalização ?

Sem dúvida, a regionalização, na opinião dos participantes do questionário, é a principal forma de se garantir o acesso universal e integral aos serviços de saúde, otimizando os recursos financeiros, humanos e tecnológicos existentes. Um dos relatos trouxe uma questão importante que é tornar a atenção básica mais resolutiva a partir da garantia da complementariedade por meio da média complexidade.

6 – Você acredita que a NOAS é capaz de induzir o processo de organização dos espaços microrregionais de saúde ? Porque sim ou porque não.

Todos concordam que é fundamental o processo de pactuação para que os espaços microrregionais sejam organizados, e para eles, a NOAS propiciou esse processo de planejamento e negociação entre os gestores da microrregião, com a intermediação do gestor estadual. Outro processo que a NOAS induziu foi que, por meio, de um processo normativo foi definido pela primeira vez responsabilidades e competências para cada ator participante de um espaço microrregional. Ninguém discutiu o mérito destas competências, que foi fortemente abordada durante a oficina.

7 – Mudou a relação entre os gestores e técnicos de saúde no Mato Grosso do Sul, após o processo inicial de negociação do Plano Diretor de Regionalização? Comente.

Não houve divergência de que o processo de elaboração do PDR do Mato Grosso do Sul tiveram dois grandes avanços: um é que abriu um importante canal de comunicação entre a Secretaria Estadual de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, e que os municípios passaram a ser atores importantes na tomada de decisão. Outro avanço importante foi que, de fato, alguns fluxos distorcidos já foram redirecionados. Alguns municípios encaminhavam seus pacientes para municípios mais distantes, pois não havia um canal de negociação estabelecido, o que foi resgatado a partir do processo de elaboração do PDR do Mato Grosso do Sul.

8 – Você acredita que sua microrregião tem chances de tornar-se resolutive? Qual é o melhor caminho ?

Há dois aspectos predominantes e consensuados, um é a necessidade de mais recursos financeiros, tanto de custeio como de investimento, para que a microrregião possa tornar-se mais resolutive. Outro aspecto é o avanço indiscutível de que sejam priorizadas as pactuações e o processo de planejamento, que foi o que facilitou e propiciou que cada município defina claramente o seu papel na microrregião. Interessante é que durante a oficina uma das necessidades prioritárias foi a necessidade de qualificar os profissionais de saúde, pois eles não estariam preparados para assumir as novas funções a que a microrregião deveria assumir, e para essa questão ninguém abordou a capacitação dos profissionais para melhor desempenharem suas funções.

9 – O PDR do MS é capaz de refletir a capacidade de regionalização desta microrregião ? Por que ?

A forma de elaboração consensuada, onde foram considerados os aspectos geográficos, culturais, históricos, assistenciais, sempre com o objetivo de melhorar o acesso às ações de saúde e a boa interlocução entre os gestores foram os aspectos considerados nas

respostas como primordiais para que sejam colocadas as questões e os problemas venham à tona, na busca de saídas e consensos comuns a todos os atores.

10 – PPI é um instrumento capaz de auxiliar na organização a MR ? Por que ?

Apesar dos limites há um crédito muito grande dos gestores dessa região e do estado, no processo de negociação suscitado durante a elaboração da PPI, pois esta foi pactuada de acordo com o Plano Diretor de Regionalização e com grande participação dos municípios. A PPI foi, de acordo com as opiniões, um instrumento de planejamento importante, na redefinição de alguns parâmetros considerados distorcidos, como por exemplo, as altas taxas de cesarianas.

11 – PDI é um instrumento capaz de refletir as necessidades de investimento da MR? Por que?

R: (N) - Com certeza, pois é por meio do PDI que o Estado pode intervir de maneira importante nos municípios, dotando-os dos recursos necessários para adequação das redes físicas, aquisição de equipamentos e principalmente repassando recursos financeiros para a contratação de novos profissionais de saúde.

R: (O) - Sim, a rede saúde através da instalação de poli clínicas (centro de especialidades) atende as expectativas de gestão, prevê investimentos que vão aumentar a resolutividade da média complexidade com a criação do centro de especialidades, além disso teremos também terapia renal substitutiva, centro de oftalmologia e o Hospital Regional.

R: (M) - Sim, pois atende nossas expectativas e prevê investimento para microrregião, conseqüentemente trazendo melhoria para assistência a média complexidade.

O PDI foi considerado por todos um grande avanço no processo de planejamento dos recursos financeiros. Uma grande expectativa é que o estado do Mato Grosso do Sul não vinha cumprindo a EC 29, e partir deste processo de planejamento, os recursos de investimento estaduais estavam programados a partir do PDI.

12 – Observações que gostaria de acrescentar.

R: (N) - Penso que entre os problemas que devem ser melhor discutido está certamente o Comando Único, que tem trazido sérios problemas tanto para os gestores municipais como para o estadual, principalmente quando da realização de ações de abrangência e competência estadual.

R: (O) - A microrregião tem potencial, afinal fomos a primeira no Brasil a cumprir a NOAS SUS 01/2002, sendo nós como pólo de microrregião habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal e os demais municípios que a compõem são Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e além disso existe também uma boa articulação política entre os gestores do Município e do Estado.

Um dos desafios e preocupações nossa no momento é como será o financiamento desse processo, a relação atual dos gestores e prestadores de serviços que andam meio estremecidas, a falta de oferta de alguns serviços profissionais médicos, o fluxo de pacientes para o Estado de São Paulo, o fluxo de pacientes dos estados vizinhos para o município pólo, a carência de técnicos no município para ação de controle e avaliação, todas essas preocupações precisam ser mais bem avaliados para que possamos definir melhor nosso posicionamento como microrregião.

R: (M) - Esperamos realmente com a MR, a microrregião se fortalece e poderemos atender a toda demanda de saúde da população, com maior resolutividade e com assistência integralizada.

A opinião de todos é que este processo foi o mais importante na história da saúde do Mato Grosso do Sul. Foi um momento novo, principalmente no que diz respeito ao processo de negociação e pactuação, aproximando, desta forma, os gestores, superando as negociações apenas de cunho político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

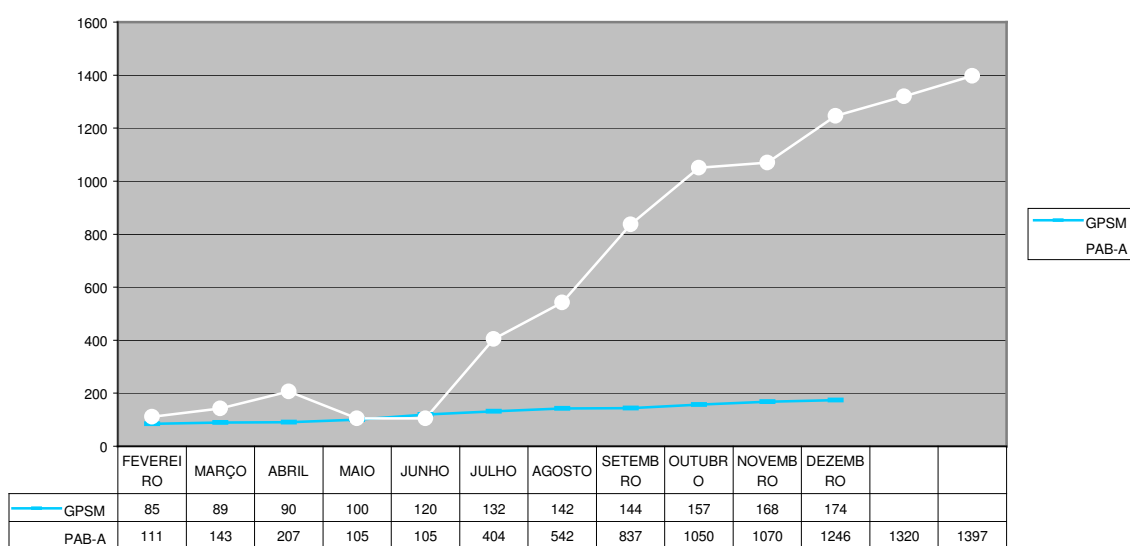
É de fundamental importância considerar várias questões percebidas desde o levantamento de preceitos teóricos, incluindo a oficina e as respostas do questionário:

- Há um consenso importante, entre os diversos autores, de que as Normas Operacionais Básicas foram importantes instrumentos orientadores para a implantação do SUS, concordamos com tal afirmação, mas entendemos que estas normas também trazem algumas amarras, principalmente no respeito às características de cada município/região. Até hoje, as normas até hoje não “respeitaram” muito o contexto e a conjuntura regional. A que mais permitiu esse processo foi a NOAS, mas ainda assim, o que mais dificultou foi a definição de habilitação com um elenco de procedimentos obrigatórios pré definido.
- A oficina de planejamento estratégico foi, sem dúvida, um instrumento orientador de extrema relevância na organização dos problemas e na busca de soluções para a microrregião de Paranaíba e para a Secretaria Estadual do Mato Grosso do Sul. Este instrumento, ou esta forma de planejamento ainda não havia sido utilizado pela microrregião, foi muito bem avaliada e despertou o interesse nos gestores locais de utilizar este método para organizar internamente os seus sistemas de saúde locais, utilizando o PES inclusive em unidades de saúde.
- A utilização de uma metodologia simplificada de PES teve vantagens e desvantagens. Como vantagem destacamos que a árvore explicativa, no caso em questão, foi muito elucidativo para a organização das estratégias para a superação das dificuldades. Mas o tempo escasso da oficina dificultou na elaboração de alguns planos de ação, ficando restrito apenas à estratégia a ser adotada e algumas estratégias foram selecionadas pois foram consideradas viáveis.
- Um dos aspectos importantes identificados durante a oficina foi a dificuldade do gestor público com os profissionais de saúde. Percebeu-se que é uma questão além da capacitação e formação dos profissionais, e sim uma dificuldade de rompimentos com questões corporativistas. Os gestores locais se sentem “acuados” com o número reduzido de profissionais e o constante

receio de que estes parem de atender às necessidades do SUS, por isso os secretários acabam cedendo a pressões das corporações.

- Ainda em relação aos profissionais de saúde, observa-se a necessidade de capacitar e otimizar os mecanismos de informação dos gestores locais para a dinâmica do SUS, complexa, principalmente o que diz respeito ao acompanhamento do processo normativo, que é extremamente dinâmico. Percebe-se que as decisões da Comissão Intergestores Tripartite demoram a chegar no nível local, e por isso pode haver demora na implantação de novas políticas.
- Outra grande dificuldade importante de ser levada em consideração é o limite apresentado pela NOAS. Ela define procedimentos mínimos e máximos de acordo com a condição de gestão a ser assumida pelo município. Em relação ao limite mínimo dificulta um município que está atualmente habilitado em Gestão Plena do Sistema pela NOB, e não tem algum dos procedimentos definidos como mínimo da média complexidade, não se habilitaria pela NOAS. O mesmo ocorre com um município que está habilitado em plena da atenção básica pela NOB, não definido como sede de módulo no PDR, e tenha um serviço de média complexidade, obrigatoriamente não poderia continuar com a prestação desta atenção pela necessidade dos módulos serem unicêntricos. Isto retrocede no processo de descentralização do SUS, não respeitando a autonomia dos municípios em decidir qual sua forma de gestão, ou por decisão própria ou por capacidade de gestão e sim única e exclusivamente pela capacidade de executar ações.

Comparação entre habilitação em GPSM com GPAB-A em 2003 - total Brasil



Fonte: ST/CIT/DAD/SE/MS

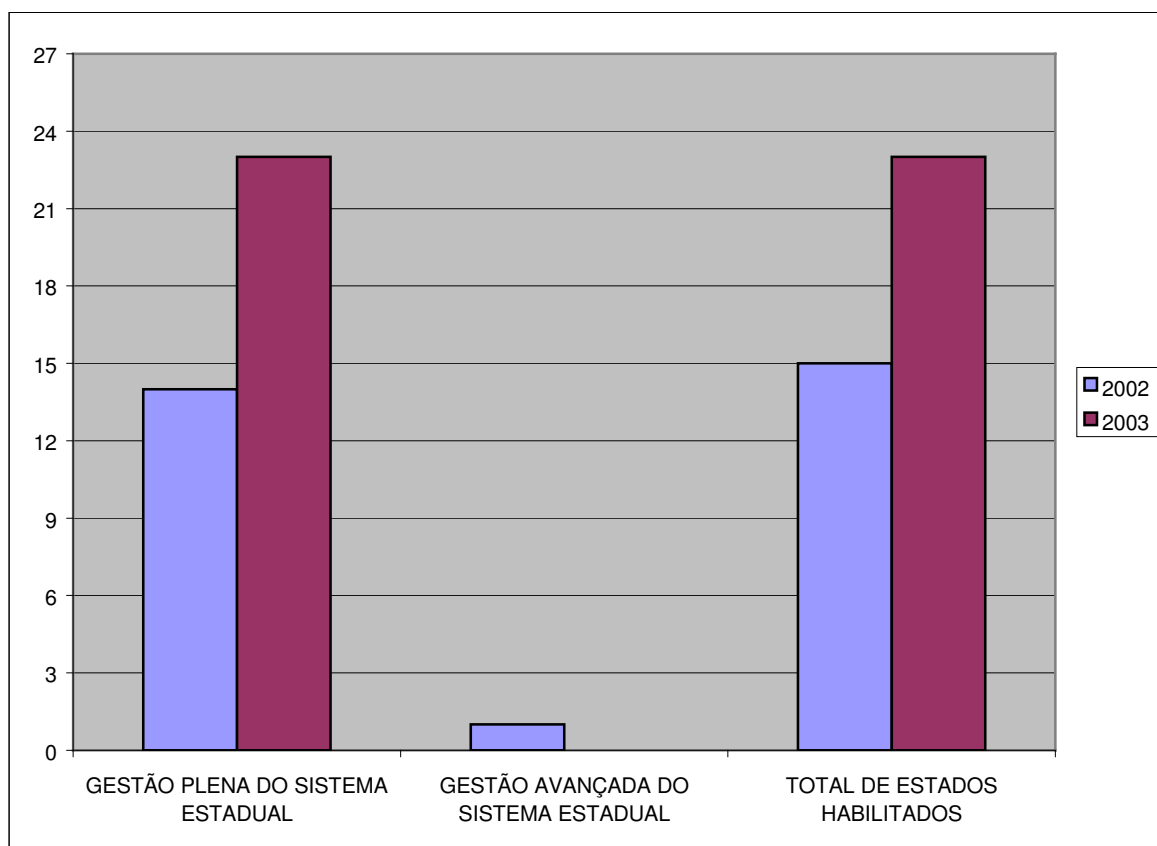
Pode-se observar que a partir de julho de 2003 houve um incremento nas habilitações em GPAB-A no país, quando podemos levantar as seguintes situações:

- Aumento no incentivo financeiro, que passou o PAB fixo de 10,50 para 12,00 para os municípios que habilitassem em PAB-A;
- Flexibilização nos critérios de habilitação, quando ficou estabelecido um prazo para que os municípios providenciassem posto de coleta e eletrocardiograma, considerados critérios para habilitação. Este prazo foi adiado três vezes e os municípios ainda não cumpriram. Por isto questionamos se este é um critério efetivamente importante, ou deve-se pensar em outra lógica para garantir as ações da atenção básica.

As habilitações em Gestão Plena de Sistema Municipal não apresentaram crescimento, onde pode-se supor que não houve incentivo, financeiro ou não, para diferenciar esta habilitação. O comando único, critério que diferencia esta modalidade de habilitação da utilizada pela NOB/96 vem dificultando os pactos locais, contribuindo também para o pequeno número de municípios pleiteantes nesta modalidade.

A habilitação dos estados em Gestão Plena do Sistema foi mais efetiva a partir dos critérios da NOAS. Apesar dos instrumentos de comprovação das habilitações serem semelhantes aos da NOB, pode-se perceber que houve um fortalecimento no papel das

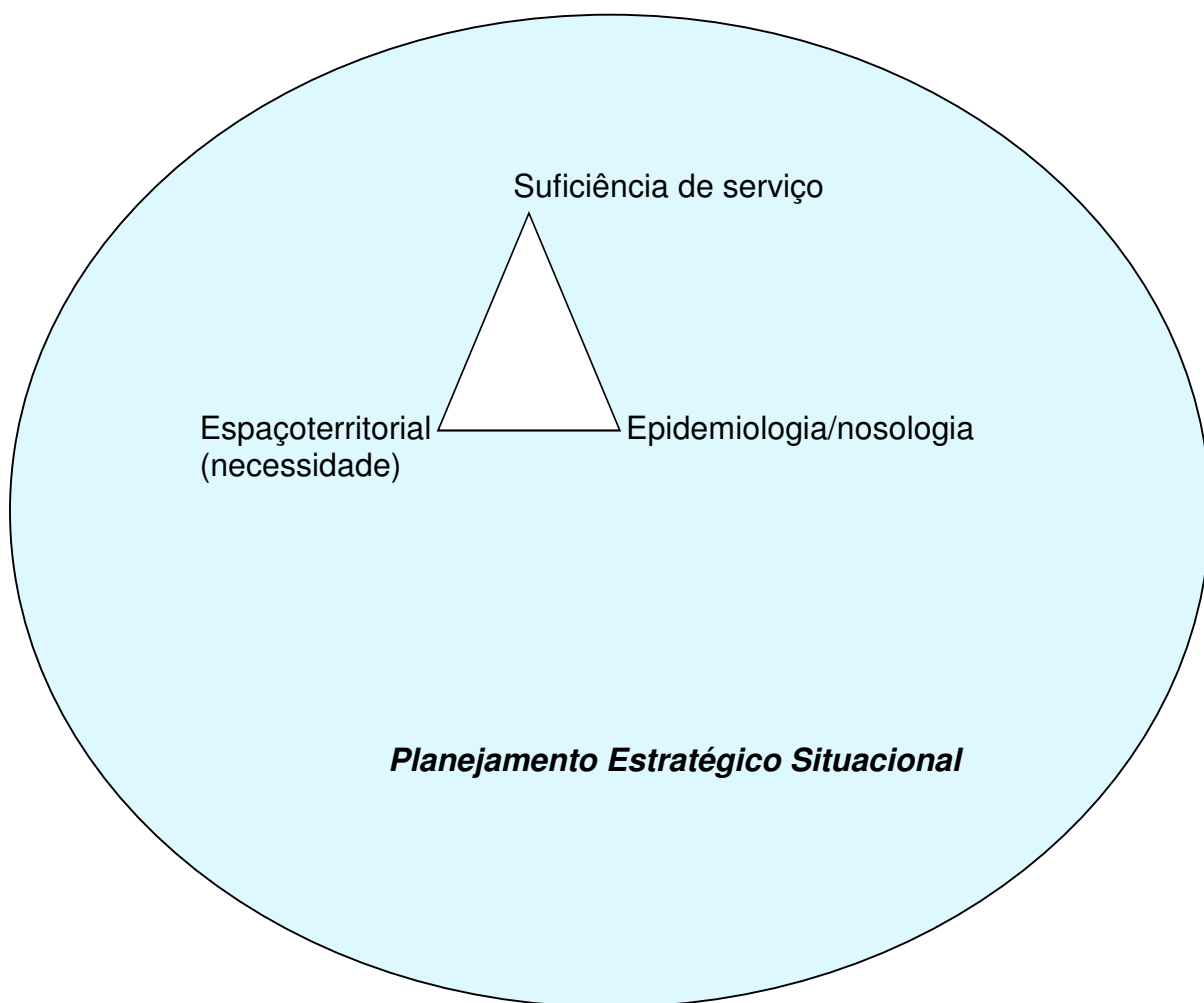
Secretarias Estaduais de Saúde na NOAS, principalmente na condução dos processos. E em junho de 2003 houve um incentivo financeiro, de alta monta em alguns estados, o que acreditamos ter sido indutor para que os estados se habilitassem. Este incentivo diz respeito ao resgate da Portaria n° 1.188/GM, de 26 de junho de 2002, em que aumentou o valor das consultas especializadas de R\$ 2,50 para R\$ 7,50, repercutindo num aumento de recursos da ordem de R\$ 314.167.534,19 apenas na rede privada. Já a portaria n° 654, de 28 de maio de 2003, o Ministério da Saúde buscou resgatar o valor também para as unidades públicas, o que representou em termos financeiros R\$ 422.500.780,00. Nesta ocasião o Ministério da Saúde, com aprovação da Comissão Intergestores Tripartite, vinculou o repasse desses novos recursos somente a estados habilitados em GPSM. Por isso, acreditamos, conforme explicitado no gráfico abaixo, que em 2003 houve um maior interesse dos gestores estaduais em se habilitarem em Gestão Plena do Sistema Estadual.



Assim, percebemos que a publicação da NOAS permitiu um grande avanço no que diz respeito ao processo de planejamento em saúde e na regionalização das ações de saúde. Notou-se um grande movimento no processo de descentralização dos estados, já que estes na sua maioria habilitaram segundo os critérios previstos nesta norma. Considerando a necessidade de um importante elemento para a implementação da

regionalização enquanto instrumento para a melhoria do acesso e da qualidade do Sistema Único de Saúde, a NOAS é uma ferramenta que deve ser aperfeiçoada no que tange esse aspecto. Talvez avançarmos para um novo momento na normatização do SUS, isto é, um momento em que os pactos superem as normas.

- a saúde organização regional tem como princípio otimizar a utilização dos recursos existentes nestes espaços, de forma a aproveitar ao máximo a capacidade de cada um destes recursos, de forma a garantir, no que diz respeito à saúde, a integralidade da atenção a ser prestada aos cidadãos. Embasando-se nos conceitos de capacidade (suficiência) resolutive no âmbito regional, baseado no aqui chamado **tripé da regionalização**: epidemiologia/nosologia, espaço territorial e suficiência de serviços, dentro de um contexto de planejamento.



- O conceito do comando único é preocupante quando tratamos das diferenças previstas na NOB (decisão pelo espaço de pactuação local-CIB) e NOAS

intransigente em fazer cumprir a lei e cada gestor assumir a totalidade dos serviços no seu território. Essa dialética é interessante o que é mais importante respeitar o grande avanço nos espaços locais de pactuação, grande conquista do SUS, ou cumprir a Constituição elaborada numa conquista histórica com participação importante do movimento sanitário? De qualquer forma é um debate que deve ser feito entre os atores envolvidos, mas acima de tudo deve-se avaliar porque os municípios não assumem, de fato, um `direito` constitucional. Na microrregião estudada, nos parece que o limite da capacidade de gestão é que traz insegurança para o gestor assumir a gestão da totalidade dos serviços no seu município. Então o fortalecimento desta capacidade de gestão deve ser considerado, e não se discutir se mantém ou não um conceito constitucional – comando único. Alguns já vêm sendo fortalecido e muito abordado na oficina que é o processo de contratualização entre gestores e prestadores e entre os próprios gestores, de forma a fortalecer os espaços microrregionais.

- As normas e portarias existentes são inflexíveis, o que dificulta a identificação das necessidades regionais, isto é importante e a atual gestão do Ministério da Saúde com o apoio do CONASS e CONASEMS tem trabalhado na direção de fortalecer os pactos entre os gestores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de, PONTES, Ricardo José Soares e MARTINS JUNIOR, Tomaz. **A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil.** *Rev Panam Salud Publica*, jul./ago.2000, vol.8, no.1-2, p.85-91.
- ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional no Nível Local: um instrumento a favor da visão multissetorial.** Cadernos de Oficina Social 3/Desenvolvimento Local, Rio de Janeiro, Centro de Tecnologia, COPPE /UFRJ, 2000.
- ARTMANN, E. **O Planejamento Estratégico Situacional : a Trilogia Matusiana e uma Proposta para o Nível Local de Saúde, (uma abordagem Comunicativa).** Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.
- ARTMANN, Elizabeth. **Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e AIDS.** *Ciênc. saúde coletiva*, 2001, vol.6, no.1, p.183-195.
- ARTMANN, Elizabeth, AZEVEDO, Creuza da Silva e SA, Marilene de Castilho. **Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências.** *Cad. Saúde Pública*, out./dez. 1997, vol.13, no.4, p.723-740.
- BARROS, E. **Implementação do SUS: recentralizar será o caminho?** (comentário ao texto de LEVCOVITZ et al, 2001. *Ciência & Saúde Coletiva* 6 (2): 307-310, 2001.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal), 1988.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. DDGA. **Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS e Portaria MS/GM número 373, de 27 de fevereiro de 2002.**
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS 2003.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Brasília: CONASS 2003.
- ELIAS, P. **Afinal, de qual descentralização falamos?** (comentário ao texto de Levcovitz et al, 2001). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2001, 6 (2): 307-310.

- FERREIRA, Aurélio Buarque. **Dicionário Aurélio Básico de Língua Portuguesa**. Editora: Nova fronteira, 2003.
- GARCIA, Marília,. **O que é Constituinte**. Editora Brasiliense. Coleção primeiros passos, 1985.
- GOULART, F.^a de. **Esculpindo o SUS a golpes de portarias...- considerações sobre o processo de formulação das NOBs**. (comentário ao texto de Levcovitz et al, 2001). *Ciência & Saúde Coletiva* 6 (2): 292-298, 2001.
- HILHORST, J. **Planejamento Regional, enfoque sobre sistemas**. Zahar, Rio de Janeiro, 1975.
- LEVCOVITZ, E.; Lima, L; Machado, C. **Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. *Ciência & Saúde Coletiva* 6(2): 269-291, 2001.
- MATUS, Carlos. **Adeus, Senhor Presidente: governantes governados**; tradução de Luís Felipe Rodriguez Del Riego. São Paulo: Editora FUNDAP, 1996.
- MENDES, E V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2002.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, E. Hucitec,1996.
- SILVA, Silvio Fernandes da,. **Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas**. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.
- THIOLLENT, M, **Metodologia da Pesquisa-Ação**. São Paulo: Cortez: Editora Autores Associados, 1992.
- VIANA, Ana Luiza d'Ávila, HEIMANN, Luiza S., LIMA, Luciana Dias de *et al*. **Mudanças significativas no processo de descentralização do sistema de saúde no Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, 2002, vol.18 supl, p.139-151. ISSN 0102-311X.

WHO - World Health Organization. *The world health report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, WHO, 2000; apud Mendes E, 2002. **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2000.

ANEXOS

Anexo I

QUESTIONARIO PARA GESTORES DE SAUDE NO MATO GROSSO DO SUL

IDENTIFICAÇÃO

Nome _____

Endereço _____

Local de Trabalho _____

Idade _____ Sexo _____ Naturalidade _____

Profissão _____

Nível de escolaridade _____ Estado civil _____

Tipo de Gestão atual:

QUESTIONÁRIO

1. Você acredita que a NOAS resgata princípios do SUS?
2. Quais destes princípios você acha que são mais difíceis de serem alcançados?
3. Em sua opinião, qual a maior dificuldade para habilitar seu município?
4. Em sua opinião, qual a maior dificuldade para qualificar a microrregião em que se encontra o seu município?
5. Independente de qualificar a sua microrregião, qual sua opinião sobre a regionalização?
6. Você acredita que a NOAS é capaz de induzir o processo de organização dos espaços microrregionais de saúde? Porque sim ou porque não.
7. Mudou a relação entre **os gestores e técnicos** de saúde no Mato Grosso do Sul, após o processo inicial de negociação do Plano Diretor de Regionalização? Comente.
8. Você acredita que sua microrregião tem chances de tornar-se resolutive? Qual é o melhor caminho?
9. O PDR do MS é capaz de refletir a capacidade de regionalização desta microrregião? Porque?
10. PPI é um instrumento capaz de auxiliar na organização a MR? Porque?
11. PDI é um instrumento capaz de refletir as necessidades de investimento da MR? Porque?
12. Observações que gostaria de acrescentar.

Anexo II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Este documento visa solicitar sua participação na Pesquisa "Organização dos Espaços Microrregionais de Saúde: o caso do Mato Grosso do Sul que tem como objetivo *Contribuir com o processo de organização dos espaços microrregionais de*

saúde, de acordo com o desenho proposto no Plano Diretor de Regionalização do estado do Mato Grosso do Sul”.

Por intermédio deste Termo são garantido-lhes os seguintes direitos: (1) solicitar, a qualquer tempo, maiores esclarecimentos sobre esta Pesquisa; (2) sigilo absoluto sobre seus nomes, apelidos, datas de nascimento, local de trabalho, bem como quaisquer outras informações que possam levar a uma identificação pessoal; (3) a ampla possibilidade de negar-se a responder quaisquer questões ou a fornecer informações que julguem prejudiciais a sua integridade física, moral e social; (4) a opção de solicitar que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, que será prontamente atendida; (5) desistir, a qualquer tempo, de participar da Pesquisa.

“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, entendendo que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa; poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais a minha pessoa; solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa. Fico ciente também de que uma cópia deste termo permanecerá arquivada com o Pesquisador do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública responsável por esta Pesquisa.”

Brasília, ____ de _____ de 200__

Participante: _____

Endereço: _____

Assinatura do Pesquisador

Fico ciente também que, a qualquer momento, terei livre acesso ao Pesquisador responsável e a sua Equipe, podendo entrar em contato nos endereços abaixo:

(1)Nome _____ do
Pesquisador:_____Endere
ço:_____Telefone:___
