

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EAD**

**REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE -
MUNICÍPIOS PÓLO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE
2000-2010**

ARTIGO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Pâmela Ferreira Todendi

Sobradinho, RS, Brasil

2011

**REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - MUNICÍPIOS PÓLO:
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE 2000-2010**

Pâmela Ferreira Todendi

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EAD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Suzinara Beatriz Soares de Lima

Sobradinho, RS, Brasil

2011

**Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização
Pública em Saúde EAD**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o
Artigo de Conclusão de Curso**

**REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - MUNICÍPIOS
PÓLO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE 2000-2010**

elaborada por
Pâmela Ferreira Todendi

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Suzinara Beatriz Soares de Lima, Dr^a
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Neida Luiza Kaspary Pellenz, Ms.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Fernanda Sarturi, Ms.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

SUMÁRIO

Resumo	5
Abstract	6
Introdução	7
Metodologia	15
Resultados	15
Discussão	20
Conclusão/Considerações Finais	22
Referências Bibliográficas	22

RESUMO

Artigo de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

REGIONALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE - MUNICÍPIOS PÓLO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DE 2000-2010

AUTORA: PÂMELA FERREIRA TODENDI
ORIENTADORA: SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA
Data e Local da Defesa: Sobradinho, 2 de julho de 2011.

Resumo- Este trabalho reforça a importância da descentralização dos serviços na área da saúde, a partir da regionalização de municípios pólo. Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscam-se estratégias de regionalização e hierarquização da assistência à saúde da população brasileira, no intuito da resolução de problemas e agravos a sua saúde. Como objetivo deste estudo, tem-se identificar as publicações sobre a regionalização dos serviços de saúde por meio de municípios-pólo seguindo uma revisão bibliográfica, evidenciando as vantagens destes serviços à população. Faz-se imperativo o desencadeamento e fortalecimento de ações políticas e técnico-administrativas no âmbito federal, estadual e municipal para a organização dos sistemas microrregionais de saúde a fim de resolver os problemas e necessidades de saúde da população de cada local.

Descritores: Serviços de saúde; Gestão em saúde; Regionalização.

ABSTRACT

Artigo de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

REGIONALIZATION OF THE HEALTH'S SERVICE – POLE TOWNS

BIBLIOGRAPHIC FROM 2000 TO 2001

AUTORA: PÂMELA FERREIRA TODENDI
ORIENTADORA: SUZINARA BEATRIZ SOARES DE LIMA
Data e Local da Defesa: Sobradinho, 2 de julho de 2011.

Descriptors- This work strenghtens the importance of decentralization of the services in the area of health, from the regionalization of these with municipalities' pole. Since the creation of Unified Health System (SUS), seek strategies of regionalization and become hierarchical health care to the population. The aim of this study is to know the implementation of municipalities-pole since the organization of the micro-regional health's systems following a solid bibliographic review, identifying the advantages of these services to the population. It is imperative the triggering and strenghtening of politics actions and technical-administrative in the federal ambit, like state and municipal for the organization of the microrregional health's system in order to solve the problems and health's needs to the population in each place.

Keywords: Health services; Health management; Regional health planning.

Introdução

Os serviços de saúde devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos em área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Isto implica na capacidade destes serviços em oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todos os níveis de atendimento possibilitando um ótimo grau de resolubilidade; finalizando assim um dos objetivos da Lei Federal do Brasil 8.080 que é “a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990). O acesso da população a rede de serviços a saúde deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que necessitam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços, estes resolvidos a nível municipal. Os demais deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A rede de serviços, organizada de forma hierarquizada e regionalizada, permite conhecimento e resolutividade dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, além das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade, tendo “capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência” (BRASIL, 1990).

De acordo com a Lei 8.080 de 1990, uma das principais diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde. A partir desta Lei, em 2002 foi criada a Norma Operacional de Atenção à Saúde (NOAS-SUS), que tem como estratégia a regionalização das ações em saúde a partir do Plano Diretor de Regionalização (PDR) que divide os Estados em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, com definição de municípios-pólo e municípios-sede e fluxos de referência e contra referências intermunicipais, de acordo com a capacidade instalada e as necessidades da população (CARVALHO; e BARBOSA, 2010). A regionalização do SUS ainda enfrenta importantes desafios, em particular a implantação do PDR, formando assim municípios-pólo de atenção. Com a regionalização dos serviços mais complexos, seria indiscutivelmente melhor a acessibilidade para os cidadãos, bem como para os

grandes centros a diminuição da demanda diária provenientes de todos os cantos do Estado.

Assim, têm-se os seguintes questionamentos: O afogamento dos grandes centros é grande em função dos serviços prestados de média e alta complexidade que não são realizados nos municípios menores? Qual seria a solução para a superlotação das grandes cidades? Como organizar os serviços de saúde na lógica do SUS? Como programar um serviço referência e contra-referência?

Este trabalho tem como objetivo identificar as publicações sobre a regionalização dos serviços de saúde por meio de municípios-pólo. Como objetivos específicos tem-sê: verificar como os municípios-pólo melhoram a qualidade e acessibilidade da população a saúde e verificar se há organização dos sistemas microrregionais de saúde.

O Sistema Único de Saúde - SUS

A primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi, em 1988, a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde. O Art. 196 da CF conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado (...)”. Assim, se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS). O parágrafo único do Art. 198 determina que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes” (SOUZA, 2002).

No final da década de 80, o setor público de assistência à saúde mantinha uma estreita relação com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), passando a partir de 1990 a integrar a estrutura do Ministério da Saúde, pois vinha, nos anos anteriores, participando de modo significativo do seu financiamento. O INAMPS somente foi extinto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993, quase três anos após a promulgação da lei que instituiu o SUS (SOUZA, 2002).

A Lei 8.080 instituiu o SUS, com comando único em cada esfera de governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do

SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isso se constituiu em uma grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passa a contar com um sistema público de saúde único e universal (SOUZA, 2002).

A Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990). Com efeito, a primeira década do SUS foi marcada por um processo de intensa transferência de competências e recursos em direção aos municípios, orientado pelos instrumentos normativos emanados do Ministério da Saúde: as Normas Operacionais Básicas (NOBs). Mediante a definição de critérios de habilitação e de incentivos operados pelo financiamento, as sucessivas NOBs conduziram os municípios à assunção progressiva da gestão de ações e serviços de saúde em seus territórios (DOURADO e ELIAS, 2011).

Com vistas a regulamentar o processo de descentralização proposto pelo SUS, é editada a Resolução nº 273, de 17 de julho de 1991, a Norma Operacional Básica nº 01/91. Apesar de buscar instituir o arranjo institucional previsto na legislação para a gestão descentralizada do SUS (exigência dos requisitos legais para a transferência de recursos), na prática, esta norma descaracteriza os principais objetivos do SUS ao redefinir a lógica de transferência de recursos a estados e municípios e, conseqüentemente, de organização do sistema (SOUZA, 2002).

O movimento descentralizador foi iniciado com a implementação das Normas Operacionais Básicas de 1993 (NOB 01/93) e especialmente a de 1996 (NOB 01/96), que induziram a redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, através da transferência de recursos (financeiros, basicamente, mas também físicos, humanos e materiais) do nível federal e estadual para os municípios. Nesse contexto, um processo de (re)centralização estaria se iniciando no momento atual, com a implementação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 2001), que pretendia estimular um fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, no sentido de assumirem a coordenação de um processo de regionalização da assistência que implica na organização de

sistemas microrregionais de saúde, com os quais se busca superar uma "excessiva" descentralização da gestão ocorrida no momento anterior (TEIXEIRA, 2002).

A NOAS 2001 enfatiza a cooperação e recupera a noção de economia de escala como fundamento para a racionalização (e a reconcentração) de recursos, especialmente aqueles destinados aos investimentos em serviços de média e alta complexidade, realizados nos municípios "pólos" de microrregiões de saúde. Finalmente, do ponto de vista técnico-assistencial, a NOAS resgata a possibilidade de se construir sistemas de serviços de saúde que, ultrapassando os limites territoriais dos municípios (levando em conta que a maioria é de pequeno porte), alcancem a integralidade do cuidado (integralidade relativa à capacidade instalada em cada microrregião). Para isso, assume uma lógica organizacional e programática cujo elemento de referência é o grau de complexidade tecnológica dos serviços existentes nos diversos municípios, propondo uma delimitação territorial correspondente ao estabelecimento de dois níveis de atenção: a "atenção básica ampliada, organizada no espaço de um módulo assistencial e a atenção integral à saúde", que constitui o conjunto de módulos assistenciais integrados em uma microrregião de saúde (TEIXEIRA, 2002).

Na NOAS, a regionalização foi enfatizada como estratégia necessária para que o processo de descentralização se aprofundasse *pari passu*¹ à organização da rede de assistência, dando melhor funcionalidade ao sistema e permitindo o provimento integral de serviços à população. A esfera estadual passa a ordenar o processo de regionalização sanitária com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), instrumento que traduziria o planejamento regional de acordo com as particularidades de cada estado (e do Distrito Federal), em consonância com os recursos disponíveis. Estes seriam alocados conforme a Programação Pactuada e Integrada, e com previsões de necessidades de novos recursos expressas no Plano Diretor de Investimento. A partir desse planejamento regional, pretendia-se garantir acesso aos serviços de saúde em qualquer nível de atenção a todos os cidadãos, fundamentando-se na configuração de sistemas funcionais e resolutivos, na organização de redes hierarquizadas de serviços e no estabelecimento de

¹ *Pari Passu* é uma expressão latina que significa "em igual passo", "ao mesmo tempo". Fonte: www.wikipedia.org/wiki/Pari_passu

mecanismos e fluxos de referência e contra-referência intermunicipais (DOURADO; ELIAS, 2011).

Segundo Souza (2001) a NOAS-SUS 01/01 aborda três grupos de estratégias articuladas que visam contribuir para o processo de regionalização em saúde, como forma de promover a descentralização com equidade no acesso: elaboração do Plano Diretor de Regionalização e diretrizes para a organização regionalizada da assistência; fortalecimento das capacidades gestoras do SUS; atualização dos critérios e do processo de habilitação de estados e municípios às condições de gestão do SUS.

Além do PDR, a NOAS prevê dois instrumentos importantes de planejamento integrado: A Programação Pactuada Integrada (PPI) e o Plano Diretor de Investimentos (PDI). A NOAS amplifica a necessidade de pactuação de metas físicas de produção e de metas financeiras entre os vários municípios integrados em sistemas funcionais e em microrregiões e regiões de saúde. Desta maneira, os municípios que atendem clientela de outros municípios teriam garantidos a sua contrapartida de recursos. A PPI é vista como um instrumento dos estados, macrorregiões, regiões e microrregiões. O Plano Diretor de Investimentos, por seu lado, deveria registrar as necessidades de investimento em recursos e procedimentos de uma dada complexidade nos municípios de modo a garantir a estruturação de um sistema regionalizado e descentralizado, que supõe o cumprimento de determinados requisitos de complexidade pelos municípios pólo e sede de sistemas funcionais. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em macrorregiões, regiões e microrregiões (SOUZA, 2001).

A menor base territorial de planejamento regionalizado seja uma região ou microrregião pode compreender um ou mais módulos assistenciais. Cada módulo assistencial (respondendo no mínimo pela atenção básica e o primeiro nível da média complexidade) conta com um município-sede habilitado em Gestão Plena do Sistema Municipal/GPSM ou em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada/GPAB-A. O chamado município pólo (GPSM ou GPAB-A) corresponde a um município capaz de operar como referência para outros municípios em qualquer nível de atenção (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Regionalização no Brasil

No Brasil, o processo de construção de um sistema unificado e descentralizado de saúde seguiu a estratégia da municipalização, através da transferência para o município de unidades de saúde de outras instâncias administrativas e da delegação ao mesmo da capacidade de gerir os sistemas locais de saúde (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Considerando o desafio do SUS, a proposta de descentralização, que implica a transferência de poder e competências do nível central para os níveis locais, pressupõe a definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas. Apesar dos limites do processo de descentralização da saúde no Brasil e as distintas ideologias presentes na arena do SUS, essa diretriz operacional continua sendo apontada como uma estratégia importante para viabilizar a implementação dos princípios do SUS. No entanto, pouco tem sido discutido sobre o desafio da descentralização, no âmbito intermunicipal, em municípios de grande porte (SPEDO *et al*, 2009).

A fim de facilitar o atendimento pelo SUS em níveis maiores de complexidade nos municípios pequenos, a regionalização destes serviços mais complexos seria mais perfeito com a implementação de municípios-pólo de atendimento, a fim de desafogar os grandes centros e proporcionar um atendimento mais próximo de suas cidades e respectivamente a continuidade do tratamento terapêutico do paciente.

No sistema de saúde regionalizado, a disponibilidade de equipamentos sociais mais próximos aos usuários, amplia a racionalidade dos serviços de saúde de maior densidade tecnológica como a assistência hospitalar. Dessa forma, considerando a complexidade das tecnologias utilizadas e a necessidade de recursos humanos especializados, as unidades hospitalares estarão organizadas para prestar assistência às principais causas de morbimortalidade, direcionando ainda os fundos de saúde municipais, estaduais e federais no sentido das necessidades de saúde da população adscrita, uma vez que esse nível assistencial representa importante parcela orçamentária do SUS. Configurada a oferta organizada, o arranjo de unidades de referência regional, subsidiará o acesso aos hospitais especializados para a população de pequenos municípios, conforme

garantido constitucionalmente e normatizado na Norma Operacional de Assistência à Saúde (BRASIL, 2001).

Em 2006, com o lançamento do Pacto pela Saúde, novas diretrizes são preconizadas para a regionalização do sistema de saúde, baseadas em um fortalecimento da pactuação política entre os entes federados, sobretudo no âmbito municipal, e na diversidade econômica, cultural e social das regiões do país para a redefinição das regiões de saúde (VIANA *et al*, 2008).

A portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006 divulga o Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. A definição de prioridades articuladas e integradas é sob a forma de três pactos: Pacto pela Vida; Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (CONASS, 2006).

O pacto pela vida reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, as prioridades são expressas em metas municipais, regionais, estaduais e nacionais, inseridas no termo de compromisso de gestão, as metas e objetivos do pacto pela vida devem inscrever-se nos termos de compromisso de gestão. O pacto em defesa do SUS envolverá ações concretas e articuladas pelos três níveis federativos no sentido de reforçar o SUS como política de estado; e de defender os princípios basilares dessa política pública, inscritos na constituição federal. O pacto de gestão estabelece as responsabilidades de cada ente federativo de forma a diminuir as competências concorrentes e a tornar mais evidente quem deve fazer o quê, contribuindo com o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária no SUS (CONASS, 2006).

Os principais instrumentos de planejamento da regionalização são o plano diretor de regionalização – PDR, o plano diretor de investimento – PDI e a programação pactuada e integrada da atenção em saúde – PPI. Cada Comissão Intergestora Bipartite (CIB) deverá estabelecer qual o desenho mais apropriado para garantir o acesso com qualidade às ações e serviços de saúde, portanto, a definição do conjunto de ações e serviços a serem desempenhadas em cada região deverá estar de acordo com as necessidades de saúde e da capacidade de oferta da região. As regiões de saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e

infraestrutura de transportes compartilhados do território. Para a constituição de uma rede de atenção à saúde regionalizada em uma determinada região, é necessário a pactuação entre os gestores envolvidos para garantir a atenção na alta complexidade e em parte da média. Estas regiões devem pactuar entre si arranjos inter-regionais, com agregação de mais de uma região em uma macrorregião; o ponto de corte da média complexidade que deve estar na região ou na macrorregião deve ser pactuado na CIB, a partir da realidade de cada estado (CONASS, 2006).

Perspectivas para a regionalização

A descentralização e sua face regionalizadora são de suma importância para o processo de planejamento do território nacional. A imensidão do Brasil e suas históricas desigualdades requerem políticas públicas de fôlego para a diminuição das iniquidades atrelada a um projeto nacional de desenvolvimento. E para que essas políticas sejam efetivas e coerentes com a realidade de cada lugar, a regionalização se mostra um instrumento imprescindível para o planejamento, vinculada à organização do sistema (acesso, infraestrutura, financiamento, programas, etc.), o que leva a uma visão setorial da situação de saúde, restrita a parâmetros epidemiológicos e de assistência (VIANA et al, 2008).

Os Sistemas de Informação em Saúde, sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas a intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população. É possível utilizar as bases de dados nacionais que, alimentadas regularmente por municípios e Estados, estão sendo ainda subutilizadas no seu potencial de instrumentalizar a tomada de decisões e de produção científica (MEDEIROS *et al*, 2005).

O Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SAI/SUS) também apresenta vantagens para o estudo da oferta de serviços, englobando todos os procedimentos de assistência à saúde que não exijam internação, sendo amplamente descentralizado nos Estados e municípios, além de refletir a produção mensal das unidades do SUS. O SIA/SUS permite a caracterização da rede, num quadro geral de disponibilidade de recursos tecnológicos e humanos por município, mesorregião municipal, Estado ou região (MEDEIROS *et al*, 2005).

Metodologia

Este estudo é exploratório, de natureza descritivo/qualitativo de caráter bibliográfico. As fontes de investigação foram artigos científicos publicados em periódicos da área da saúde no Scientific Eletronic Library Online (SCIELO) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para a coleta dos dados foram utilizadas as seguintes palavras-chave na busca: “regionalização em saúde”, “municípios-pólo em saúde”, “consórcios regionais de saúde”, “referência e contra-referência em saúde”. Os critérios de inclusão/ exclusão foram feitos por meio da literatura, com recorte temporal de 2000 a 2010. Os periódicos estrangeiros foram excluídos do trabalho, bem como os que não estavam disponíveis na integra. A busca foi realizada na biblioteca virtual do SCIELO, LILACS no mês de abril e maio de 2011.

Foi construído um instrumento contendo os seguintes dados: local e ano, autor, título, fonte/biblioteca virtual, objetivos e observação a fim de facilitar o estudo. O tratamento dos resultados analisados foi feito por categorização dos dados obtidos e após a discussão dos resultados com as referências da literatura.

Resultados

Com a palavra “*município pólo em saúde*” no LILACS foram achados dez artigos e no SCIELO seis artigos no dia 09/05/2011. Destes, foram selecionados apenas dois artigos, pois dois eram estrangeiros no LILACS e um no SCIELO, e os demais não falavam sobre a temática. Apenas dois artigos foram selecionados no LILACS que abordavam o assunto em questão, no SCIELO um artigo foi selecionado, mas este também foi encontrado no LILACS. Abaixo segue o Quadro 1 que demonstra os resultados desta etapa da pesquisa.

Local e ano	Autor	Título	Fonte/ Biblioteca Virtual	Objetivos	OBS:
RJ; 2005	Elisabeth Costa Dias; Maria da Graça Hoefel	O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia do RENAST	Ciência & Saúde Coletiva; LILACS e SCIELO	O CRST deixa de ser porta de entrada e assume o papel de suporte técnico, pólo irradiador no território de abrangência.	CRST – Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. RENAST- Rede de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador
MG; 2010	Auta, S. Stephan; Ivan, C. F. Chebli; Elisabeth, J. M. Jacometti; Marcélia, G. Paiva	Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética	Rev. APS, Juiz de Fora; LILACS	Identificar como se estabelece as relações entre os gestores dos municípios limítrofes com o município Juiz de Fora, pólo macrorregional de atenção à saúde	Definiu-se que há necessidade de um planejamento da gestão do SUS (PDR e PPI) que considere a demanda em saúde e que contemple as múltiplas demandas

Quadro 1: Municípios pólo em saúde: Revisão Bibliográfica de 2000-2010, 2011.

A busca com a palavra “*consórcios regionais em saúde*” realizada no dia 11/05/2011, no LILACS apresentou quatro artigos relacionados com o assunto, sendo que apenas um deles possuía seu texto na íntegra, que se encontra no Quadro 2, os demais artigos apresentaram somente os resumos, em geral eles defendem a importância dos consórcios em saúde, pois ampliam o espectro da oferta de serviços a sua população e as relações intergovernamentais cooperativas. No SCIELO não foram encontrado artigos para este assunto.

Local e ano	Autor	Título	Fonte/ Biblioteca Virtual	Objetivos	OBS:
RJ; 2006	Luiz Antonio Neves; José Mendes Ribeiro	Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso	Cadernos de Saúde Pública; LILACS	Efetuar um estudo de caso sobre os consórcios intermunicipais de saúde mais antigo do setor da saúde, e elaborar um conjunto de recomendações	Verificou-se que os consórcios intermunicipais mantém um forte vínculo com a estratégia de regionalização da saúde no Brasil

Quadro 2: Consórcios regionais em saúde: Revisão Bibliográfica de 2000-2010, 2011.

A busca pelas palavras “*referência e contra-referência em saúde*” foi realizada no dia 11/05/2011 no LILACS e foram identificados 59 artigos em português, os estrangeiros foram 18 artigos, que foram excluídos do estudo. No SCIELO foram encontrados 48 artigos em português e excluíram-se os estrangeiros, que foram 11 artigos. Refinando a pesquisa para *referência e contra-referência em saúde regional*, no LILACS foram encontrados dois artigos, sendo que ambos não contemplam o assunto abordado neste trabalho. No site SCIELO também foram identificados dois artigos, o primeiro está descrito no Quadro 3 e o segundo descartado, pois, é anterior ao ano 2000.

Local e ano	Autor	Título	Fonte/ Biblioteca Virtual	Objetivos	OBS:
S P; 2002	Giselle L. Monnerat; Mônica de Castro Maia Senna; Rosimary G. de Souza	A reorganização dos serviços de saúde no cenário local	Ciência e Saúde Coletiva; SCIELO	Tomamos o município de São Gonçalo, como locus de análise, buscando dimensionar o impacto da descentralização na reorganização da rede de serviços, a partir da composição dos serviços em termos da quantidade e qualidade da oferta de cuidados.	O poder político no município se conforma de uma maneira ineficaz e que esbarra em constrangimentos.

Quadro 3: Referência e contra-referência em saúde: Revisão Bibliográfica de 2000-2010, 2011.

Na busca realizada no dia 18/05/2011 no SCIELO com as palavras “*regionalização em saúde*”, foram achados 42 artigos relacionados com o tema, destes todos eram nacionais; seis foram excluídos por estarem abaixo do ano 2000, restando assim 36 artigos. No site LILACS foram identificados 385 artigos, destes foram excluídos 87 por serem estrangeiros, 147 por serem do ano inferior a 2000. Dos 299 artigos encontrados no LILACS, (a partir do idioma português), quando selecionado o período de publicação de 2000 a 2010, ficaram 151 artigos, destes, apenas 91 encontravam-se disponíveis na íntegra.

Na tentativa de refinar o estudo, foi optado por ler todos os artigos, a fim de verificar os mais relevantes ao assunto; dentre eles, foram selecionados quatro no site SCIELO e três no site LILACS, apenas um artigo dentre os selecionados estava presente em ambos os sites. Os artigos selecionados seguem no Quadro 4.

Local e ano	Autor	Título	Fonte/ Biblioteca Virtual	Objetivos	OBS:
RJ, 2002	Carmen Fontes Teixeira	Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS.	Cadernos de Saúde Pública; SCIELO e LILACS	Avançar na construção de sistemas microrregionais que garantam a integralidade da atenção à saúde em cada região e Estado do país.	Reorientação da assistência individual e coletiva, na medida em que venham a ser incorporadas ao processo de implementação da NOAS.
SP, 2009	Emerson Assis, <i>et al.</i>	Regionalização e novos rumos para o SUS: experiência de um colegiado regional	Saúde e Sociedade; SCIELO	Este trabalho apresenta a experiência positiva de implantação de um Colegiado Regional no Estado de São Paulo	Com a implementação do Pacto pela Saúde, na sua dimensão da gestão, iniciou esse processo, que tem se mostrado promissor para o desenvolvimento e crescimento do SUS nacional
São Carlos, 2008	Cassius T. Scarpin; <i>et al</i>	Otimização no serviço de saúde no estado do Paraná: fluxo de pacientes e novas configurações	Gestão e Produção; SCIELO	Otimizar o serviço de saúde com relação ao fluxo de pacientes dentro do estado e a regionalização (divisão) do	Quanto a regionalização consiste em dividir o estado em regiões menores, formadas por várias cidades, vinculadas a uma cidade sede, principal responsável pelo

		hierárquicas		estado.	atendimento.
S.P.; 2009	José Angelo Machado	Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma "regionalização solidária e cooperativa"?	Revista Brasileira de Ciências Sociais; SCIELO	Articular municípios "exportadores" e "importadores" de serviços de saúde com maior complexidade tecnológica sob a coordenação dos governos estaduais	O Pacto de Gestão do SUS, firmado entre as três esferas de governo no ano de 2006 e atualmente em desenvolvimento, venha a consumir a almejada regionalização solidária e cooperativa.

(continuação Quadro 4)

Local e ano	Autor	Título	Fonte/ Biblioteca Virtual	Objetivos	OBS:
Porto Alegre; 2010	Maristela Correa Rodrigues de Lima	Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em municípios da metade sul do RS.	www.biblioteca.ufrgs.br ; LILACS	Analisar, sob à perspectiva da regionalização, os fluxos de serviços hospitalares em municípios da Metade Sul do Rio Grande do Sul, por meio do perfil das internações e mobilidade de usuários no período 2000 a 2006	Na assistência hospitalar, dada a complexidade dos serviços e o pequeno porte da maioria dos municípios brasileiros que não dispõem de condições para ofertar todos os níveis de complexidade em seu território, a regionalização assume relevância na organização dessa rede.
Brasília; 2004	Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde	Convergências e divergências sobre a gestão e regionalização do SUS	Brasília; CONASS; LILACS	Objetivo de aprofundar o debate sobre a Gestão e a Regionalização do SUS, visando levantar subsídios do CONASS para a construção do processo normativo do SUS	Em março de 2004 foi realizada, em Natal - RN, a Assembléia dos Secretários Estaduais de Saúde em continuidade ao processo de discussão e elaboração de propostas do CONASS sobre Gestão e regionalização / Descentralização do SUS.

Continuação Quadro 4: Regionalização em saúde: Revisão Bibliográfica de 2000-2010, 2011.

Discussão

As publicações mais encontradas se referem a: regionalização dos serviços de saúde no SUS, sua implantação e as melhorias à saúde da população desta medida. Também apresentam-se discussões sobre os Consórcios Regionais de Saúde como subsídios para melhorar a regionalização dos serviços do SUS, e discussões em efetivar de fato a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) implementando o planejamento de regionalização (PDR e PDI) juntamente com o Pacto de Gestão do SUS.

Nos últimos cinco anos, observa-se um aumento de publicações enfocando a regionalização dos serviços de saúde no SUS. As regiões do Brasil, que mais discutiram o assunto encontram-se no Sudeste.

Segundo Machado (2009) no processo de regionalização da saúde o primeiro ator implicado neste processo é o gestor municipal, e uma das medidas a serem tomadas é a adoção de políticas públicas que incidam no modelo de atenção desenvolvido pelo município. Os prestadores hospitalares também são importantes aliados. Ao seu engajamento, está relacionado o aumento na resolutividade dessas instituições, o efetivo funcionamento do mecanismo de referência e contra referência de pacientes com as unidades demandantes e a facilidade de acesso dos pacientes.

Stephan e colaboradores (2010) definem que há necessidade de um planejamento da gestão do SUS (PDR e PPI) que considere a demanda em saúde e que contemple as múltiplas demandas. Na mesma linha, as propostas dirigidas ao estabelecimento de um pacto de responsabilidades entre vários municípios, que podem vir a compor, em conjunto, uma microrregião de saúde, implicam, em última análise, na criação de possibilidades de acesso a uma gama variada de ações e serviços que, de outro modo, não poderiam ser garantidos à população, principalmente aquela que habita os municípios menores, onde se constata mais insuficiências de infraestrutura do sistema.

Segundo a nova proposta para regionalização da saúde (divisão otimizada do estado), vista por Scarpin e colaboradores (2008), o fluxo de pacientes tenderá a ser cada vez mais regionalizado, desafogando as principais cidades, economizando no transporte público desses pacientes e estimulando a economia local, já que em

muitos casos os familiares costumam acompanhar os pacientes. Considerando que o tempo computacional para se obter a resposta ao fluxo de pacientes é muito pequeno (aproximadamente dois segundos), a ferramenta pode ser utilizada em uma futura e possível integração computacional do sistema de saúde estadual para marcações de consultas e de internamentos hospitalares. Assim, os pacientes poderiam procurar o atendimento necessitado na Internet e obteriam a resposta rapidamente, facilitando a resolução de seu caso.

O princípio básico da regionalização é que a atenção à saúde deve ser oferecida, no máximo possível, pelo nível inferior do sistema. Para tal, é necessário equilibrar os desejos e necessidades do público de ter serviços de saúde perto de suas casas, assim como instalações centralizadas de maior prestígio e complexidade. A regionalização pressupõe a alocação de recursos de saúde em uma determinada área, em uma ordem que facilite o acesso, ofereça alta qualidade dos serviços, baixo custo, equidade, com uma melhor e mais rápida resposta aos desejos e necessidades dos consumidores. O sistema integrado de transferência do paciente por sucessivos níveis de atenção está baseado na premissa de que os hospitais são instituições com cuidados especializados e que seus custos são substancialmente reduzidos através da implantação de outros serviços periféricos mais simplificados e resolutivos. A disponibilidade de ambulatórios e serviços domiciliares teria um efeito significativo não tanto sobre a taxa de hospitalização, mas sobre a permanência hospitalar. O enfoque de regionalização propõe-se a encontrar um equilíbrio entre a excessiva centralização estrutural e a descentralização total dos serviços de saúde (ARTMANN; RIVERA, 2003).

Segundo a NOAS 2001 (BRASIL, 2001), o município pólo em geral deve prestar atenção básica nos diversos módulos assistenciais que a compõem, com atenção de média e alta complexidade, é o que deveria ser. Contudo, estes municípios que poderiam ser “pólos”, muitos ainda não estão prontos para prestar este tipo de serviço, e os pacientes acabam indo para centros maiores e mais afastados de suas cidades. A regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) ainda enfrenta importantes desafios, em particular a implantação do PDR, compondo assim municípios-pólo de atenção. Com a regionalização dos serviços mais complexos, seria indiscutivelmente melhor a acessibilidade para os cidadãos e

também suavizaria a demanda para os grandes centros que recebem diariamente, milhares de pacientes, vindos de todos os cantos do Estado.

Conclusão

Pode-se observar pelos resultados obtidos a escassa publicação no que se refere a estudos de regionalização dos serviços de saúde em municípios pólo, pois em 10 anos verificou-se a produção total de 10 artigos.

Assim, é necessário o desencadeamento e fortalecimento de ações políticas e técnico-administrativas no âmbito federal, estadual e municipal, tendo como eixo o fortalecimento do nível municipal e a organização dos sistemas microrregionais de saúde. Estes espaços podem introduzir mudanças gerenciais, organizativas e técnico-assistenciais que contribuem para a construção de modelos de atenção capazes de dar respostas adequadas aos problemas e necessidades de saúde da população de cada local.

Portanto, faz-se necessário maiores estudos em relação a determinação de microrregiões em saúde; as capacidades de se tornar um município pólo, com população a ser atendida definida, distância a ser percorrida de cada município à cidade pólo, como deve ser feito seu financiamento e por fim promover uma integração entre os gestores de cada microrregião. Deste modo, realiza-se uma assistência integral e resolutiva à população assistida, organizando a gestão pública em saúde.

Referências

ARTMANN, Elisabeth; RIVERA, J. U. Francisco. **Regionalização em Saúde e mix público-privado**. Julho, 2003. Acesso em 04/04/2011. Disponível em: <<http://www.anssaude.gov.br/data/files>>.

ASSIS, E. et al. **Regionalização e novos rumos para o SUS: experiência de um colegiado regional**. Fonte: Saúde e Sociedade, vol. 18, p. 17-21. São Paulo 2009. Acesso em: 18/05/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o**

funcionamento dos serviços correspondentes. Acesso em: 15/03/2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>.

BRASIL. Lei n. 8142, de 19 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.** Acesso em: 15/03/2011. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>.

BRASIL. CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Convergências e divergências sobre a gestão e regionalização do SUS.** Fonte: Brasília; CONASS, 2004. Acesso 18/05/2011. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/?lang=pt>>.

BRASIL. NOAS-SUS 2001. **Regionalização da Assistência à Saúde: Aprofundando a descentralização com equidade no acesso.** Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 116. Brasília, 2001. Acesso em: 16/03/20011. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>.

CARVALHO, I. Antônio; BARBOSA, R. Pedro. **Políticas de Saúde: Fundamentos e Diretrizes do SUS.** Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2010. Bibliografia: Especialização em Gestão em Saúde, UFSM.

DIAS, C. Elisabeth; HOEFEL, G. Maria. **O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia do RENAST.** Revista Ciência e Saúde Coletiva; Vol.10, n.4, p.: 817-827. Rio de Janeiro Out./ Dez. 2005. Acesso em: 09/05/2011. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/?lang=pt>>.

DOURADO, A. D; ELIAS, M.E.P. **Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro.** Revista de Saúde Pública vol. 45, São Paulo, fev. 2011. Acesso em: 15/03/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>.

LIMA, C. R. Maristela. **Fluxos de utilização de serviços hospitalares no processo de regionalização em municípios da metade sul do RS.** Porto Alegre 2010. Acesso em: 18/05/2011. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/?lang=pt>>.

MACHADO, A. José. **Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”?** Fonte: Revista Brasileira de Ciências Sociais. Vol. 24, n. 71. São Paulo Out. 2009. Acesso em: 18/05/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

MEDEIROS,R. Kátia. et al. **O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS.** Fonte: Ciência e Saúde Coletiva, vol. 10, n. 2, Rio de Janeiro, Abr./jun. 2005. Acesso em: 23/02/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>.

MONNERAT, L. Giselle; SENNA, M. C. Mônica; SOUZA, G. Rosimary. **A reorganização dos serviços de saúde no cenário local.** Fonte: Ciência e Saúde Coletiva, Vol. 7, n.3, p.: 509-521. São Paulo, 2002. Acesso em: 11/05/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>.

NEVES, L. Antonio; RIBEIRO, M. José. **Consórcios de saúde: estudo de caso exitoso**. Cadernos de Saúde Pública, vol. 22 n.10, p.: 2207-2217. Rio de Janeiro, Out. 2006. Acesso em: 11/05/2011. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/?lang=pt>>.

SCARPIN, Cassius. et al. **Otimização no serviço de saúde no estado do Paraná: fluxo de pacientes e novas configurações hierárquicas**. Fonte: Gestão e Produção. Vol. 15, n. 2. São Carlos, Mai./Ago. 2008. Acesso em: 18/05/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

SOUZA, R. Renilson. **A regionalização no contexto atual das políticas de saúde**. Fonte: Ciênc. Saúde coletiva v. 6 n. 2, São Paulo, 2001. Acesso em: 06/04/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>.

SOUZA, R. Renilson. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. São Paulo, ago. 2002. Acesso em: 06/03/2011. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>>.

STEPHAN, S. Auta. et al. **Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética**. Revista APS, Minas Gerais 2010. Acesso em: 09/05/2011. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/?lang=pt>>.

SPEDO, S.M. et al. **O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil**. Fonte: Cadernos de Saúde Pública, vol. 25, nº 8, Rio de Janeiro, Ag. 2009. Acesso em: 18/03/2011. Disponível em: <<http://lilacs.bvsalud.org/?lang=pt>>.

TEIXEIRA, F. Carmen. **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. Fonte: Caderno de Saúde Pública, vol. 18, Rio de Janeiro 2002. Acesso em: 15/01/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>.

VIANA, D.L. Ana. et al. **Novas perspectivas para a regionalização da saúde**. Fonte: São Paulo em Perspectiva, v. 22, p.: 92-106, jan./jun. 2008. Acesso em: 12/04/2011. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>.