



A CONCILIAÇÃO DOS TERRITÓRIOS DO PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO E DOS CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE: POSSIBILIDADES DE MUDANÇA NA VINCULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS MINEIROS

Marta de Sousa Lima¹
Breno Henrique Avelar de Pinho Simões²
Darlan Venâncio Thomaz Pereira³
Lenira de Araújo Maia⁴

Tipo de trabalho: Projeto Aplicativo - Estágio da pesquisa: Processo de revisão dos dados

RESUMO

Fazer coincidir ou aproximar os espaços definidos pelos desenhos territoriais de um setor é tarefa que exige grande esforço técnico e político. Em Minas Gerais, no caso do setor saúde, em que coexistem os territórios assistenciais definidos pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), os territórios político-administrativos representados pelas Gerências Regionais de Saúde (GRS) e os territórios dos consórcios intermunicipais de saúde (CIS) a tarefa demanda um desafio ainda maior. Assim sendo, a partir de um procedimento metodológico de cruzamento de variáveis amplamente aceito nas análises espaciais e tendo em vista a conciliação dos territórios do PDR, GRS e CIS, o que possibilitará promover uma melhor coordenação dos serviços e maior integração dos administradores à dinâmica assistencial regional, o estudo mediu o grau de esforço do gestor estadual em viabilizar cada possibilidade de mudança na vinculação dos municípios. Segundo estudo 20% dos 'municípios descolados' foram considerados como situações de "fácil" conciliação, ou seja, o grau de esforço do gestor para concretizar a alternativa é baixo; 42% foram considerados de médio esforço para concretização da alternativa e 28% foram considerados de alto esforço para concretização da alternativa. A pesquisa é aplicada, do tipo descritiva intervencionista, com coleta de dados baseada em dados e informações de portais governamentais e observação participante.

Palavras-chave: regiões; consórcio de saúde, gestão.

INTRODUÇÃO

No campo da saúde, os desenhos territoriais demandados pelo Governo do Estado de Minas Gerais, no âmbito das práticas cotidianas de trabalho, do processo de planejamento e gestão das políticas públicas e da prestação de serviços são a divisão territorial político-administrativa da Secretaria de Estado de Saúde (SES),

¹ Filósofa, Chefe de Gabinete (SES/MG), E-mail: martasousalima@oi.com.br, tel. (31) 3916-0582.

² Advogado, Assessor Especial do Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), E-mail: bhapss@yahoo.com.br, tel. (31) 3916-0594.

³ Geógrafo, Assessor Técnico de Cooperação Intermunicipal em Saúde (SES/MG), E-mail: darlanthomaz@yahoo.com.br, tel. (31) 3915-9967.

⁴ Psicóloga, Assessora Técnica de Cooperação Intermunicipal em Saúde (SES/MG), E-mail: lerysmaia@hotmail.com, tel. (31) 3915-9967.



instrumentalizada pelas Gerências Regionais de Saúde (GRS); a regionalização da assistência à saúde, instrumentalizada pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG) e a divisão territorial dos consórcios intermunicipais de saúde (CIS). Esta última, apesar de não constituir-se emblematicamente como uma proposta institucional de regionalização, também tem sido utilizada pelo órgão gestor do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG) como base de investimentos e gerência de programas e projetos.

Os territórios político-administrativos do SUS/MG - as Gerências Regionais de Saúde (GRS) - foram implantados anteriormente à concepção do PDR/MG. É a representação e referência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) em 28 localidades do Estado. As GRS, que coexistem até hoje com a regionalização assistencial de saúde (PDR/MG), têm como principal finalidade garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde nas diversas regiões do estado. Consistem em um desenho territorial que se preocupa mais com os métodos de operacionalização da gestão do setor do que com os próprios critérios que definem suas abrangências. Isoladas as coincidências, os desenhos territoriais das GRS, à exceção da contigüidade geográfica, não repercutem nenhum critério estabelecido pelo PDR/MG.

Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência e elemento organizador e estruturador das redes prioritárias de atenção à saúde no estado, a delimitação das microrregiões e macrorregiões de saúde, escalas territoriais do PDR/MG, assim como a definição dos municípios pólo foram orientados por critérios de fluxo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de oferta de clínicas (atual e potencial). Os critérios foram relacionados aos níveis de densidade tecnológica, conforme tipologia prevista para cada nível territorial.⁵ O atual desenho territorial do PDR/MG apresenta 13 macrorregiões e 76 microrregiões sanitárias. (MINAS GERAIS, 2010).

No modelo de institucionalização projetado pela SES/MG em 2004 entendia-se que, em médio prazo, a gestão das ações de atenção secundária deveria caber aos consórcios públicos, compostos por todos os municípios da microrregião.

⁵ Tipologia é a definição pormenorizada, por nível de atenção/regionalização de uma “referência ideal” para prestação de serviços assistenciais ambulatoriais e hospitalares. Noutros termos, é o reagrupamento lógico e calculado dos procedimentos da tabela SIA/SIH do Ministério da Saúde para descrição da oferta de serviços esperados. (MINAS GERAIS, 2010, p. 59-60)



Será fundamental garantir que os Consórcios Públicos sejam formatados em coerência com as microrregiões sanitárias definidas no PDR estadual e que tenham uma gerência profissional de alta qualificação, de acordo com normativas a serem definidas pelo SUS. (MINAS GERAIS, 2004, p. 64)

A lógica das estruturas territoriais de saúde em Minas Gerais passa também pela superposição dos desenhos do PDR/MG (microrregiões e macrorregiões) e GRS com estruturas de prestação de serviços de saúde, a saber, os consórcios intermunicipais de saúde (CIS), “uma solução pragmática aos problemas de déficits da atenção secundária à saúde”. (MINAS GERAIS, 2004, p. 8) O estado é aquele atualmente com o maior número de consórcios; são 63, que variam de tamanho, nível de gestão, cultura, perfil epidemiológico e condições assistenciais. Tais arranjos se consolidam como importantes parceiros do governo mineiro na oferta de serviços de saúde e na gestão operacional das redes de atenção. Além de mais de 1,5 milhão de procedimentos realizados a cada ano, beneficiando quase 700 municípios e uma população aproximada de 13 milhões de habitantes, os consórcios também gerenciam programas do governo estadual como o ‘Viva Vida’, o ‘Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS)’ e o ‘Programa de Urgência e Emergência’. Longe, portanto, de constituir-se apenas em uma resposta aos problemas da gestão pública local, a abrangência dos CIS perpassa um debate mais amplo, que extrapola a discussão deste território como um espaço político-operativo do sistema de saúde, mas também como um território social, econômico e político.

Paralelo aos esforços de adequação dos territórios das Gerências Regionais de Saúde (GRS) aos territórios do Plano Diretor de Regionalização (PDR), outra questão que começa a ser debatida nas arenas de discussão do SUS/MG refere-se à conciliação dos territórios do PDR com os territórios dos consórcios intermunicipais de saúde (CIS). Para esta empreitada os desafios são ainda maiores que a compatibilização dos territórios do PDR e das GRS, muito em razão dos consórcios constituírem-se figuras jurídicas de iniciativa autônoma de municípios.

Os consórcios, em especial os consórcios intermunicipais, devem continuar a ser utilizados, mas como um instrumento importante de arranjo intermunicipal para a prestação de serviços de saúde. (...) Os consórcios deverão superar alguns graves problemas que [se] apresentam, como as bases territoriais definidas por critérios políticos, em desacordo com os Planos Diretores de Regionalização. (MENDES, 2009, p. 276-277)

A mutação dos limites e fronteiras do PDR/MG e dos consórcios tem-se mostrado uma questão de grande dificuldade na implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde. São alterações que repercutem a dinâmica política,



econômica e assistencial, mas que via de regra causam problemas na execução de planos e programas de saúde. Além das freqüentes alterações na adscrição e vinculação dos municípios às microrregiões, macrorregiões e consórcios, ocorridas bianualmente no caso das macro e microrregiões e conforme conveniência dos próprios municípios no caso dos consórcios, a falta de atrelamento entre os desenhos territoriais do PDR/MG, GRS e CIS reforçam um cenário de irracionalidade nas operações e nas práticas de gestão e planejamento do SUS/MG. A inexistência de coincidência destes territórios tem reduzido bastante a integração da autoridade burocrática do SUS à dinâmica assistencial regional.⁶

Fazer coincidir ou aproximar os espaços definidos pelos desenhos territoriais da saúde é tarefa que exige grande esforço técnico e político. Em Minas Gerais, em que coexistem os territórios assistenciais definidos pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR), os territórios político-administrativos representados pelas Gerências Regionais de Saúde (GRS) e os territórios dos consórcios intermunicipais de saúde (CIS) a tarefa demanda um desafio ainda maior. Nestes termos, este artigo pretende investigar o grau de esforço do gestor estadual em viabilizar ou estimular mudanças na vinculação territorial dos municípios, tendo em vista a conciliação dos territórios do PDR (microrregiões e macrorregiões) e dos CIS.

A investigação do grau de esforço do gestor em concretizar as alternativas possíveis à conciliação dos territórios do PDR e dos CIS, passa pela definição dos consórcios que demandam a compatibilização de territórios e pela identificação das possibilidades de conciliação, seja por mudanças na adscrição ou no consórcio. A pesquisa ainda demandou a seleção e ponderação de componentes de análise capazes de investigar a viabilidade técnica da mudança de microrregião do município não ajustado aos limites do PDR/MG e dos CIS, questão nevrálgica ao objetivo central do estudo.

A vantagem em fazer coincidir os territórios do PDR/MG e dos CIS seria a integração da autoridade burocrática do SUS à dinâmica assistencial regional, o que estimularia a co-responsabilidade entre os sujeitos deste espaço. Tal conciliação ainda possibilitaria o aperfeiçoamento da coordenação dos serviços e das práticas organizacionais estabelecidas no processo de gestão, tendo em vista o

⁶ 'Adscrição' é o termo empregado para denominar a vinculação de um município à microrregião ou macrorregião, divisões territoriais do Plano Diretor de Regionalização.



desenvolvimento do sistema microrregional de saúde em Minas Gerais. A conciliação tem ainda como finalidade ampliar a eficiência e a eficácia das CIBs Microrregionais e Macrorregionais no monitoramento das questões de saúde. A construção da governança regional passa pela consolidação destas instâncias.

A arquitetura da governança regional, fundada nos interesses comuns da região, também seria mais bem sustentada caso os espaços do PDR/MG e dos CIS estivessem bem articulados. Independentemente do modelo que assuma, uma governança regional democrática pressupõe articulação intensa e transparente dos diversos atores e núcleos de poder. Se um dos papéis da governança é justamente reconciliar a fragmentação institucional da abordagem das políticas públicas do estado com a territorialidade regional, a integração de territórios pressupõe processos lógicos formais que objetivam o desenvolvimento das regiões. (ALMG, 2007)

METODOLOGIA

O método de conciliação de territórios requereu, inicialmente, o resgate dos princípios e critérios utilizados na conformação dos territórios do PDR, base territorial determinante no planejamento e gestão do SUS/MG. O procedimento partiu, portanto, da adequação dos limites dos consórcios com os limites do PDR, especialmente os limites da microrregião.

O primeiro passo adotado foi identificar os consórcios que não demandam adequação, ou seja, os consórcios que abrangem apenas uma microrregião. Após isso, entre os consórcios restantes, buscou-se identificar a 'microrregião predominante' de cada um deles. Por 'microrregião predominante' entende-se a microrregião onde localiza-se a maior parte dos municípios consorciados.

O terceiro passo metodológico foi identificar os 'municípios descolados' da 'microrregião predominante'. Por 'municípios descolados' entende-se os municípios que não estão adscritos à 'microrregião predominante'.

A fim de customizar a análise e selecionar mudanças de maior viabilidade, agrupou-se os consórcios com características semelhantes no que diz respeito à quantidade de 'municípios descolados' da 'microrregião predominante'. Definiu-se quatro intervalos: (1) consórcios que possuem um 'município descolado', (2)



consórcios que possuem dois 'municípios descolados', (3) consórcios que possuem três 'municípios descolados' e (4) consórcios que possuem mais de três 'municípios descolados'.

Após a classificação dos consórcios em grupos; (grupo 1) consórcios sem a necessidade de adequação e (grupo 2) consórcios com maior ou menor quantidade de 'municípios descolados', esta pesquisa recorreu a um procedimento metodológico de cruzamento de variáveis amplamente aceito nas análises espaciais: a análise de multicritérios, também conhecida como árvore de decisões. (MOURA, 2007)

Aplicada de forma relativizada, considerando que a seleção e a ponderação das variáveis não foram realizadas pela quantidade recomendada de "knowledge driven evaluation" (conhecedores dos fenômenos e das variáveis da situação avaliada) foram selecionados e ponderados cinco componentes de análise capazes de investigar a viabilidade técnica da mudança de microrregião do 'município descolado'. Os componentes, por sua vez, repercutem critérios técnicos e políticos, pertinentes para subjetivar o grau de esforço do gestor estadual em viabilizar ou estimular mudanças na vinculação territorial dos 'municípios descolados'.

Os componentes e as análises selecionadas para investigar a viabilidade técnica da mudança de microrregião do(s) 'município(s) descolado(s)' foram:

- a) fluxo de internações para procedimentos do nível de atenção microrregional, onde investigou-se se o 'município descolado' possuía referências (significativas) para a 'microrregião predominante' do consórcio.⁷ Para tanto foram utilizados os dados e informações dos sistemas DATASUS;
- b) acesso, onde comparou-se o tempo de deslocamento entre o 'município descolado' e o pólo da 'microrregião predominante' e entre o 'município descolado' e o atual pólo microrregional.⁸ Para tanto foi utilizado as informações disponibilizadas pelo Departamento de Estradas e Rodagem (DER/MG);
- c) contigüidade geográfica, onde investigou-se se a mudança de adscrição do 'município descolado' poderia provocar descontigüidade geográfica na

⁷ À microrregião, em seu pólo, de forma solidária e conforme o porte populacional, cabe a organização/oferta dos elencos MCH1 e MCH2 (Média Complexidade Hospitalar 1 e 2). (MINAS GERAIS, 2010)

⁸ A simples distância linear entre municípios pode representar mal a fricção do espaço, cuja intensidade é diferente dependendo dos meios disponíveis para transpô-lo. A saúde pública prioriza a análise da distância em razão dos custos de deslocamento, em unidades de tempo ou de dinheiro.



microrregião. Para realizar esta investigação utilizou-se o software do Ministério da Saúde TabWin;

- d) compatibilização à Gerência Regional de Saúde (GRS), onde investigou-se se a mudança de adscrição do 'município descolado' implicaria na necessidade de mudança de GRS, considerando a perspectiva de adequação dos territórios do PDR/MG à divisão político-administrativa da SES/MG;
- e) escala populacional, onde investigou-se se mudança de adscrição do 'município descolado' poderia comprometer a escala populacional da microrregião que "perderia" o município, conforme critérios de escala recomendados pelo PDR/MG.

Após mapeadas, as variáveis de análise foram ponderadas conforme grau de pertinência nas alternativas de mudança de adscrição de microrregião e na subjetividade de eventuais desgastes de negociação e custos políticos a elas relacionadas. Os casos onde os valores alcançados situaram entre nove e sete foram considerados pela pesquisa como situações onde o grau de esforço do gestor para concretizar a alternativa é baixo. Os casos onde os valores encontrados estiveram entre seis e quatro foram considerados de médio esforço e três e zero de alto esforço. Para as situações cujos resultados relacionados às propostas de alteração na adscrição microrregional estiveram entre um e seis foram identificados consórcios com abrangência na microrregião do 'município descolado' como alternativa para o acordo dos territórios.

Deve-se destacar que a aplicação do procedimento metodológico de cruzamento de variáveis se destina ao desenvolvimento de estudos caracterizadores da realidade vigente. O respectivo procedimento metodológico permite antever situações e construir propostas de intervenção, gerando respostas mais complexas do que as atualmente existentes. Entretanto, o método aplicado possui um alto nível de subjetividade, merecendo processos de ajuste e calibração dos gestores envolvidos. Neste plano, inclusive, olhando retrospectivamente, talvez as lideranças políticas locais constituam o grande sustentáculo deste processo, especialmente nas negociações para a concretização das alternativas que recomendem a mudança de vinculação de consórcios do 'município descolado'.



RESULTADOS

De um total de 63 consórcios, 24 não têm necessidade de adequação, pelo menos para o atual momento. 20 consórcios abrangem apenas uma microrregião e quatro consórcios apresentam, de forma ampla, municípios vinculados a mais de uma microrregião. Para estes quatro consórcios, há a necessidade de diretrizes mais específicas, considerando que os municípios vinculados, por razões geográficas e culturais, possuem forte dependência assistencial e regional.

Os 39 consórcios restantes (63-24) foram agrupados em intervalos de classe conforme quantidade de 'municípios descolados' da 'microrregião predominante'. Os intervalos de classe resultantes foram assim compostos: 21 consórcios possuem um 'município descolado' (1); sete consórcios possuem dois 'municípios descolados' (2); seis consórcios possuem três 'municípios descolados' (3); e cinco consórcios possuem mais de três 'municípios descolados' (4).

Em 34 consórcios, representados pelos intervalos um, dois e três, é viável propor a alteração da adscrição microrregional ou a alteração na vinculação de consorciamento do município. Nestes casos deve o município mudar de microrregião ou mudar de consórcio.

São 50 'municípios descolados' nos consórcios constantes nos intervalos um, dois e três. Os resultados alcançados recomendam que 10 municípios alterem sua adscrição microrregional, o que, em algumas situações se repercutirá em mudanças na vinculação político-administrativa (GRS) e na adscrição macrorregional. 40 municípios devem mudar para consórcio(s) com área de abrangência na microrregião a qual pertence atualmente, ou seja, não é viável e interessante que eles retirem-se de suas microrregiões.

A pesquisa apontou, portanto, a necessidade de uma maior quantidade de alterações na área de abrangência dos consórcios em relação a alterações na abrangência das microrregiões do PDR/MG (80% dos municípios devem mudar de consórcio e 20% dos municípios devem mudar de microrregião). É a confirmação da premissa que indica a supervalorização de critérios políticos na territorialização dos consórcios e da exatidão, ou perto disso, dos limites territoriais demarcados pelo Plano Diretor de Regionalização.



A alteração da adscrição dos municípios às microrregiões e macrorregiões ou, quando for o caso, na vinculação ao consórcio intermunicipal de saúde, procurou, quando possível, manter a jurisdição administrativa dos mesmos. Fazer coincidir ou aproximar o mais possível os espaços delimitados pelo PDR-MG e pelos consórcios com os territórios político-administrativos da SES/MG (GRS) é também assunto que merece a dispensação de esforços, afinal, é tema de grande interesse para a consolidação do processo de governança regional.

Em relação ao grau de esforço do gestor estadual em viabilizar ou estimular mudanças na vinculação territorial dos municípios, considerando o indicativo que quanto maior a pontuação alcançada, maior a viabilidade e menor o grau de esforço do gestor para concretizar a alternativa, os resultados foram os seguintes:

- a) 20% dos 'municípios descolados', apresentaram valores entre nove e sete, considerados pela pesquisa como situações de "fácil" conciliação, ou seja, o grau de esforço do gestor para concretizar a alternativa é baixo;
- b) 42% dos 'municípios descolados', apresentaram valores entre seis e quatro, considerados de médio esforço para concretização da alternativa;
- c) 28% dos 'municípios descolados', apresentaram valores entre três e zero, considerados de alto esforço para concretização da alternativa.

Os consórcios constantes no intervalo quatro (mais de três 'municípios descolados') por conterem vários 'municípios descolados' de suas 'microrregiões predominantes', devem ter suas áreas de abrangência mais bem estudadas. A redefinição destes territórios implica rediscutir a realidade local e as condições que determinam as disputas em relação à delimitação do território. Nestas situações, a exemplo dos consórcios que apresentam, de forma ampla, municípios vinculados a mais de uma microrregião, também há a necessidade de diretrizes mais específicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coerência dos territórios do SUS/MG deve apresentar-se como o primeiro passo para imprimir direção à ação futura, sem se distanciar, porém, da história e das diversidades regionais de Minas Gerais, tão explícitas e intensas. Trata-se, entretanto, de tarefa que exigirá enorme negociação entre os atores deste processo,



além de articulação política e estratégica entre os mesmos, o que, aliás, é uma virtude essencial nesta arena, embora nem sempre utilizada a favor da população.

Cabe considerar que as articulações políticas a serem realizadas no âmbito das discussões voltadas para a redefinição dos limites e fronteiras dos territórios de saúde requerem, sobretudo, boas estratégias. Agir estrategicamente não é, porém, tão simples como pode parecer, pois exige no caso das políticas públicas de saúde, por exemplo, o abandono de alguns conteúdos de racionalidade técnica em proveito da justiça social imanente na proposta do SUS. Atuar estrategicamente significa reconhecer que qualquer proposta, por mais racional que pareça, sofrerá o antagonismo de grupos que terão seus interesses contrariados e que, por isto, é necessário que se consiga que estes grupos tornem-se aliados, pois, a consolidação do processo de regionalização da assistência, bem como do próprio Sistema, demanda habilidade neste sentido.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DE MINAS GERAIS (ALMG). Gerência-Geral de Taquigrafia e Publicação. ABRUCIO, Fernando Luiz. **Notas Taquigráficas da 29ª Reunião Especial da 1ª Sessão Legislativa Ordinária da 16ª Legislatura** (sem revisão do orador). 20 AGO. 2007, 14h, 79p.

BRASIL. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 07 abr. 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **A Regionalização da Atenção à Saúde no SUS: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), 2009, 848 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. PESTANA, Marcus Vinícius Caetano; MENDES, Eugênio Vilaça (org.). Publicação Oficial da SES/MG. Belo Horizonte, 2004.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. **O PDR: Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte, abr. 2010. 223 p. Disponível em http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/PDR.pdf. Acesso em 20 mar. 2011, às 10h.