

Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)

Ivêta Malachias
Fernando Antônio Gomes Leles
Maria Auxiliadora Silva Pinto

Colaboradores

Luiz Cláudio Fraga de Andrade
Felipe Bittencourt de Alencar
Alcione Elaine da Silva
Helena Dutra de Almeida
Milton de Siqueira

Belo Horizonte, março/2011

Governador de Estado

Antônio Augusto Junho Anastasia

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto

Wagner Eduardo Ferreira

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde

Helidéa de Oliveira Lima

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

Jorge Luiz Vieira

Subsecretária de Vigilância em Saúde

Gisele Onete Marani Bahia

Assessor-Chefe de Gestão Regional

Fernando Antônio Gomes Leles

Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde/AGR

Ivêta Malachias

Núcleo de Coordenação das Gerências Regionais de Saúde/AGR

Vitória Lúcia Figueiredo

Núcleo de Informação e Governança Regional/AGR

Rita Ana Lima

Núcleo de Secretaria-Executiva da CIB-SUS/MG/AGR

Anaíde Oliveira da Silva

© **2010 Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.

O conteúdo desta publicação poderá ser revisto e aperfeiçoado pela equipe técnica responsável.

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Assessoria de Gestão Regional

Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde

Rua Sapucaí, nº 429, B. Floresta, 1º Andar.

Belo Horizonte – Minas Gerais

CEP: 30150-050

Tel: (31) 3247-3915 / 3907

URL: <http://www.saude.mg.gov.br>

E-mail: agr.regionalizacao@saude.mg.gov.br

Equipe Responsável:

Coordenação técnica, organização e redação do PDR/MG:

Ivêta Malachias

Fernando Antônio Gomes Leles

Maria Auxiliadora Silva Pinto

Colaboradores do Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde - NARS/AGR

Luiz Cláudio Fraga de Andrade

Felipe Bittencourt de Alencar

Alcione Elaine da Silva

Helena Dutra de Almeida

Milton de Siqueira

Ficha Cartográfica

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Gestão Regional.

Citação Bibliográfica

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

SUMÁRIO

Siglas e Abreviaturas	7
Apresentação.....	13

PARTE I

Prefácio	19
Introdução	27
Capítulo I – O Estado – Território e População das Minas Gerais	31
Capítulo II – Histórico	37
Capítulo III – Objetivos, Princípios, Diretrizes e Estratégias	43
Capítulo IV – Critérios Operacionais	54
Capítulo V – O Modelo Assistencial e o Modelo de Regionalização – níveis de atenção à saúde/níveis de regionalização.....	58
Capítulo VI – Metodologia	71
Capítulo VII – O Desenho Espacial de 1999 a 2002 e o Desenho Espacial Vigente a Partir de 2003	78
Capítulo VIII – Outros Conceitos	86
Considerações Finais	88
Anexos: Tabelas, Quadros, Gráficos e Mapas	92
Referências	110

PARTE II

Adscrição de municípios e população por região	114
Mapas do Estado, Macros e Microrregiões	174

SIGLAS E ABREVIATURAS

AC	Alta Complexidade
AGE	Assessoria de Gestão Estratégica
AGR	Assessoria de Gestão Regional
CES	Conselho Estadual de Saúde
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
CP	Centro de Planejamento
DADS	Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPM1	Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 1
EPM2	Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 2
EPM3	Elenco de Procedimentos de Média Complexidade 3
GRIS	Gerência de Regionalização e Informações em Saúde
GRS	Gerência Regional de Saúde
HPP	Hospital de Pequeno Porte
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MC	Média Complexidade
MCH1	Média Complexidade Hospitalar 1
MCH2	Média Complexidade Hospitalar 2

MCHB	Média Complexidade Hospitalar Básica
MCHE	Média Complexidade Hospitalar Especial
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NARS	Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PABA	Piso da Atenção Básica Ampliada
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDR/MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PMDI	Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PROHOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hosp. do SUS/MG
PSF	Programa Saúde da Família
RH	Recursos Humanos
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SES/MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAH	Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS/MG	Sistema Único de Saúde de Minas Gerais
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UF	Unidade Federativa
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

DESTAQUES PELA PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL

- Agradecemos efusivamente ao CES, ao COSEMS/MG e à Comissão SES/COSEMS do Pacto pela Saúde pela participação e compromisso na construção deste importante instrumento de Gestão do SUS/MG.

DESTAQUES PELA PARTICIPAÇÃO E ORIENTAÇÕES

- Dr. Eugênio Vilaça Mendes – consultor estratégico da OPAS e da SES/MG, pelo suporte teórico, sustentação e articulação do PDR com o processo de planejamento e gestão das Redes de Atenção à Saúde em MG.
- Maria Elmira Alfradique, epidemióloga, pela consultoria no processo inicial de elaboração do PDR, ainda entre 1999 e 2000, quando orientou as pesquisas de fluxos e o primeiro esboço da tipologia de serviços hospitalares e ambulatoriais por níveis de atenção.

DESTAQUE NA PARTICIPAÇÃO INSTITUCIONAL E PROFISSIONAL

- Dra. Helidéa de Oliveira Lima, Subsecretária de Ações e Políticas de Saúde pelos incentivos, orientações e zelo pela qualificação da rede.
- Sra. Myriam Araújo Tibúrcio, por sua participação como presidente do COSEMS/MG na fase inicial de elaboração desta versão do PDR, de 1999 a 2002, e ainda nos processos de revisão e ajuste a partir de 2003, na condição de superintendente de Regulação desta SES/MG.
- Sr. Geraldo Heleno Lopes, vice-presidente do CES/MG, em sua atuação sempre atenta e vigilante.

- Sr. Mauro Guimarães Junqueira, presidente do COSEMS/MG, especialmente nas discussões e utilização da tipologia, mas também nos processos de ajuste do PDR-SUS/MG.
- Dr. Luiz Felipe Almeida Caram Guimarães, nos processos de revisão e ajuste, como presidente do COSEMS/MG e como subsecretário de Vigilância à Saúde da SES/MG.
- Dr. Nicodemus de Arimathea e Silva Júnior, especialmente como membro representante do CES/MG e em sua participação nas discussões iniciais do modelo/tipologia, ainda entre 1999 e 2003.
- Dra. Veneza Berenice de Oliveira, mestre em Demografia, doutora em Saúde Pública, professora da Escola de Medicina da UFMG, nas discussões conceituais e acadêmicas do PDR.
- Dr. José Veloso Souto Junior, como secretário Municipal de Saúde e presidente do COSEMS/MG, especialmente nas discussões e divulgação da tipologia assistencial constante do PDR.
- Genesi Batista de Castro, que, com seu conhecimento, permitiu a adequação do software Tabwin às necessidades de pesquisa mais detalhadas e categorizadas para estudo dos fluxos e elaboração da tipologia de serviços do SUS/MG.
- Felipe Bittencourt de Alencar, por auxiliar na incorporação de tecnologias da imagem na produção dos mapas e cartografia, quando a equipe ainda não contava com ferramentas próprias para essa produção.

E AINDA DESTAQUES E RECONHECIMENTO PELA SUSTENTAÇÃO DADA AO PDR-SUS/MG NOS TRABALHOS DE IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DAS CIBS MICRO E MACRO, NOS PROCESSOS DE ARTICULAÇÃO DA COMISSÃO SES/COSEMS/MG DO PACTO PELA SAÚDE E NA DIVULGAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DESTES INSTRUMENTOS:

- À Dra. Márcia Faria Moraes e Silva, epidemióloga, Assessora-chefe da AGE, entre 2003 e 2007.

- Ao Sr. Fernando Antônio Gomes Leles, Administrador Público, Assessor-chefe da Assessoria de Gestão Regional, por seus atuais esforços na consolidação e divulgação.
- À Anaíde Oliveira da Silva, secretária-executiva da CIB-SUS/MG.
- Ao Ivan Chebli, que, desde 1999, tem contribuído com o PDR-SUS/MG como representante do COSEMS/MG e da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora.

AGRADECEMOS AINDA, À EQUIPE E COLABORADORES DIRETOS DO PERÍODO 1999 A 2002:

Maria Elmira Alfradique
Maria Auxiliadora Silva Pinto
Ana Simoa de Almeida
Flávio José Fonseca de Oliveira
Kátia Fagundes Moura e Silva
Marcone Pereira da Costa

E À EQUIPE E COLABORADORES DIRETOS DO PERÍODO 2003 A 2010:

Alcione Elaine da Silva
Darlan Tomaz Venâncio
Felipe Bittencourt de Alencar
Genesi Batista de Castro
Helena Dutra de Almeida
Kátia Fagundes Moura e Silva
Luiz Cláudio Fraga de Andrade
Maria Auxiliadora Silva Pinto
Milton de Siqueira

Aos consultores, participantes, colaboradores,
equipe técnica e colegas da SES/MG,

Os agradecimentos de Ivêta Malachias,
coordenadora técnica: 1999 a 2010

APRESENTAÇÃO

Eugênio Vilaça Mendes

As ações do Governo de Minas Gerais têm sido orientadas pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI). A visão do PMDI é “Tornar Minas Gerais o melhor estado para se viver” o que implica um conjunto de estratégias e de áreas de resultados. As ações de saúde estão concentradas na área de resultados Vida Saudável.

O mapa estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, construído em consonância com o PMDI, apresenta a visão de “Ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o estado onde se vive mais e melhor”. A visão do mapa estratégico na perspectiva da sociedade apresenta duas dimensões: viver mais e viver melhor. Para definir as implicações estratégicas dessas duas dimensões procurou-se questionar, a partir da análise da situação de saúde do estado, de que morrem e adoecem os mineiros.

A análise da situação de saúde dos mineiros evidenciou uma transição demográfica acelerada e uma transição epidemiológica singular em que convivem, coetaneamente, as doenças infecciosas e parasitárias e as condições ligadas à reprodução humana, as causas externas e as doenças infecciosas, com forte predomínio relativo das doenças crônicas que são responsáveis por 66% da carga de doenças no estado.

As evidências internacionais indicam que situações de tripla carga de doenças convocam, para seu enfrentamento consequente, uma resposta social por meio da estruturação de redes de atenção à saúde com base numa atenção primária à saúde fortalecida. Assim, para que os mineiros vivam mais e melhor definiram-se quatro redes prioritárias. A situação-problema da elevada mortalidade por doenças do aparelho circulatório e diabetes: a Rede Hiperdia de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes e a Rede de Urgência e Emergência; a situação-problema da mortalidade infantil em queda, mas com 70%

de causas evitáveis e fortes desigualdades regionais: a Rede Viva Vida de atenção integral às mulheres e às crianças; a situação-problema de elevada mortalidade por causas externas: a Rede de Urgência e Emergência; e a situação-problema da elevada incapacidade funcional das pessoas idosas: a Rede Mais Vida de atenção às pessoas idosas.

A opção pela construção social de redes de atenção à saúde exige a articulação dos diferentes pontos de atenção à saúde em territórios sanitários para que os serviços de saúde sejam prestados com eficiência, efetividade e com qualidade. O que só pode ser feito com um Plano Diretor de Regionalização (PDR) construído na lógica da população e de seus fluxos em busca de atenção à saúde e nos princípios basilares das redes de atenção à saúde. O PDR mineiro, especialmente na sua segunda versão, procurou incorporar esses fundamentos.

O espaço territorial mineiro dos 853 municípios foi recortado em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde. Dessa forma, a proposta de regionalização da saúde encontra-se com os princípios de economia de escala, qualidade e acesso. É sabido que os equipamentos de saúde de densidades tecnológicas médias e altas são suscetíveis ao princípio da escala para que operem com eficiência. Além disso, há evidências robustas de relações entre escala e qualidade. Por exemplo, hospitais que fazem grande número de procedimentos cirúrgicos apresentam menores taxas de mortalidade em relação aos que fazem pequeno número de cirurgias. Por outro lado, quando se manifesta um conflito entre escala e acesso, há de predominar, sempre, o princípio do acesso. Essas relações dialéticas entre escala/qualidade e acesso foram contempladas no desenho do PDR mineiro.

O PDR cria a base territorial para uma distribuição ótima dos equipamentos de saúde. A atenção primária à saúde deve estar presente em todos os municípios e próxima às residências das famílias. Diferentemente, as unidades de saúde de maior densidade tecnológica, bem como sistemas de apoio, devem ser relativamente concentradas: as unidades secundárias (média complexidade) nas microrregiões e as unidades terciárias (alta complexidade) nas macrorregiões. Esse

desenho é que permite constituir redes de atenção à saúde, eficientes e de qualidade.

Além disso, os territórios sanitários constituem uma plataforma espacial de gestão cooperativa do SUS, permitindo a instituição das Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais e Microrregionais que irão exercitar, nesses espaços regionais, a governança das redes de atenção à saúde.

Um PDR bem desenhado permite subordinar os territórios político-administrativos das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) aos territórios sanitários. Ou seja, os espaços das GRSs são construídos por subconjuntos de microrregiões de saúde porque o que importa não é a dimensão territorial da burocracia estatal, mas os fluxos e contrafluxos da população na demanda de serviços prontos, eficientes e de qualidade. Na mesma lógica, territórios de entes complementares de prestação de serviços no SUS, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde, devem ajustar-se às microrregiões de saúde.

O PDR mineiro está sendo construído para constituírem-se em territórios sanitários de organização das redes de atenção à saúde, numa perspectiva de atendimento às necessidades de saúde da população do estado. É um processo rico e singular no País que merece ser registrado e debatido aqui e alhures. Esse é o mérito deste livro escrito com boa fundamentação e com alma pelos seus autores.

PARTE I

PREFÁCIO

“Um primeiro instrumento gerencial, fundamental para a governança das redes de atenção à saúde, é o processo de territorialização que se expressa em Planos Diretores de Regionalização (PDRs)” (MENDES, 2009).

PDR – Plano Diretor de Regionalização – instrumento de planejamento e gestão que na área da saúde objetiva direcionar a descentralização com vistas à promoção de maior e mais adequada acessibilidade dos usuários considerados os princípios da integralidade, equidade e economia de escala.

Em Minas Gerais, a partir de 2003, o PDR é um dos componentes do projeto estruturador “Regionalização da Atenção à Saúde”, que integra o plano de governo.

O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é constituir um dos pilares para estruturação e descentralização dos sistemas de cogestão e organização dos serviços de saúde em redes, tendo em vista possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas. O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial.

Enquanto ferramenta, o PDR foi institucionalizado pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS 01/02) e tem sido utilizado para orientar a organização das redes de atenção à saúde, fornecer as bases para os cálculos dos recursos e monitoramento dos indicadores de saúde, da equidade e da integralidade. Em Minas Gerais o PDR foi elaborado e tem ainda subsidiado o alcance da economia de escala, buscando a organização dos serviços em redes, mesmo no caso da assistência hospitalar cujo atendimento ainda é, predominantemente, voltado para a demanda ainda não ordenada. O aproveitamento, expansão e melhoramento da capacidade instalada destes recursos foi, em Minas Gerais, direcionado pelo PROHOSP tendo em vista atender

às funções propostas na carteira de serviços, segundo os níveis de atenção à saúde e territórios. Sendo assim, foi inicialmente assumido como um projeto estruturador que, após implementado, passou a integrar, enquanto instrumento de planejamento e gestão, o projeto estruturador de governo – a Regionalização da Atenção à Saúde. Este novo projeto, mais amplo, integra além do PDR, a organização das redes via programas prioritários e a implementação dos sistemas de cogestão – as CIBs Micro e Macrorregionais.

A estruturação de qualquer plano diretor – e em especial do PDR-SUS – pressupõe a adoção de critérios técnicos que, sem perda dos princípios básicos, também sejam compatíveis com os objetivos governamentais, com a estratégia macroinstitucional e com os resultados esperados. O PDR/MG levou em conta os princípios organizativos do SUS (Lei nº. 8.080) para estabelecer os eixos ou linhas de trabalho que, além da definição territorial e para esta finalidade, preconizam a necessidade da hierarquização dos serviços.

A definição prévia de um modelo assistencial direciona os níveis de agregação de territórios municipais em regiões conforme sejam os níveis de atenção à saúde que, por sua vez, consideram as viabilidades de agregação de tecnologias e da alocação destas com economia de escala e escopo – o serviço certo, na escala e organização certas, no território certo, o que pressupõe articulação entre os elencos por nível de atenção/regionalização, conforme as necessidades da população e a eficácia e eficiência no uso dos recursos.

A elaboração de um plano diretor de saúde pressupõe a adoção de princípios e critérios técnicos mas também estratégias de comunicação e negociação entre gestores e demais atores do SUS. Os critérios técnicos adotados, no caso do PDR/MG, estão embasados na literatura técnica internacional e em estudos e pesquisas de avaliação da distribuição (atual e potencial) espacial dos serviços e na análise das condições de saúde da população do estado. Considerou ainda as normas técnicas ministeriais e os objetivos e planos do governo estadual.

A partir destes estudos, estabeleceu-se uma nova racionalidade para regionalização do território da unidade federada, estadual uma

lógica voltada para o ordenamento de fluxos e redes de serviços conforme densidades tecnológicas, o que diferencia o PDR dos territórios político-administrativos predefinidos pela SES/MG em anos anteriores. Assim, o PDR/MG estabeleceu bases para direcionar uma organização mais eficiente e eficaz das redes de atenção ao construir uma “tipologia” de serviços com observância das economias de escala e escopo. Esta tipologia orienta a definição dos territórios para a descentralização, promoção da equidade e organização de redes, uma vez que a economia de escala direciona também qualidade e efetividade das ações de saúde e dos sistemas gerenciais.

Os trabalhos de concepção, elaboração e implementação do PDR/MG, de 1999 a 2010, deram-se sob uma única coordenação técnica, o que é relevante para a avaliação dos processos de trabalho, na medida em que estes mantêm continuidade. Ao longo desse período, a estrutura organizacional da SES/MG foi alterada, mas mantidos alguns membros da equipe, além da coordenação. Entre 1999 e 2002, a coordenação do PDR estava vinculada ao Centro de Planejamento (CP) da Assessoria de Gestão Estratégica (AGE) da SES/MG. Com a criação da Assessoria de Gestão Regional (AGR) em 2007, desmembrada da AGE, instituiu-se a Gerência de Regionalização e Informações em Saúde (GRIS), que incorporou o CP, que, após a reorientação estratégica empreendida em meados de 2009, passou a ser denominada Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde (NARS).

Para troca de experiências, avaliação comparativa, análise da evolução das instituições, dos instrumentos de planejamento e de políticas públicas, é de interesse da SES/MG que a metodologia e a implementação do PDR sejam registradas e divulgadas. A esse interesse, agregam-se os de outros estados e municípios, escolas de saúde pública e universidades, que têm procurado conhecer a experiência de Minas Gerais, atualmente considerada exitosa.

Esse trabalho pretende divulgar a experiência do PDR/MG o que será feito em duas partes: a primeira apresenta os aspectos históricos, conceituais e metodológicos; a segunda, os resultados espaciais apurados e ilustrados em mapas.

É importante situar, logo de início, que as Gerências Regionais de Saúde (GRSs), anteriormente denominadas “Diretorias de Ações Descentralizadas de Saúde” (DADS), implantadas anteriormente à concepção do PDR, são uma divisão política-administrativa e não coincidem com a divisão assistencial resultante da elaboração do PDR. Aliás, as GRSs devem ser entendidas como extensão de gestão regionalizada, devendo ter sua organização com vistas às atividades fim da saúde, hoje com características mais ampliadas, em face da evolução institucional da SES/MG e do SUS.

A SES/MG tem procurado diminuir a distância entre a gestão político-administrativa e a gestão das redes de atenção à saúde, causada pela divisão territorial das GRSs e do PDR. Diante das dificuldades encontradas, porém, esse objetivo ainda não foi totalmente alcançado. Conforme acordado entre os atores envolvidos, a diretriz é que os ajustes não afetem a lógica e o propósito estruturador do PDR, devendo, no médio prazo, os territórios das GRSs se adequarem aos territórios assistenciais do PDR. Outra questão semelhante a essa, refere-se à compatibilização dos territórios dos Consórcios Intermunicipais de Saúde, voltados para o reforço local de equipamentos de saúde e para o fortalecimento e a dinamização da gerência dos sistemas logísticos regionais, especialmente o transporte em saúde. Para tal, há importantes questões a serem superadas, entre as quais a descontinuidade geográfica dos municípios de grande parte dos consórcios. Contudo, os significativos avanços alcançados na prestação de serviços de transporte em saúde através dos consórcios apontam e reforçam a necessidade desta compatibilização e estabelecimento de parcerias.

Tem crescido a conscientização dos aspectos técnicos e políticos da regionalização por parte dos atores envolvidos, o que inclui o fato de o PDR não se referir apenas a uma distribuição espacial/geográfica, e a interesses parciais, de cunho loco-regional. A concepção atual é que a regionalização deve direcionar e refletir processos que levem em conta o âmbito estadual e metas de serviços a ser ofertados com equidade, o que é de grande importância para o fortalecimento do SUS e de seus instrumentos de planejamento e gestão.

Cabe um alerta para os futuros ajustes territoriais e as avaliações: o fortalecimento do âmbito estadual como um todo, com enfoque de um modelo de organização solidária e complementar passível de financiamento por parte do ente federado. Tal concepção e consciência são difíceis de ser alcançadas, mas são agregadoras e não diluidoras. Portanto, não devem ser perdidas, uma vez que fortalecem o SUS como política de Estado. Espera-se que a sustentação dada ao PDR/MG pela atual política de governo não seja perdida, especialmente no que diz respeito aos seus princípios, que não haja quebra de continuidade, uma vez comprovada sua contribuição como instrumento das políticas públicas de saúde. O entendimento das partes e de sua relação com o todo é fundamental para discussão dos aspectos técnicos, administrativos e políticos das questões de saúde pautadas.

Essas ideias e ideais estão postos e não se espera perdê-los, mas aprofundá-los de forma refletida. Cabe registrar que as relevantes diretrizes de regionalização/descentralização aqui abordadas para a unidade federada, à ela não se restringem. Aliás, podem ser aplicadas a um município que terá sua regionalização própria, principalmente no caso de municípios de grande porte.

O propósito desta publicação é o registro da experiência de um grupo técnico em instituição do governo, no tempo institucional disponível e predeterminado, o que em si aponta limitações. Não é uma publicação acadêmica, mas técnica. Contudo, como se poderá depreender ao longo das exposições, as questões e o embasamento teórico não foram desconsiderados e poderão e deverão, assim, ser retomados oportunamente.

Ao longo dos últimos cinco anos, as produções científicas e acadêmicas relativas à regionalização da saúde têm se multiplicado, o que confirma a relevância do tema, menos comum na década de noventa e no momento inicial de elaboração do PDR/MG, por volta do ano 2000.

Esse fato remete para outro aspecto: a maioria das instituições e, no caso, a SES/MG, não estava equipada em termos tecnológicos e em número de recursos humanos para as tarefas propostas. Mesmo sem as ferramentas de geoprocessamento, foram utilizadas, em detalhes e especi-

ficidades, análises georeferenciadas e multivariadas para estabelecimento de padrões espaciais de distribuição e concentração de serviços. Destes trabalhos resultaram o modelo de atenção, a tipologia e, na sequência, o desenho espacial do PDR/MG. A partir da identificação inicial dos fluxos, estes foram reavaliados, em âmbitos estadual e regionais, conforme a especificidade do modelo. A não disponibilidade de ferramentas para cartografia exigiu a utilização de outros recursos tecnológicos de imagem, o que mais uma vez confirma o esforço e a dedicação da equipe de trabalho.

Assim, da **PARTE I**, constam, além deste “Prefácio”, a “**Introdução**”, que pretende transmitir de forma mais sintética a lógica utilizada e a linha condutora existente entre os propósitos do PDR/MG e os seus conceitos e resultados; oito capítulos sumariados a seguir; e, finalmente, algumas observações para ajustes futuros, nas “**Considerações Finais**”.

O capítulo I - “**O Estado – Território e População das Minas Gerais**” – situa a unidade federada e as macrorregiões de saúde e aponta alguns aspectos das condições de saúde da população e sua distribuição no território mineiro. Tais aspectos certamente influenciaram, e alguns ainda mais, o desenho espacial da regiões de saúde do Estado, além de condicionar a concepção do modelo de atenção e a definição dos níveis de regionalização, pressupostos do desenho final. Contudo, cabe destacar, a incorporação desses aspectos do diagnóstico em saúde não se caracteriza como **etapa** e, sim, como um **momento** de avaliação que será retomado, para cada região e para o Estado como um todo, nos processos de planejamento que se reiniciam após a definição espacial. O PDR/MG integra um dos projetos estruturadores do governo do Estado que, no período de 2003/2010, faz da regionalização uma diretriz e o estabelece como instrumento de planejamento. Para a SES/MG a regionalização, conceito mais amplo, incorpora também novos enfoques do processo saúde – doença e determina alterações na gestão e organização dos serviços para atendimento de eventos agudos e crônicos.

O capítulo II - “**Histórico**” – registra e aponta os documentos e os aspectos legais constitutivos, os momentos, as estratégias utilizadas e facilitadoras, as circunstâncias dos avanços e as dificuldades encontradas no processo de elaboração e implementação.

O capítulo III – **“Objetivos, Princípios, Diretrizes e Estratégias”** – além de apontar esses elementos traçadores, destaca os conceitos imprescindíveis que possibilitam as bases para a elaboração do PDR, bem como orientam os critérios operacionais, posteriormente detalhados, e as estratégias adotadas. As estratégias apontam as dificuldades e facilidades, os cuidados e as articulações que todo plano requer e que foram efetuados.

O capítulo IV – **“Critérios Operacionais”** – descreve quais critérios foram utilizados e como foram incorporados, considerando-se as diretrizes e os princípios estabelecidos e a experiência técnica internacional.

O capítulo V – **“O Modelo Assistencial e o Modelo de Regionalização – Níveis de Atenção à Saúde e Níveis de Regionalização”** – procura demonstrar o porquê e em quantos níveis se estruturou a proposta do PDR em Minas Gerais. Indica ainda os conceitos que mais diretamente embasam o modelo adotado e que resultaram no desenho dos espaços territoriais apresentados. Para tais abordagens, foi necessário novo resgate histórico, agora no enfoque específico das questões dos modelos adotados, uma vez que o PDR/MG, pensado entre 1999 e 2001, teve sua estrutura por níveis alterada em 2003, objetivando maior simplicidade e tendo em vista sua adequação aos planos do novo governo. Aliás, cabe aqui salientar, foi em decorrência de se tornar um projeto de governo que o PDR/MG conquistou legitimidade e efetividade a partir de 2003, sendo mais divulgado e reconhecido.

O capítulo VI – **“Metodologia”** – descreve os processos e cita algumas das técnicas utilizadas para definição dos modelos dos níveis de atenção e regionalização que incorporam o PDR-SUS/MG, como foram realizados estudos e conduzidas discussões com os atores envolvidos. Este capítulo aponta as grandes etapas e os passos desenvolvidos e como estes foram, em linhas gerais, trabalhados, uma vez considerada a realidade do Estado e as possibilidades da equipe. Contudo, não é proposta desta publicação esgotar as abordagens metodológicas, as utilizadas na elaboração do modelo e da tipologia e as utilizadas na definição final do desenho espacial, o que poderá ser melhor trabalhado oportunamente.

O capítulo VII – **“O Desenho Espacial de 1999 a 2002 e o Desenho Espacial vigente a partir de 2003”** – comenta, em linhas gerais,

os desenhos territoriais resultantes dos modelos apontados no capítulo V. Um grande ajuste foi realizado no PDR em 2003, mas ajustes menores foram realizados e outros são esperados. Todavia, as pequenas mudanças ocorridas não serão aqui detalhadas. Procurou-se apenas apontar temas e situações que requerem ajustes mais frequentes e que foram efetuados sem alteração do modelo, da lógica e da estrutura básica aprovada para o PDR.

O capítulo VIII – “**Outros Conceitos**” – tornou-se necessário pelo grande número de conceitos utilizados no processo de elaboração do PDR, uma vez que são fundamentais ao entendimento desse plano e não foram abordados nos capítulos anteriores. Na realidade, o capítulo assume a forma de pequeno glossário.

Nas “**Considerações Finais**”, além de se pontuar algumas reflexões da equipe e da coordenação, foram apontadas questões a ser avaliadas oportunamente. Cabe retomar o PDR como um instrumento não estático, mas também não tão dinâmico que impeça alicerces para construção de entendimentos e negociações voltadas para Políticas de Estado e para análise dos avanços e das dificuldades regionais, inclusive da equidade.

A **PARTE II** informa o desenho espacial atual do PDR/MG: mapas demonstrativos das Micros e Macrorregiões do Estado; a relação dos municípios adscritos aos municípios polo micro e macrorregionais. Faz parte também da descrição nominal dos municípios por micro e macrorregião a informação da população 2009. Cabe esclarecer que a relação dos municípios e população, assim como os conceitos fundamentais do PDR/MG, é anualmente atualizada e disponibilizada no site da SES/MG, link PDR/MG.

INTRODUÇÃO

A regionalização, tema que aqui se pretende abordar como conteúdo do Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, e para esse fim específico, deve promover e reforçar a integração entre os sistemas municipais. Devem também reforçar e promover a integração entre os diversos níveis de atenção à saúde, especialmente no que diz respeito às questões de densidade tecnológica quando estas requerem agregação de escala para maior economicidade e organização da referência da clientela. A concepção é de que cabe ao gestor estadual o papel de coordenador, regulador e mediador da concepção e avaliação das inter-relações entre municípios e regiões, assim como da integração entre atores envolvidos na proposta de organização do SUS no Estado.

Em Minas Gerais, a construção do Plano Diretor de Regionalização definiu espaços regionais apenas dentro dos limites territoriais do Estado, embora seja de conhecimento geral a existência de fluxos assistenciais entre as Unidades Federadas. Não é objeto desta publicação a questão da regionalização intramunicipal, nem da regionalização ou pactuação entre unidades federadas.

A definição de limites territoriais é importante para as questões de planejamento e investimento dentro e fora dos espaços intermunicipais contíguos – micro, macro ou interestaduais. No que se refere a serviços que requerem escala, há aqueles que terão sua referência estabelecida e formalizada em redes, com identificação e controle das unidades, e há outros cujos fluxos só poderão ser confirmados após efetuados, dentro ou fora dos limites regionais. Há também os que poderão, excepcional e conjunturalmente, ser implementados fora dos rígidos limites regionais, a partir da Programação Pactuada Integrada (PPI), até que se superem os vazios assistenciais de determinada região.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG), aprovado em 2002 pelo CES/MG, pela CIB-SUS/MG e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), foi elaborado com base em um modelo orientado para a organização dos serviços em níveis crescentes de densidade tecnológica, conforme os níveis de atenção à saúde então definidos. O modelo definidor dos níveis assistenciais/regionalização foi aprovado pela CIB-SUS/MG em 2000. A concepção da época, e atual, é que a cada nível de atenção deve corresponder um nível de regionalização – um território sanitário, com um polo cujas unidades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, de-

vem responder por funções específicas na organização dos serviços em rede e conforme necessidades programáticas e de economia de escala.

Os gestores de cada território, portanto, de forma articulada e solidária, têm, além de sua responsabilidade pelo território municipal, uma responsabilidade comum pelos demais níveis de atenção e regionalização – micro e macrorregiões. Isto faz pressupor a institucionalização da cogestão micro e macrorregional. A partir das necessárias adequações a cada realidade, os gestores devem promover a organização do fluxo da demanda, a oferta dos serviços pré-definidos como de responsabilidade do território – os vazios assistenciais, facilitar o acesso dos usuários aos demais níveis, exercer governança das redes, da pactuação programada dos sistemas logísticos.

A oferta de serviços assistenciais de cada nível pode e deve ser adequada às realidades específicas sem que isto gere perda da comparabilidade e das metas comuns. Em termos gerais, como já salientado, a oferta ideal esperada está descrita por procedimentos ambulatoriais e hospitalares em uma tipologia que detalha o modelo de atenção. Este assunto é novamente abordado para esclarecer que a tipologia reagrupa os procedimentos da Tabela SIAH do MS, reordena-os por clínica de especialidade médica conforme o nível de atenção e regionalização. O desenho espacial do PDR/MG 2000/2002 e o do PDR vigente são resultantes de modelos de lógica semelhante mas com especificidades e níveis diferentes. A tipologia que fundamentou o PDR/MG 2002 constou da sua publicação. A tipologia que orientou o PDR vigente, por sua extensão, será excluída desta publicação, mas consta de outro documento que é normalmente disponibilizado pela SES/MG através de seu site.

A distribuição e delimitação dos espaços regionais do PDR/MG, portanto, está embasada em um modelo de atenção que é detalhado em uma tipologia de serviços, organizada conforme diferentes níveis de densidade tecnológica e agregação dos serviços que requerem economia de escala.

A tipologia é uma referência geral para as diversas redes – para as prioritárias, formais, reguladas e com agendamento intra-institucional, e para as demais, os serviços ainda não protocolizados ou de demanda espontânea. A longo prazo, cada macrorregião deve, ou deveria, ofertar serviços de todos os níveis de atenção, por redes prioritárias e para organização da demanda geral, aquela ainda não organizada por redes prioritárias e/ou temáticas. Quanto as redes de atenção à saúde, entretanto, estas podem e devem ser mais específicas que a tipologia básica, original, úteis como referência sobretudo para as redes não prioritárias pelo plano estadual. Enquanto as redes ou os investimentos não são

viáveis nestes termos ideais, espera-se que as coordenações técnicas e a CIB-SUS/MG possam melhor estabelecer os fluxos das demandas, as agendadas e as espontâneas, entre micros ou macrorregiões.

O PDR é, portanto, não uma norma rígida mas uma base para se promover, além da descentralização/regionalização, outro dos princípios do SUS/MG: a equidade, uma vez que permite avaliações comparativas entre as diversas regiões e ainda a integralidade. A resolubilidade é um dos indicadores para avaliação da promoção da equidade e da descentralização/regionalização. É aqui entendida como resultado da capacidade de atendimento do residente na própria região, no que for definido como esperado ou de responsabilidade, missão ou função do nível de regionalização/atenção, municipal, micro ou macrorregional.

De 2002 até a data atual, o PDR/MG tem sido ajustado em seus dois componentes: a tipologia de serviços estabelecida como “ideal” a ser atingido em cada nível e a descrição do espaço territorial a ela correspondente e por ela responsável.

A tipologia de serviços assistenciais consta também da Carteira de Serviços do SUS/MG. Os ajustes da tipologia ocorrem sempre que se torna necessário detalhar a anterior ou efetuar a sua adequação às novas Tabelas de Procedimentos do Ministério da Saúde (MS).

A utilização dos procedimentos do MS é importante por ser essa a referência da União para sua participação no financiamento do SUS e ainda por integrar um sistema de informação de âmbito nacional, o que é de interesse geral.

De acordo com o propósito do Plano Diretor de Regionalização/MG:

REGIÃO – conjunto de municípios circunvizinhos que mantêm entre si inter-relações para as questões de promoção e assistência à saúde do SUS, sendo a maioria periféricos a um polo que exerce força de atração sobre os demais, e constituem-se como base populacional e territorial para cálculos do planejamento em saúde e organização de redes. Para o PDR/MG, cada região se configura conforme o modelo de atenção adotado; cada região se caracteriza segundo o nível de atenção, o âmbito de cobertura dado, o porte, as inter-relações com as demais regiões do sistema, circunvizinhas ou não.

Uma das questões a ser avaliada e planejada numa região é o alcance da função esperada para a mesma e de sua relação com as demais regiões e demais níveis do modelo adotado. Cada nível de agregação

de municípios – o espaço supra e intermunicipal, e o espaço inter e suprarregional pressupõem uma agregação de serviços, portanto têm uma responsabilidade, uma função a ser operacionalizada através das unidades prestadoras de serviços nele localizadas. Essas responsabilidades são, no caso do modelo de regionalização aprovado pela CIB-SUS/MG, geralmente definidas por nível através da descrição de elencos de serviços. Um município pode assim, no caso específico de assistência hospitalar ainda que em uma única unidade hospitalar, cumprir e exercer diversas funções – a do próprio município, a da microrregião, a da macrorregião, no que se refere à assistência hospitalar ou ambulatorial, o que significa ofertar serviços dos elencos dos diversos níveis.

No caso da necessidade de internações, o desempenho da função de nível macro ou a do nível microrregional poderá ser mensurado nas unidades hospitalares localizadas, sobretudo e respectivamente, no polo de cada macro ou de cada microrregião. A mensuração a ser efetuada terá como referência a tipologia de serviços descrita para cada nível. Mas há ainda outros elementos caracterizadores da função a ser quantificados e observados na avaliação regional – micro ou macro, ou em avaliações de unidades hospitalares que respondam pela respectiva função: o âmbito e o volume da cobertura dada aos municípios adscritos para atendimento do elenco de procedimentos descritos na tipologia.

Assim, cabe sintetizar e recuperar que, a cada agregação de território, ou região, corresponde um nível de atenção que, na tipologia assistencial e para correspondência com os sistemas nacionais, têm os procedimentos da Tabela SIAH do MS reagrupados por níveis e clínicas de especialidades; o que se denomina “elencos”.

No PDR/MG, como será detalhado nos capítulos a seguir, atualmente são três os níveis de atenção à saúde/regionalização, e para cada um há um elenco definido a ser alcançado a curto, médio ou longo prazo, conforme a viabilidade econômico-financeira. Isso, porque a tipologia assumida para e pelo PDR/MG não decorre da série histórica ou da capacidade instalada e, sim, de uma proposta resultante da análise situacional de saúde do Estado. Essa proposta fixou uma meta de expansão, distribuição, descentralização e desconcentração de serviços, entendida como mais racional e eficiente, uma vez que é baseada na economia de escala.

Os Planos Diretores de Investimento podem nela se basear para elencar prioridades, sendo estas de forma a compor e agregar, ou seja, sem com isto perder de vista os problemas de saúde definidos nos planos e programas de governo como prioritários.

CAPÍTULO I – O ESTADO – TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DAS MINAS GERAIS

O Estado de Minas Gerais, situado na região Sudeste do Brasil, possui uma extensão territorial de 586.528,293 km² e 853 municípios, com uma estimativa populacional em 2009 de 20.033.665 habitantes (Figura 1).

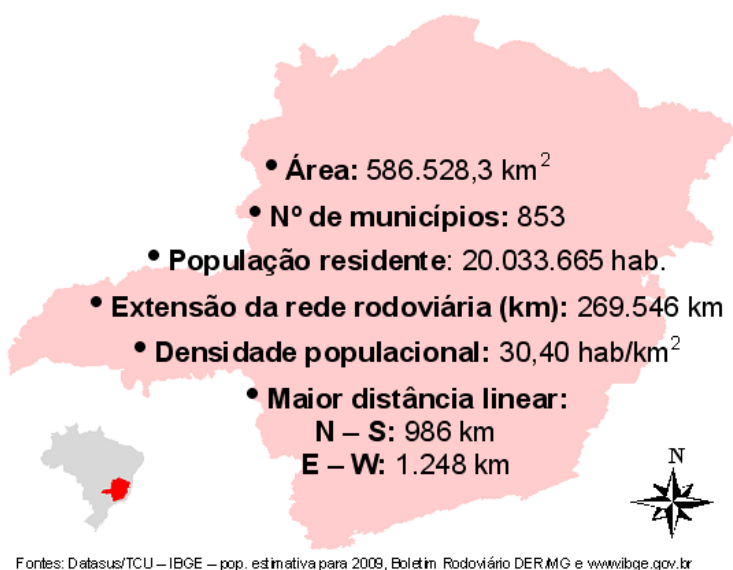
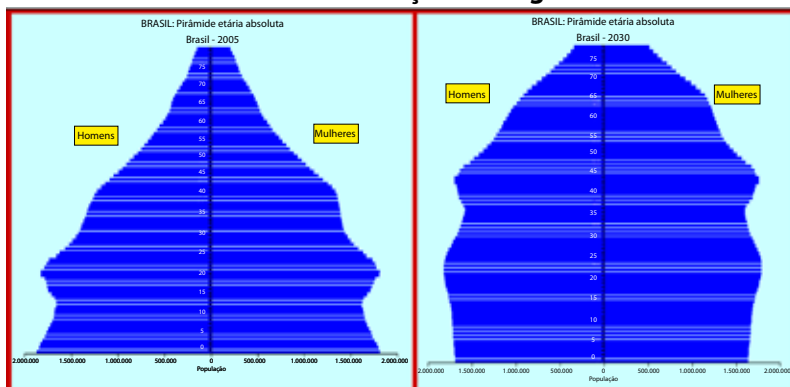


Figura 1

De acordo com os dados da PNAD (IBGE/2008), 23% da população de Minas Gerais está abaixo de 14 anos; 64,9% está entre 15 e 59 anos e 11,8% com 60 anos ou mais.

Conforme o Plano Estadual de Saúde 2008-2011 de Minas Gerais, a estrutura etária da população apresenta alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento da população e a taxa de fecundidade vem decrescendo de forma continuada nas últimas décadas, sendo registrada em 2008 uma taxa de 1,8 (Figura 2).

A situação de saúde A acelerada transição demográfica



POPULAÇÃO IDOSA EM 2005: 9% OU 1.700.000
POPULAÇÃO IDOSA EM 2030: 15%

Figura 2

As regiões de Minas Gerais apresentam características distintas quanto à distribuição populacional, densidade demográfica e características socioeconômicas. As regiões Norte, Noroeste, Jequitinhonha/Mucuri e Rio Doce concentram grande parte de municípios com condições socioeconômicas menos favorecidas. Além disso, as regiões Norte e Nordeste concentram pequena população em grande extensão territorial, resultando em uma baixa densidade demográfica e grandes distâncias entre os municípios, vindo a seguir as regiões do Alto Paranaíba e Jequitinhonha/Mucuri. Já as regiões Sul de Minas, Zona da Mata e Central concentram grande número de municípios, em sua maioria com pequena extensão territorial e maior proximidade entre eles. Essas regiões detêm a maior parcela da população do Estado, sendo que Belo Horizonte concentra 2.452.617 habitantes.

Enquanto as regiões ao norte do Estado apresentam as maiores carências e mais baixos indicadores de desenvolvimento, tendo como base uma economia mais tradicional, as regiões ao sul, ao centro e do triângulo mineiro se destacam por seu maior desenvolvimento econômico.

As taxas de mortalidade infantil de 2005 (Figura 3) ilustram as disparidades entre municípios e regiões do Estado: municípios situados em regiões sócio-economicamente menos favorecidas apresentam taxas superiores à média do Estado.

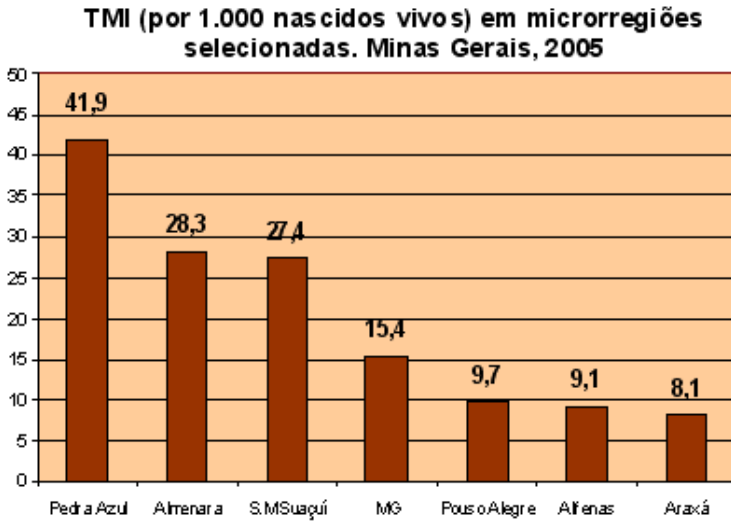
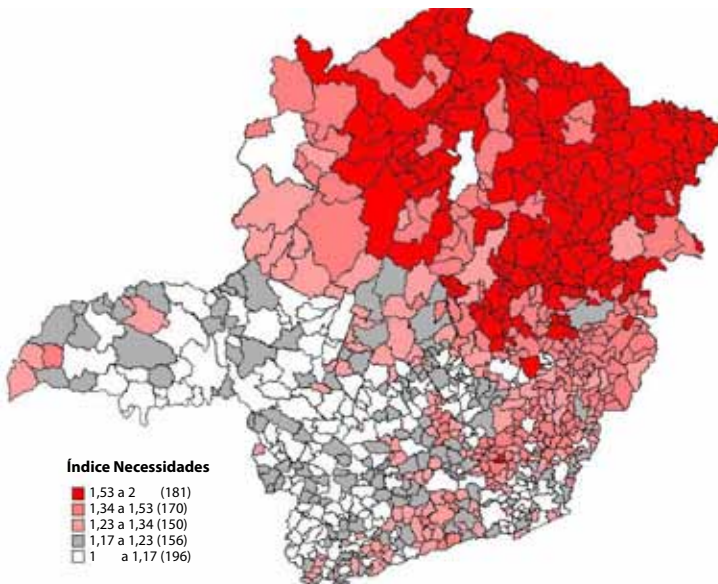


Figura 3

A figura 4 demonstra os grandes desníveis apurados quando se calculou os índices de necessidades do Estado.



Fonte: SES/MG, Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, 2008-09

Figura 4

Minas Gerais, como já citado, apresenta grande disparidade interna quanto à distribuição de sua população. A maioria dos municípios, aproximadamente 57%, é de pequeno porte e têm uma população menor de 10.000 habitantes, 40 % têm população maior que 10.000 e menor que 100.000 habitantes, e apenas 27 (3%) municípios tem uma população com mais de 100.000 habitantes.

As desigualdades regionais têm reflexos semelhantes na área da saúde, ocorrendo maior concentração de serviços, equipamentos e recursos humanos especializados nas regiões centrais e ao sul do estado. Em 2007, estavam cadastrados pelo DATASUS 723 hospitais e destes 555 prestam serviços ao SUS/MG, sendo que 60% deles estão localizados em municípios com população entre 5.001 a 20.000 habitantes. Embora em número significativo, a maioria desses hospitais são de pequeno porte e pouco resolutivos.

Municípios de Minas Gerais com hospitais prestadores de serviços ao SUS/MG, conforme faixa populacional dos municípios.

Faixa populacional	Quantitativo de Municípios		
	No Estado	Com Hospital	Sem Hospital
até 5.000 hab.	225	21	204
5.001 a 10.000 hab.	264	75	189
10.001 a 20.000 hab.	182	140	42
20.001 a 50.000 hab.	117	108	9
50.001 a 100.000 hab.	38	38	0
100.001 a 500.000 hab.	23	23	0
> 500.000 hab.	4	4	0
TOTAL	853	409	444

Fontes: IBGE/PDR/MG/2009; PERFIL HOSPITALAR NARS/AGR/SES 2007/2008

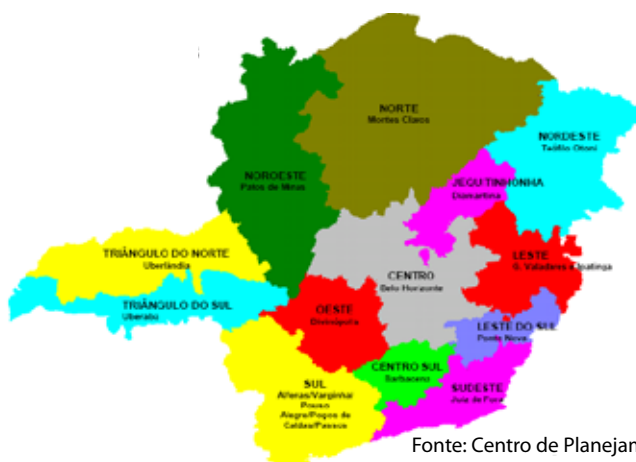
A maior concentração dos hospitais prestadores de serviços ao SUS/MG ocorre nas regiões Sul, Central e Zona da Mata. Os hospitais universitários também se concentram nas regiões mais favorecidas economicamente, sendo que apenas 01 se localiza na região Norte.

No nível ambulatorial o Estado conta com 9.190 unidades prestadoras de serviços ao SUS/MG entre unidades básicas de saúde, policlínicas e ambulatórios de especialidades, entre outro.

Diante das desigualdades regionais e socioeconômicas existentes no Estado, o governo de Minas tem adotado políticas que objetivam reduzi-las através de planos intersetoriais, em especial planos voltados para desenvolvimento econômico, geração de renda e emprego, com ênfase para as regiões do Jequitinhonha/Mucuri e Norte. Na área de saúde têm sido efetuados incentivos financeiros e investimentos que privilegiam a melhoria da qualidade dos serviços nas regiões com maior necessidade.

Os fluxos da população em busca dos serviços de saúde e a distribuição destes no espaço territorial condicionou estudos de descentralização e regionalização do estado para fins de atenção à saúde.

A distribuição espacial da população, das necessidades de saúde, dos recursos, no caso, sobretudo dos recursos hospitalares que garantem o acesso do usuário à atenção terciária, uma vez não resolvidos seus problemas de saúde na atenção primária e secundária, resultou em um Plano Diretor de Regionalização da Saúde com 13 macrorregiões, objeto de estudo e descrição dos próximos capítulos (Mapa 1).



Fonte: Centro de Planejamento – AGE

Mapa 1

Macrorregiões de Saúde do estado de Minas Gerais

É interessante notar as semelhanças entre a regionalização da saúde e a regionalização efetuada pela Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão de Minas Gerais (Mapa 2). Esta considera dez regiões Administrativas de Planejamento. As diferenças se pautam em razão do fluxo da população e das distâncias a serem percorridas para atenção à saúde que exigem critérios para organização em rede.

Regiões de planejamento de Minas Gerais



Fonte: Dados básicos: Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG-MG), Plano Mineiro de desenvolvimento Integrado (PMDI)

Mapa 2

CAPÍTULO II – HISTÓRICO

Ao longo de 1999 a 2009, a SES/MG tem utilizado o PDR como instrumento de planejamento e gestão em âmbitos estadual, regional e municipal. No caso destes últimos, e especialmente entre 2004 e 2009, tem utilizado para organização, dentre outras, das redes de atenção prioritárias e para elaboração dos planos diretores da atenção primária. Em âmbito municipal também cabe a concepção e enfoque da regionalização.

No enfoque do âmbito estadual, entre 1999 e 2002, o PDR/MG teve sua experiência publicada. Após 2003, a oportunidade de publicação surge em 2010.

Contudo, os fundamentos teóricos, conceitos básicos, princípios, critérios operacionais e metodologia têm sido divulgados ao longo de todo este período. Exposições e palestras com estes conteúdos foram efetuados e os slides disponibilizados no site da SES/MG.

A divulgação pelo site mostrou-se interessante pelo retorno trazido de outras unidades da federação e, inclusive, de empresas de consultoria.

A equipe responsável pela elaboração e coordenação técnica do PDR/MG também se sentiu gratificada ao receber convites para exposição e debate, sobretudo por parte de instituições como a ENSP, a Escola de Medicina da UFMG, o INCA, a ESP – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, o Ministério da Saúde, CONASEMS e Secretarias de Estado da Saúde de outras unidades da federação. Em nível interno da SES/MG, junto ao CES/MG e COSEMS/MG foram diversos os debates, sempre com disponibilização dos slides utilizados, alguns destes transcritos nesta publicação.

O Plano Diretor de Regionalização de MG é, assim, um instrumento de planejamento da saúde que, sem perda de seu propósito, objetivos, princípios e conceitos básicos, tem sido ajustado desde sua elaboração inicial, em 1999, até o momento atual.

A proposição do PDR/MG foi iniciada em 1999 a partir de estudos dos fluxos dos usuários do SUS/MG para a assistência hospitalar e ambulatorial. Ao longo de 1999 e 2000, tais estudos utilizaram os bancos

de dados do Datasus. A equipe de técnicos da SES/MG contou com assessoria de epidemiólogos. Os levantamentos permitiram a identificação de “clusters” de serviços de saúde distribuídos em condições diferenciadas no Estado. A partir da identificação e análise da distribuição espacial de alguns agregados de serviços, com concentração em determinados portes de municípios, pôde-se estabelecer o desenho de um modelo de organização, de serviços assistenciais, por nível de atenção à saúde, identificando os serviços emblemáticos a serem ofertados por porte e nível de agregação de municípios e regiões.

Esse “modelo” foi detalhado por procedimento em uma “tipologia” de serviços que foi discutido com a CIB-SUS/MG e aprovada em 2000 (Anexo I). Posteriormente, essa tipologia foi adequada às exigências da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01) de 2001 (Portaria GM/MS nº95, de 26/01/01) e a de 2002 (Portaria GM/MS nº373, de 27/02/02).

A proposta de organização estava fundamentada nas diretrizes de regionalização estabelecidas no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) de 1999/2002. Após extenso diagnóstico da distribuição populacional, de recursos e das condições de saúde, e conforme nomenclatura da época, foi elaborado o “Modelo de Organização dos Serviços Assistenciais segundo Níveis Crescentes de Complexidade Tecnológica”, aprovado pela CIB-SUS/MG, em reunião de 14/11/2000. O diagnóstico e o modelo tinham em vista o desenho do Plano Diretor de Regionalização e, por finalidade, orientar a estruturação de redes assistenciais e dos investimentos necessários à descentralização, o que seria objeto de um Plano Diretor de Investimentos - PDI.

Cabe destacar que a regionalização da saúde estava proposta entre os princípios organizativos do SUS, na Lei nº. 8.080. Contudo, após a ênfase dada à municipalização ou aos livres agregados de municípios, o governo do Estado de Minas Gerais, eleito para o período 1999/2002, estabeleceu como diretriz uma regionalização dos serviços sem perda da visão sistêmica e do propósito de estabelecimento de políticas estaduais, globais.

Entre 2000 e 2002, para utilização do referido “modelo” no processo de desenho dos espaços regionais, foi constituído um Grupo de Nível Central com a função de coordenar e capacitar agentes multiplicadores, encarregados da sua discussão em níveis regionais – as Câmaras

Técnicas Regionais. Tais câmaras eram constituídas por representantes dos Conselhos Municipais de Saúde, de Secretários Municipais de Saúde da região e das Diretorias Regionais de Saúde. Aliás, as discussões regionais estavam sob a coordenação destas últimas, hoje designadas Gerências Regionais de Saúde (GRSs).

O Plano Diretor de Regionalização do Estado de Minas Gerais foi, em sua proposta inicial, elaborado pelo Centro de Planejamento/Assessoria de Planejamento, atual Assessoria de Gestão Regional, sob a coordenação de um grupo-tarefa (GTR) constituído pela Resolução/SES/MG nº 048, de 23/04/2001, após entendimentos com os Diretores Regionais da SES/MG, com o COSEMS/MG. Foi, finalmente, aprovado pela CIB-SUS/MG, em 02/10/2001, pelo Conselho Estadual de Saúde, conforme Deliberação CES/MG nº 036, de 14 de outubro de 2002 e pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em dezembro de 2002, quando atendeu a um dos requisitos para habilitação do Estado em Gestão Plena.

Conforme orientações da NOAS, o PDR deveria servir de base para a PPI 2001/2002. Nesses termos, no mesmo documento de divulgação do PDR, a SES/MG propôs um segundo desenho espacial. Uma vez direcionados novos investimentos às regiões descritas no primeiro desenho, a SES/MG estaria promovendo infraestrutura correspondente ao segundo desenho espacial e bases para nova programação pactuada.

No momento de aprovação do PDR pela CIB-MG, em 11/2000, e dos desenhos espaciais em 10/2001, já havia um indicativo para revisão do desenho espacial após a PPI-Assistencial – 2001/2002. Tal revisão apontava para a necessidade de desconcentração da região polarizada por Belo Horizonte, ou seja, para a reversão sobretudo de fluxos da Média Complexidade (MC) e também de alguns procedimentos da Alta Complexidade (AC), sobretudo através de reforço de investimentos nas regiões do Baixo e Alto Jequitinhonha e do Mucuri.

No entanto, apenas o primeiro desenho foi implementado e ficou vigente até 2003, quando assume novo governo, e novas diretrizes são traçadas. Para as discussões dessa proposta e elaboração final do documento então publicado, foi intensa a participação dos gestores municipais, do CES/MG e das Diretorias Regionais.

Em 2003, com a mudança de governo no Estado, foi realizada uma revisão do PDR, e esse processo contou também com a participação do

COSEMS/MG, diretores das Gerências Regionais de Saúde, de gestores municipais, tendo sido seu ajuste, posteriormente, discutido com o Conselho Estadual de Saúde. A revisão foi aprovada pela CIB-SUS/MG, de acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 42, de 17 de novembro de 2003.

Os recursos instalados e os fluxos populacionais, avaliados para o desenho do primeiro PDR, em 2001, foram novamente mapeados e confirmados, bem como os sistemas e as condições viárias de acesso de cada município aos diversos polos micros.

Foram estudadas e efetuadas agregações de microrregiões circunvizinhas, com baixa densidade populacional, mas com possibilidade de acesso dentro dos critérios adotados. Para as propostas de agregação foi também considerada a existência ou não de outros municípios de grande densidade populacional ou com grande força de atração, avaliando-se sua localização geográfica e condições viárias. Algumas microrregiões com baixa escala foram mantidas uma vez que a agregação resultaria em dificuldade de acesso para a população e, neste caso, o critério de acessibilidade prevaleceu sobre a escala, conforme acordos prévios firmados com o COSEMS/MG, anteriores à aprovação final dos resultados obtidos na reunião da CIB-SUS/MG, em 17/11/2003.

O novo desenho espacial do PDR, aprovado pela CIB-SUS/MG em outubro de 2003, estava fundamentado num modelo que estabelecia três níveis de regionalização - o macrorregional, o micro e o municipal. Algumas microrregiões foram agregadas para ganho de escala e escopo; as mesorregiões assistenciais e as macrorregiões foram ajustadas passando a constituir-se um único nível de regionalização, a macrorregião. Os módulos foram suprimidos. Os municípios polo de micros agregadas permaneceram com essa função constituindo-se, assim, as microrregiões bipolares ou tripolares. O Estado foi dividido em 13 macrorregiões e 75 microrregiões de saúde.

O "Modelo/Tipologia" aprovado em 2001, base para a construção do PDR, foi revisto e os seis níveis assistenciais foram reduzidos a três e também correlacionados a três níveis de regionalização. A caracterização dos níveis assistenciais, com detalhamento dos serviços e procedimentos da assistência hospitalar e ambulatorial, tem sido objeto de estudos pormenorizados e atualizações frequentes, com a finalidade de se avançar na definição final da Carteira de Serviços do SUS/MG, por Níveis de Atenção à Saúde, conforme agregação de tecnologia.

A CIB-SUS/MG aprovou, na reunião de outubro de 2003, a proposta de realização de ajustes periódicos do PDR. Em 2005, foi efetivado o primeiro ajuste que incluía algumas reivindicações de gestores municipais no que se referia à designação de polos e à da adscrição microrregional de alguns municípios. Em 2008 e 2009, novos ajustes também para alteração de adscrições microrregionais. No ajuste de 2009, foi proposta pela SES/MG e acordada com o COSEMS/MG a criação de uma nova microrregião, a partir do desmembramento de outra, totalizando, no Estado, 76 microrregiões.

Foram então concedidas novas polaridades complementares: ao município de Sete Lagoas, como polo macro na macro Centro e Timóteo, na microrregião de Coronel Fabriciano, como polo micro. Essas alterações ocorreram, no entanto, sem nenhum prejuízo para o modelo, lógica e estrutura do PDR vigente a partir de 2003, ou seja, mantidos os níveis, a tipologia, a agregação de municípios em micros e de micros em macrorregiões, tendo em vista organização de redes com economia de escala.

Os ajustes, conforme inicialmente previstos, deveriam também ser decorrentes da implantação de projetos de desenvolvimento socioeconômico ou de alterações significativas nos sistemas viários de cada espaço, estes, desde que em paralelo com recursos instalados. Contudo, tais alterações ainda não se registraram. As sugestões efetuadas por parte da equipe coordenadora do PDR para os ajustes da tipologia têm correlação estreita com a necessidade de descentralização e desconcentração dos recursos. As reivindicações dos gestores por ajustes do PDR estão vinculadas à expectativa de financiamento, geralmente decorrentes dos programas de governo voltados para incentivos aos polos micro e macrorregional.

Outro fator de indução para o ajuste da tipologia é a maior disponibilidade de novas tecnologias, o que permite avanço na universalização de seu uso. Contudo, é justamente à tipologia que se propõe o papel de norteador, de servir como referencial para a distribuição equitativa de recursos. A ela cabe orientar e promover avanços, mas também cuidar para que uma região não se privilegie em demasia de alguns investimentos ou avanços tecnológicos em detrimento das demais, o que reforça o papel regulador do Estado, especialmente tendo em vista o princípio da equidade.

O Anexo I relaciona os principais documentos – Atas de Reuniões e Deliberações da CIB-SUS/MG, referentes à elaboração do PDR, sua aprovação inicial, a revisão de 2003 e seus ajustes. Os ajustes não serão aqui abordados em detalhes, mas estão citadas as reuniões da CIB-SUS/MG e/ou suas deliberações (Anexo I.1). Os assuntos ou objetos de discussão dos ajustes estão abordados no capítulo VI.

Assim, cabe destacar, o histórico entre as versões 1999/2002 e 2003/2010 do PDR não está no processo e na metodologia de elaboração, mas no processo de gestão da SES/MG, que o coloca como instrumento de governo, associando-o a outros instrumentos de planejamento, tais como o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), implantado em todas as microrregiões pelo Projeto Estruturador Saúde em Casa e os projetos e a implementação das redes de atenção à saúde prioritárias. Nesse termos, conforme procura ilustrar a figura 5 a seguir, o PDR se estrutura para possibilitar as etapas seguintes apontadas no plano de governo para um projeto mais amplo, ou seja, o Projeto Estruturador Regionalização. Assim, uma vez estruturado o PDR, colocados os limites territoriais, estavam criadas as bases para a implantação e capacitação da gestão microrregional e, paralelamente, a implementação de uma nova concepção, uma nova abordagem do modelo de atenção à saúde, que se deve dar com enfoque sobretudo nos eventos crônicos, e não mais pelos eventos agudos, sob a coordenação das equipes do PSF, o que se aborda no capítulo I.



Malachias, I / 2009

Figura 5: O Plano Diretor de Regionalização (PDR) e sua relação com a gestão das redes da atenção à saúde em Minas Gerais

CAPÍTULO III – OBJETIVOS, PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS

“REGIÃO”; retomando o anteriormente definido, é o espaço de relações intermunicipais do SUS. É um espaço territorial, mas, sobretudo, o território de uma população que é base de cálculos para planejamento de saúde. Contudo, não só para cálculos de recursos financeiros e administrativos, mas também cálculos e estratégias que promovam cogestão, governança, sentimento de pertencimento, de identidade, relações de complementaridade, compartilhamento de problemas e interesses.

Sobre esse território há uma responsabilidade sanitária, em cogestão, a partir da Atenção Primária, por município e no conjunto desses. Isso significa envolver espaços intermunicipais, cuja coordenação é de responsabilidade da esfera estadual, sobretudo no que se refere a promover:

- equidade entre regiões
- integralidade/organização de redes
- acesso aos diversos níveis de atenção intra e inter-regiões
- eficiência e eficácia no uso de recursos
- resolubilidade programática e assistencial micro e macrorregional

Essa concepção de região, fundamentada na Lei nº. 8.080 de setembro de 1990, é ao mesmo tempo direcionadora e decorrente dos objetivos e das estratégias traçados para elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Objetivos

O PDR, projeto estruturador, é base para organização das Redes de Atenção à Saúde, para a descentralização assistencial e gerencial e para o processo de planejamento e avaliação do SUS/MG. Deve possibilitar racionalização de gastos e otimização na aplicação de recursos, com ganho de escala nas ações, serviços e recursos de saúde de abrangência regional.

Nesses termos, tem em vista promover análises comparativas entre micros e macrorregiões, realizar avaliações de equidade e reso-

lubilidade, subsidiando ações e projetos que visam à superação das desigualdades regionais. É, portanto, um instrumento de promoção da equidade e integralidade da atenção, além de atender aos princípios organizativos preconizados pela Lei nº. 8.080 e a regionalização, a descentralização, a hierarquização dos serviços, promove ou subsidia o aumento da capacidade resolutiva regional.

Em Minas Gerais, em sua proposta original, o PDR deveria ser também base para constituição das CIBs micros e macrorregionais, instância de gestão colegiada e descentralizada do SUS, espaço de discussão dos problemas comuns, de compartilhamento e pactuação de propostas, projetos e programações e de fortalecimento da identidade microrregional.

Os sistemas logísticos de informação, transporte em saúde e regulação do SUS também deveriam ser constituídos, no Estado, com base no PDR e viabilizar a construção da governança regional.

Cabe aqui um comentário: traçados no início dos trabalhos, os objetivos têm se efetivado. As CIBs micro e macro estão criadas, e os sistemas logísticos e operacionais têm avançado. Estes, sobretudo, através dos Consórcios Municipais, como anteriormente salientado.

Faz parte de um plano diretor sua avaliação. O alcance de seus objetivos tem sido objeto de estudos, seja para ajustes operacionais do próprio PDR, seja na avaliação da resolubilidade regional. É interessante citar, a título de exemplo, um desses estudos, que, como resultado, apontaram a ampliação da resolubilidade de algumas microrregiões (Anexo II) e de algumas macrorregiões (Anexo III), confirmando o direcionamento dos programas de investimento de forma diferenciada por micro e macrorregião, sempre em cogestão com os secretários municipais de saúde.

Em síntese, pode-se esquematizar os objetivos gerais e específicos do PDR:

Gerai

Distribuir e ordenar os espaços territoriais da unidade federada conforme o modelo de atenção à saúde, tendo em vista a organização das redes e os princípios da equidade, integralidade, economia de escala, escopo e acessibilidade da população.

Específicos

- Identificar e propor novos padrões espaciais de oferta de serviços, de produção, de necessidades, de fluxos, conforme modelo de atenção esperado;
- Implementar e fortalecer a descentralização;
- Subsidiar a organização das redes de atenção à saúde;
- Subsidiar a organização do fluxo, orientação da demanda, a oferta de serviços com equidade;
- Definir os limites territoriais das micros e macrorregiões conforme critérios populacionais e acessibilidade, com base nos fluxos assistenciais, mas tendo em vista sua otimização e a tipologia;
- Estabelecer bases e padrões para os cálculos dos vazios assistenciais e da resolubilidade de cada nível e de cada região;
- Subsidiar a construção de estratégias para ideias de pertencimento regional;
- Subsidiar a construção de estratégias para ampliação de governança e da cogestão;
- Subsidiar a compatibilidade da gestão com as ações da assistência;
- Subsidiar a construção da equidade e da integralidade.

Diretrizes e princípios

Qualidade da atenção

Os serviços de saúde devem ser efetivos, organizados em função das necessidades da população e ter atendimento humanizado.

Para garantir a qualidade, alguns serviços devem ser concentrados, ter abrangência regional e sua oferta disponibilizada em municípios de maior densidade populacional, conforme fundamentos necessários às economias de escala e escopo, que, por sua vez, resultam em maior especialização e, portanto, qualidade.

Acessibilidade

A garantia de acesso a serviços de saúde de qualidade, de diferentes níveis de densidade tecnológica, deve ser assegurada a todos os usuários do SUS, independentemente do município de residência. Esta garantia pressupõe, portanto, resolubilidade por nível de atenção, conhecimento e informação quanto as necessidades de referência, responsabilidade dos gestores envolvidos nos fluxos e pactuações.

Contiguidade geográfica

As microrregiões que compõem uma macrorregião e os municípios que compõem uma microrregião devem estar próximos de forma contígua.

O princípio de contiguidade geográfica foi um pré-requisito da regionalização; no entanto, no Estado, na construção do PDR, houve registro de algumas exceções. O sistema viário, a proximidade e o fluxo justificaram, em algumas situações, a não contiguidade de um município à sua microrregião.

Organização das Redes de Atenção à Saúde

O propósito da organização de redes é a implantação de serviços de atenção à saúde mais acessíveis e equitativos, com assistência integral e que responda às reais necessidades da população. A regionalização deve induzir e facilitar a formação das redes, já que possibilita a interação dos gestores, num espaço comum, a região, onde se busca resolver os problemas de saúde através de ações conjuntas, racionalização dos recursos e do ordenamento da demanda.

Descentralização

O propósito da descentralização é fortalecer os níveis regionais em sua capacidade de gestão colegiada, no fortalecimento dos sistemas gerenciais regionais da SES/MG tendo em vista às necessidades de saúde locais.

Economia de Escala

É a maior produtividade, eficiência e qualidade alcançadas mediante melhor e maior aproveitamento dos recursos e equipamentos, conforme adoção de rotinas e critérios.

Num gráfico de distribuição de frequência, comparando-se a curva de produção dos serviços com a de custos, estes caem proporcionalmente ao aumento do número de atendimentos realizados.

Isso, até um determinado ponto de inflexão das curvas, quando os custos fixos, até então diluídos, voltam a gerar, para novas produções, novas fontes de gastos. Observa-se, então, queda da produtividade e da lucratividade alcançada.

Economia de Escopo

Será a maior e mais ampla utilização de determinados equipamentos, disponibilizando-os num mesmo ponto de atenção, espaço, localidade e tempo integral para diversas ações.

Evita-se, assim, a capacidade ociosa, deslocamentos de usuários ou duplicação de equipamentos de alto custo na mesma região assistencial.

Ênfase na Atenção Primária

A atenção primária assume papel de destaque na assistência, atuando como porta de entrada do sistema, coordenando os cuidados de saúde e responsabilizando-se pela resolução da maioria das necessidades de saúde da população.

Estratégias

A Constituição Federal brasileira preconiza, a partir de 1988, a saúde como processo dependente de múltiplos fatores: alimentação, moradia, lazer e outros; reflexo da relação do ser humano com o meio circundante. A saúde passa a ser entendida como um bem público e não privilégio de poucos.

A organização do SUS tem em vista três dimensões, quais sejam: política, técnica e administrativa. A dimensão política envolve as questões públicas e, desse modo, a questão da saúde, e exige que se articulem estratégias de ação institucionais. A saúde como direito do cidadão em defesa da vida deixa de ser consumida conforme estratificação social. O modelo do SUS estabelece também mecanismos em que está presente a proposta de se ouvir atores sociais, dentro das perspectivas democráticas. Merhy e Onocko (1997) dizem que Matus define o ator social como

um coletivo de pessoas ou, no seu extremo, uma personalidade que, atuando numa determinada realidade, é capaz de transformá-la. Para tanto, é fundamental que o ator social tenha controle sobre recursos relevantes, tenha uma organização mínima estável e um projeto para intervir nessa realidade. Contrapondo-se a pontos de vista que levam em conta unicamente dimensão técnica do processo saúde-doença.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS n°. 01/2001 – publicada pelo Ministério da Saúde, com diretrizes e critérios para regionalização e elaboração do Plano Diretor de Regionalização, estabelecia novos recursos e incentivos financeiros para qualificação das microrregiões, sob a condição de que todos os municípios da micro estivessem habilitados em Gestão Plena da Atenção Básica Avançada. Assim, deveriam estar em condições de ofertar os procedimentos do piso de atenção básica ampliado, da tabela de procedimentos ambulatoriais do SUS.

Tendo em vista atender às exigências da NOAS, a CIB-SUS/MG adotou a estratégia, no primeiro desenho do PDR, de constituir microrregiões menores, ou seja, com o menor número possível de municípios, objetivando maior rapidez na habilitação dos municípios. Com todos os municípios habilitados, a microrregião estaria apta a ser qualificada e a receber os recursos previstos na NOAS.

A Norma Operacional então vigente induziu àquela estratégia, e a descentralização das discussões sem critérios delimitadores firmes induziu a uma exacerbação na sua aplicação. Como resultado, algumas microrregiões foram propostas pelos grupos de trabalho de nível local/regional com número excessivamente reduzido de municípios e população. Como agravante, algumas dessas microrregiões foram enfaticamente defendidas por aqueles grupos de trabalho, e, portanto, mantidas, ainda que próximas de outros municípios com maior potencial de polarização e oferta mais completa de serviços. O incentivo financeiro proposto pela NOAS para habilitação de municípios, o que, de fato, na maioria das vezes não veio a se concretizar, tornava impossível criar limites à constituição de microrregiões de pequeno porte.

As propostas do nível regional/local, em sua maioria, foram acatadas pela CIB-SUS/MG. Essa decisão logo apontou dificuldades decorrentes do elevado nível de competição na busca de autossuficiência de pequenas microrregiões, gerando perda de eficiência e dificuldade para o alcance da resolubilidade.

A estratégia de maior número de microrregiões levou ainda à adoção de mais um nível na estrutura da regionalização. O PDR deveria servir de base para a PPI Assistencial, e não era possível, a curto prazo, desconsiderar a excessiva concentração de recursos na região central do Estado. Um plano de investimentos deveria viabilizar a descentralização desses serviços, e, para tanto, o documento do PDR, na época, foi aprovado com dois desenhos espaciais diferentes. O primeiro deveria atender às programações e pactuações de curto e médio prazo, e o segundo seria o efetivo desenho espacial do PDR/MG e deveria ser alcançado até 2004. Este seria o referencial para os investimentos necessários, que, aplicados, viabilizariam a constituição de novas macrorregiões, sobretudo no Nordeste e no Sudoeste do Estado.

Contudo, na literatura internacional, estudos diversos apontavam vantagens da adoção da economia de escala, seja por razões de maior eficiência no uso de recursos, sempre escassos, seja principalmente pela resultante qualificação dos serviços, alcançada face à possibilidade de se obter, numa escala de produção, maior experiência e especialização.

Em 2003, o desenho vigente do PDR foi, então, reavaliado, e os princípios de economia de escala e escopo e acessibilidade viária e geográfica, incorporados. A estratégia utilizada para ganho de escala foi a agregação de microrregiões, o que resultou na constituição de micros bi ou tripolares. Desta forma, os municípios polo das micros então agregadas mantiveram sua condição de polo, mas a maioria com função complementar ao polo de maior porte. Em algumas poucas microrregiões, os dois polos mantiveram funções equivalentes, dividindo a polarização da micro.

O envolvimento do CES/MG e do COSEMS/MG, tanto no nível central quanto no nível regional, foi fundamental na elaboração do PDR, em 2000, e em sua revisão, em 2003.

A realização de oficinas para estabelecimento de consenso e alinhamento de conceitos e o fortalecimento da capacidade de gestão, através das instâncias microrregionais, foram outras estratégias utilizadas na implantação e consolidação do novo desenho do PDR. Foram, assim, criadas as CIBs micros e macrorregionais, que são as instâncias de gestão compartilhada descentralizadas, do SUS/MG, espaço para conscientização e discussão dos problemas comuns, definição de responsabilidades, estruturação e capacitação para implementação de redes, programas e projetos prioritários. O Plano Microrregional é o

instrumento proposto para coordenação e gerenciamento da programação no âmbito da microrregião, a ser elaborado após capacitação das equipes, pelas CIBs micros, o que permitirá maior consolidação da regionalização e da descentralização.

A existência de uma regionalização administrativa preexistente à elaboração do PDR levou o GT de Regionalização a propor a compatibilização da jurisdição das Diretorias de Ações Descentralizadas (atuais GRSs) aos territórios microrregionais, como estratégia para facilitar o processo de regulação e de supervisão e promover maior integração entre os gestores municipais e os gerentes e técnicos das Gerências Regionais de Saúde (GRSs).

Ao longo de 2000 até a data atual, a lógica, os objetivos e a maioria das diretrizes e princípios foram mantidos. Um grande diferencial se deu, na revisão de 2003, quando se operacionalizou o princípio da escala e, correlatamente, os níveis de regionalização. Outro diferencial marcante que tornou o PDR/MG, de fato, um projeto de governo e efetivamente reconhecido foi a estratégia de financiamento estadual das unidades de referência das redes prioritárias de atenção. Ou seja, o PDR é, e assim deve ser pensado, um dos instrumentos integrantes do plano de governo e, portanto, está inter-relacionado com seus demais elementos.

Nesses termos, também é um plano de âmbito estadual a ser pensado globalmente e implementado, sem perda da visão de conjunto, conforme as inter-relações entre prioridades estaduais e os projetos locais. Não cabem, num plano de governo de responsabilidade estadual, planos locais isolados do todo. Estes, certamente, são de extrema relevância, mas de responsabilidade dos governos locais.

A elaboração do PDR requer sempre um trabalho dinâmico, participativo e eventuais ajustes. Para tal, é necessário, entre outras questões, a adequação desse aos novos planos de governo. Os ajustes podem ser anuais ou bianuais, devendo ser efetuados globalmente e com os prazos fixados em reunião da CIB-SUS/MG. As revisões que se mostram necessárias, inclusive de adscrição de municípios por microrregião, vigoram após deliberação da CIB-SUS/MG, tendo em vista possibilitar fundamentação legal para os cálculos de necessidade de serviços e de financiamento.

Os processos de revisão e ajustes são fatores que, naturalmente, integram a implementação de qualquer plano e, para tanto, são previstos nas reuniões da CIB-SUS/MG que o aprovam. As mudanças no

plano de regionalização, desse modo, são feitas em conformidade e na medida em que os trabalhos de implementação avançam.

O fortalecimento da gestão pode ser entendido como meta do planejamento estratégico, para lidar com diversidade de situação que envolve a administração dos serviços de saúde, de modo que seja possível um ajuste que favoreça a população como um todo. Uma vez que é de relevante importância levar em conta as diferenças existentes em nosso sistema público de saúde, que dizem respeito às características culturais, de desenvolvimento econômico e social e de desenvolvimento urbano e regional. E ainda os distintos perfis de morbi-mortalidade encontrados em nossa população; a desigualdade quanto à distribuição geográfica dos serviços de saúde; a extensa concentração de serviços de maior densidade tecnológica; e as desigualdades quanto à distribuição dos profissionais de saúde pelo território nacional. Certamente, esses fatores, por sua natureza, extrapolam a capacidade de gestão municipal, e, para serem enfrentados, exigem um processo de articulação regional.

As Gerências Regionais de Saúde (GRSs), instaladas anteriormente ao PDR, no Estado de Minas Gerais, buscaram garantir a gestão do Sistema Estadual de Saúde na região, visando assegurar a qualidade de vida da população com uma maior integração Estado/município, o que permite uma assessoria descentralizada. Tendo como principais competências: a implementação das políticas estaduais de saúde em âmbito regional, assessoramento da organização de serviços nas regiões, coordenação, monitoramento e avaliação das atividades e ações de saúde em âmbito regional.

Como foi dito anteriormente, as GRSs são uma divisão político-administrativa não coincidente com a divisão de assistência. Assim, o PDR atual objetivou aproximação do desenho administrativo e o desenho assistencial, valendo dizer que há em andamento na CIB-SUS/MG uma discussão referente a essa proposta, de sucessivas tentativas de aproximação. Esse processo ainda não foi concretizado dentro de um plano ideal.

As CIBs microrregionais são instâncias colegiadas de planejamento microrregional, avaliação, negociação, programação, discussão, decisão, pactuação, de acordo com o PDR SUS/MG. São constituídas pelas representações regionais das Secretarias Estaduais de Saúde e dos municípios das microrregiões. É através das CIBs micros que se obtém o consenso quanto às questões que necessitam ser acordadas

entre os diferentes atores sociais que a compõem e que se definem as diretrizes regionais que são encaminhadas à Comissão Intergestores Bipartite Estadual, para aprovação e homologação. Fortalece, de fato, o espaço regionalizado, uma vez que todos os problemas da região são discutidos e pactuados nesse fórum.

É importante observar que o funcionamento das CIBs macros mantém a mesma lógica, porém, dentro do espaço macrorregional.

A superação dos obstáculos encontrados na aplicação do modelo de regionalização da assistência pode então ser operacionalizada num processo de negociação com as CIBs micros e macros, especialmente quando correlacionadas com as prioridades estratégicas indicadas no Plano de Governo do Estado.

Em síntese, há semelhanças e diferenças entre as versões 1999/2002 e 2003/2010 do PDR/MG, esquematizadas a seguir:

Modelo – 1999/2002	Modelo – 2003/2010
Princípios:	Princípios:
Integralidade	Integralidade
Universalidade	Universalidade
Equidade	Equidade
Qualidade da Atenção	Qualidade da Atenção
	Economia de Escala
	Economia de Escopo
Acessibilidade	Acessibilidade (prevalece a sobre escala)
Diretrizes:	Diretrizes:
Racionalidade técnica	Racionalidade técnica e administrativa
Otimização de recursos	Otimização de recursos
Subsídios ao PDI e à PPI	Subsídios à PPI e aos programas prioritários conforme políticas estaduais
Organização dos Serviços Assistenciais em redes	Definição de Redes Prioritárias
A referência é o município polo, micro ou macrorregional.	As referências, além dos municípios polo micro e macrorregional, serão Unidades Hospitalares do PROHOSP e as redes de programas prioritários.

PPI - Estabelece teto financeiro municipal por grupos de procedimentos para recursos federais.	PPI - Teto financeiro municipal por procedimento para recursos federais. E ainda identifica e financia Unidades de Referência Hospitalar e os programas prioritários por nível e região assistencial, para financiamento estadual; Controle e Regulação Microrregional, com contratos de serviços por Unidades de Referência micro e macro.
Níveis: 6 níveis de atenção/ regionalização	Níveis: 3 níveis de atenção/ regionalização
Sem adoção de critérios operacionais	Com definição de critérios operacionais
Estratégias:	Estratégias:
Prioriza a qualificação de micros, o que exige habilitação de todos os municípios em PABA. Assim, promove micros de menor porte e com menor nº de municípios para maior probabilidade de qualificação e reforço financeiro.	Acorda manutenção de polos anteriores para agregar micros, tendo em vista <u>escala, escopo e acesso</u> , o que pressupõe microrregiões de maior densidade populacional, exceção para as de grande dificuldade de acesso. Reforça financeiramente as macros e microrregiões através das Unidades de Referência (Mapa 3). Constituem as CIBs micros e macros para descentralização da gestão.
Descentralização	Descentralização e cogestão: Criação das CIBs Micro e Macrorregionais
	Coordenação de redes pela Atenção Primária (PSF)

CAPÍTULO IV – CRITÉRIOS OPERACIONAIS

A delimitação das micros e macrorregiões de saúde e a constituição de seus polos orientou-se por critérios de fluxo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de oferta de clínicas, atual e potencial, critérios esses a ser relacionados por nível de densidade tecnológica conforme tipologia inicialmente estabelecida. Aprovado o Modelo de Organização dos Serviços ou Tipologia, em 2000, com seis níveis de atenção, foram novamente realizados levantamentos de fluxo das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, agora com observância de procedimentos específicos tendo em vista o modelo proposto. Baseando-se nessas informações e de acordo com o fluxo predominante, a área de abrangência da região foi delimitada, e os polos, predefinidos para, posteriormente ser discutido com os níveis locais. Em 2003, o modelo foi redimensionado para três níveis, objetivando melhor comunicabilidade do modelo e, portanto, do PDR resultante.

A avaliação da acessibilidade foi, também, reavaliada com novos critérios e tendo em vista o atendimento da população em determinados grupos ou perfis de serviços, estes considerados na perspectiva de agregação de tecnologia e escala. Ou seja, os novos levantamentos de distâncias e condições viárias, procuravam enfatizar a busca por serviços de maior densidade entre os municípios mais distantes e os polos, buscando-se as melhores condições viárias e as menores distâncias para vinculação de municípios a um polo agregador, e conseqüente desenho da microrregião.

Outras informações sobre capacidade instalada, recursos humanos especializados, condições socioeconômicas e especificidades locais, foram agregadas aos dados anteriores, contribuindo para a definição das regiões de saúde e o desenho final do PDR, em seus diversos níveis.

Com o estabelecimento de novas diretrizes e princípios, determinados pelo Plano de Governo, em 2003, os critérios para constituição das microrregiões foram alterados especialmente para permitir a identificação de microrregiões do PDR 2000/2002, que, juntas, pudessem agregar potencial de escala para garantir, com qualidade, racionalidade e eficiência, a prestação descentralizada de serviços da Média

Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, incluindo alguns serviços da Alta Complexidade, como, por exemplo a Terapia Renal Substitutiva.

Com a conclusão da Programação Pactuada Integrada (PPI) 2001/2002 e dos estudos de revisão do fluxo hospitalar das internações de 2003, confirmou-se o que já estava previsto no PDR-2000/2002, isto é, a necessidade de ajustes no desenho das macros e microrregiões, observando-se, agora também, os princípios de economia de escala e escopo e as condições viárias. Para incorporação desses princípios ao PDR, os critérios operacionais adotados foram os a seguir discriminados:

Para **Ganho de escala**

Para se adequar ao Plano de Governo proposto para o período 2003/2006 e com base nas novas diretrizes, os princípios de economia de escala e escopo foram incorporados ao PDR, e os critérios de acessibilidade viária e geográfica revistos. Valendo-se dos estudos desenvolvidos por Aletras & Sheldon (1997)¹, adotou-se o critério populacional de 100.000 a 150.000 habitantes como ideal para dimensionar uma microrregião. Por esse mesmo estudo, um hospital entre 100 e 200 leitos teria viabilidade econômica para garantir qualidade e o elenco de serviços esperados em um polo microrregional. Tais estudos serviram de base para constituição das micros em cujo polo se deveria identificar e fortalecer, através do PDI – Plano Diretor de Investimento, hospitais que seriam unidades de referência para a micro (Figura 6).

Nesses termos, foi acordado na CIB/SUS/MG:

- a) População mínima de 150.000 habitantes para constituição das microrregiões.
- b) Para maior acessibilidade e proximidade da população aos serviços, quando a distância e as condições viárias² se comprovem deficientes, a opção será manter a micro com baixa escala e viabilizá-la com investimentos adicionais, de preferência com custeio estadual, especialmente para os programas prioritários.

¹ Embasamento Técnico: ALETRAS, V. ; JONES A & SHELDON, T.A. Economies of scale and scope. IN: FERGUSON, B. ; SHELDON, T.A. & POSNETT, J. Concentration and choice in health care. London: Financial Times Healthcare. 1997.

² Utilizada técnica proposta pelo Prof. e Consultor da OPAS, Ezequiel Paz.

OBJETIVOS	CRITÉRIOS
A – Ganho de Escala	Mínimo 150.000 habitantes para microrregião
B – Acessibilidade geográfica e viária	a) Distância em Relação ao Polo – 150 Km b) Máximo de 2 horas em vias não pavimentadas, ideal 1h e 20 minutos
Desconsidera-se o critério da escala quando as condições de acesso são desfavoráveis	

Fonte: CP/AGE/SES/MG, 2003

Figura 6

Acessibilidade geográfica e viária, até o polo da microrregião:

A acessibilidade viária e geográfica, com base nos estudos e orientações de Dr. Ezequiel Paz, consultor da OPAS/OMS, ficou estabelecida entre 120 km a 150 km como a distância máxima de um município em relação ao polo, ou 2 (duas) horas em vias não pavimentadas. Essa distância, segundo tais estudos, não coloca em risco a população usuária, permite a organização de redes de atenção através de sistemas de transporte em saúde e a estruturação de unidades assistenciais, ambulatoriais e hospitalares, com portes adequados para garantir a sua viabilidade econômica, com eficiência, eficácia e qualidade dos serviços. Baseando-se nesses critérios, as microrregiões foram reavaliadas, e estudadas as possibilidades de agregação entre micros vizinhas, considerando-se:

- a) até 150 km em estrada de asfalto
- b) até 2 horas em condições viárias deficientes

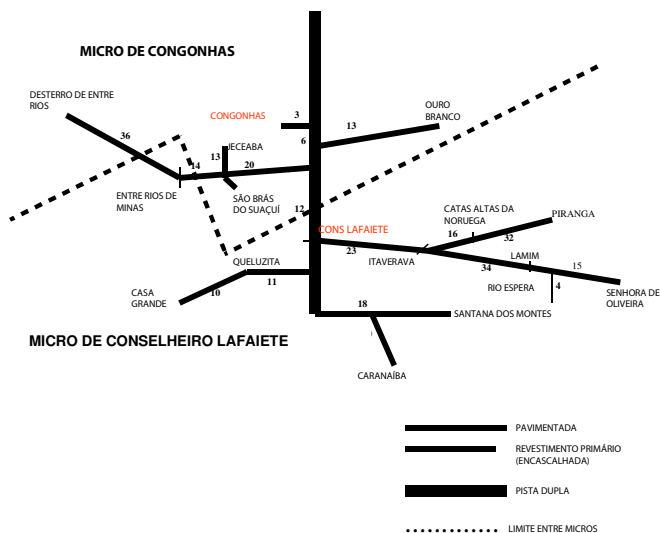
Para delimitação de uma microrregião, conforme nível e elenco, além do fluxo de cada município ao polo, foram avaliadas, além da escala, a distância e condições viárias. A identificação final do(s) polo(s) deu-se considerando os equipamentos disponíveis e a avaliação da distância em relação aos eventuais polos microrregionais identificados, os de fato, os alternativos e os complementares. Para tanto, foi efetuado o mapeamento rodoviário de todas as micros e das micros com possibilidade de agregação.

A Figura 7 é um exemplo do estudo sobre acesso viário, efetuado para todas as microrregiões do Estado, em 2003. Hoje, com novos recursos tecnológicos incorporados à avaliação do PDR, procura-se

manter sempre atualizada essa informação e dizer das condições de acesso viário em horas. Tal informação ainda é importante para definição das redes assistenciais e foi utilizada sobretudo pela Coordenação do Programa de Urgência/Emergência, em moldes semelhantes ao exemplificado no Mapa 3, constante do capítulo V.

2003: EXEMPLO DO ESTUDO DE AGREGAÇÃO DE MICROS E ACESSIBILIDADE

(Técnica do Consultor da OPAS – Ezequiel Paz)



Distância de Desterro Entre Rios, município mais distante em relação ao polo, Conselheiro Lafaiete = 82 km
 Fonte: MALACHIAS, I.
 CP/AGE/SES-MG, 2003.

Figura 7

Na mesma lógica da economia de escala, há que se definir e orientar a organização das redes ou, ainda, pode-se regionalizar um município de acordo com seu porte populacional. Portanto, um município de grande porte que de início é responsável pela atenção primária pode, nos termos propostos pelo PDR/MG, mesmo não dando cobertura a outros, ter serviços organizados correspondentes ao elenco de serviços que é o atribuído a uma microrregião.

Essa observação acima implica retomar, ou deixar mais evidente, que o objeto do PDR-SUS/MG é a unidade federada. Assim, por questões de investimento e maior facilidade na cogestão, as regiões interestaduais serão trabalhadas em projetos específicos e, sobretudo, através da PPI, pelo menos nessa etapa dos trabalhos.

CAPÍTULO V – O MODELO ASSISTENCIAL E O MODELO DE REGIONALIZAÇÃO – NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE E NÍVEIS DE REGIONALIZAÇÃO

MODELO ASSISTENCIAL - É a definição dos agrupamentos de serviços esperados para cada nível de regionalização, ou seja, identificação dos serviços considerados emblemáticos para atendimento às necessidades de saúde da população em cada nível de agregação de território sanitário, de forma a subsidiar a necessária articulação, considerando-se a economia de escala.

O “Modelo Assistencial” determina a estruturação geral do PDR e é a descrição de alguns dos procedimentos mais emblemáticos, que, conforme densidade tecnológica e economia de escala, caracterizam cada nível de regionalização.

MODELO DE REGIONALIZAÇÃO - É o estabelecimento dos níveis de regionalização que deverão compor um Plano Diretor de Regionalização tendo em vista os níveis de atenção à saúde considerados ideais para a organização, descentralizada e articulada das redes de serviços, reguladas ou não.

O modelo de regionalização adotado é constituído pelo nível ou espaço municipal responsável pela oferta de serviços de atenção primária à saúde; o nível ou espaço microrregional que agrega tecnologias de média densidade e exige escala intermediária para garantir custo-benefício e qualidade; o nível ou espaço macrorregional que agrega procedimentos de demanda ainda mais rarefeita e/ou que requer alta densidade tecnológica, ou alto grau de especialização, e exige, assim, agregação de escala ainda maior do que o nível microrregional, para garantir qualidade e viabilização financeira.

Para a adequação desse “Modelo” às diretrizes preconizadas pelo Plano de Governo, em 2003, a “Tipologia” foi revisada, conforme já mencionado. A Figura 8 procura representar o modelo de regionalização e

sua correlação com o modelo de atenção à saúde, aqui indicando apenas alguns serviços emblemáticos ou caracterizadores do nível respectivo.

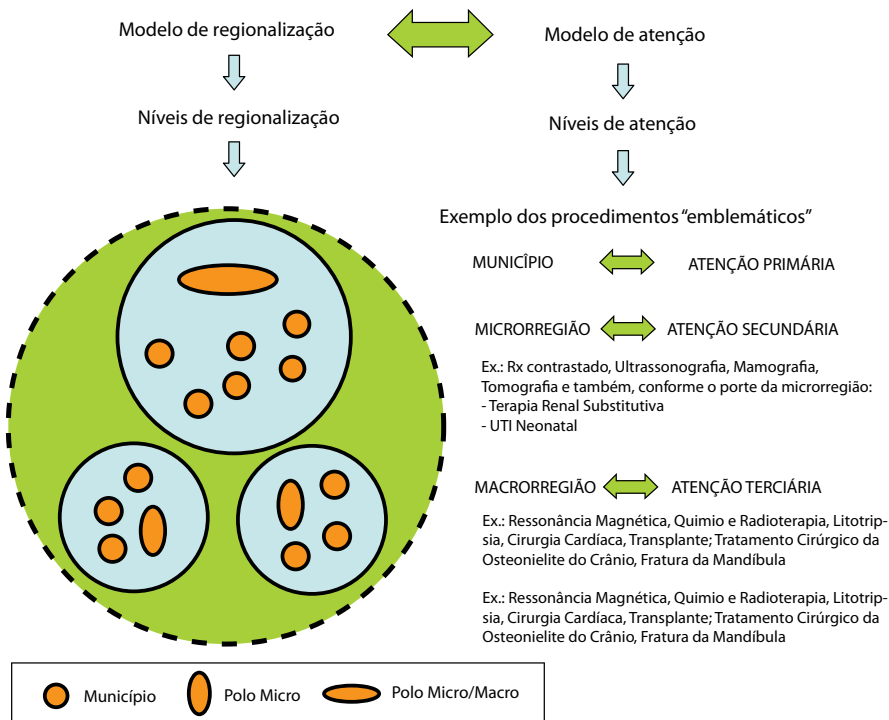


Figura 8

Os procedimentos sumariados no modelo de atenção, Figura 8, referem-se apenas aos emblemáticos de cada nível. Contudo, todos os procedimentos da Tabela SIAH do MS compõem a tipologia que descreve e detalha o modelo.

Sem perder de vista a “Tipologia Assistencial”, o perfil de atendimento requerido para o nível micro ou macro poderá variar entre um mínimo e o ideal, conforme o porte populacional e econômico. Os vazios assistenciais, as clínicas ou os procedimentos não executados,

embora esperados conforme tipologia, irão indicar a necessidade de investimentos a curto ou a longo prazo, uma vez observadas a Tipologia e sua adequação à realidade local.

Os serviços a ser ofertados e que exigem maior proximidade do usuário são, geralmente, os de maior demanda e, concomitantemente, aqueles que não requerem escala, que têm menor custo e maior disponibilidade de recursos e cujo acesso está diretamente relacionado a distância – quanto menor a distância, maior a demanda. O perfil de procedimentos ou serviços a ser ofertados nos espaços microrregionais e macrorregionais serão os de maior densidade tecnológica e custo e que requerem, portanto, maior escala, agregação de demanda. O nível macrorregional terá outro perfil, ou seja, outros serviços ou elenco de clínicas e procedimentos que geralmente têm uma demanda ainda menor, cuja distância não vai interferir no fluxo e que, portanto, vão exigir maior agregação de escala. Um polo macro pressupõe ou incorpora os ofertados em um polo micro e, obviamente, os serviços próprios do município – a atenção primária.

Cabe também considerar que as necessidades de populações mais isoladas prevalecem sobre a racionalidade que propõe o menor custo. A escala não abre mão da qualidade, aliás, garante-a através da repetição, da especialização e da incorporação de tecnologias.

Tipologia - é a definição pormenorizada, por nível de atenção/regionalização, de uma “referência ideal” para prestação de serviços assistenciais ambulatoriais, e hospitalares. Em outros termos, é a descrição da oferta de serviços esperada por nível de atenção, serviços esses ordenados com base na distribuição lógica e calculada dos procedimentos da Tabela SIA/SIH do MS entre os níveis de regionalização/atenção, considerando os princípios de economia de escala e escopo.

Para a definição da tipologia e dos elencos respectivos, foram consideradas:

- as linhas guia do SUS/MG
- a densidade tecnológica/economia de escala

- a análise da viabilidade de investimento e de fixação de RH de grande especialização

Elenco - É a designação atribuída a cada conjunto de procedimentos de serviços ambulatoriais e hospitalares que compõem a tipologia de serviços do SUS/MG, conforme PDR/MG; são os procedimentos da Tabela SIAH do MS descritos por nível de regionalização/atenção, reagrupados por clínicas e especialidades médicas e que compõem a tipologia de serviços.

O “Modelo Assistencial - níveis de atenção e de regionalização” – foi minimamente descrito no PDR 2002 e elaborado através de pesquisa da produção de serviços, da capacidade instalada ou do potencial de viabilização de recursos tecnológicos por porte de municípios de MG. A análise desses dados, após confirmação dos fluxos populacionais para esses municípios, por grupos de procedimentos do SIA e SIH, serviu de base para se delinear os perfis de atendimento esperado por e para agregados populacionais de médio e grande portes. O registro comum de demandas para municípios de portes equivalentes serviram para, dentre outros critérios, caracterizar os níveis dos “Modelos” adotados, o Assistencial e o de Regionalização. Ou seja, o registro de um conjunto de equipamentos pré-listados como mínimo ideal em determinados municípios resultou, no Estado, na identificação dos polos e na confirmação do perfil de clínicas ou dos grupos de procedimentos esperados por micro ou macrorregião.

Conforme já citado em capítulos anteriores na versão 1999/2002, o Modelo de Regionalização do PDR/MG Assistencial foi organizado em seis níveis, detalhados no documento publicado à época (vide Anexo IV) e correlacionados aos níveis de atenção:

Município: responsável pela oferta de procedimentos da Atenção Básica e Atenção Básica Ampliada, conforme Anexo I da NOAS/01 de 2001.

Módulo Assistencial: Município ou conjunto de municípios com capacidade de oferta parcial de totalidade de serviços da média complexidade.

Microrregião de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção secundária com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e alguns serviços de alta complexidade, constituída por um ou mais módulos assistenciais. Apresenta nível tecnológico de média complexidade e abrangência intermunicipal.

Região Assistencial: Base territorial de planejamento da atenção à saúde no Estado de Minas Gerais, que engloba um conjunto de microrregiões definida de acordo com características demográficas, socioeconômicas, geográficas sanitárias, epidemiológicas com oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares da média complexidade e alguns da alta complexidade.

Macrorregião de Saúde: Base territorial de planejamento da atenção à saúde, que engloba regiões e microrregiões de saúde e oferta de alguns serviços da média complexidade de maior especialização e a maioria de serviços da alta complexidade.

A comprovação de serviços de alguns fatos, tais como a altíssima especialização, em algumas clínicas – à época, a “genética” e a radiologia intervencionista, a grande concentração de serviços na região central do Estado e a impossibilidade de descentralização, a curto prazo, da maioria dessas, levou à constituição de um polo estadual em Belo Horizonte. Aqui cabe um parêntese: a força desse polo mantém-se ainda hoje apesar dos esforços de descentralização regional ocorridos entre 2003 e 2009.

Assim, a cada agregação de território, espaço de inter-relações e de referências, corresponde a um nível de atenção à saúde que, na tipologia assistencial e para diálogo com os sistemas nacionais, tem os procedimentos da Tabela SIAH do MS reagrupados conforme os níveis do modelo de atenção definido para o SUS/MG. A essa descrição designa-se elenco. A título de exemplo, os elencos definidos para a assistência hospitalar são os seguintes:

- 1) Ao município, território sanitário responsável pela atenção primária cabe ofertar/organizar o elenco Média Complexidade Básica (MCHB);

- 2) À microrregião, em seu polo, de forma solidária e conforme o porte populacional da micro, cabe a organização/oferta dos elencos Média Complexidade Hospitalar 1 e 2 (MCH1 e MCH2);
- 3) À macrorregião, no polo macrorregional, cabe a organização/oferta dos elencos Alta Complexidade/Média Complexidade Especial (AC/MCHE).

Os cerca de 3.000 procedimentos da nova Tabela SIAH estão reinterpretados na tipologia do PDR/MG e relacionados por elenco sem deixar de informar também as categorias do grau de complexidade atribuídos na Tabela do MS. A categoria de complexidade apontada pelo MS não tem correspondência direta com os níveis de regionalização/níveis de atenção à saúde propostos pelo PDR/MG. A descrição dos elencos aponta alguns procedimentos da Alta Complexidade (AC) para o nível microrregional, alguns da Média Complexidade (MC) no elenco de responsabilidade da macrorregião. Tal distribuição está sempre relacionada aos critérios de escala e de distribuição e fixação de recursos humanos superespecializados.

A adequação à Tabela SIAH, efetuada em 2009, não foi mecanicamente processada. Foram criticados e revistos os níveis/elencos daqueles procedimentos agrupados e/ou dos incorporados na nova tabela. O resultado apurado foi novamente submetido à validação por parte dos especialistas médicos, nos mesmos termos da metodologia utilizada para definição da tipologia original.

A revisão do “**Modelo Assistencial/Tipologia**” envolveu também outras definições, e o **Modelo de Regionalização** então adotado com base no novo modelo de atenção à saúde passou a ser composto de três níveis conforme exposto a seguir, e que gerou também redefinição dos conceitos de polos micro e macrorregional.

MUNICÍPIO – Base territorial de planejamento da atenção primária à saúde, sendo preferencialmente organizada e ofertada por meio de equipes de PSF.

MICRORREGIÃO DE SAÚDE – Base territorial de planejamento da atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e, excepcional-

mente, de alguns serviços de Alta Complexidade (AC), caso da Terapia Renal Substitutiva (TRS). Deve ser constituída por um conjunto de municípios contíguos, com população de cerca de 150.000 habitantes que estão adscritos a um município de maior porte (município polo) com oferta mais ampla do elenco proposto para o nível micro.

MACRORREGIÃO DE SAÚDE - Base territorial de planejamento da atenção terciária à saúde que engloba microrregiões de saúde (e seus municípios) em função da possibilidade de oferta e acesso a serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares de maior densidade tecnológica: a Alta Complexidade (AC) nos termos da Tabela do Ministério da Saúde (MS) – SIA e SIH. Deve ainda ter capacidade de oferta de Procedimentos de Média Complexidade Especial. Esses procedimentos, embora da MC, requerem maior tecnologia, sua oferta é rarefeita no Estado e a demanda requer agregação, ou seja, formação de escala. A abrangência deve ser macrorregional, para uma população em torno de 1.500.000 habitantes.

O **município polo** é caracterizado como aquele que exerce força de atração sobre outros, em número comparativamente significativo, por sua capacidade atual e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados.

Na área da saúde, apresenta capacidade histórica, atual e potencial, de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda espontânea ou referida por serviços médico-assistenciais, que, embora raros, requerem maior incorporação de tecnologia e que, portanto, exigem maior escala para garantir sua oferta com economia e qualidade.

Em termos esquemáticos, pode-se caracterizar os polos conforme avaliações abaixo indicadas.

CARACTERIZAÇÃO DE UM POLO MACRO:

- Município que recebe maior frequência absoluta e relativa de referência dos residentes nas microrregiões da macro para os serviços ambulatoriais e hospitalares, especialmente para alguns serviços estratégicos.
- Âmbito de cobertura – maioria absoluta das micros adscritas.

- Oferta o maior percentual de clínicas/procedimentos do elenco ou da Carteira de Serviços Macrorregional

CARACTERIZAÇÃO DE UM POLO MICRO:

- Município que recebe maior frequência absoluta e relativa de referência dos residentes na microrregião para os serviços ambulatoriais e hospitalares.
- Âmbito de cobertura – maioria absoluta dos municípios adscritos.
- Oferta o maior percentual de clínicas/procedimentos do elenco ou da Carteira de Serviços Microrregional
- Município de maior população e desenvolvimento atual e potencial, com capacidade de fixação de RH do nível assistencial (Mapa 4).

Se os níveis de regionalização e atenção estão caracterizados por e para um propósito, os respectivos polos devem concentrar a maioria dos elementos caracterizadores, devem atender ao propósito de organizar a oferta e ordenar a demanda em cada nível para a efetividade da economia de escala. Noutros termos, aos municípios em geral e aos municípios polo em particular cabem a missão ou a função esperada para o nível, conforme tipologia de serviços do PDR-SUS/MG.

FUNÇÃO é uma atribuição do nível de atenção/regionalização tendo em vista a integração vertical das redes de serviços, ambulatoriais e hospitalares, conforme PDR/MG e tipologia, detalhada na Carteira de Serviços do SUS/MG.

A função de um nível, na área hospitalar, pelo princípio da escala e concentração de serviços de maior densidade tecnológica e gerencial, concretiza-se nas unidades hospitalares, conforme critérios predefinidos:

- nos municípios não polo, em um hospital municipal;
- nos municípios polo, em uma ou em diversas unidades assistenciais de referência (UR) ou hospitais regionais (HR).

A função do nível municipal também se pode organizar em um ou mais hospitais municipais (HM), conforme o porte do município. O Mapa 3 ilustra os resultados apurados com base nesses conceitos em duas das macrorregiões do Estado (a Oeste e a Sul) e suas microrregiões.

COMPONENTES DA FUNÇÃO

A função esperada para um município nos termos do PDR/MG, município polo micro ou macrorregional ou não, na assistência hospitalar é concretizada por um ou mais hospitais, e o alcance ou não da função deverá ser avaliada nos seis componentes e critérios operacionais:

- 1) **Elenco** – oferta acima de 55% das clínicas de especialidades do elenco respectivo – o do nível municipal, o do nível microrregional ou o do nível macrorregional. Para desempate ou para alguma avaliação específica, deverão ser avaliadas algumas clínicas dos níveis micro e macro, pontuando as que requerem maior escala ou as consideradas estratégicas na região.
- 2) **Localização** – municípios conforme porte populacional ou os municípios polo de região, micro ou macro, conforme PDR/MG.
- 3) **Âmbito de cobertura** – atendimento da absoluta maioria dos municípios da micro ou das micros de uma macro.
- 4) **Fluxo de internações** – movimento constante, usual, e geralmente o maior volume proporcional de referências para um município ou unidade prestadora.
- 5) **Volume e tipo de internação** – maior frequência por elenco e clínica de especialidade.
- 6) **Porte do hospital** - número de leitos que caracteriza o hospital como pequeno, médio ou grande e, de preferência, Hospital Geral e/ou de Ensino, Hospital Universitário.

FUNÇÃO DOS POLOS NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

- 1) Macro: ofertar, em âmbito macrorregional, para população em torno de um milhão e quinhentos mil habitantes, os serviços do elenco macro definido para assistência hospitalar – AC/MCHE.

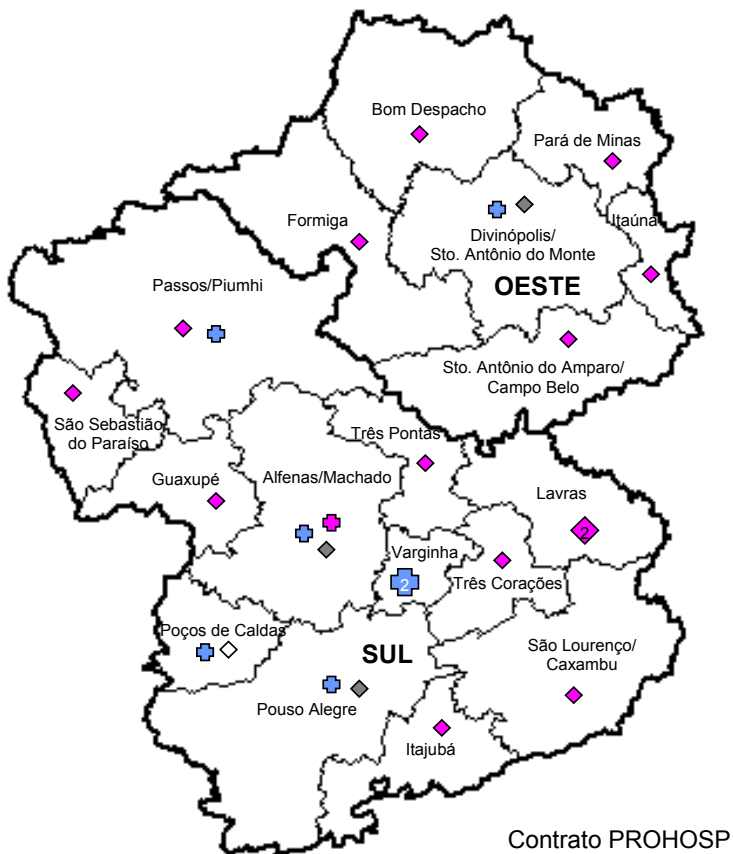
- 2) Micro: ofertar, em âmbito da microrregião, os serviços do elenco micro para a assistência hospitalar:
 - 2.1) elenco total ou completo (MCH1) – esperado para todas as micros, a longo prazo, e/ou curto prazo para micros com maior densidade populacional (cerca de 100.000 hab);
 - 2.2) um elenco mínimo (MCH2) – esperado para micros em etapa inicial de organização de uma micro/polo ou micro de pequeno porte populacional (abaixo de 100.000 hab., ou em média de 80.000 hab.).

Os elencos se acumulam:

- Num polo e/ou num Hospital Geral de Função Macro, poder-se-á observar as ofertas dos elencos MCHB + MCH2 + MCH1+ AC/MCHE.
- Num polo micro e/ou num Hospital de Função Micro, poder-se-á observar MCHB + MCH2 + MCH1.

MAPA 3

Distribuição espacial dos hospitais das macrorregiões Oeste e Sul, segundo função assistencial



LEGENDA

Função Assistencial

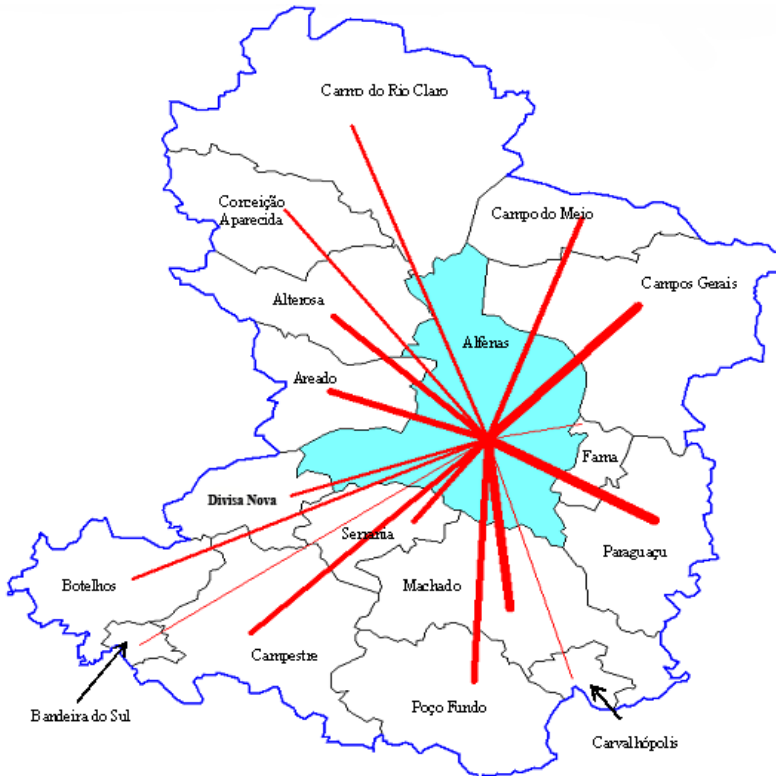
- Macro
- Micro
- Municipal relevante
- Demais

- Hospital de referência macrorregional
- Hospital de referência microrregional

Caracterização do município polo com base no exemplo da microrregião Alfenas/Machado

Fluxo e Cobertura de Internações do elenco MCH1 – as esperadas para o nível microrregional, da Micro Alfenas/Machado, com ocorrência no município de Alfenas.

Caracterização de Alfenas, como município polo: maior % do elenco, maior volume, fluxo, maior abrangência e cobertura, dos municípios no elenco, maior porte municipal, o que o torna responsável pela oferta e credor de reforços financeiros para cumprimento da função de polo microrregional. Tal política de incentivos financeiros garante a regionalização e, portanto, a viabilidade da organização dos serviços em rede e conforme economia de escala.



MAPA 4

O Mapa 5 caracteriza outro município da mesma micro que, com os mesmos critérios e numa avaliação comparativa, não se destaca como polo, o caso de Machado: apenas dois municípios efetuam algumas referências; os outros referenciam apenas 1 (uma) interação.



MAPA 5

CAPÍTULO VI – METODOLOGIA

Para elaboração do PDR/MG, foi delimitado o âmbito da unidade federada e definidos princípios e conceitos que contemplassem a descentralização sem perda da visão global e sistêmica do SUS e da política estadual de saúde.

Foram utilizados métodos quantitativos e qualitativos para constituição dos modelos de atenção e de regionalização, com posterior definição dos espaços territoriais. Os estudos estatísticos elaborados usaram as bases de dados do Datasus, especialmente o SIAH. As avaliações de fluxo, contudo, tendo em vista as análises requeridas pela construção de uma tipologia específica conforme modelo de atenção aprovado para o SUS/MG, exigiram adequação dos programas e softwares disponibilizados pelo MS.

O enfoque qualitativo baseou-se em discussões, entrevistas com especialistas e atores envolvidos no processo, reuniões e oficinas de trabalho, conduzidas desde todo o período de estudos e formatação de propostas até a definição final sob coordenação da SES/MG. Para elaboração dos mapas, foram utilizados e adaptados recursos e técnicas de imagem, técnicas de cartografia foram posteriormente utilizadas para avaliação e distribuição dos serviços por função e para subsidiar a organização das redes de urgência/emergência e do PROHOSP.

Na metodologia adotada para elaboração do PDR, seja para a versão inicial, a de 1999/2002, seja para a revisão que resultou no PDR vigente, foram efetuados levantamentos bibliográficos, estudos na literatura disponível, consulta às normas do Ministério da Saúde e às experiências de outros Estados. Após diagnósticos das condições de saúde da população do Estado e análises da distribuição e padrões espaciais de conjuntos de serviços, foram elaboradas propostas de modelos de atenção por níveis de regionalização. Foram posteriormente estabelecidos contatos, discussões e acordos com especialistas, consultores da SES/MG, do CES/MG e COSEMS/MG, para ajustes da proposta e, finalmente, para aprovação dos modelos e do PDR, com publicação em 2002.

Na revisão do PDR efetuada em 2003, a esse processo de trabalho foram agregados critérios operacionais para dimensionamento dos princípios e diretrizes da economia de escala e escopo. Confirmou-se, então, a necessidade de agregação de algumas das microrregiões estabelecidas anteriormente no período 1999/2002.

Conforme citado anteriormente e como etapa inicial, foi construído, conforme terminologia da época, o “Modelo Assistencial de Organização dos Serviços de Saúde, por Níveis Crescentes de Complexidade Tecnológica”. A mesma lógica e ordenação utilizada para se construir o modelo de 1999 a 2002 foi adotada para a versão 2003 do PDR. A tipologia resultante foi posteriormente aprovada pela Comissão SES/COSEMS/MG do Pacto pela Saúde, com a denominação “Modelo Assistencial de Organização de Serviços por Níveis de Regionalização/Atenção à Saúde, segundo Densidade Tecnológica”.

No primeiro modelo, propunha-se a organização das ações e dos serviços de saúde em seis níveis de atenção, conforme agregação tecnológica e a definição dos “perfis ideais” ou tipologia de serviços esperados, por nível de atenção. Esses perfis, ou relação de clínicas de especialidade médica e procedimentos respectivos, foram definidos a partir de uma sequência de avaliação dos dados do SIA e SIH/SUS.

O diagnóstico elaborado para estudo do PDR apontou informações e aspectos que foram desdobrados posteriormente e correlacionados com as hipóteses de construção de modelos de organização considerados mais racionais.

O padrão de oferta de serviços observados e correlacionados a padrões de municípios ordenados por porte e localização levou à identificação de municípios com maior agregação de serviços e fluxo por suas características socioeconômicas e potencial de expansão; padrões de fluxos de serviços hospitalares por clínica e por procedimentos correlacionados a padrões de fluxos e serviços ambulatoriais e organização dos municípios por porte e localização. Foram, então, organizados perfis de serviços “ideais” e diferentes dos ofertados por nível de atenção. Assim, os grupos e procedimentos da Tabela de Procedimentos Ambulatoriais e Hospitalares do SUS-SIA/SIH foram,

após tais levantamentos e análises, reagrupados numa nova lógica e orientaram novas pesquisas de fluxo. Procedeu-se, então, discussão com especialistas por clínica médica e epidemiólogos voltados para organização de serviços. Tal raciocínio foi montado para a elaboração inicial do PDR e sua revisão em 2003.

Os estudos para a elaboração da versão 1999/2002 buscaram identificar os municípios com potencial para sediar os módulos, como era proposto pela NOAS, e os polos – os das microrregiões, os das mesorregiões e os das macrorregiões. Os municípios foram avaliados no perfil de atendimento dos serviços hospitalares e ambulatoriais em relação ao Modelo de Atenção/Tipologia definidos como metas, como referencial de serviços a ter sua oferta expandida. Nessa fase, foram realizados levantamentos da produção ambulatorial e de fluxos das internações hospitalares, através dos Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares (SIA/SIH/SUS); das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APAC); da capacidade instalada: n° de hospitais e leitos, equipamentos instalados, leitos de UTI; e recursos humanos por especialidade. As condições socioeconômicas e geográficas da região/ município também foram avaliadas.

As informações apuradas nesses levantamentos foram correlacionadas com modelo assistencial predefinido, em seus seis níveis, e identificados os municípios que corresponderam aos critérios e perfis de serviços propostos por nível de atenção do modelo. Assim estabelecidos, foram pré-selecionados os possíveis polos de uma região. Os fluxos de usuários, avaliados conforme condições viárias e de acesso, foram novamente analisados, estabelecendo-se, em relação aos polos, a área de abrangência de cada módulo, microrregião, região assistencial ou macrorregião.

Foi assim organizada uma primeira aproximação do que seriam as micros/macrorregiões encaminhadas pelo CP da AGE/SES/MG às Câmaras Técnicas Regionais para análise e sugestões. O Grupo Técnico de Regionalização/Nível Central coordenou a compatibilização das propostas. O processo de discussão do grupo de nível central com as Câmaras Técnicas Regionais foi desenvolvido durante todo o processo de elaboração do PDR.

Em 2003, com a posse de novo governo no Estado, o PDR foi revisado para se adequar às diretrizes constantes do Plano de Governo. O novo “Modelo Assistencial” teve seu detalhamento na “Tipologia de Serviços” redefinido, sendo categorizado como elenco de clínicas/procedimentos por nível de atenção/regionalização. Para essa finalidade, foram atualizados os estudos e as pesquisas anteriormente elaborados objetivando nova avaliação das relações existentes entre os procedimentos por nível, internáveis, densidade tecnológica, a escala e as regiões do Estado. Também foram novamente considerados: a distribuição espacial, atual e potencial, da oferta e produção de serviços; a concentração e dispersão dos serviços; a densidade populacional por região; os equipamentos urbanos e as condições de fixação de RH especializados e de especialidades. As descrições do “Modelo/Tipologia”, a mais genérica, como a de 2000, e a mais detalhada, como a de 2005 e a de 2009, estão exemplificadas nos Anexos IV e V.

A de 2009, mais recente, consta do Anexo V com citação de exemplos da assistência hospitalar, uma vez que a transcrição dos cerca de 3000 procedimentos não se aplica a esta publicação. A tipologia adotada em 2000, embora já superada pela “Tipologia” constante da “Carteira de Serviços” do SUS/MG de 2009, foi aqui inserida (Anexo IV) a título de registro histórico e para fins de comparações futuras, já que se encontra esgotada a publicação original (vide referências bibliográficas). A adequação da tipologia/elencos da assistência ambulatorial à nova Tabela do MS, implantada em 2008, ainda não foi concluída e não está aqui exemplificada. A anterior permanece disponibilizada no site da SES/MG.

Para a primeira definição espacial do PDR ou para a versão de 2003, foram mapeados, além do fluxo das internações hospitalares e da produção ambulatorial dos procedimentos de alta complexidade, os sistemas e as condições viárias de acesso de cada município aos diversos polos microrregionais. A metodologia utilizada para a revisão foi, portanto, similar à anterior, mas novos critérios e princípios foram operacionalmente incorporados objetivando viabilizar as diretrizes de economia de escala e escopo.

Com a incorporação desses princípios, as microrregiões de pequeno porte, constituídas no PDR-2000/2003, foram reavaliadas, e estudada a possibilidade de agregação de micros vizinhas. Os critérios de acessibilidade viária e geográfica foram alterados, segundo técnicas propostas pelo consultor da OPAS Dr. Ezequiel Paz. O levantamento de distâncias e acesso viário e geográfico das diversas microrregiões foi feito, e, conforme os critérios de acessibilidade, apontadas microrregiões passíveis de agregação para ganho de escala.

Foram, assim, agregadas microrregiões circunvizinhas, com baixa densidade populacional, mas com possibilidade de acesso dentro dos critérios adotados. Para exemplificar tais situações, cabe citar alguns casos:

- A micro Salinas, com 68.706 habitantes, agregou-se com a micro Taiobeiras, com 114.953 habitantes, totalizando 183.659 habitantes na nova micro.
- As micros de Mantena e Resplendor foram mantidas com baixa escala, por razões de acessibilidade.

Para a realização desse e de outros ajustes, assim como ocorreu durante o processo de elaboração do PDR, o CP/AGE e atual AGR tem contado com ampla participação dos gestores, os dos níveis central, regional e local, da Comissão SES/COSEMS/MG e das CIBs micros e macros, assim como com a colaboração e aprovação do CES/MG e da CIB-SUS/MG.

A incorporação de novos critérios, quando necessários, ocorreu após discussão e aprovação prévias, mantidos os princípios, objetivos e critérios básicos e estruturadores conforme política estadual. A discussão de interesses regionais convergentes ou distintos que envolvem o PDR exige a definição de um momento único para a discussão dos ajustes, o que garante chances iguais e oportunas para as negociações e os entendimentos. Além desse processo democrático de discussão dos interesses com atores diferentes, os ajustes pautados e agendados garantem a manutenção da lógica do modelo, do plano estadual e a coerência interna das propostas. A visão de conjunto, global, permanece mantida conforme se espera de um plano diretor.

Pode-se sintetizar as etapas e os passos para elaboração do PDR/MG, conforme esquema a seguir. Assim, para a versão 1999/2002 e para a atual, foram implementadas duas grandes etapas, ou melhor, momentos, ambos com o mesmo desdobramento:

- 1º) Definição do Modelo de Atenção/Modelo Assistencial – níveis e serviços emblemáticos por nível.
- 2º) Definição do Modelo de Regionalização – níveis e desenho espacial.

Os passos para cada um desses momentos podem ser sintetizados como a seguir:

1. Levantamentos bibliográficos e de dados de produção.
2. Análise da distribuição e da concentração de serviços/produção por procedimento no espaço territorial do Estado e identificação e análise de padrões ou de conjuntos específicos de serviços.
3. Definição dos modelos de Regionalização e de Atenção à Saúde: níveis e principais conteúdos e serviços emblemáticos.
4. Discussão e aprovação do “Modelo de Atenção/Regionalização” com o COSEMS/MG e o CES/MG.
5. Descrição mais detalhada do modelo de atenção, relacionando os procedimentos por nível de atenção – elencos ou “perfil ideal” de serviços esperado por nível de regionalização: pesquisa e validação pelas áreas técnicas e por programa.
6. Novo levantamento e análise da produção de serviços e fluxos, ambulatoriais e hospitalares, objetivando detalhamento e identificação preliminar dos prováveis municípios polo e municípios na sua órbita ou periféricos, conforme “Modelo de Atenção” aprovado:
 - 6.1. levantamentos e análise dos dados por municípios, conforme porte populacional e situação socioeconômica: produção de serviços; capacidade instalada; internação de residentes e não residentes; fluxos;

- 6.2. análise do perfil de produção dos serviços hospitalares e ambulatoriais em relação ao “Modelo de Atenção” predefinido, com destaque para os serviços mais emblemáticos;
- 6.3. análise dos conjuntos e das associações observadas entre condições sociodemográficas e por porte dos municípios e o perfil de atendimento por porte de municípios esperado, conforme tipologia esperada e localização;
 - 6.3.1. seleção dos municípios polo em potencial.
 - 6.3.2. avaliação do fluxo dos serviços mais emblemáticos por municípios “polo”;
 - 6.3.3. identificação preliminar dos polos e municípios na sua órbita ou periféricos, ou seja, esboço preliminar da composição e número das microrregiões e macrorregiões.
7. Apresentação do esboço preliminar em reuniões de discussão, sucessivas e por níveis de gestão:
 - 1ª) Discussão em nível central com representantes do CES/MG, de Conselhos Municipais de Saúde, das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) e COSEMS/MG;
 - 2ª) Discussão em nível local/regional, sob coordenação das Gerências Regionais de Saúde (GRSs), com participação dos SMS e de representantes dos CMS.
8. Definição final da adscrição dos municípios por micro/macro, após discussão com a Comissão Bipartite de nível central.
9. Elaboração final do documento PDR (modelo assistencial ou de atenção à saúde e a adscrição dos municípios por micro e macro).
10. Aprovação CES/MG e CIB-SUS/MG.
11. Aprovação pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

CAPÍTULO VII – O DESENHO ESPACIAL DE 1999 A 2002 E O DESENHO ESPACIAL VIGENTE A PARTIR DE 2003

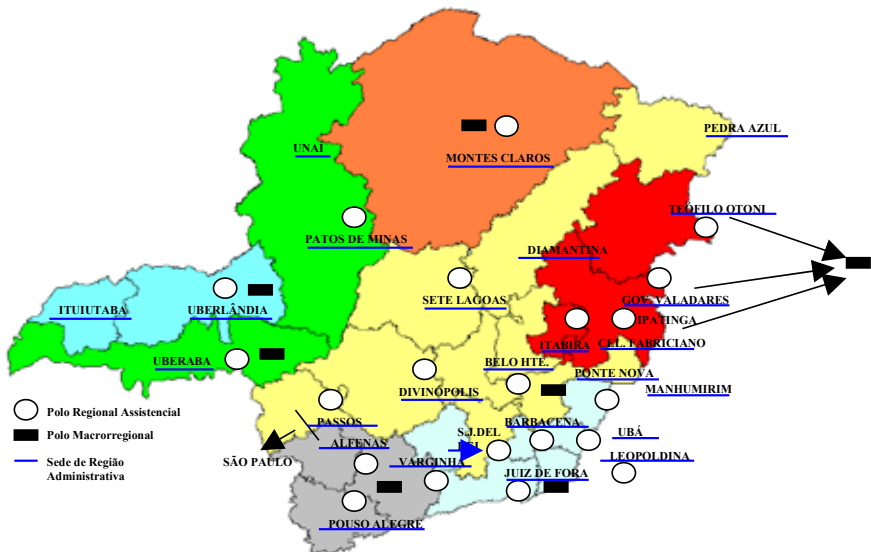
O Estado de Minas Gerais com 853 municípios estava dividido, administrativamente, em 26 Diretorias Regionais de Saúde, as atuais Gerências Regionais de Saúde (GRSs), à época da elaboração do PDR. Essa regionalização político-administrativa não foi, no entanto, a referência para a regionalização da assistência. Os critérios adotados para a proposição do PDR foram diferentes dos anteriormente usados na delimitação da jurisdição das Gerências Regionais de Saúde (GRSs). No PDR, priorizaram-se os fluxos, as necessidades assistenciais da população e a organização da oferta em redes de serviços com agregação de densidade tecnológica, economias de escala e escopo e tendo por finalidade promover assistência integral e equânime à população. Às Gerências Regionais de Saúde coube a viabilização técnica, administrativa e política de condições para o melhor atendimento da população.

Assim, como resultado do Modelo Assistencial, aprovado pela CIB-SUS/MG, o PDR 2000/2002 dividiu o Estado em sete Macrorregiões, 21 Regiões Assistenciais, 95 Microrregiões e 265 Módulos Assistenciais. O Mapa 6 apresenta a conformação final do PDR quanto às macrorregiões.

Esse desenho seria revisto após a PPI 2001/2002, buscando-se desconcentrar a macrorregião de Belo Horizonte, conforme proposta apresentada no Mapa 7, o que de fato não ocorreu, prevalecendo o primeiro desenho até 2003.

MAPA 6

MACRORREGIÕES PDR 1999/2004 1º DESENHO ESPACIAL/ BASE PARA PPI - ASSISTENCIAL 2001 / 2002



Municípios Polo Macrorregionais:

- * Alfenas/Varginha/Pouso Alegre
- * Belo Horizonte
- * Ipatinga/Gov. Valadares/Teófilo Otoni
- * Juiz de Fora
- * Montes Claros
- * Uberaba
- * Uberlândia
- * Belo Horizonte – Polo Estadual

MAPA 7

MACRORREGIÕES PDR 1999/2004 2º DESENHO ESPACIAL/ PROPOSTA PARA 2004, NÃO IMPLANTADO



Fonte: CP/AGE/SES-MG, 2001/2002

No ano de 2003, ocorre a revisão do PDR; as sete macrorregiões e as 21 Regiões Assistenciais existentes no PDR-2000/2002 tiveram as funções e os papéis redefinidos, sendo reformuladas e transformadas em 13 macrorregiões, com 18 polos (Mapa 8).

MAPA 8



Fonte: Centro de Planejamento, 2003; NAR S/AGR, 2010

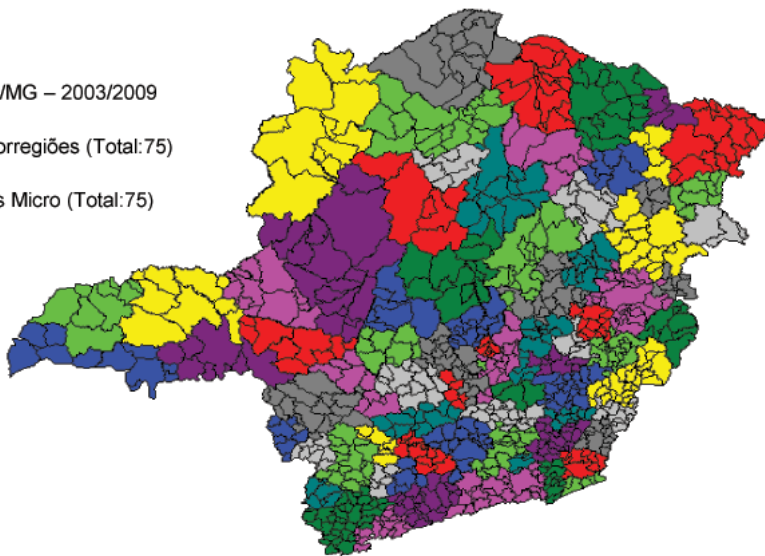
Para as 95 microrregiões, foram atualizados os levantamentos de fluxo hospitalar e efetuados estudos de escala e das malhas viárias, possibilitando a agregação de 20 microrregiões a outras 17, reduzindo para 75 o número de microrregiões. Nas micros agregadas, foram mantidos os polos definidos em 2000/2002, ou seja, tais micros tornaram-se bipolares/tripolares (Mapa 8.1).

MAPA 8.1

PDR/MG – 2003/2009

Microrregiões (Total:75)

CIB's Micro (Total:75)



Fonte: CP/AGE/SES-MG,2003; NARS/AGR/SES-MG, 2009

A constatação da existência de várias microrregiões que, pela sua população, não garantiriam instalação de serviços que requerem escala, implicou a sua agregação à outra, de maior porte, continuando em vigor a referência e o custeio dos serviços existentes em ambos os polos. Cada polo manteria a oferta de serviços à população total da nova micro, desde que em caráter complementar, de forma a realizar, no conjunto, a tipologia definida para o nível de atenção, seja microrregional, seja macrorregional.

No entanto, algumas micros de pequeno porte ainda foram mantidas, quer por sua localização, quer pelas condições viárias e geográficas, onde a agregação resultaria em grande deslocamento da população, dificultando o acesso aos serviços do polo micro. No PDR 2003, após revisão, foram mantidas 13 microrregiões de pequeno porte, com menos de 100.000 habitantes, prevalecendo, nesse caso,

o critério de acesso sobre a escala. Há também cerca de três micros e macrorregiões avaliadas como atípicas em razão de características socioeconômicas, demográficas, mas mantidas por razões de incentivo político à descentralização.

Entre as macrorregiões constituídas, algumas apresentaram “vazios assistenciais” muitos significativos, especialmente no elenco de clínicas da alta complexidade – AC (alta tecnologia). Os serviços, na maioria das macros, não estavam, e ainda não estão completamente estruturados. Em cerca de três macros, consideradas atípicas pela escala e condições socioeconômicas, é baixa a oferta de muitas clínicas/procedimentos do elenco, gerando um fluxo significativo para polos maiores de outras macros. A reorganização dessas macros e a reversão dos fluxos estão na dependência da realização de investimentos, de médio ou longo prazos, mas o acesso da população aos serviços de alta complexidade – AC (alta tecnologia), em outros polos, deve sempre ser garantido através do processo de pactuação – a PPI.

O mesmo raciocínio é válido para serviços do elenco micro. Há também microrregiões que devem ter sua manutenção avaliada mais rigidamente em oportunos ajustes do PDR: são de pequeno porte, localizadas próximas a outra micro, cujo polo exerce força de atração suficiente para inviabilizar as menores. Os ajustes ainda que locais se dão na ótica de um todo, de um sistema, e não apenas em razão de questões ou aspectos pontuais e circunstanciais, portanto, em um momento único para discussão de cada parte de um todo. Cada aspecto isolado interfere no todo e, por vezes, gera conflitos, seja regionalmente, seja em relação a critérios gerais e prioridades de âmbito estadual; portanto, as discussões entre os atores envolvidos deve ocorrer de forma conjunta, num momento único.

No processo de ajuste e com base no estudo do fluxo, houve necessidade de se rever a adscrição de alguns municípios à microrregião; desta forma, ao longo de 2004 a 2009, alguns municípios sofreram modificação na vinculação às microrregiões, e um município, apesar do fluxo sugerir mudança, permaneceu na mesma micro, tendo em vista não romper com o princípio de contiguidade geográfica.

Em 2009, tornou-se necessária a criação de mais uma micro por razões de maior acessibilidade e descentralização.

Considerando ainda a diretriz de se adequar a abrangência das então denominadas “Diretorias Regionais” aos limites da rede assistencial microrregional e objetivando melhores condições de gerência, governança, supervisão e regulação, o Grupo de Trabalho da Regionalização indicou os municípios que deveriam ter sua jurisdição alterada para compatibilizar com os limites das microrregiões. Tal proposta encontrou resistência nos níveis regionais e locais, não sendo possível sua implementação em 2003 nem em 2008. A discussão foi novamente adiada e em 2009 incluída na pauta dos próximos ajustes na tentativa de ampliar os debates e estabelecer consensos sobre essa questão.

Uma das questões mais significativas e a ser oportunamente reavaliada refere-se à microrregião de Guanhães (vide Mapa 9). Essa é, sem dúvida, a região com maiores desencontros entre o desenho espacial do PDR e Gerências Regionais de Saúde (GRSs).

Há ainda outra questão a ser avaliada e discutida com atores envolvidos, oportunamente: a manutenção ou não das micros e macros de pequeno porte populacional.

A proposta vigente da Regionalização da Assistência do Estado de Minas Gerais por macrorregião e microrregião de saúde, incluídos os ajustes realizados até o ano de 2009, está representada no volume II. A relação com a adscrição dos municípios por macro e microrregião e sua população também consta do volume II.

A Tipologia dos Serviços foi atualizada nos mesmos termos descritos nos capítulos V e VI, em 2008, em razão da implantação da nova Tabela SIAH, e também detalha os procedimentos por nível e clínica. Alguns exemplos de procedimentos que compõem os elencos de serviços dessa tipologia estão citados no Anexo V.

No Anexo I estão relacionadas as Atas e as Deliberações referentes à elaboração do PDR e dos ajustes, de 2000 a 2009. O Anexo I.1 relaciona deliberações e cita as reuniões da CIB-SUS/MG específicas do processo de ajustes, de 2003 a 2009, nos quais se deu, na maioria

das vezes, apenas mudança de adscrição de alguns poucos municípios ou alteração de designação de polos microrregionais. Aliás, estas duas últimas constituem-se as mais comuns reivindicações de ajuste, que, na maioria das vezes, se dá por razões de pouco conhecimento dos conceitos, critérios e cálculos do PDR.

MAPA 9

Sobreposição do limite territorial das GRSs com a Microrregião de Guanhães



CAPÍTULO VIII – OUTROS CONCEITOS

FLUXO

É a comprovação da movimentação dos usuários de um ponto a outro de atenção, em busca de serviços ambulatoriais e/ou hospitalares, avaliada numa série histórica de cerca de cinco anos. A mensuração dos fluxos, seu volume absoluto e relativo, total e por clínica, dizem respeito ao somatório dos serviços e internações referidos, ou seja, originados de pontos que não o da residência do usuário.

Considera-se, se o elenco de serviços é aquele definido na tipologia, para o ponto de destino do usuário. As internações produzidas por referência ou por demanda espontânea, quando de outro ponto de origem, apontam geralmente maior ocorrência no município polo. Os fluxos devem ser, portanto, avaliados, seja em termos absolutos seja em termos comparativos, por elenco, por clínica e no total, sempre em relação ao “esperado”, por nível de regionalização/assistencial. O fluxo pode, ou não, ser decorrente de um movimento esperado para fins de economia de escala.

POLO

É o município que exerce força de atração sobre número significativo de outros, por sua capacidade instalada e potencial de equipamentos urbanos e de fixação de recursos humanos especializados.

Na área da saúde, apresenta um período de cinco anos, capacidade histórica, atual e potencial, de absorção de fluxos populacionais gerados pela demanda por serviços médico-assistenciais que, embora raros, requerem maior incorporação de tecnologia e que, portanto, exigem maior escala para garantir sua oferta com economia e qualidade.

POLO MICRORREGIONAL

Município de maior densidade populacional na microrregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de média densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 150.000 habitantes; que exerce força de atração sobre outros municípios; e atende o elenco de procedimentos ambulatoriais e hospitalares da atenção secundária, conforme “Tipologia” descrita na Carteira de Serviços do SUS/MG.

POLO MACRORREGIONAL

Município de maior densidade populacional da macrorregião, com estrutura de equipamentos urbanos e de saúde, de maior densidade tecnológica o que requer escala para cerca de 1.500.000 de habitantes; que exerce força de atração para micros circunvizinhas, polarizando todas ou a maioria das micros da macrorregião. Os municípios polo macro acumulam também a função de polo micro.

RESOLUBILIDADE

É a capacidade de atendimento ambulatorial e hospitalar da população residente na própria região – município, microrregião, macrorregião, considerada a tipologia, ou seja, nos elencos de procedimentos/serviços definidos para o nível regionalização/assistencial, conforme PDR/MG.

COBERTURA POPULACIONAL

É a identificação e a quantificação da população passível de atendimento, e/ou atendida, no elenco total de serviços ou por procedimento, ou por equipamento ou ainda por determinada unidade prestadora de serviços ambulatoriais ou hospitalares, considerada, nos termos do PDR, a população residente do município acrescida da população referida de outro município ou região.

ÂMBITO DE COBERTURA

É a abrangência de uma região atendida em termos de assistência hospitalar e ambulatorial por um município ou uma unidade prestadora. Para essa avaliação, considera-se:

- 1) o número absoluto e relativo entre os municípios de uma microrregião, ou de micros de uma macrorregião, cuja população residente é atendida no polo micro ou macro da região, população essa referida para atendimento em procedimentos de maior densidade tecnológica, para ganho de economia de escala, segundo tipologia, ou elencos esperados por nível de atenção e região, conforme PDR/MG.
- 2) o número absoluto e relativo da população residente de um município atendida no próprio município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de 10 anos, 1999 a 2009, a experiência da implementação do Plano Diretor de Regionalização (PDR) demonstrou avanços positivos ao subsidiar a organização por micro e macrorregião: das redes de atenção; dos sistemas de informações epidemiológicas e da assistência hospitalar e ambulatorial; na organização dos sistemas logísticos; na análise dos indicadores do Pacto pela Saúde. Tais informações têm contribuído para negociações e entendimentos com o CES/MG, com o COSEMS/MG, com os coordenadores dos programas de saúde estruturadores e prioritários da SES/MG.

Os espaços territoriais são referência para uma abordagem técnica dos interesses e das diferenças regionais, além de oferecer uma visualização espacial comparativa dos avanços e dificuldades de regiões por indicadores de saúde, os do Pacto pela Saúde, os da resolubilidade assistencial total e por programas prioritários.

A experiência registrada nesta publicação não indica o PDR atual como definitivo e acabado. Pelo acompanhamento e pela análise que tem sido efetuado pela equipe do Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde (NARS)/AGR-SES/MG, responsável pela elaboração do PDR e por esta publicação, há ainda o que revisar, negociar e ajustar na distribuição espacial e no modelo vigente. Os ajustes, como muito se salientou, fazem parte da história e integram a proposta e a constituição legal do PDR/MG.

É de grande relevância, e cabe também reiterar, o PDR estar vinculado a um projeto de governo estruturador, o da descentralização, sem que com isso tenha se perdido enfoque do SUS como sistema nacional. Há avanços na coordenação dos serviços da unidade federada, o que é responsabilidade do gestor estadual no que se refere às questões supramunicipais. A descentralização não ficou restrita à municipalização.

O financiamento do SUS é tripartite, e há que se avaliar as relações interestaduais e intermunicipais, que se analisar a parte e suas relações com o todo. A lógica do particular requer, também, sua inserção no

conjunto, na lógica do todo, assim como é importante considerar a dialética dessa interrelação. O PDR tem contribuído para esses enfoques, para as discussões de implantação das redes de atenção. A pressão dos prestadores, a competição ou concorrência entre municípios permaneceu e, de qualquer forma, ficam mais transparentes quando mapeadas no PDR.

A análise da resolubilidade das regiões, efetuada pelo NARS/AGR em fevereiro de 2010, demonstrou a efetividade dos investimentos do governo estadual em uma de suas prioridades, a redução da mortalidade materna. É interessante constatar a expansão gradual dos serviços voltados para a Gestante de Alto Risco (GAR), por macrorregião.

Nos processos já implementados pela SES/MG para ajuste do PDR/MG, algumas pendências permaneceram adiadas para negociação e avaliação oportunas.

Assim é a questão da adoção da bi ou multipolaridade por região, assumida em 2004 como estratégia de agregação das micros de pequeno porte. Tais propostas estavam fundamentadas tecnicamente: os polos deveriam ofertar serviços complementares. A base populacional comum poderia garantir escala para serviços diferentes, num acordo regional e observada a tipologia requerida para o nível, micro ou macrorregional. Contudo, a efetividade desse direcionamento não é positiva em todas as situações.

Os estudos das possibilidades de agregação de microrregiões provocaram de início certo nível de tensão entre os gestores municipal e o estadual e também entre os gestores municipais da própria micro, como era de se esperar.

Alguns casos exemplificam essa questão. Durante cerca de cinco anos após sua agregação, os gestores e outros atores dos polos da Micro Salinas/Taiobeiras ainda resistiam à agregação efetuada em 2004 e apresentavam solicitação de reversão. Em 2009, finalmente, a ideia da complementariedade de serviços entre os polos das micros agregadas foi absorvida e avaliada positivamente pela CIB-Micro. Assim, hoje, a micro conta com uma base territorial e populacional

maior para capacidades instaladas nos dois polos que são complementares e que, em conjunto, atendem à quase totalidade do elenco de ofertas definido para o nível microrregional. A população das duas regiões foi beneficiada, assim como o SUS com a economia de escala e qualidade resultante.

Os ajustes sempre estarão presentes na implantação de projetos de desenvolvimento socioeconômico, ou em face de grandes alterações nos sistemas viários de cada espaço. Mas os princípios básicos e norteadores de um plano diretor de regionalização deverão permanecer os mesmos, ainda que atualizados e reprocessados, conforme seja a evolução tecnológica disponível e passível de incorporação por nível de descentralização.

Há ainda outras micros que foram agregadas em 2004 e que não se efetivaram como tal até 2009: um dos municípios pelo redirecionou seus serviços apenas para a própria população; os fluxos não foram incrementados, e os gestores resistem à cooperação e ao maior aproveitamento dos recursos instalados. Em algum momento, há que se rever tais situações. A expansão populacional e/ou sua retração também precisam oportunamente confirmar ou não a agregação. O mesmo se dá em algumas macrorregiões. Ou seria uma redefinição da tipologia de tal forma a atribuir alguns itens do elenco macro a um subconjunto de microrregiões de algumas macros?

Há aquelas macros ou micros que não se efetivaram: algumas por questões gerenciais e de governança a serem trabalhadas pelas equipes da AGR; outras pela força de polarização de algum município polo maior e circunvizinho; outras pela extensão do território e avanço ainda precário das condições socioeconômicas. No caso destas últimas, caberá à SES/MG estar em interação com os planos intersetoriais do governo.

O processo de auto-avaliação proposto para o PDR tem sido efetuado e demonstrado, até o momento, a confirmação dos critérios adotados. Assim, permanecem confirmadas a maioria das macros e micros de pequeno porte, criadas conforme o consenso da supremacia do critério do acesso sobre o da escala, em virtude das condições

geográficas do Estado. Mas, hoje, dentre estas, algumas são objeto de questionamentos: aquelas onde a este critério se agregaram outros, tais como a relevância histórica e a preexistência de algumas unidades assistenciais de referência.

Assim, caberá ser reavaliados, oportunamente, alguns polos complementares e algumas poucas micros e macros de baixa densidade demográfica: as situadas muito próximas a um polo mais forte que impede seu crescimento; as muito distantes e em condições socioeconômicas de pequena expansão. Estas irão requerer maior tempo de efetivação. Enquanto isto, poderiam ser agregadas ou ter o perfil de serviços redefinido para garantir melhor estrutura dos serviços, economia de escala e qualidade?

De qualquer forma, a avaliação do PDR/MG e da regionalização demonstram que, como instrumentos e projetos estruturadores de planejamento e gestão, têm contribuído para a efetivação do SUS e de seus princípios, assim como para a gestão da SES/MG que terá ainda muito a analisar, avaliar e documentar a respeito.

ANEXOS

ANEXO I

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG				
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo	
Ata da 31ª Reunião Extraordinária da CIB-SUS	14.11.2000	Aprova o Modelo de Organização da Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde/MG		
Deliberação CIB-SUS/MG nº 035	6.12.2000	Aprova o Modelo de Organização da Assistência à Saúde no Sistema Único de Saúde/MG		
Deliberação CIB-SUS/MG nº 048	23.4.2001	Criação do Grupo do Nível Central de Coordenação do PDR, conforme aprovado na 65ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG, de 17.4.2001	O grupo em referência, composto por SES/MG, COSEMS/MG e CES/MG, agilizará e discutirá as propostas de elaboração do PDR. A elaboração do PDR foi discutida com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) por microrregiões correspondente às Gerências Regionais de Saúde (GRSs)	

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG				
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo	
Ata da 65ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	8.5.2001	Aprova o Modelo de Organização dos Serviços de Saúde, segundo níveis tecnológicos de complexidade da assistência	Propõe a formação de grupos do Nível Central e Regional para desencadeamento do processo de regionalização, com prazos para treinamento e entrega dos projetos pelas Gerências Regionais de Saúde (GRSs)	
Ata da 71ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	2.10.2001	Aprova versão preliminar do PDR		
Deliberação CES/MG nº 036	14.10.2002	Aprova o Plano Diretor de Regionalização - PDR-2001/2004. Foi criado o GT-Regionalização	Aprova o pleito de habilitação do Estado na condição de Gestão Plena do Sistema a ser encaminhado	
Ata da 90ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	16.10.2003	Reunião para discussão e aprovação do PDR 2003/2006	PDR-MG 2001/2004 revisto e adequado para elaboração do PDR/MG 2003/2006 com base em princípios e critérios - Aprovado, com previsão de ajuste	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 042	17.11.2003	Aprovação do PDR/MG 2003/2006	Art. 2º - O PDR deve ser revisto anualmente, com a primeira revisão prevista para outubro/2004	
Ata da 95ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	6.4.2004	Ajuste do PDR - Mudanças na adscrição microrregional dos municípios	IX - PDR: fixação da data de 24 de março de 2004 para que os diretores das Gerências Regionais de Saúde (GRSs) encaminhem as solicitações dos municípios que não se sentiram ajustados ou que gostariam de ter a sua posição revista no PDR	

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG				
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo	
Ata da 102ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	10.12.2004	Discussão dos ajustes do PDR e elaboração de Cronograma PDR	Prorrogação do prazo estabelecido para confirmação das mudanças - final de março/início de abril. Acordo pela necessidade de assinatura de um Termo de Compromisso/reversão de fluxo pelo SMS. Ajuste emergencial (questões Vale do Jequitinhonha) agendado para o 1º semestre 2005. Proposta de elaboração de Cronograma do PDR para a segunda quinzena de janeiro	
Ata da 103ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	15.2.2005	Aprovação dos Ajustes Emergenciais	PDR - Ajuste Emergencial: Aprovação dos Ajustes Emergenciais; acordo para que as mudanças relativas ao PDR aconteçam em bloco e, após o I Encontro Estadual de Saúde, de acordo com o cronograma do PDR a ser elaborado pelo CP/AGE (GRIS) também, após o Encontro	

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG				
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo	
Ata da 110ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG	20.10.2005	Reunião de aprovação do Ajuste do PDR	Ficam aprovados os ajustes do PDR, com exceção das seguintes questões: concessão da poliaridade macrorregional a Muriaé e Sete Lagoas e, com relação à solicitação efetuada pelo município de Jequitinhonha (nova estrutura microrregional), as quais serão analisadas por comissões especializadas que deverão apresentar pareceres em um prazo máximo de 90 dias, a contar da data desta reunião	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 387	18.10.2007	Aprova diretrizes e cronograma para o PDR 2007/2008	Faz um histórico sobre o PDR - A coordenação e os estudos técnicos do Plano Diretor de Regionalização/PDR-MG são, conforme competências regimentais, de responsabilidade da Gerência de Regionalização e Informações em Saúde (GRIS/AGR), e o processo de discussão e proposição da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG) deverá ser efetuado em conjunto com a Comissão Bipartite SES/COSEMS/MG para o Pacto pela Saúde	

Histórico dos documentos editados referentes à elaboração do PDR/MG			
Documento/referência	Data	Pauta principal	Resumo
Deliberação CIB-SUS/MG nº 402	6/12/2007	Altera o Anexo II da Deliberação anterior, apresentando um novo cronograma para o PDR/MG	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 426	18/3/2008	Altera o art. 1º da deliberação anterior.	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 456	19.6.2008	Aprova as diretrizes e cronogramas para o Ajuste do Plano Diretor de Regionalização/MG 2007/2008	
Deliberação CIB-SUS/MG nº 483	22.10.2008	Aprova o Plano Diretor de Regionalização - PDR-2008 e anexos	Anexo I - Municípios que trocam de micro; Anexo II - Municípios que trocaram de Gerências Regionais de Saúde (GRSS); Anexo III - Adscrição Macro/Micro e Municípios
Deliberação CIB-SUS/MG nº 618	9.12.2009	Aprova o Plano Diretor de Regionalização - PDR-2009 e anexos	Anexo I - Municípios que trocam de micro; Anexo II - Municípios que trocaram de Gerências Regionais de Saúde (GRSS); Anexo III - Adscrição Macro/Micro e Municípios
Outros documentos referentes à elaboração dos Ajustes do PDR			
Portaria nº 2181/GM	27.11.2002	Habilita o Estado de Minas Gerais em Gestão Plena do Sistema Estadual, conforme NOAS-SUS01/2002	Publica limite do Teto Financeiro referente à média e alta complexidade no valor de R\$ 1.025.046.431,64
Ofício Circular SUB.SPAS nº 001/2004 para as Gerências Regionais de Saúde (GRSS)	23.3.2004	Estabelece prazo até 7.4.2004 para o envio das solicitações referentes ao ajuste do PDR, com encaminhamento de roteiro	De acordo com documento, o ajuste deve ser realizado em outubro/2004, conforme deliberação CIB-SUS/MG

Outros documentos referentes à elaboração dos Ajustes do PDR			
Memos CP/AGE (GRIS) nºs 478 ao 504 e 571 ao 577	22.6.2005 e 12.7.2005	Solicitação aos municípios de confirmação das mudanças já solicitadas	Estabelecimento da data de 30.7.2005 para envio dos Termos de Compromisso e atas das reuniões das CIBs micro à SES/MG. Após encaminhamento da documentação, entre os meses de julho/agosto/2005, o PDR será apresentado à CIB-SUS/MG para aprovação
Ofício CP/AGR(GRIS) nº 156/2005 ao COSEMS/MG e ao CES/MG	20.9.2005	Encaminhamento dos estudos/documentos que expressam, em síntese, os resultados/decisões até então apurados pelo CP/AGE (GRIS), a partir das solicitações efetuadas	Pré-marcação da reunião de aprovação do PDR para início de outubro
Memo Circular CP/AGE (GRIS) nº 077/2005 às Gerências Regionais de Saúde (GRSs) com cópia para o Gab/SES-MG, CIB-SUS/MG e GTR	20.9.2005	Encaminhamento dos estudos/documentos que expressam, em síntese, os resultados/decisões até então apurados pelo CP/AGE (GRIS), a partir das solicitações efetuadas	Pré-marcação da reunião de aprovação do PDR para início de outubro
Reunião do COSEMS/MG	30.9.2005	Apresentação dos ajustes a ser realizados	Prorrogação da reunião de aprovação do ajuste na CIB para final de outubro/2005
Memo Circular CP/AGE (GRIS) nº 090/2005	5.10.2005	Encaminhamento à CIB-SUS-MG e a outros destinatários dos pareceres CP/AGE (GRIS) e GTR referentes aos ajustes do PDR	Solicitação de avaliação dos pareceres; sugestão para realização de reunião entre GAB/SES-MG, presidente do COSEMS/MG e presidente do CES/MG pautadas conclusões referentes ao ajuste do PDR, anterior à reunião de aprovação pela CIB-SUS/MG

CIB-SUS/MG
 CP/AGE (GRIS) E OUTROS
 CES/MG
 COSEMS/MG

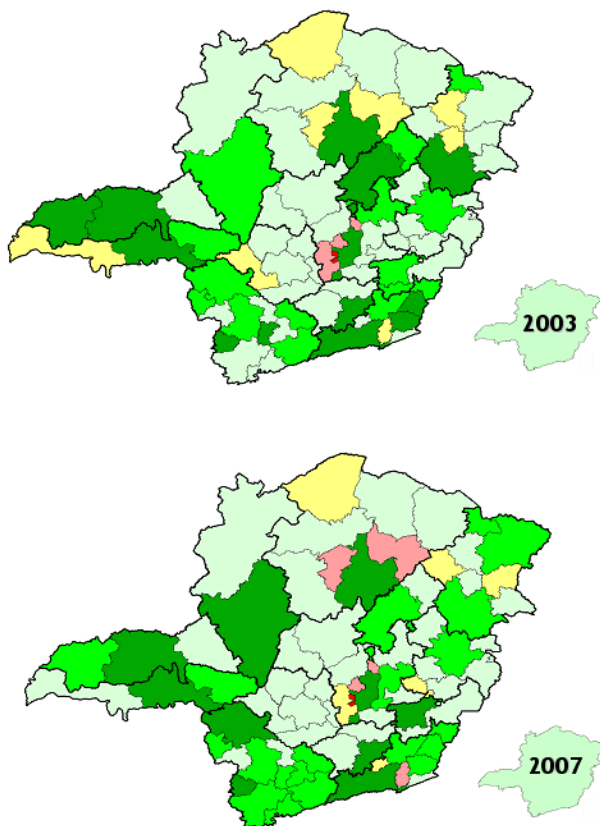
ANEXO I.1

AJUSTES DO PDR 2000/2009

- Deliberação CIB/SUS/MG nº 042, de 17/11/2003
- CIB/SUS/MG em sua 102ª Reunião Ordinária, realizada em 10 de dezembro de 2004
- 103ª Reunião Ordinária da CIB
- Em 20 de outubro, ocorre a 110ª Reunião Ordinária da CIB
- Criado o Grupo Tarefa de Regionalização (GTR)
- CIB-SUS/MG em sua 131ª Reunião
- CIB, em abril de 2008
- CIB/SUS/MG 483, aprovado o ajuste do PDR.
- CIB/SUS/MG nº 618 em sua 154ª Reunião Ordinária, ocorrida em 9 de dezembro de 2009.

ANEXO II

Percentual de atendimento das internações dos residentes da microrregião com ocorrência no território da própria microrregião

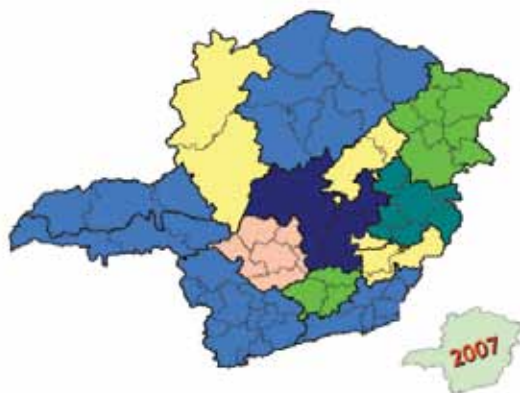
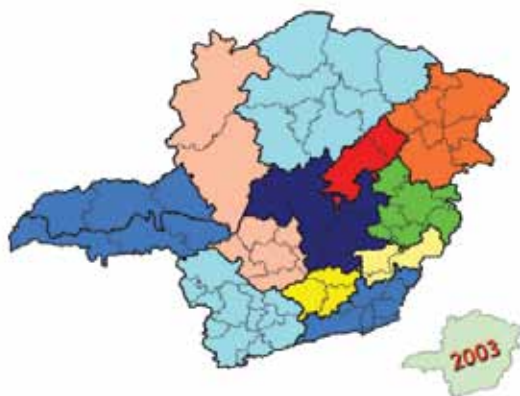


LEGENDA

 Acima de 95	 79 a 70
 94 a 90	 69 a 50
 89 a 80	 Abaixo de 50

ANEXO III

- Avaliação da Resolubilidade das Macrorregiões:
 - Intraestadual



LEGENDA

Resolubilidade ideal	Boa resolubilidade	Resolubilidade regular	Baixa resolubilidade	Resolubilidade Crítica ou atípica
99 a 100	79 a 80	59 a 60	49 a 50	Abaixo de 40%
91 a 98	71 a 78	56 a 59	41 a 48	
81 a 90	61 a 70	51 a 60		

ANEXO IV

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
I	Procedimentos da atenção básica	<input type="checkbox"/> Ações executadas por outros profissionais de nível superior. <input type="checkbox"/> Ações básicas de odontologia <input type="checkbox"/> Ações médicas básicas <input type="checkbox"/> Ações exercidas por enfermeiro e/ou profissional de nível superior		
II	Elenco de procedimentos básicos ampliados PABA	Procedimentos anteriores e mais: <input type="checkbox"/> Atendimento profissional de nível superior <input type="checkbox"/> Pequenas cirurgias ambulatoriais <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Patologia Clínica	Clínica Médica Clínica Pediátrica Clínica Obstétrica	

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (continuação)

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
III.1	Equivalente ao EPM1 e as Sedes de Módulos	<p>Todos os procedimentos anteriores e mais</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Atendimento por profissionais de nível superior EPM1 (1) <input type="checkbox"/> Cirurgias ambulatoriais (1) <input type="checkbox"/> Procedimentos traumato-ortopédicos (1) <input type="checkbox"/> Patologia Clínica (1) <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico (1) <input type="checkbox"/> Diagnose (1) <input type="checkbox"/> Fisioterapia (1) <input type="checkbox"/> Terapias especializadas (1) 	<p>Clínica Médica</p> <p>Clínica Pediátrica</p> <p>Clínica Obstétrica</p>	<p>Atendimento Médico de Urgência e Emergência</p> <p>Clínica Médica</p> <p>Obstetrícia</p> <p>Pediatria</p>
III.2	<p>Elenco de procedimentos Média Complexidade</p> <p>Nível Microrregional</p> <p>EPM1 mais outros procedimentos</p>	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anatomocitopatologia (1) <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (1) 	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <p>Cirurgia Obstétrica</p> <p>Cirurgia Geral</p> <p>Clínica Ginecológica</p>	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <p>Oftalmologia</p> <p>Ortopedia</p> <p>Dermatologia</p> <p>Otorrinolaringologia</p> <p>Neurologia</p> <p>Saúde Mental</p> <p>Urologia</p> <p>Endocrinologia</p>

(1) PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS 1 E 2 COMO EPM1

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (continuação)

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
IV	<p>Bloco de procedimentos de Média Complexidade</p> <p>Nível Regional</p> <p>Equivalente no FAE ao EPM2 e inclui grupos do SIASUS de número 22 e 26 e excepcionalmente os grupos 28 e 29 quando o município for polo regional.</p>	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procedimentos por profissionais de nível superior EPM2 (2) <input type="checkbox"/> Cirurgias Ambulatoriais (2) <input type="checkbox"/> Procedimentos Traumato-ortopédicos (2) <input type="checkbox"/> Odontologia (2) <input type="checkbox"/> Patologia Clínica (2) <input type="checkbox"/> Anatomocitopatologia (2) <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico (2) <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (2) <input type="checkbox"/> Diagnóstico (2) <input type="checkbox"/> Fisioterapia (2) <input type="checkbox"/> Terapias especializadas (2) <input type="checkbox"/> Mamografia <p>Excepcionalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Tomografia 	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <p>Cirurgia Ortopédica</p> <p>Cirurgia Endocrinológica</p> <p>Cirurgia Otorrino</p> <p>Cirurgia Buco Maxilar</p> <p>Cirurgia de Tórax</p> <p>Cirurgia Oftalmológica</p> <p>Queimados</p> <p>Cirurgia Neurológica</p> <p>Cirurgia de Mama</p> <p>Cirurgia Vascul Arterial</p> <p>Saúde Mental</p>	<p>Todos os anteriores e mais</p> <p>Cirurgia Plástica</p> <p>Gastroenterologia</p> <p>Pneumologia</p> <p>Proctologia</p> <p>Angiologia</p> <p>Hematologia</p> <p>Cirurgia Vascul</p> <p>Homeopatia</p> <p>Neurocirurgia</p> <p>Fisiatria</p> <p>Oncologia</p> <p>Reumatologia</p> <p>Alergiologia</p> <p>Cirurgia Pediátrica</p> <p>Medicina do Trabalho</p> <p>Nefrologia</p> <p>Infectologia</p>

(2) PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS COMO EPM2

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (continuação)

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
V	<p>Bloco de Procedimentos de Média Complexidade</p> <p>Nível Macrorregional</p> <p>Equivalente no FAE ao EPM3 e inclui litotripsia, blocos 28, 29, 31, 32, 33 e 35, quando polo macrorregional</p>	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos por prof. de nível superior EPM3 (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Cirurgias Ambulatoriais (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Procedimentos Traumatológico-ortopédicos (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Odontologia (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Patologia Clínica (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Anatomocitopatologia (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Ultrassonografia (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnose (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Fisioterapia (3)</p> <p><input type="checkbox"/> Terapias especializadas</p> <p><input type="checkbox"/> Litotripsia</p> <p><input type="checkbox"/> Anestesia</p> <p><input type="checkbox"/> Hermodinâmica</p> <p><input type="checkbox"/> Radioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Quimioterapia</p> <p><input type="checkbox"/> Ressonância Magnética</p> <p><input type="checkbox"/> Medicina Nuclear</p> <p><input type="checkbox"/> Tomografia</p>	<p>Todos os anteriores e mais:</p> <p>Cirurgia Oncológica Transplantes</p> <p>Cirurgia Cardíaca</p> <p>Cirurgia Neurológica</p> <p>Alta Complexidade</p>	<p>Todos os anteriores e mais</p> <p>Cirurgia de Cabeça e Pescoço</p> <p>Imunologia</p> <p>Infecologia</p> <p>Cirurgia Torácica</p> <p>Geriatria</p> <p>Neurologia</p>

(3) PROCEDIMENTOS DA TABELA SIA/SUS DESCRITOS NA NOAS COMO EPM3

QUADRO II: MODELO DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE – SUS/MG SEGUNDO O NÍVEL TECNOLÓGICO DE COMPLEXIDADE DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E HOSPITALAR (continuação)

NÍVEIS TECNOLÓGICOS	ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL	GRUPO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS	ASSISTÊNCIA HOSPITALAR CLÍNICAS	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIDADE
VI	Estadual Polo Estadual Inclui bloco 33	<p>Todos os procedimentos anteriores e mais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Procedimentos por prof. de nível superior <input type="checkbox"/> Cirurgias Ambulatoriais <input type="checkbox"/> Procedimentos Traumatológicos <input type="checkbox"/> Odontologia <input type="checkbox"/> Patologia Clínica <input type="checkbox"/> Anatomocitopatologia <input type="checkbox"/> Radiodiagnóstico <input type="checkbox"/> Ultrassonografia <input type="checkbox"/> Diagnóstico <input type="checkbox"/> Fisioterapia <input type="checkbox"/> Terapias especializadas <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> Radioterapia <input type="checkbox"/> Quimioterapia <input type="checkbox"/> Ressonância Magnética <input type="checkbox"/> Medicina Nuclear <input type="checkbox"/> Radiologia Intervencionista 	Todas as clínicas e referência macrorregional para cobertura de macrorregiões além de sua capacidade instalada	Todas as anteriores e mais Genética Traumatologia II

FONTE: MINAS GERAIS, 2002, p. 6-8

ANEXO V

Elencos dos Procedimentos Hospitalares por Nível de Atenção/ Regionalização

ALGUNS EXEMPLOS

Elenco de Procedimentos do nível de Atenção Terciária/Macrorregião (AC/MCHE)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
 - Tratamento esclerose generalizada progressiva
 - Cirurgia cardiovascular
 - Cardiografia
 - Implante marcapasso cardíaco multisítio
 - Plástica valvar
 - Reconstituição aorta
 - Eletrofisiologia
 - Aneurismectomia
 - Correção de comunicação interventricular
 - Revascularização miocárdio sem uso de...
 - Angioplastia intraluminal dos vasos...
 - Clínica Médica e Outros
 - Contusão miocárdica
 - Anormalidade de proteínas plasmáticas
 - Odontologia
 - Redução (mentofratura do molar com aparelho de contenção)
 - Traumatologia
 - Tratamento cirúrgico coluna vertebral
 - Tratamento cirúrgico da mão
 - Tratamento cirúrgico spina bifida
 - Gastroenterologia
 - Glossorrafia
 - Cirurgia pâncreas
 - Videolaparoscopia
- ... e outras clínicas e procedimentos.

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCH 1)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
 - Tratamento endocardite infecciosa em próteses valvular
 - Tratamento síndrome coronariana aguda
- Cirurgia cardiovascular
 - Tratamento cirúrgico de varizes da safena
- Traumatootopedia
 - Redução cirúrgica da fratura do externo
 - Tratamento cirúrgico do úmero
 - Tratamento cirúrgico de pseudoartrose
- Diversos
 - Tratamento cirúrgico de fístula retal e cutânea
 - Colostomia
 - Uretorrafia
 - Dengue hemorrágica
 - Doença reumática
 - Anemia aplástica
 - Insuficiência renal crônica
 - Intercorrência obstétrica em atendimento secundário à GAR

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCH 2)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
 - Tratamento doenças esôfago, estômago e duodeno
- Traumatootopedia
 - Redução incruenta de luxação femoro-patelar
 - Temorrafia
- Diversos
 - Herniorrafia
 - Histerectomia
 - Colpoperineoplastia
 - Biópsia de lesão mucosa da cavidade oral
 - Cesariana
 - Hemorragias da gravidez
 - Vasculopatias

Elenco de Procedimentos da Atenção Secundária (MCHB)

- Clínica de Especialidade/Procedimento
 - Tratamento choque anafilático
 - Diversos
 - Exerese de cisto vaginal
 - Parto
 - Dengue clássica
 - Crise hipertensiva
 - Acidentes por penetração de corpo estranho
 - Entero infecções
 - Úlcera de perna
- ... e outras clínicas e procedimentos.

Fonte: Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG

REFERÊNCIAS

ALETRAS, V.; JONES A & SHELDON, T.A. *Economies of scale and scope*. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T.A. & POSNETT, J. *Concentration and choice in health care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.

ASSIS, L.M.; COSTA, M.G.M.; GONÇALVES, C.A.; MALACHIAS, I.; PORTO, M.A.C.M.; SILVA, M.F.M.; SOUZA, R.C.O. *Desafios da gestão compartilhada no âmbito do SUS*; Constituição das Comissões Intergestores Bipartite Microrregional (CIBsMICRO) no Estado de Minas Gerais. 2005. Monografia (Especialização em Gestão Microrregional de Sistemas e Serviços de Saúde, da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais) – ESP/MG. Belo Horizonte 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988. Brasília: Senado Federal, 1988, 292 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº258, de 07 de janeiro de 1991**. *Norma Operacional Básica* 01/91. Brasília: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1991.

BRASIL. **Lei nº 8142, 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 e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 10 fev. 2008.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 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 e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p.18055.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde**. A ousadia de cumprir a lei. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova, na forma do anexo desta portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. **Resolução nº234, de 07 de fevereiro de 1992**. *Norma Operacional Básica* 01/92. Brasília: Ministério da Saúde/ Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes Operacionais dos Pactos pela vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.mg.gov.br/susdeaz/topicos/topico.php>>. Acesso em: 17 nov. 2006.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96**: Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

CEARÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Plano Diretor de Regionalização: reorganização dos serviços de saúde/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/2001. Fortaleza, 2002. v.I, 106 p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). A força dos Estados na garantia do direito à saúde, [s.d.]. Disponível em: <<http://www.conass.com.br/pdfs/20anos.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2006.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.

MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144 p.

MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. Buenos Aires: Hucitec, 1997. 385 p.

MINAS GERAIS, Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Planejamento e Coordenação. **Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais**. 2001 /2004. Belo Horizonte: Coopmed, 2002. 91p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) (COORD.) Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2006.

PESTANA, M.V.C.; MENDES, E.V. **Pacto de gestão da municipalização autárquica à regionalização cooperativa**. Belo Horizonte, 2004. 80 p.

PARTE II

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (S) MACRORREGIONAL (IS)]	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO			
MINAS GERAIS	853	586.528,3	20.033.665
CENTRO (BELO HORIZONTE/SETE LAGOAS)	104	58.251,9	6.357.604
BELO HORIZONTE/ NOVA LIMA/ CAETÉ	13	4.428,3	3.339.836
310620		331,0	2.452.617
310640		365,4	7.470
311000		541,1	41.043
313460		1.113,8	16.513
314230		154,2	4.667
314480		428,4	76.608
313660		171,5	5.653
315390		71,9	15.521
315460		154,2	349.307
315480		230,1	8.685
315670		303,6	126.195
315780		233,8	231.607
316830		329,4	3.950

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
BETIM		13	3.667,3	681.080
310670	BETIM		345,9	441.748
310810	BONFIM		301,2	6.902
310900	BRUMADINHO		640,2	34.391
312060	CRUCILÂNDIA		166,5	4.776
312410	ESMERALDAS		909,6	59.408
312600	FLORESTAL		194,4	6.199
313010	IGARAPÉ		109,9	33.773
313665	JUATUBA		96,8	20.978
314015	MÁRIO CAMPOS		35,2	12.029
314070	MATEUS LEME		302,6	26.862
315040	PIEDADE DOS GERAIS		260,6	4.762
315530	RIO MANSO		232,1	5.266
316292	SÃO JOAQUIM DE BICAS		72,5	23.986
CONTAGEM		3	329,5	808.414

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	311860 CONTAGEM		194,6	625.393
	312980 IBIRITÉ		73,0	157.438
	316553 SARZEDO		61,9	25.583
CURVELO		11	15.633,2	174.702
	310480 AUGUSTO DE LIMA		1.250,7	4.599
	310920 BUENÓPOLIS		1.611,0	9.627
	311910 CORINTO		2.524,5	23.048
	312090 CURVELO		3.295,9	75.051
	312570 FELIXLÂNDIA		1.553,4	14.287
	313110 INIMUTABA		529,1	6.713
	314250 MONJOLOS		652,1	2.311
	314360 MORRO DA GARÇA		414,0	2.966
	315320 PRESIDENTE JUSCELINO		696,6	4.385
	316060 SANTO HIPÓLITO		430,8	3.673
	316935 TRÊS MARIAS		2.675,2	28.042

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
GUANHÃES			
311380	CARMÉSIA	12	7.161,6
311750	CONCEIÇÃO DO MATO DENTRO		258,5
312220	DIVINOLÂNDIA DE MINAS		1.671,5
312260	DOM JOAQUIM		132,8
312310	DORES DE GUANHÃES		406,7
312800	GUANHÃES		381,8
314060	MATERLÂNDIA		1.076,0
315600	RIO VERMELHO		282,3
315680	SABINÓPOLIS		987,2
316610	SENHORA DO PORTO		919,4
316650	SERRA AZUL DE MINAS		382,3
317180	VIRGINÓPOLIS		222,7
			440,4
			11.273
ITABIRA			
310540	BARÃO DE COCAIS	13	5.868,0
			340,7
			28.074

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
310770	BOM JESUS DO AMPARO		195,5	5.744
311535	CATAS ALTAS		240,2	4.795
312590	FERROS		1.090,2	11.531
313170	ITABIRA		1.256,5	110.419
313280	ITAMBÉ DO MATO DENTRO		381,1	2.479
314370	MORRO DO PILAR		476,5	3.524
314750	PASSABÉM		94,5	1.825
315720	SANTA BÁRBARA		684,2	27.571
315800	SANTA MARIA DE ITABIRA		509,7	10.821
316050	SANTO ANTÔNIO DO RIO ABAIXO		107,2	1.794
316190	SÃO GONÇALO DO RIO ABAIXO		364,6	9.738
316480	SÃO SEBASTIÃO DO RIO PRETO		127,2	1.737
ITABIRITO		3	2.981,4	168.016
313190	ITABIRITO		543,0	43.832
314000	MARIANA		1.193,3	54.689
314610	OURO PRETO		1.245,1	69.495

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MACRORREGIÃO				
JOÃO MONLEVADE				
310600	BELA VISTA DE MINAS	5	1.688,4	136.935
313620	JOÃO MONLEVADE		1086	10.333
314470	NOVA ERA		99,3	75.320
315570	RIO PIRACICABA		363,2	18.579
316100	SÃO DOMINGOS DO PRATA		370,4	14.846
			746,9	17.857
SETELAGOAS				
310020	ABAETÉ	24	14.880,9	429.376
310320	ARAÇAI		1.816,9	23.258
310500	BALDIM		185,8	2.524
310700	BIQUINHAS		554,0	8.582
310960	CACHOEIRA DA PRATA		457,2	2.621
310990	CAETANÓPOLIS		61,2	3.936
311250	CAPIM BRANCO		156,2	10.040
311560	CEDRO DO ABAETÉ		94,1	9.276
			279,9	1.221

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
311890	CORDISBURGO		823,2	9.465
312640	FORTUNA DE MINAS		198,1	2.541
312720	FUNILÂNDIA		201,7	3.852
313100	INHAÚMA		244,3	5.565
313570	JEQUITIBÁ		446,0	5.756
313970	MARAVILHAS		260,4	7.224
314350	MORADA NOVA DE MINAS		2.084,6	8.750
314640	PAINEIRAS		637,8	4.672
314690	PAPAGAIOS		552,8	15.384
314740	PARAOPEBA		625,1	23.410
314960	PEQUI		204,1	4.504
315200	POMPÉU		2.557,7	29.929
315360	PRUDENTE DE MORAIS		125,8	9.335
315370	QUARTEL GERAL		555,5	3.353
315850	SANTANA DE PIRAPAMA		1.221,0	8.820
316720	SETE LAGOAS		537,5	225.358

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
VESPASIANO			
311787	CONFINS	7	274.067
313760	LAGOA SANTA		6.072
314110	MATOSINHOS		48.213
314930	PEDRO LEOPOLDO		35.233
315900	SANTANA DO RIACHO		59.064
316295	SÃO JOSÉ DA LAPA		4.405
317120	VESPASIANO		19.234
			101.846
CENTRO SUL (BARBACENA)		50	733.281
BARBACENA			
310163	ALFREDO VASCONCELOS	15	230.169
310210	ALTO RIO DOCE		6.300
310290	ANTÔNIO CARLOS		12.778
310560	BARBACENA		11.624
			128.572

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
311220	CAPELA NOVA		111,0	4.661
311320	CARANDAÍ		486,4	23.286
311630	CIPOTÂNEA		153,4	6.807
312150	DESTERRO DO MELO		142,5	3.302
312940	IBERTIOGA		353,5	5.206
314660	PAIVA		58,3	1.687
315440	RESSAQUINHA		188,7	4.732
315730	SANTA BÁRBARA DO TUGÚRIO		159,9	4.574
315940	SANTA RITA DE IBITIPOCA		324,1	3.847
315870	SANTANA DO GARAMBÉU		202,8	2.205
316620	SENHORA DOS REMÉDIOS		237,1	10.588
CONSELHEIRO LAFAIETE / CONGONHAS		18	4.526,4	290.355
311310	CARANAÍBA		160,0	3.553
311490	CASA GRANDE		158,0	2.129
311540	CATAS ALTAS DA NORUEGA		143,4	3.573
311800	CONGONHAS		305,6	48.723

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
311830	CONSELHEIRO LAFAIETE		114.579
312040	CRISTIANO OTONI		5.039
312140	DESTERRO DE ENTRE RIOS		7.173
312390	ENTRE RIOS DE MINAS		14.548
313390	ITAVERAVA		5.749
313540	JECEABA		6.036
313790	LAMIM		3.654
314590	OURO BRANCO		35.475
315080	PIRANGA		17.836
315380	QUELUZITA		1.896
315520	RIO ESPERA		6.728
315910	SANTANA DOS MONTES		4.134
316090	SÃO BRÁS DO SUAÇUÍ		3.657
316600	SENHORA DE OLIVEIRA		5.873
SÃO JOÃO DEL REI		17	6.201,8
310590	BARROSO		20.253

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	311520	CONCEIÇÃO DA BARRA DE MINAS	273,0	4.077
	311970	CORONEL XAVIER CHAVES	141,1	3.303
	312300	DORES DE CAMPOS	127,3	9.821
	313000	IBITURUNA	158,6	2.938
	313740	LAGOA DOURADA	479,6	12.265
	313910	MADRE DE DEUS DE MINAS	493,6	5.173
	314450	NAZARENO	323,5	8.096
	315030	PIEDADE DO RIO GRANDE	322,7	4.871
	315270	PRADOS	261,4	8.560
	315420	RESENDE COSTA	631,6	10.941
	315610	RITÁPOLIS	391,8	5.149
	315733	SANTA CRUZ DE MINAS	2,9	7.671
	316250	SÃO JOÃO DEL REI	1.463,6	85.503
	316500	SÃO TIAGO	574,0	10.645
	316530	SÃO VICENTE DE MINAS	392,1	6.525
	316880	TIRADENTES	83,2	6.966

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO		Extensão territorial (Km²)	
JEQUITINHONHA (DIAMANTINA)		23	296.344
DIAMANTINA		15	174.912
310240	ALVORADA DE MINAS	374,9	3.588
311350	CARBONITA	1.454,9	10.783
311680	COLUNA	347,6	9.570
311810	CONGONHAS DO NORTE	483,0	5.335
312010	COUTO DE MAGALHÃES DE MINAS	484,0	4.560
312100	DATAS	309,0	5.696
312160	DIAMANTINA	3.869,8	46.372
312540	FELÍCIO DOS SANTOS	358,9	5.865
312760	GOUVEA	874,9	11.927
313250	ITAMARANDIBA	2.736,1	33.581
315330	PRESIDENTE KUBITSCHEK	189,5	3.085
316020	SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ	303,9	4.651
312550	SÃO GONÇALO DO RIO PRETO	313,2	3.269
316590	SENADOR MODESTINO GONÇALVES	948,6	5.105

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
316710	SERRO		1.217,7	21.525
MINAS NOVAS / TURMALINA / CAPELINHA		8	6.300,7	121.432
310445	ARICANDUVA		243,5	5.140
311230	CAPELINHA		965,9	34.634
311610	CHAPADA DO NORTE		828,0	16.025
313652	JOSÉ GONÇALVES DE MINAS		382,9	4.662
313835	LEME DO PRADO		281,3	5.145
314180	MINAS NOVAS		1.810,8	31.647
316970	TURMALINA		1.153,1	18.134
317107	VEREDINHA		635,3	6.045
LESTE (GOVERNADOR VALADARES/ IPATINGA)		85	32.314,1	1.464.287
CARATINGA		13	3.826,4	193.500
310780	BOM JESUS DO GALHO		591,0	15.462
311340	CARATINGA		1.250,9	85.472
312385	ENTRE FOLHAS		85,9	5.065

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	313055	IMBÉ DE MINAS	199,5	6.641
	313090	INHAPIM	847,8	24.952
	315015	PIEDADE DE CARATINGA	110,1	6.937
	315725	SANTA BÁRBARA DO LESTE	110,8	7.762
	315935	SANTA RITA DE MINAS	67,6	5.980
	316095	SÃO DOMINGOS DAS DORES	61,2	5.418
	316447	SÃO SEBASTIÃO DO ANTA	80,2	5.723
	317005	UBAPOPORANGA	190,9	12.561
	317057	VARGEM ALEGRE	116,6	6.829
	317115	VERMELHO NOVO	113,9	4.698
CORONEL FABRICIANO/TIMÓTEO				
	310300	ANTÔNIO DIAS	877,8	9.598
	311940	CORONEL FABRICIANO	221,0	105.037
	312000	CÓRREGO NOVO	198,0	3.138
	312180	DIONÍSIO	343,4	10.589
	313500	JAGUARAÇU	162,0	2.857
			8	219.026
			2.560,5	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO	[POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
314030	MARLIÉRIA		546,3
315053	PINGO D'ÁGUA		66,8
316870	TIMÓTEO		145,2
			79.813
GOVERNADOR VALADARES			
		22	9.037,0
310180	ALPERCATA		167,3
311265	CAPITÃO ANDRADE		275,6
311920	COROACI		576,7
312370	ENGENHEIRO CALDAS		188,0
312580	FERNANDES TOURINHO		152,5
312690	FREI INOCÊNCIO		468,2
312730	GALILÉIA		721,3
312750	GONZAGA		210,7
312770	GOVERNADOR VALADARES		2.348,1
313320	ITANHOMI		488,2
313507	JAMPURUCA		521,0
314010	MARILAC		164,1
			400.837
			7.252
			5.087
			11.131
			10.908
			2.713
			9.347
			7.563
			5.786
			263.274
			12.357
			5.145
			4.394

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE			
ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
317150	MATHIAS LOBATO		170,9
314420	NACIP RAYDAN		228,6
315750	SANTA EFIGÊNIA DE MINAS		132,2
316160	SÃO GERALDO DA PIEDADE		153,5
316165	SÃO GERALDO DO BAIXO		280,0
316300	SÃO JOSÉ DA SAFIRA		214,5
316550	SARDOÁ		141,5
316770	SOBRÁLIA		207,0
316840	TARUMIRIM		730,3
316950	TUMIRITINGA		496,8
IPATINGA		14	3.634,6
310050	AÇUCENA		811,5
310630	BELO ORIENTE		336,0
310880	BRAÚNAS		377,2
310925	BUGRE		162,4
312250	DOM CAVATI		69,1
			378.979
			11.409
			22.555
			5.332
			4.095
			5.811

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO	[POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	Quant. de munic.	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO		Extensão territorial (Km²)	
312930	IAPU	337,4	11.501
313115	IPABA	114,3	15.422
313130	IPATINGA	165,5	244.508
313610	JOANÉSIA	233,3	5.567
314170	MESQUITA	275,0	6.641
314435	NAQUE	129,3	6.154
314995	PERIQUITO	227,8	7.161
315895	SANTANA DO PARAÍSO	275,5	24.695
316260	SÃO JOÃO DO ORIENTE	120,2	8.128
MANTENA			
311570	CENTRAL DE MINAS	203,7	6.821
312083	CUPARAQUE	227,0	4.561
312210	DIVINO DAS LARANJEIRAS	342,6	5.092
313180	ITABIRINA DE MANTENA	208,1	10.819
313960	MANTENA	682,8	27.580
314150	MENDES PIMENTEL	303,4	6.684
		9	73.705
		2.421,6	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (S) MACRORREGIONAL (IS)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
314467	NOVA BELÉM		148,8	3.532
316105	SÃO FÉLIX DE MINAS		165,7	3.484
316257	SÃO JOÃO DO MANTENINHA		139,4	5.132
RESPLENDOR				
		7	5.250,5	84.569
310110	AIMORÉS		1.350,0	24.825
310220	ALVARENGA		367,3	4.545
311840	CONSELHEIRO PENA		1.408,0	22.539
312737	GOIABEIRA		111,6	3.239
313410	ITUETA		454,9	6.074
315430	RESPLENDOR		1.072,1	17.608
315950	SANTA RITA DO ITUETO		486,5	5.739
SANTA MARIA DO SUAÇUI / SÃO JOÃO EVANGELISTA				
		12	5.583,5	113.671
310060	ÁGUA BOA		1.317,8	16.643
311205	CANTAGALO		141,8	4.132
312695	FREI LAGONEGRO		168,8	3.493

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO			
313655 JOSÉ RAYDAN		181,4	4.412
314840 PAULISTAS		220,1	5.002
314860 PEÇANHA		995,7	17.727
315820 SANTA MARIA DO SUAÇUI		623,7	14.931
316280 SÃO JOÃO EVANGELISTA		478,8	16.254
316350 SÃO JOSÉ DO JACURI		345,9	7.234
316410 SÃO PEDRO DO SUAÇUI		308,8	5.925
316450 SÃO SEBASTIÃO DO MARANHÃO		519,3	12.099
317190 VIRGOLÂNDIA		281,5	5.819
LESTE DO SUL (PONTE NOVA)		15.168,4	672.465
MANHUAÇU			
310030 ABRE CAMPO	24	7.580,2	325.238
310205 ALTO CAPARAÓ		471,1	13.177
315350 ALTO JEQUITIBÁ		104,6	5.312
311290 CAPUTIRA		152,7	8.122
311600 CHALÉ		188,1	9.157
		212,5	5.598

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
311740	CONCEIÇÃO DE IPANEMA		254,5	4.549
312352	DURANDÉ		217,8	7.146
313120	IPANEMA		458,6	17.916
313770	LAJINHA		429,3	17.678
313867	LUISBURGO		146,1	6.482
313940	MANHUAÇU		627,3	78.605
313950	MANHUMIRIM		183,6	20.934
314053	MARTINS SOARES		112,9	6.715
314090	MATIPÓ		277,1	17.017
314400	MUTUM		1.255,8	27.123
315190	POCRANE		691,5	8.790
315415	REDUTO		151,3	6.663
315790	SANTA MARGARIDA		256,2	14.806
315890	SANTANA DO MANHUAÇU		347,0	8.353
316255	SÃO JOÃO DO MANHUAÇU		142,5	9.881
316360	SÃO JOSÉ DO MANTIMENTO		54,5	2.579
316630	SERICITA		166,7	7.345
316760	SIMONÉSIA		487,9	17.933

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
316805	TAPARUBA		190,8	3.357
PONTE NOVA				
310040	ACAIACA	20	5.689,6	212.422
310230	ALVINÓPOLIS		100,9	4.234
310250	AMPARO DO SERRA		599,3	15.678
310570	BARRA LONGA		145,8	5.362
312170	DIOGO DE VASCONCELOS		386,1	7.050
312270	DOM SILVÉRIO		165,0	4.066
312820	GUARACIABA		195,0	5.475
313550	JEQUERI		348,5	10.820
314585	ORATÓRIOS		547,8	13.225
315020	PIEDADE DE PONTE NOVA		89,2	4.538
315210	PONTE NOVA		84,0	4.273
315400	RAUL SOARES		470,3	57.654
315490	RIO CASCA		771,5	24.606
315500	RIO DOCE		384,2	14.790
			112,3	2.656

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE			
ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (S) MACRORREGIONAL (IS)]	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO			
315740 SANTA CRUZ DO ESCALVADO		258,3	5.321
316010 SANTO ANTÔNIO DO GRAMA		129,8	4.349
316340 SÃO JOSÉ DO GOIABAL		185,2	5.743
316400 SÃO PEDRO DOS FERROS		400,7	9.087
316556 SEM-PEIXE		176,4	2.993
317050 URUCÂNIA		139,2	10.502
	9	1.898,6	134.805
VIÇOSA			
310370 ARAPONGA		304,4	8.328
311020 CAJURI		83,4	4.106
311170 CANAÃ		175,1	4.795
314830 PAULA CÂNDIDO		268,7	9.404
314880 PEDRA DO ANTA		163,8	3.731
315230 PORTO FIRME		285,0	10.989
316380 SÃO MIGUEL DO ANTA		152,3	7.094
316850 TEIXEIRAS		166,5	12.187

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
317130	VIÇOSA		299,4	74.171
NORDESTE (TEÓFILO OTONI)		63	56.641,1	917.594
ÁGUAS FORMOSAS		9	4.896,0	70.968
310090	ÁGUAS FORMOSAS		817,7	19.310
310660	BERTÓPOLIS		425,6	4.780
312015	CRISÓLITA		969,8	5.941
312705	FRONTEIRA DOS VALES		317,8	4.980
313890	MACHACALIS		329,8	7.069
314535	NOVO ORIENTE DE MINAS		754,1	10.763
314850	PAVÃO		599,4	9.155
315765	SANTA HELENA DE MINAS		276,9	6.126
317030	UMBURATIBA		404,9	2.844
ALMENARA		16	15.452,4	182.749
310170	ALMENARA		2.300,8	38.531
310520	BANDEIRA		484,7	5.521
312245	DIVISÓPOLIS		566,1	8.463

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
312560	FELISBURGO		594,0
313470	JACINTO		1.390,5
313580	JEQUITINHONHA		3.517,5
313600	JOAÍMA		1.667,7
313650	JORDÂNIA		549,2
314055	MATA VERDE		230,2
314315	MONTE FORMOSO		383,8
314675	PALMÓPOLIS		436,5
315510	RIO DO PRADO		479,4
315660	RUBIM		968,7
315710	SALTO DA DIVISA		943,6
315810	SANTA MARIA DO SALTO		442,1
316030	SANTO ANTÔNIO DO JACINTO		497,4
	ARAÇUAÍ	6	5.256,8
310340	ARAÇUAÍ		2.235,7
310650	BERILO		586,8
			93.059
			37.388
			13.717

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
311950	CORONEL MURTA		813,9	9.423
312650	FRANCISCO BADARÓ		463,8	10.604
313545	JENIPAPO DE MINAS		284,9	7.242
317160	VIRGEM DA LAPA		871,9	14.685
ITAOBIM		5	5.632,3	78.080
311700	COMERCINHO		656,6	8.637
313330	ITAOBIM		679,9	21.618
313400	ITINGA		1.640,7	15.252
314140	MEDINA		1.440,0	21.115
315217	PONTO DOS VOLANTES		1.215,2	11.458
NANUQUE		3	4.929,4	71.208
311370	CARLOS CHAGAS		3.198,9	21.212
314430	NANUQUE		1.515,4	41.329
316670	SERRA DOS AIMORÉS		215,2	8.667
PADRE PARAÍSO		4	2.686,0	59.988

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
	311300 CARAIÁ		1.240,2	22.392
	311545 CATUJI		421,0	6.633
	313230 ITAIPÉ		480,9	12.072
	314630 PADRE PARAÍSO		543,9	18.891
	PEDRA AZUL	4	3.668,5	55.073
	310100 ÁGUAS VERMELHAS		1.257,6	13.301
	310270 CACHOEIRA DE PAJEÚ		673,8	9.537
	312235 DIVISA ALEGRE		118,5	6.235
	314870 PEDRA AZUL		1.618,7	26.000
	TEÓFILO OTONI / MALACACHETA / ITAMBACURI	16	14.119,8	306.469
	310285 ANGELÂNDIA		184,9	8.571
	310470 ATALÉIA		1.838,4	15.162
	311080 CAMPANÁRIO		441,4	3.757
	312675 FRANCISCÓPOLIS		715,9	5.662
	312680 FREI GÁSPAR		628,3	6.649

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009 ¹
MICRORREGIÃO				
313270	ITAMBACURI		1.418,6	23.386
313700	LADAINHA		865,2	17.195
313920	MALACACHETA		719,3	18.181
314490	NOVA MÓDICA		377,0	3.952
314530	NOVO CRUZEIRO		1.700,6	31.319
314620	OURO VERDE DE MINAS		175,0	7.215
315000	PESCADOR		317,6	4.197
315240	POTÉ		632,7	15.237
316330	SÃO JOSÉ DO DIVINO		326,2	3.881
316555	SETUBINHA		535,7	11.588
316860	TEÓFILO OTONI		3.242,8	130.517
NOROESTE (PATOS DE MINAS)		33	79.594,3	658.304
PATOS DE MINAS		21	38.988,7	406.908
310380	ARAPUÁ		172,5	2.778
310855	BRASILÂNDIA DE MINAS		2.515,3	13.593

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
311430	CARMO DO PARANAÍBA		1.307,1	32.059
312070	CRUZEIRO DA FORTALEZA		185,5	3.897
312860	GUARDA-MOR		2.065,6	6.778
312890	GUIMARÃIA		370,8	7.322
313630	JOÃO PINHEIRO		10.717,0	45.150
313710	LAGAMAR		1.472,7	7.873
313750	LAGOA FORMOSA		844,5	17.134
313753	LAGOA GRANDE		1.219,9	9.216
314120	MATUTINA		259,7	3.789
314800	PATOS DE MINAS		3.189,0	139.841
315340	PRESIDENTE OLEGÁRIO		3.531,2	18.989
315550	RIO PARANAÍBA		1.353,4	10.990
315970	SANTA ROSA DA SERRA		296,3	3.407
316170	SÃO GONÇALO DO ABAETÉ		2.687,4	6.546
316210	SÃO GOTARDO		853,7	32.580
316680	SERRA DO SALITRE		1.297,8	10.778
316890	TIROS		2.093,2	7.626

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
317075	VARÃO DE MINAS		652,8	6.520
317100	VAZANTE		1.903,1	20.042
UNAJ		12	40.605,7	251.396
310450	ARINOS		5.322,8	18.153
310820	BONFINÓPOLIS DE MINAS		1.778,2	5.869
310930	BURITIS		5.219,5	22.465
310945	CABECEIRA GRANDE		1.026,0	6.600
311615	CHAPADA GAÚCHA		3.214,7	11.368
312247	DOM BOSCO		821,8	3.839
312620	FORMOSO		3.691,5	6.857
314437	NATALÂNDIA		471,4	3.376
314700	PARACATU		8.232,2	83.560
315445	RIACHINHO		1.774,9	8.437
317040	UNAJ		8.463,6	78.125
317047	URUANA DE MINAS		589,2	2.747

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
NORTE (MONTES CLAROS)		86	117.072,1
BRASÍLIA DE MINAS/SÃO FRANCISCO		16	17.620,8
310860	BRASÍLIA DE MINAS		32.438
311115	CAMPO AZUL		4.020
312965	IBIRACATU		5.936
313005	ICARAI DE MINAS		10.934
313535	JAPONVAR		8.536
313865	LONTRA		8.332
313868	LUISLÂNDIA		6.727
314200	MIRABELA		13.252
314795	PATIS		5.572
315057	PINTÓPOLIS		8.183
316110	SÃO FRANCISCO		55.141
316240	SÃO JOÃO DA PONTE		26.983
316420	SÃO ROMÃO		9.713

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO	[POLO (S) MACRORREGIONAL (IS)]	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
317000	UBAÍ		820,9
317052	URUCUIA		2.072,3
317090	VARZELÂNDIA		803,9
CORAÇÃO DE JESUS			
311880	CORAÇÃO DE JESUS	5	5.514,3
313560	JEQUITAI		2.236,2
313730	LAGOA DOS PATOS		1.268,3
316225	SÃO JOÃO DA LAGOA		599,4
316265	SÃO JOÃO DO PACUÍ		989,9
			420,5
			49.017
			27.110
			8.117
			4.596
			4.971
			4.223
FRANCISCO SÁ			
310850	BOTUMIRIM	6	10.557,4
311270	CAPITÃO ENÉAS		1.571,8
312030	CRISTÁLIA		970,3
312670	FRANCISCO SÁ		840,7
312780	GRÃO MOGOL		2.749,4
			3.889,6
			73.148
			6.550
			14.830
			5.961
			25.994
			15.177

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
313657	JOSENÓPOLIS		535,6	4.636
JANAÚBA/MONTE AZUL				
311547	CATUTI	15	18.545,5	272.033
312430	ESPINOSA		286,0	5.473
312733	GAMELEIRAS		1.876,4	32.461
313505	JAIBA		1.733,4	5.392
313510	JANAÚBA		2.740,3	32.190
313925	MAMONAS		2.188,8	68.527
314085	MATIAS CARDOSO		290,3	6.485
314100	MATO VERDE		1.938,4	11.037
314290	MONTE AZUL		474,4	12.957
314505	NOVA PORTEIRINHA		991,6	22.838
314655	PAI PEDRO		121,0	7.597
315220	PORTEIRINHA		785,1	6.217
315450	RIACHO DOS MACHADOS		1.806,3	37.842
			1.308,6	9.716

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
316695	SERRANÓPOLIS DE MINAS		553,1	4.787
317103	VERDELÂNDIA		1.451,9	8.514
JANUÁRIA		5	14.981,9	113.409
310825	BONITO DE MINAS		3.900,6	9.315
311783	CÓNEGO MARINHO		1.617,9	6.440
313210	ITACARAMBI		1.252,1	18.261
313520	JANUÁRIA		6.691,2	67.516
314915	PEDRAS DE MARIA DA CRUZ		1.520,1	11.877
MANGA		5	5.807,5	60.059
313695	JUVENÍLIA		1.076,9	6.321
313930	MANGA		1.968,1	21.338
314225	MIRAVÂNIA		603,0	4.998
314270	MONTALVÂNIA		1.484,4	16.135
316245	SÃO JOÃO DAS MISSÕES		675,1	11.267
MONTES CLAROS / BOCAIÚVA		11	15.341,2	457.177

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE				
ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	310730 BOCAIÚVA		3.232,7	46.624
	311650 CLARO DOS POÇÕES		706,0	8.389
	312380 ENGENHEIRO NAVARRO		632,0	7.315
	312660 FRANCISCO DUMONT		1.553,3	4.987
	312735 GLAUCILÂNDIA		145,6	3.072
	312825 GUARACIAMA		392,1	4.728
	313200 ITACAMBIRA		1.788,1	5.303
	313640 JOAQUIM FELÍCIO		791,1	4.086
	313680 JURAMENTO		432,0	4.108
	314330 MONTES CLAROS		3.582,0	363.227
	314545 OLHOS-D'ÁGUA		2.086,4	5.338
	PIRAPORA	7	17.599,8	140.059
	310940 BURTITZEIRO		7.225,6	27.068
	312960 IBIAÍ		870,5	7.907
	313810 LASSANCE		3.213,6	6.651
	315120 PIRAPORA		575,5	53.708

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009 ¹
MICRORREGIÃO				
315213	PONTO CHIQUE		602,4	4.282
315760	SANTA FÉ DE MINAS		2.916,7	4.129
317080	VARZEA DA PALMA		2.195,7	36.314
SALINAS / TAIÓBEIRAS		16	16.911,2	204.650
310665	BERIZAL		493,3	4.655
312087	CURRAL DE DENTRO		570,5	7.376
312707	FRUTA DE LEITE		758,4	6.426
313065	INDAIABIRA		1.008,2	7.748
314345	MONTEZUMA		1.133,7	7.677
314465	NINHEIRA		1.114,2	11.031
314537	NOVORIZONTE		264,1	5.136
314625	PADRE CARVALHO		450,0	6.176
315560	RIO PARDO DE MINAS		3.118,7	29.947
315650	RUBELITA		1.109,2	8.097
315700	SALINAS		1.897,2	38.789
315737	SANTA CRUZ DE SALINAS		587,3	5.466

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	316045	SANTO ANTÔNIO DO RETIRO	796,9	7.087
	316270	SÃO JOÃO DO PARAÍSO	1.921,2	22.782
	316800	TAIOBEIRAS	1.194,2	31.333
	317065	VARGEM GRANDE DO RIO PARDO	494,1	4.924
OESTE (DIVINÓPOLIS)		55	29.257,9	1.198.304
BOM DESPACHO		7	5.725,4	100.846
	310740	BOM DESPACHO	1.209,1	44.265
	312320	DORES DO INDAIÁ	1.110,6	14.366
	312470	ESTRELA DO INDAIÁ	635,4	3.787
	313880	LUZ	1.171,7	17.835
	314050	MARTINHO CAMPOS	1.060,3	12.662
	314240	MOEMA	202,7	7.041
	316660	SERRA DA SAUDADE	335,6	890
DIVINÓPOLIS / SANTO ANTÔNIO DO MONTE		13	6.601,7	433.163
	310390	ARAÚJOS	245,6	7.692

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	310420	ARCOS	510,0	36.455
	311420	CARMO DO CAJURU	455,0	20.031
	311660	CLÁUDIO	630,3	25.938
	312230	DIVINÓPOLIS	708,9	216.099
	313350	ITAPECERICA	1.042,1	21.200
	313530	JAPARAIBA	172,1	3.866
	313720	LAGOA DA PRATA	439,7	47.007
	314890	PEDRA DO INDAIÁ	349,1	4.080
	314970	PERDIGÃO	249,8	7.961
	316040	SANTO ANTÔNIO DO MONTE	1.129,4	25.899
	316180	SÃO GONÇALO DO PARÁ	265,6	11.246
	316460	SÃO SEBASTIÃO DO OESTE	404,0	5.689
		FORMIGA	9	129.228
	310510	BAMBUÍ	1.455,4	22.622
	311980	CÓRREGO DANTA	644,9	3.475
	311995	CÓRREGO FUNDO	105,4	5.939

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE				
ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	312610 FORMIGA		1.502,4	67.178
	313030 IGUATAMA		627,8	7.727
	314130 MEDEIROS		939,1	3.398
	314650 PAINS		418,0	8.476
	315050 PIMENTA		415,1	8.525
	316820 TAPIRAÍ		412,4	1.888
	ITAÚNA	4	1.482,0	114.943
	313220 ITAGUARA		410,7	12.956
	313370 ITATIAIUÇU		295,1	9.364
	313380 ITAÚNA		495,9	85.838
	315060 PIRACEMA		280,4	6.785
	PARÁ DE MINAS	8	2.678,5	202.365
	311760 CONCEIÇÃO DO PARÁ		249,4	4.866
	313020 IGARATINGA		219,3	9.045
	313830 LEANDRO FERREIRA		355,2	2.986
	314520 NOVA SERRANA		283,1	67.967

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
314580	ONÇA DE PITANGUI		247,1	3.129
314710	PARÁ DE MINAS		551,0	84.264
315140	PITANGUI		568,3	26.038
316310	SÃO JOSÉ DA VARGINHA		205,1	4.070
SANTO ANTÔNIO DO AMPARO / CAMPO BELO		14	6.249,7	217.759
310080	AGUANIL		235,0	4.315
310800	BOM SUCESSO		706,2	17.805
311040	CAMACHO		222,2	3.229
311120	CAMPO BELO		526,8	53.653
311190	CANA VERDE		212,4	5.915
311200	CANDEIAS		720,7	16.281
311400	CARMO DA MATA		356,7	11.446
311450	CARMÓPOLIS DE MINAS		400,6	16.624
312020	CRISTAIS		627,7	11.269
314560	OLIVEIRA		896,5	39.214

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	314770 PASSA TEMPO		429,4	8.783
	315880 SANTANA DO JACARÉ		107,4	4.716
	315990 SANTO ANTÔNIO DO AMPARO		491,7	18.125
	316120 SÃO FRANCISCO DE PAULA		316,4	6.384
	SUDESTE (JUIZ DE FORA)	94	24.664,7	1.589.178
	ALÉM PARAÍBA	5	1.246,1	56.765
	310150 ALÉM PARAÍBA		511,2	34.591
	312460 ESTRELA DALVA		131,9	2.536
	315110 PIRAPETINGA		192,2	10.636
	316000 SANTO ANTÔNIO DO AVENTUREIRO		201,9	3.600
	317210 VOLTA GRANDE		208,9	5.402
	CARANGOLA	11	2.414,6	124.056
	311010 CAIANA		106,5	4.733
	311210 CAPARÓ		130,1	4.991
	311330 CARANGOLA		352,5	33.182

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO	[POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
312200	DIVINO		338,7
312420	ESPERA FELIZ		325,0
312530	FARIA LEMOS		165,7
312595	FERVEDOURO		357,3
314587	ORIZÂNIA		121,6
314875	PEDRA BONITA		163,5
314900	PEDRA DOURADA		70,4
316920	TOMBOS		283,5
JUIZ DE FORA / LIMA DUARTE / BOM JARDIM MINAS			
310280	ANDRELÂNDIA	25	8.757,5
310360	ARANTINA		1.004,5
310610	BELMIRO BRAGA		89,4
310680	BIAS FORTES		392,3
310720	BOCAINA DE MINAS		284,3
310750	BOM JARDIM DE MINAS		501,4
			395,3
			651.619
			12.369
			2.538
			3.079
			3.881
			5.216
			6.657

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	311590	CHÁCARA	152,9	2.762
	311620	CHIADOR	252,3	2.974
	311960	CORONEL PACHECO	130,3	2.427
	312500	EWBANK DA CÂMARA	103,8	3.676
	312738	GOIANÁ	153,2	3.846
	313670	JUIZ DE FORA	1.436,9	526.706
	313850	LIBERDADE	402,2	5.397
	313860	LIMA DUARTE	848,1	16.494
	314080	MATIAS BARBOSA	156,7	13.872
	314540	OLARIA	178,5	2.479
	314780	PASSA VINTE	245,6	2.132
	314940	PEDRO TEIXEIRA	113,1	1.680
	315010	PIAU	191,4	3.064
	315540	RIO NOVO	207,6	9.300
	315590	RIO PRETO	347,1	5.631
	315727	SANTA BÁRBARA DO MONTE VERDE	416,1	2.999

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
315930	SANTA RITA DE JACUTINGA		437,6	5.869
315860	SANTANA DO DESERTO		182,2	3.977
316750	SIMÃO PEREIRA		134,7	2.594
LEOPOLDINA / CATAGUASES				
310440	ARGIRITA	10	2.834,9	175.355
310460	ASTOLFO DUTRA		159,3	3.051
311530	CATAGUASES		159,1	13.109
312290	DONA EUZÉBIA		482,3	70.507
313260	ITAMARATI DE MINAS		54,5	5.808
313800	LARANJAL		118,3	4.232
313840	LEOPOLDINA		204,2	6.568
314670	PALMA		942,3	51.545
315410	RECREIO		318,0	6.212
315840	SANTANA DE CATAGUASES		234,2	10.538
			162,5	3.785
MURIAÉ				
310310	ANTÔNIO PRADO DE MINAS	11	2.630,9	164.753
			85,0	2.070

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	310550 BARÃO DE MONTE ALTO		199,1	5.700
	312490 EUGENÓPOLIS		310,5	10.769
	314210 MIRADOURO		301,5	10.648
	314220 MIRAÍ		320,6	13.502
	314390 MURIAÉ		843,3	99.628
	314820 PATROCÍNIO DO MURIAÉ		108,5	5.613
	315645 ROSÁRIO DA LIMEIRA		112,3	4.362
	316140 SÃO FRANCISCO DO GLÓRIA		164,0	5.685
	316443 SÃO SEBASTIÃO DA VARGEM ALEGRE		73,7	2.877
	317140 VIEIRAS		112,2	3.899
	SANTOS DUMONT	3	854,1	51.080
	310330 ARACITABA		105,9	1.885
	314570 OLIVEIRA FORTES		110,9	1.951
	316070 SANTOS DUMONT		637,4	47.244
	SÃO JOÃO NEPOMUCENO / BICAS	9	1.568,0	71.660

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO			
310690 BICAS		139,5	14.309
312130 DESCOBERTO		213,2	5.126
312850 GUARARÁ		88,6	4.114
313980 MAR DE ESPANHA		372,1	11.658
314020 MARIPÁ DE MINAS		77,7	2.981
314950 PEQUERI		90,9	3.093
315620 ROCHEDO DE MINAS		79,6	2.137
316290 SÃO JOÃO NEPOMUCENO		407,9	26.160
316560 SENADOR CORTES		98,4	2.082
UBÁ			293.890
310870 BRÁS PIRES	20	223,4	4.615
311670 COIMBRA		106,8	7.209
312190 DIVINÉSIA		118,4	3.409
312330 DORES DO TURVO		231,3	4.668
312400 ERVÁLIA		357,1	18.855
312840 GUARANI		264,8	10.049

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (S) MACRORREGIONAL (IS)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	312880	GUIDOVAL	159,0	7.523
	312900	GUIRICEMA	294,4	9.116
	314160	MERCÊS	352,8	10.902
	315130	PIRAÚBA	144,0	10.931
	315310	PRESIDENTE BERNARDES	236,9	5.853
	315580	RIO POMBA	251,8	17.359
	315630	RODEIRO	72,0	6.589
	316150	SÃO GERALDO	187,4	9.846
	316570	SENADOR FIRMINO	166,2	7.361
	316730	SILVEIRÂNIA	157,5	2.193
	316790	TABULEIRO	211,4	4.068
	316900	TOCANTINS	174,0	16.408
	316990	UBÁ	407,7	99.708
	317200	VISCONDE DO RIO BRANCO	242,0	37.228
SUL (ALFENAS/POUSO ALEGRE/ POÇOS DE CALDAS/PASSOS/VARGINHA)			53.766,3	2.621.875
			153	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
ALFENAS / MACHADO		17	6.988,2	309.942
310160	ALFENAS		848,3	75.214
310200	ALTEROSA		366,1	13.810
310430	AREADO		280,8	13.864
310530	BANDEIRA DO SUL		46,9	5.330
310840	BOTELHOS		333,7	15.289
311100	CAMPESTRE		577,2	20.854
311130	CAMPO DO MEIO		273,8	11.871
311160	CAMPOS GERAIS		769,2	27.964
311440	CARMO DO RIO CLARO		1.064,8	20.070
311470	CARVALHÓPOLIS		80,7	3.380
311710	CONCEIÇÃO DA APARECIDA		349,5	10.771
312240	DIVISA NOVA		216,7	5.828
312520	FAMA		86,1	2.259
313900	MACHADO		583,8	39.509
314720	PARAGUAÇU		425,0	20.429
315170	POÇO FUNDO		474,2	15.916

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE			
ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)
MICRORREGIÃO			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
316690	SERRANIA		211,5
			7.584
GUAXUPÉ			
310410	ARCEBURGO	9	2.808,4
310950	CABO VERDE		162,5
312830	GUARANÉSIA		367,5
312870	GUAXUPÉ		294,0
313690	JURUAIA		285,9
314300	MONTE BELO		219,5
314410	MUZAMBINHO		421,3
314510	NOVA RESENDE		409,0
316390	SÃO PEDRO DA UNIÃO		390,2
			258,5
			5.386
ITAJUBÁ			
310890	BRASÓPOLIS	15	3.108,1
311720	CONCEIÇÃO DAS PEDRAS		361,2
311850	CONSOLAÇÃO		101,6
312110	DELFIN MOREIRA		85,9
			408,2
			196.266
			14.756
			2.821
			1.750
			8.047

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
312740	GONÇALVES		187,6	4.450
313240	ITAJUBÁ		290,5	90.225
313990	MARIA DA FÉ		203,8	14.637
314040	MARMELÓPOLIS		107,9	3.156
314730	PARAISÓPOLIS		331,5	18.844
314910	PEDRALVA		217,3	11.351
315090	PIRANGUÇU		206,4	5.319
315100	PIRANGUINHO		130,3	8.227
316320	SÃO JOSÉ DO ALEGRE		89,2	4.066
316540	SAPUCAÍ-MIRIM		284,8	6.046
317220	WENCESLAU BRAZ		102,0	2.571
LAVRAS		10	3.707,7	171.017
311460	CARRANCAS		727,8	4.182
313040	IJACI		105,4	6.036
313080	INGAÍ		305,0	2.580
313430	ITUMIRIM		234,6	6.667
313450	ITUTINGA		372,5	4.165

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	313820 LAVRAS		564,5	92.542
	313870 LUMINÁRIAS		498,7	5.527
	314460 NEPOMUCENO		582,0	25.152
	314990 PERDÕES		277,0	20.228
	315470 RIBEIRÃO VERMELHO		40,2	3.938
PASSOS / PIUMHI				
	310190 ALPINÓPOLIS	18	11.393,0	275.600
	310760 BOM JESUS DA PENHA		459,0	18.619
	311240 CAPETINGA		209,1	3.980
	311280 CAPITÓLIO		296,7	7.326
	311510 CÁSSIA		522,1	7.864
	311640 CLARAVAL		643,9	17.587
	312120 DELFINÓPOLIS		210,7	4.453
	312340 DORESÓPOLIS		1.375,0	6.954
	312630 FORTALEZA DE MINAS		153,1	1.578
	312810 GUAPE		218,9	3.986
			934,6	13.475

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009 ¹
MICRORREGIÃO				
312970	IBIRACI		598,8	11.593
313375	ITAÚ DE MINAS		154,0	15.257
314790	PASSOS		1.339,2	107.619
315150	PIUMHI		902,3	32.580
316220	SÃO JOÃO BATISTA DO GLÓRIA		553,3	7.198
316294	SÃO JOSÉ DA BARRA		312,5	7.090
316430	SÃO ROQUE DE MINAS		2.100,7	6.301
317060	VARGEM BONITA		409,1	2.140
POÇOS DE CALDAS				
310260	ANDRADAS	5	2.295,9	215.586
311030	CALDAS		467,4	36.633
312990	IBITIÚRA DE MINAS		713,6	14.655
315180	POÇOS DE CALDAS		68,4	3.516
315920	SANTA RITA DE CALDAS		544,4	151.449
			502,0	9.333
POUSO ALEGRE				
310140	ALBERTINA	33	8.008,6	490.344
			57,6	2.976

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
310790	BOM REPOUSO		229,8	10.826
310830	BORDA DA MATA		300,1	15.507
310910	BUENO BRANDÃO		355,2	11.212
310970	CACHOEIRA DE MINAS		305,4	11.250
311050	CAMANDUCAIA		527,6	20.160
311060	CAMBUÍ		242,9	26.365
311360	CAREAÇU		181,3	6.286
311780	CONCEIÇÃO DOS OUROS		182,7	10.869
311790	CONGONHAL		205,8	10.261
311990	CÓRREGO DO BOM JESUS		123,3	3.824
312440	ESPÍRITO SANTO DO DOURADO		263,8	4.471
312450	ESTIVA		245,3	11.426
312510	EXTREMA		243,1	27.155
312920	HELIODORA		153,9	6.295
313060	INCONFIDENTES		149,5	7.692
313150	IPUIÚNA		298,9	9.549
313360	ITAPEVA		178,0	8.073

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	313490	JACUTINGA	347,3	21.424
	314340	MONTE SIÃO	290,2	20.135
	314380	MUNHOZ	190,6	6.419
	314440	NATÉRCIA	190,4	4.773
	314600	OURO FINO	533,8	32.639
	315250	POUSO ALEGRE	543,9	127.974
	315960	SANTA RITA DO SAPUCAÍ	350,9	36.150
	316230	SÃO JOÃO DA MATA	120,5	2.981
	316440	SÃO SEBASTIÃO DA BELA VISTA	166,9	5.193
	316557	SENADOR AMARAL	151,1	5.201
	316580	SENADOR JOSÉ BENTO	94,6	1.855
	316740	SILVIANÓPOLIS	312,0	6.261
	316905	TOCOS DO MOJI	114,9	4.084
	316910	TOLEDO	136,1	6.038
	316980	TURVOLÂNDIA	221,3	5.020
SÃO LOURENÇO / CAXAMBU			24	257.735
			6.340,4	

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (S) MACRORREGIONAL (IS)]		Quant. de munic.	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO		Extensão territorial (Km²)	
310120	AIURUOCA	650,1	6.210
310130	ALAGOA	161,6	2.926
310490	BAEPENDI	751,7	18.745
311410	CARMO DE MINAS	323,3	14.397
311480	CARVALHOS	282,6	4.735
311550	CAXAMBU	100,2	21.431
311770	CONCEIÇÃO DO RIO VERDE	370,0	13.244
312050	CRISTINA	311,9	11.478
312080	CRUZÍLIA	523,5	15.373
312280	DOMVIÇOSO	113,2	3.117
313300	ITAMONTE	430,6	14.611
313310	ITANHANDU	143,9	15.253
313590	JESUÁLIA	153,3	4.983
313780	LAMBARI	213,1	19.244
314190	MINDURI	220,4	3.665
314550	OLÍMPIO NORONHA	53,9	2.655
314760	PASSA QUATRO	276,6	15.907

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG N° 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	315260	POUJO ALTO	261,2	6.494
	316370	SÃO LOURENÇO	57,1	42.688
	316490	SÃO SEBASTIÃO DO RIO VERDE	91,9	2.292
	316640	SERITINGA	114,5	1.818
	316700	SERRANOS	212,5	2.130
	316780	SOLEDADE DE MINAS	196,9	5.795
	317170	VIRGÍNIA	326,4	8.544
SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO				
	313290	ITAMOGI	236,5	11.218
	313480	JACUÍ	409,7	7.426
	314320	MONTE SANTO DE MINAS	590,9	20.536
	315290	PRATÁPOLIS	214,3	8.800
	316470	SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO	822,3	64.800
	316510	SÃO TOMÁS DE AQUINO	277,5	7.073
TRÊS CORAÇÕES				
	311070	CAMBUQUIRA	245,8	12.936
			6	119.853
			2.551,3	128.380

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]		Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO				
311090	CAMPANHA		336,0	15.949
311390	CARMO DA CACHOEIRA		505,9	12.061
316080	SÃO BENTO ABADE		80,4	4.715
316520	SÃO THOMÉ DAS LETRAS		369,5	6.943
316930	TRÊS CORAÇÕES		825,9	75.776
TRÊS PONTAS		5	2.393,4	122.200
310710	BOA ESPERANÇA		858,7	39.254
311870	COQUEIRAL		296,6	9.747
313050	ILICINEA		376,0	11.828
315830	SANTANA DA VARGEM		172,7	7.222
316940	TRÊS PONTAS		689,4	54.149
VARGINHA		5	1.807,7	182.269
311900	CORDILÂNDIA		179,2	3.743
312360	ELÓI MENDES		498,4	25.532
314260	MONSENHOR PAULO		216,5	7.582
316200	SÃO GONÇALO DO SAPUCAÍ		518,0	23.627

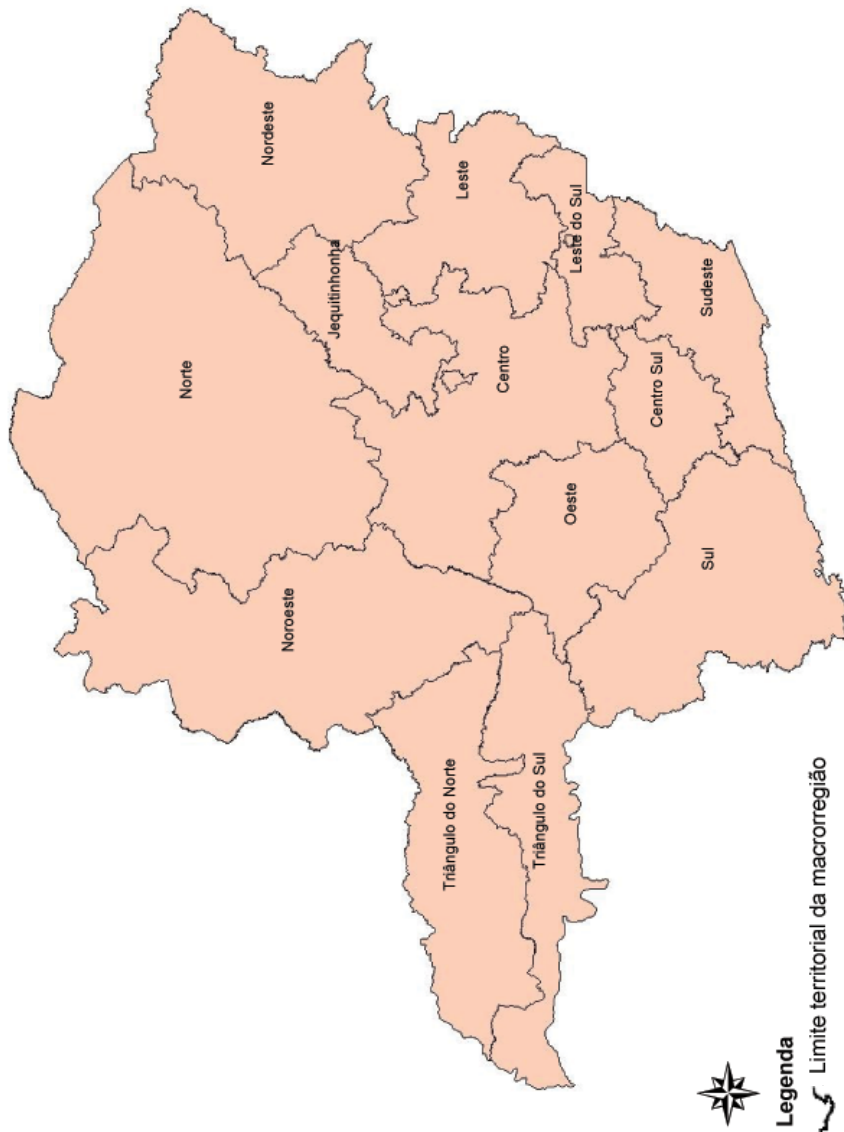
ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (s)]		Quant. de munic.	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹
MICRORREGIÃO	Extensão territorial (Km²)		
317070	VARGINHA	395,6	121.785
TRIÂNGULO DO NORTE (UBERLÂNDIA)		27	1.215.852
ITUJUTABA			
310980	CACHOEIRA DOURADA	202,7	2.595
311110	CAMPINA VERDE	3.663,4	19.201
311180	CANÁPOLIS	845,2	11.865
311260	CAPINÓPOLIS	621,2	16.043
311580	CENTRALINA	322,0	10.557
312910	GURINHATÁ	1.844,4	6.228
313140	IPIAÇU	469,7	4.374
313420	ITUJUTABA	2.587,3	96.759
315980	SANTA VITÓRIA	3.002,8	15.791
PATROCÍNIO / MONTE CARMELO		9	188.615
310010	ABADIA DOS DOURADOS	894,5	6.805
311930	COROMANDEL	3.296,3	28.296

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009			
MACRORREGIÃO [POLO (S) MACRORREGIONAL (IS)]			
MICRORREGIÃO			
	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km ²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009 ¹
312350		313,4	1.924
	DOURADOQUARA		
312480		820,3	7.439
	ESTRELA DO SUL		
312790		192,6	1.468
	GRUPIARA		
313160		357,6	6.605
	IRAI DE MINAS		
314310		1.353,7	45.975
	MONTE CARMELO		
314810		2.866,6	86.467
	PATROCÍNIO		
315640		402,0	3.636
	ROMARIA		
UBERLÂNDIA / ARAGUARI			
310350		18.728,1	843.824
	ARAGUARI	2.730,6	111.095
310375		298,5	6.522
	ARAPORÁ		
311500		367,7	2.938
	CASCALHO RICO		
313070		833,9	6.671
	INDIANÓPOLIS		
314280		2.593,2	19.051
	MONTE ALEGRE DE MINAS		
314500		1.105,8	12.504
	NOVA PONTE		
315280		4.856,6	26.857
	PRATA		
316960		1.826,0	23.841
	TUPACIGUARA		
317020		4.115,8	634.345
	UBERLÂNDIA		

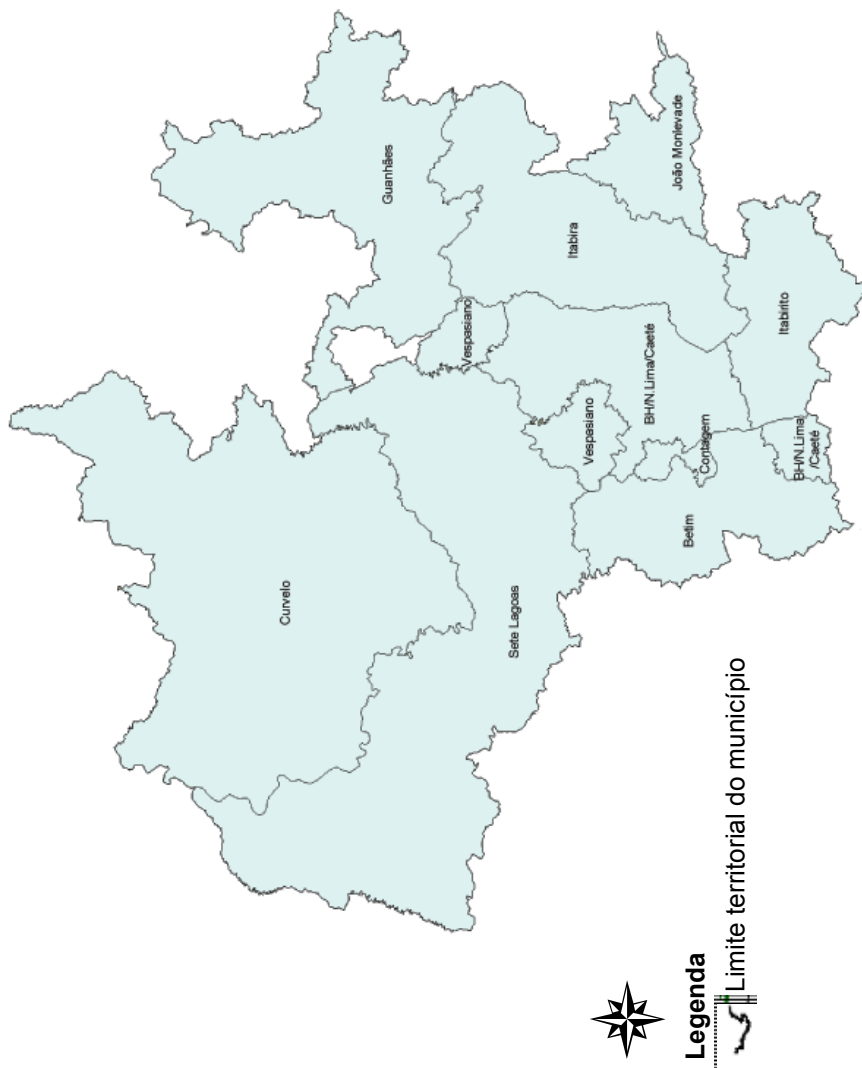
ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO
				2009¹
TRIÂNGULO DO SUL (UBERABA)		27	35.534,7	698.785
ARAXÁ		8	9.926,6	166.850
310400	ARAXÁ		1.165,2	92.927
311150	CAMPOS ALTOS		719,1	13.719
312950	IBIÁ		2.707,6	23.069
314920	PEDRINÓPOLIS		357,7	3.586
314980	PERDIZES		2.450,2	14.786
315300	PRATINHA		619,3	3.435
315770	SANTA JULIANA		727,4	11.571
316810	TAPIRA		1.180,2	3.757
FRUTAL / ITURAMA		11	13.175,8	163.232
311455	CARNEIRINHO		2.060,7	9.143
311690	COMENDADOR GOMES		1.042,9	3.252
312700	FRONTEIRA		199,2	15.706
312710	FRUTAL		2.429,7	54.819

ADSCRIÇÃO E POPULAÇÃO DOS MUNICÍPIOS POR MACRORREGIÕES E MICRORREGIÕES DE SAÚDE				
ANEXO III DA DELIBERAÇÃO CIB-SUS/MG Nº 618, DE 09 DE DEZEMBRO DE 2009				
MACRORREGIÃO [POLO (s) MACRORREGIONAL (is)]	MICRORREGIÃO	Quant. de munic.	Extensão territorial (Km²)	
			ESTIMATIVA DA POPULAÇÃO 2009¹	
	313340	ITAPAGIPE	1.795,4	15.043
	313440	ITURAMA	1.401,2	33.231
	313862	LIMEIRA DO OESTE	1.317,5	6.792
	315070	PIRAJUBA	331,8	4.059
	315160	PLANURA	318,0	11.138
	316130	SÃO FRANCISCO DE SALES	1.128,8	5.314
	317043	UNIÃO DE MINAS	1.150,6	4.735
		UBERABA	12.432,3	368.703
	310070	ÁGUA COMPRIDA	489,5	2.164
	311140	CAMPO FLORIDO	1.261,7	7.105
	311730	CONCEIÇÃO DAS ALAGOAS	1.348,2	21.938
	311820	CONQUISTA	616,2	6.922
	312125	DELTA	104,5	7.210
	315690	SACRAMENTO	3.071,5	23.112
	317010	UBERABA	4.512,1	296.261
	317110	VERÍSSIMO	1.028,6	3.991

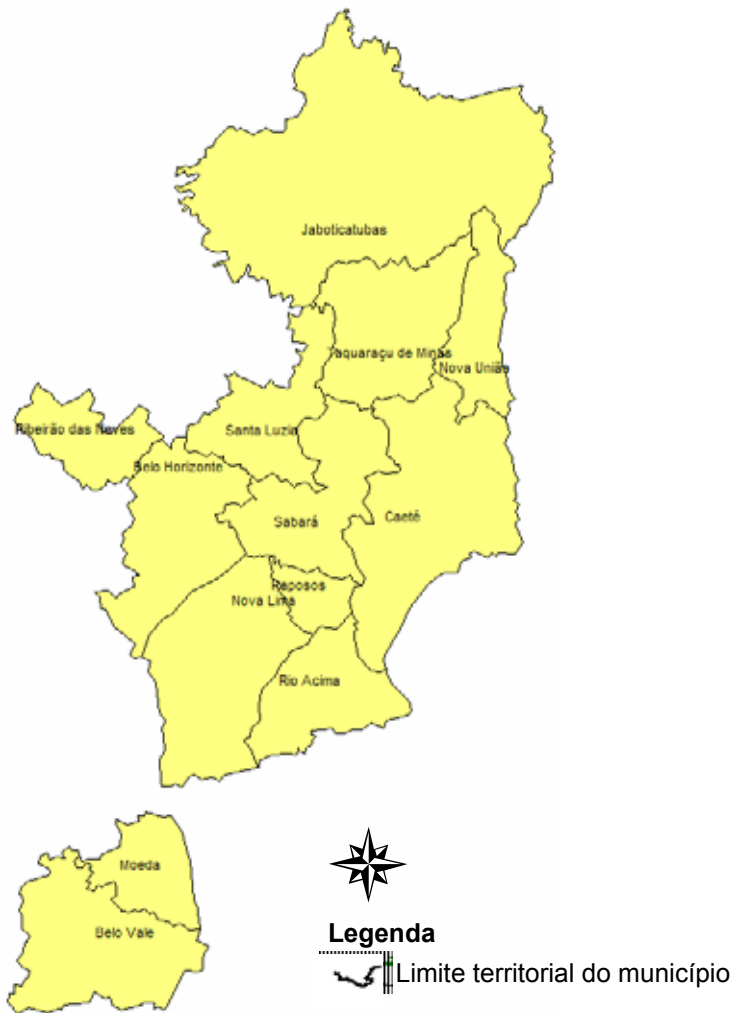
Minas Gerais: divisão assistencial por macrorregião



Macrorregião Centro: divisão assistencial por microrregião



Microrregião Belo Horizonte/Nova Lima/Caeté



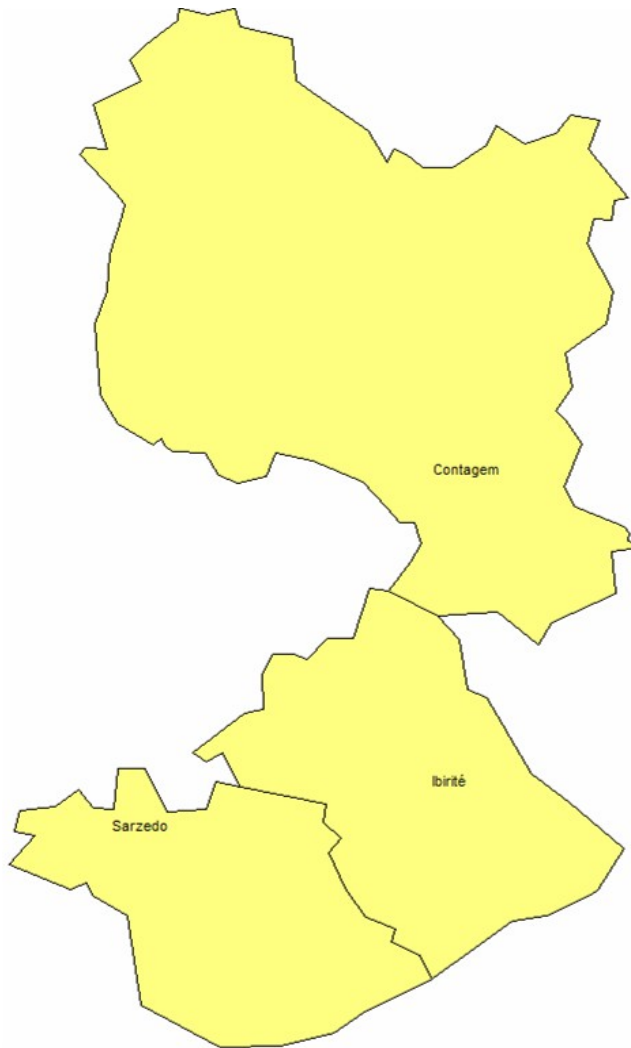
Microrregião Betim



Legenda

 Limite territorial do município

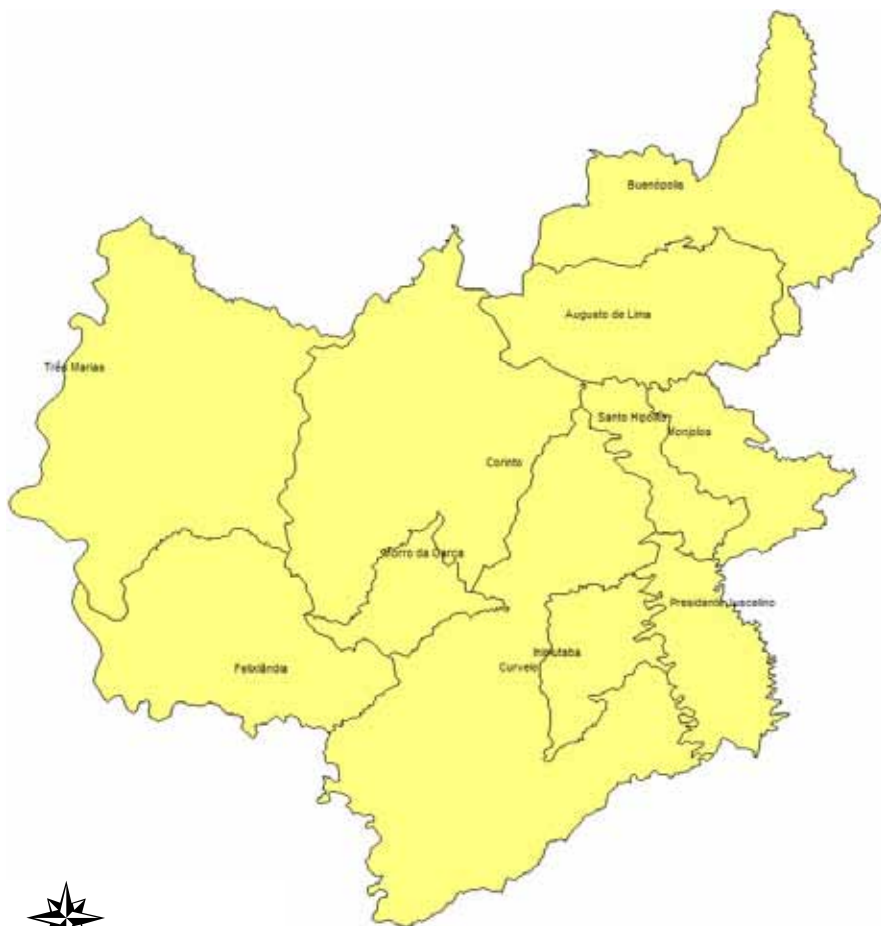
Microrregião Contagem



Legenda

 Limite territorial do município

Microrregião Curvelo

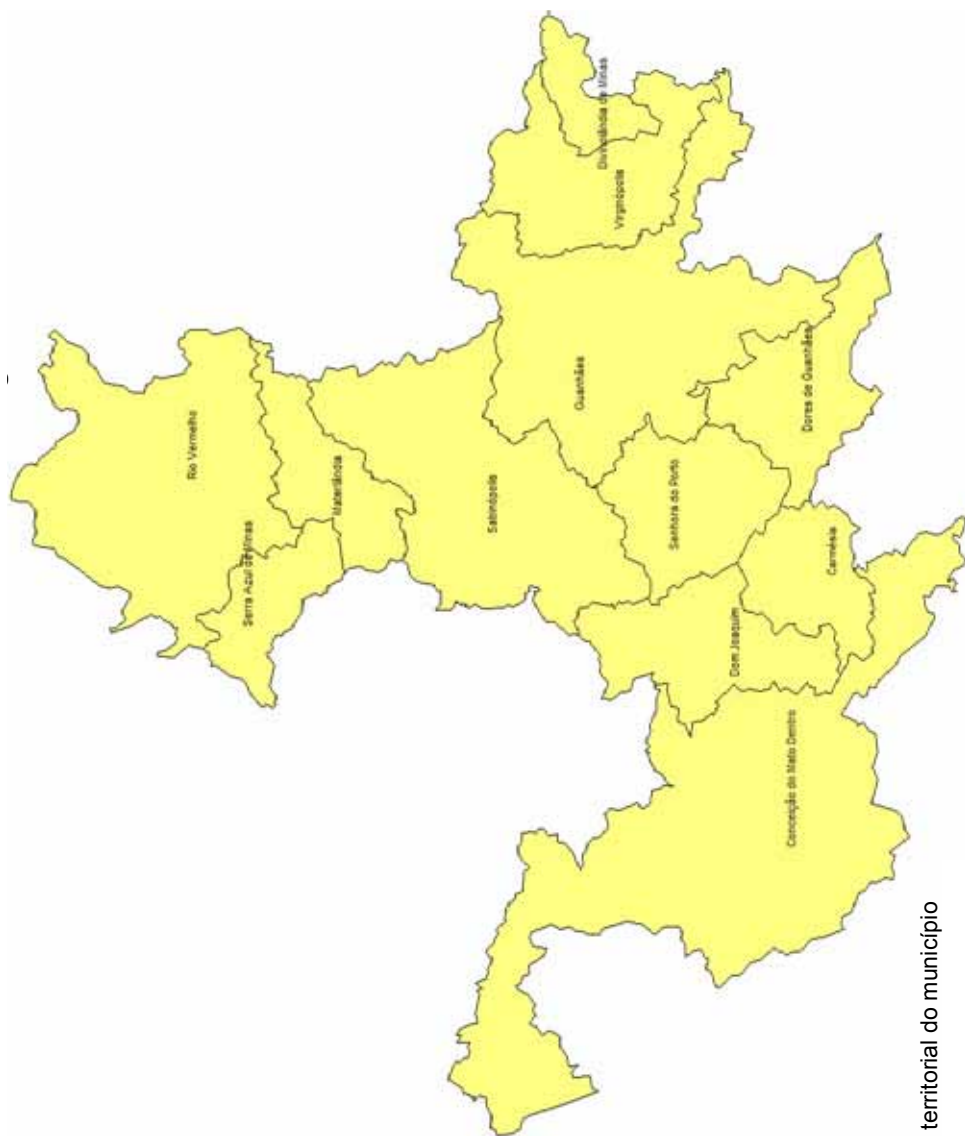


Legenda



Limite territorial do município

Microrregião Guanhães

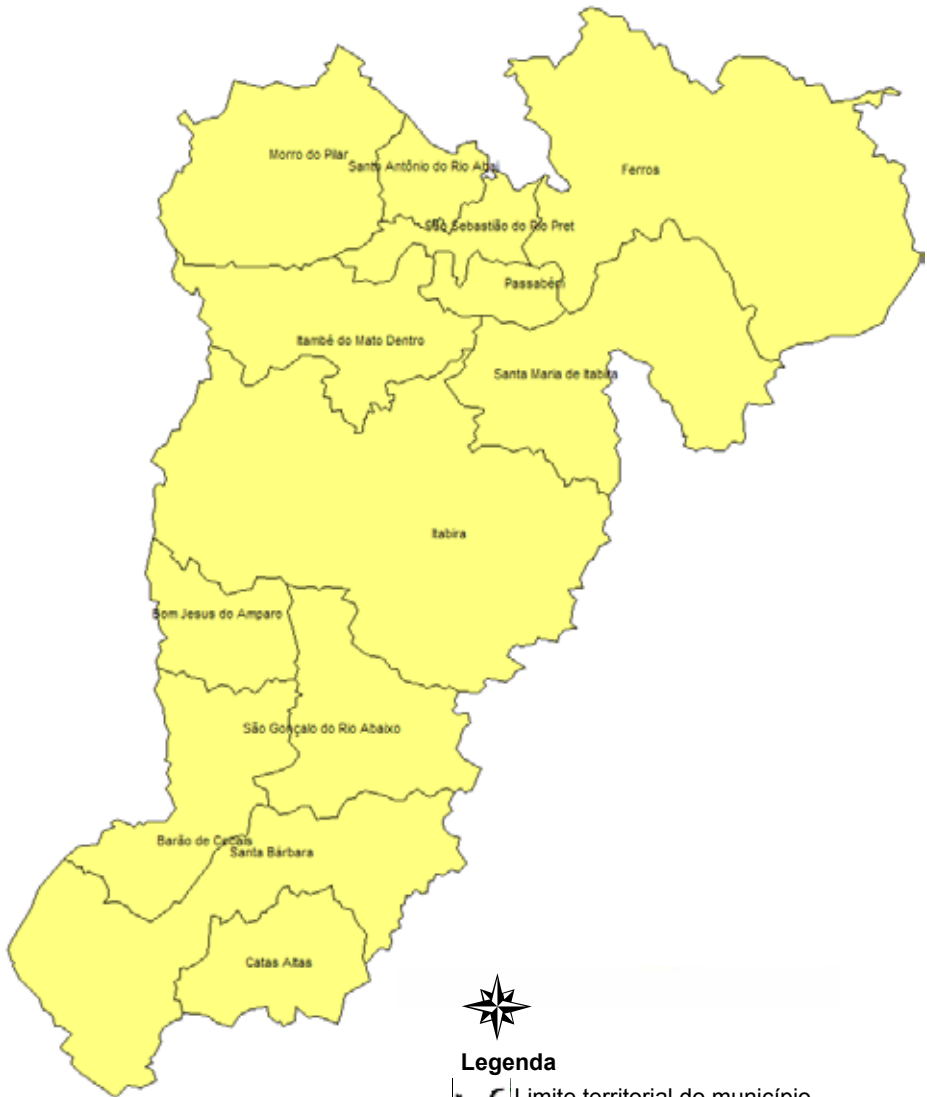


Legenda



Limite territorial do município

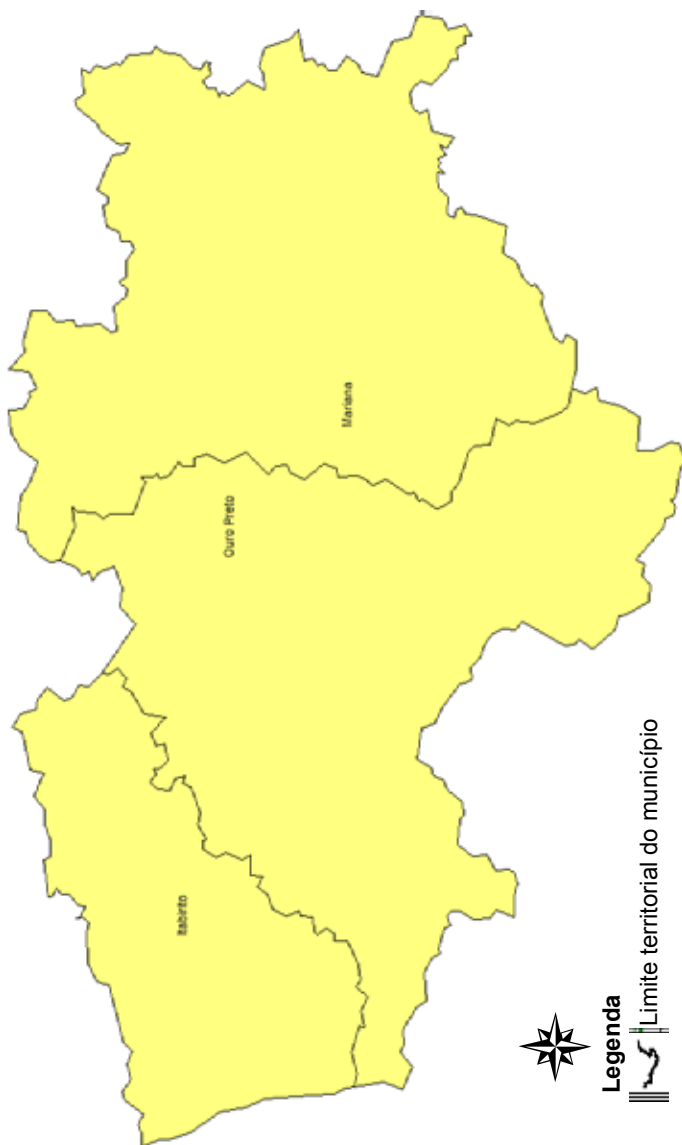
Microrregião Itabira



Legenda

 Limite territorial do município

Microrregião Itabirito



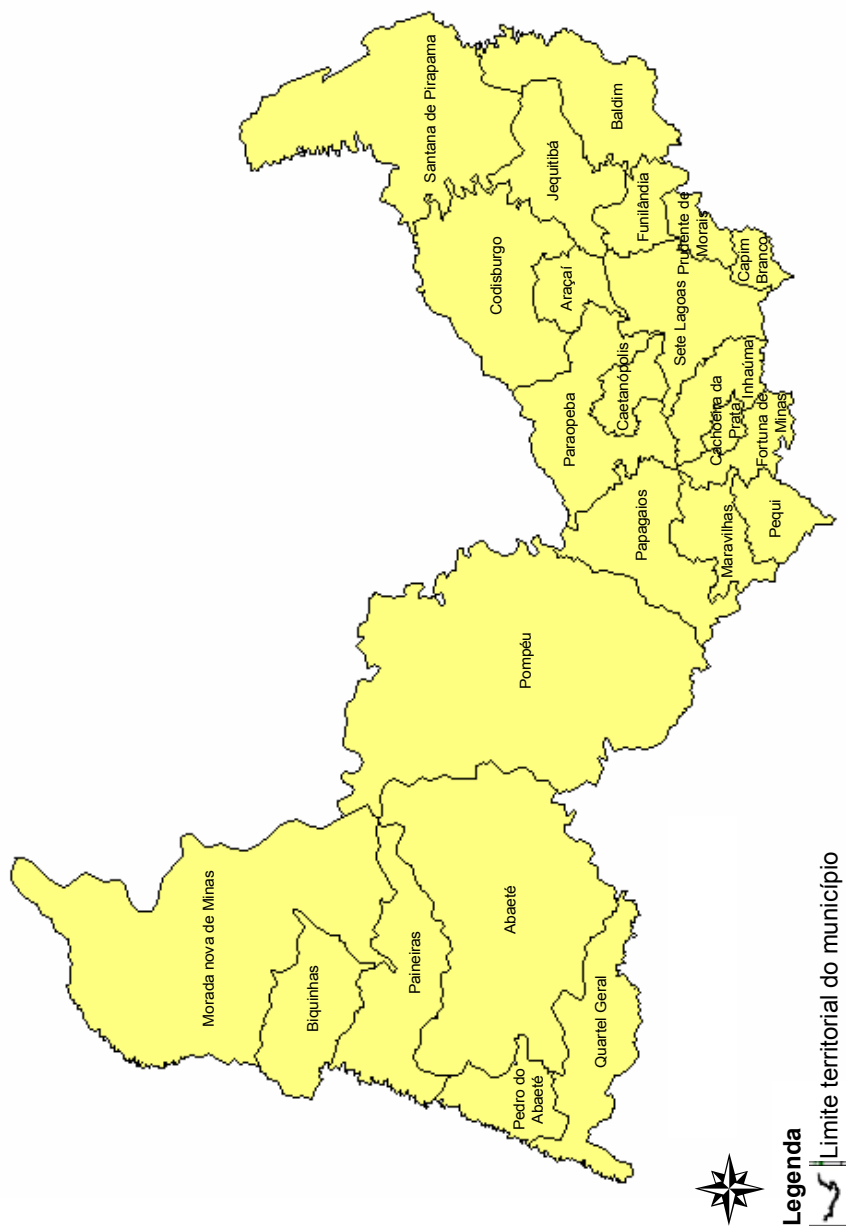
Microrregião João Monlevade



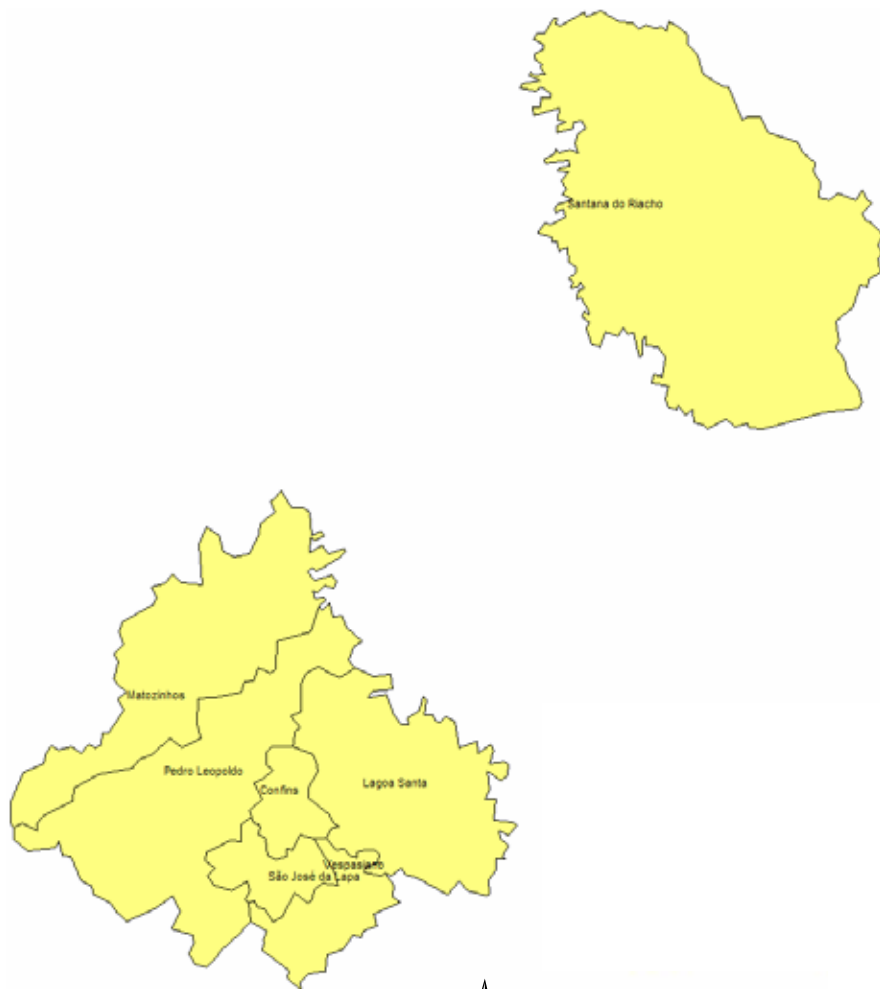
Legenda

||| ||| Limite territorial do município

Microrregião Sete Lagoas



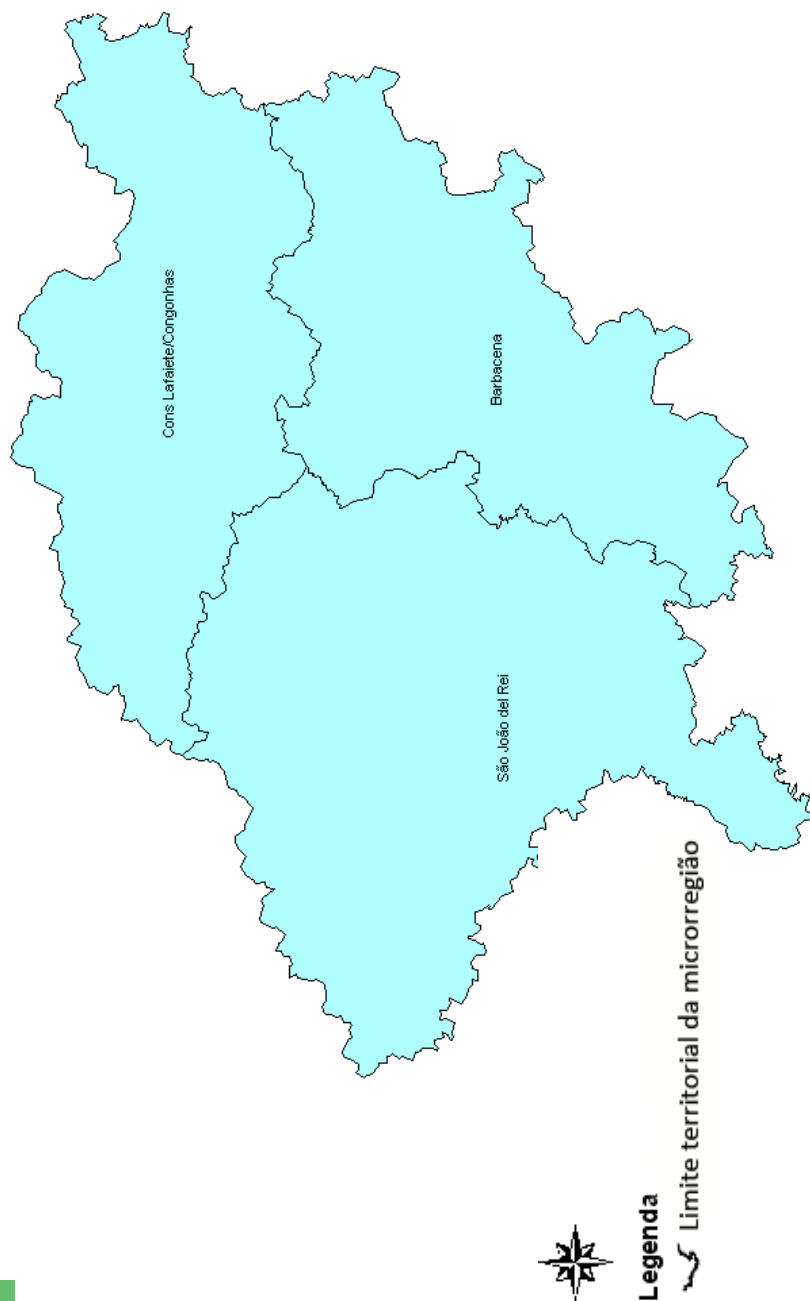
Microrregião Vespasiano



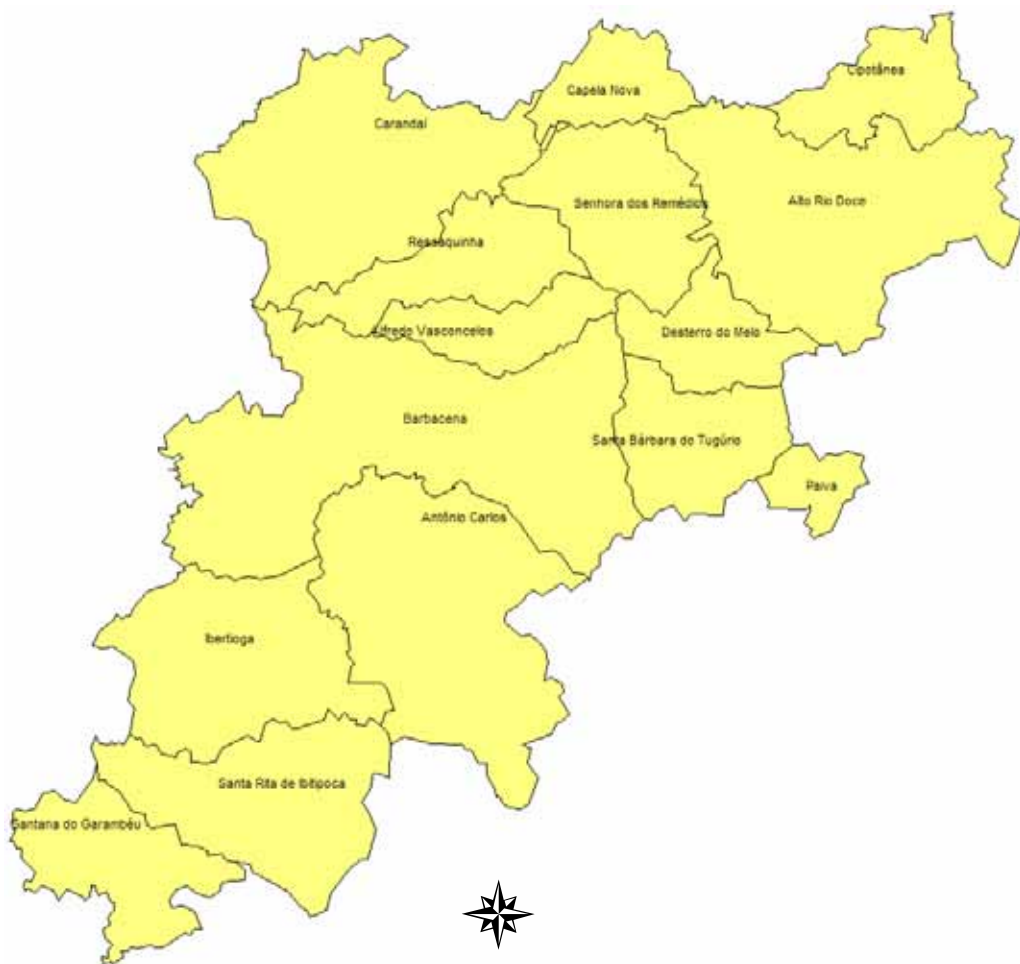
Legenda

 Limite territorial do município

Macrorregião Centro-Sul: divisão assistencial por microrregião



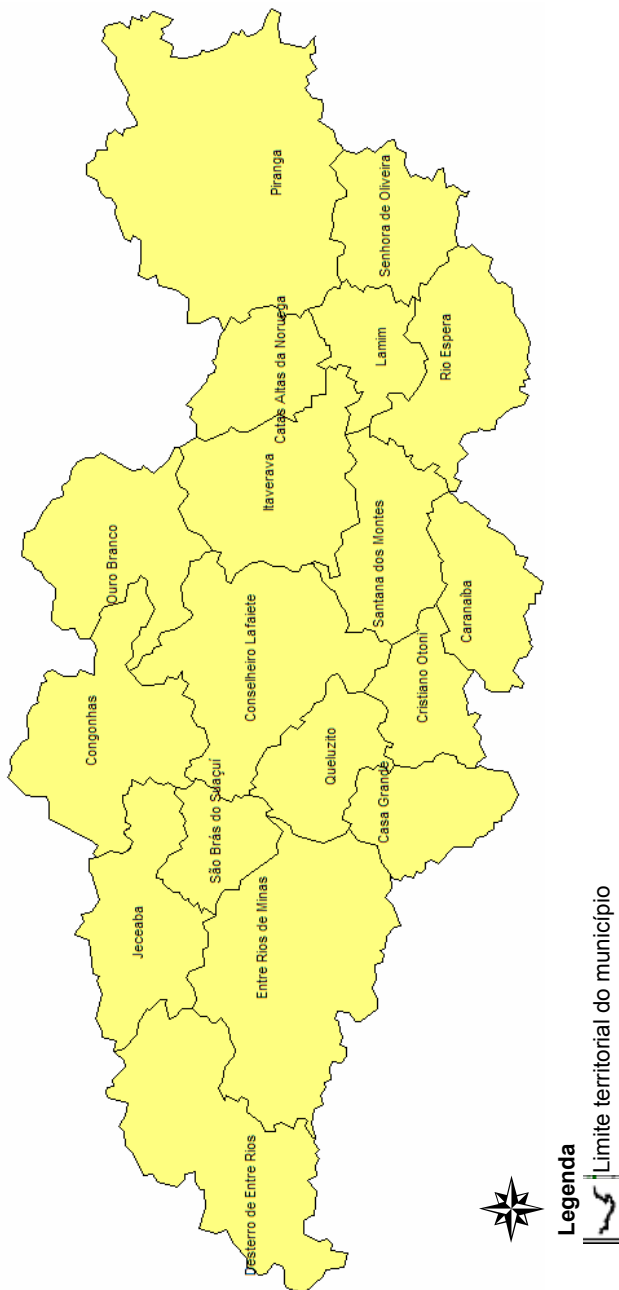
Microrregião Barbacena



Legenda

 Limite territorial do município

Microrregião Conselheiro Lafaiete/Congonhas



Microrregião São João Del Rei



Legenda

 Limite territorial do município

Macrorregião Jequitinhonha: divisão assistencial por microrregião



Legenda

 Limite territorial da microrregião

Microrregião Diamantina



Legenda

|||  ||| Limite territorial do município

Microrregião Minas Novas/Turmalina/Capelinha



Legenda

||| Limite territorial do município

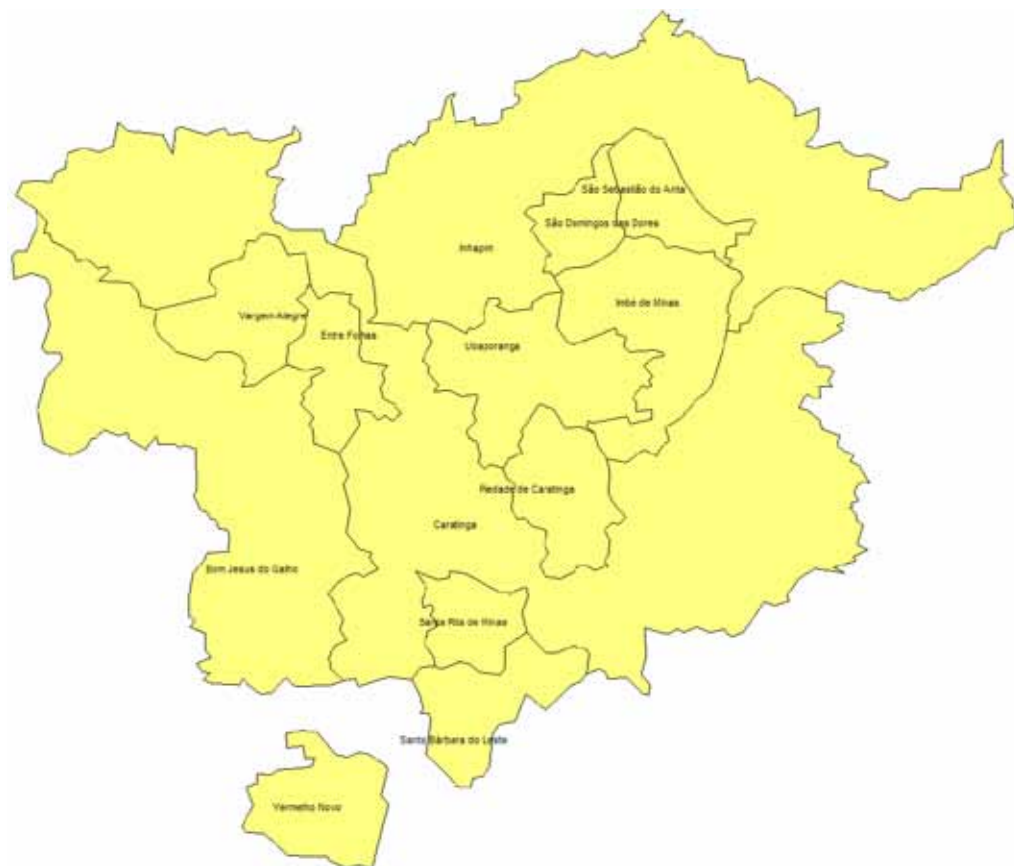
Macrorregião Leste: divisão assistencial por microrregião



Legenda

 Limite territorial da microrregião

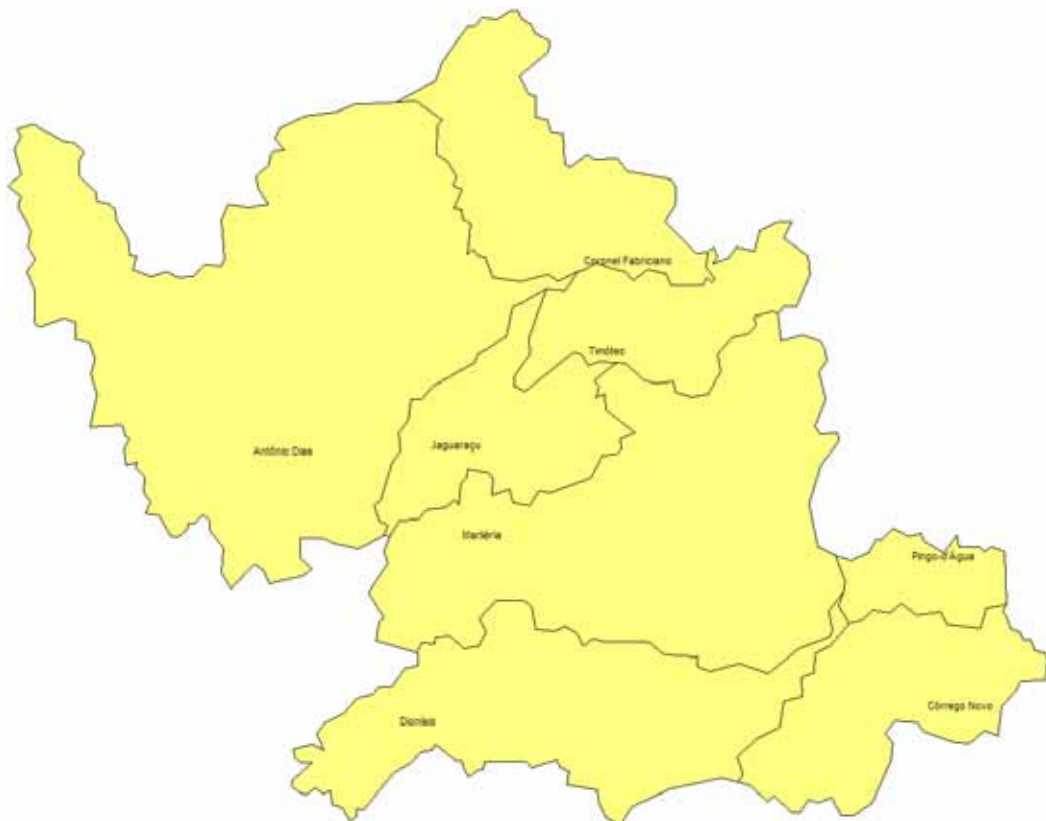
Microrregião Caratinga



Legenda

|||  Limite territorial do município

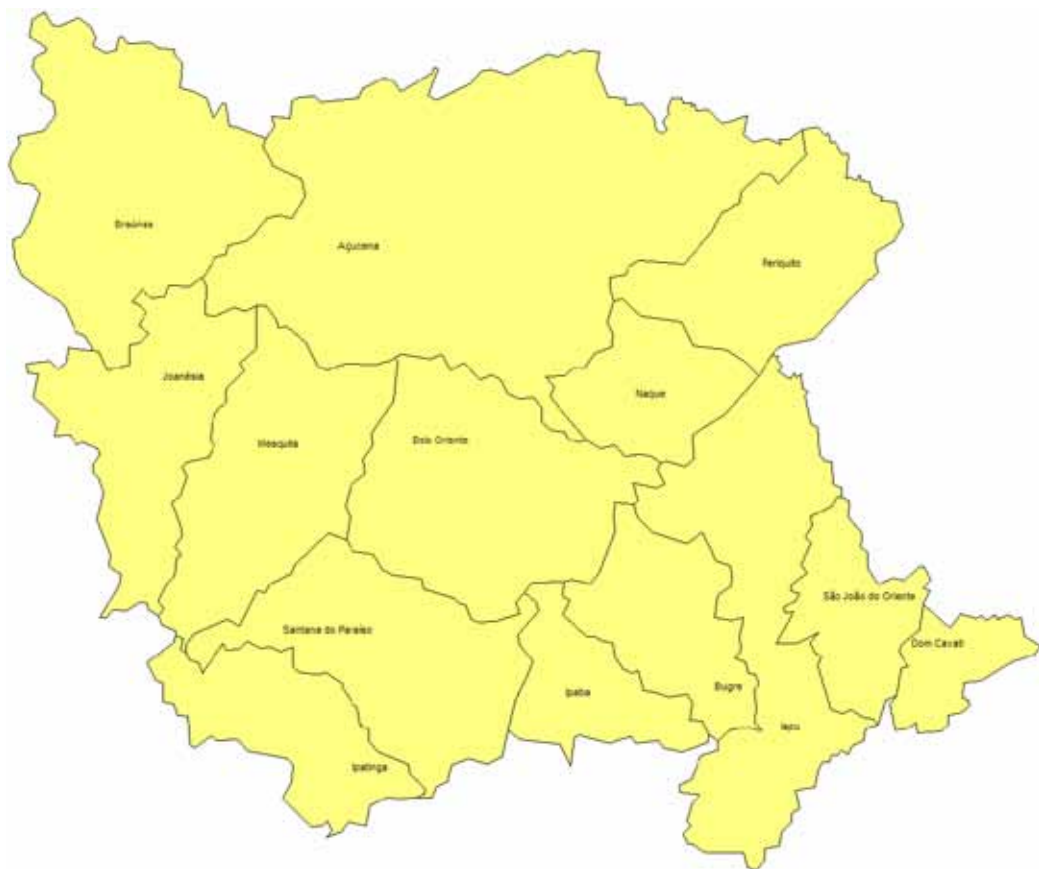
Microrregião Coronel Fabriciano/Timóteo



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Ipatinga



Legenda

||| Limite territorial do município

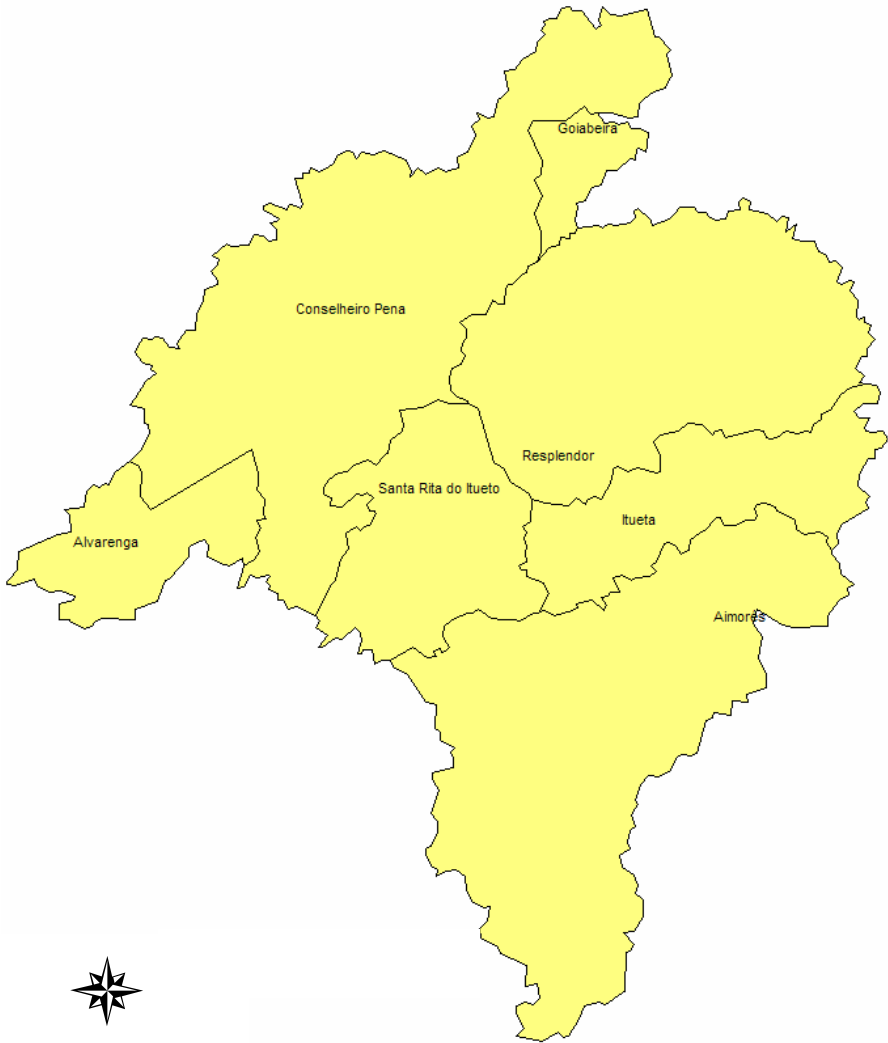
Microrregião Mantena



Legenda

||| Limite territorial do município

Microrregião Resplendor



Legenda

|||  Limite territorial do município

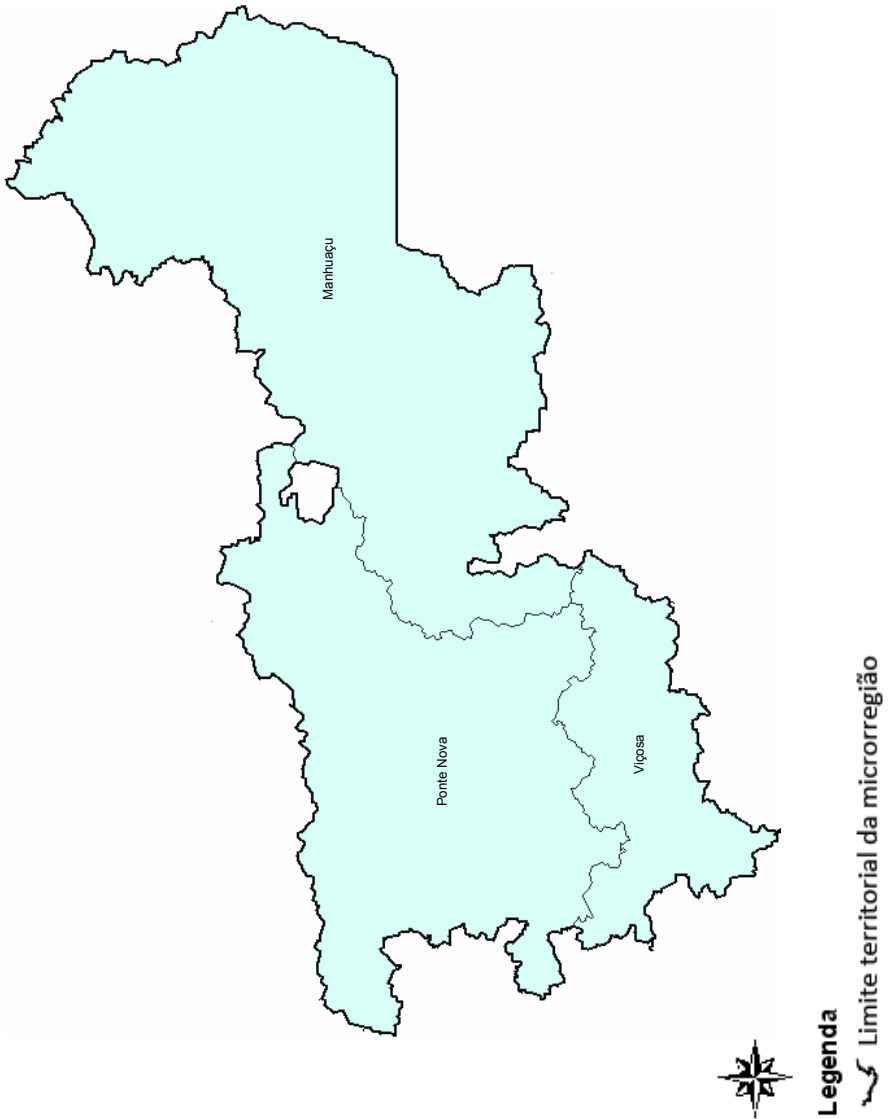
Microrregião Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista



Legenda

 Limite territorial do município

Macrorregião Leste do Sul: divisão assistencial por microrregião



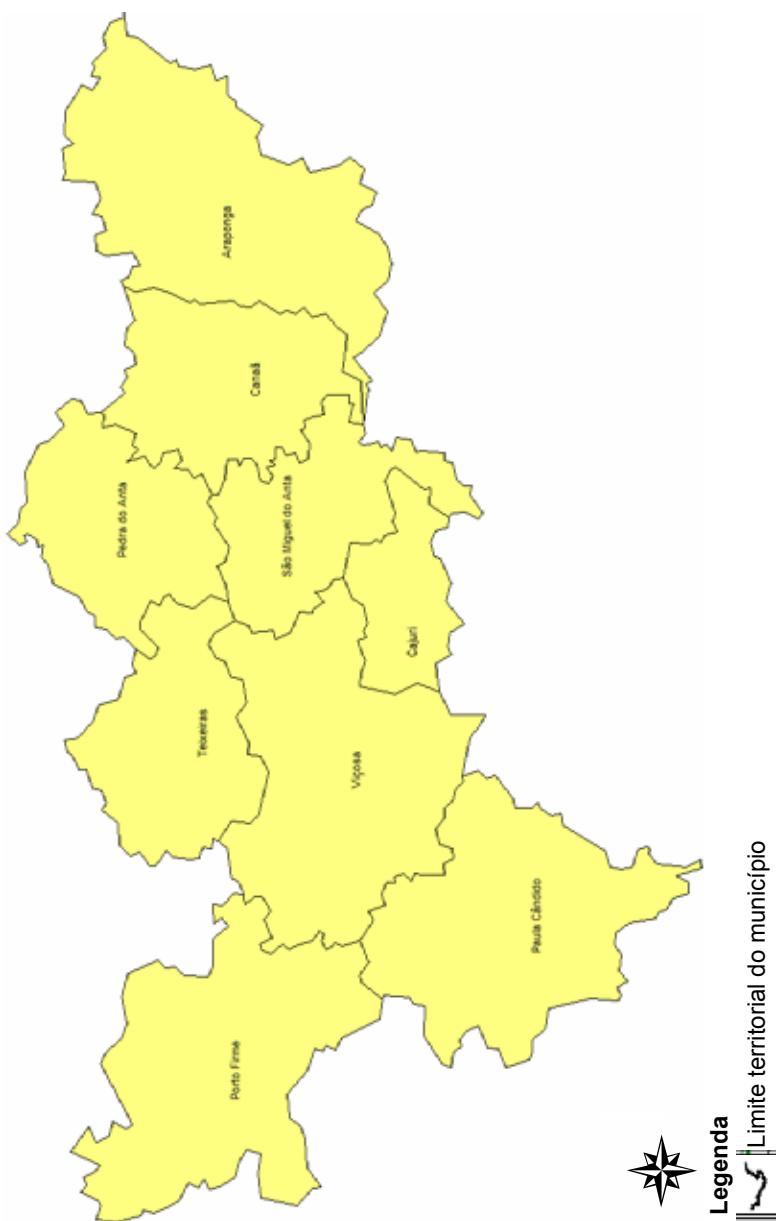
Microrregião Ponte Nova



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Viçosa



Macrorregião Nordeste: divisão assistencial por microrregião



Legenda

 Limite territorial da microrregião

Microrregião Águas Formosas



Legenda

||| Limite territorial do município

Microrregião Almenara



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Araçuaí



Legenda

||| Limite territorial do município

Microrregião Itaobim



Legenda

|||  ||| Limite territorial do município

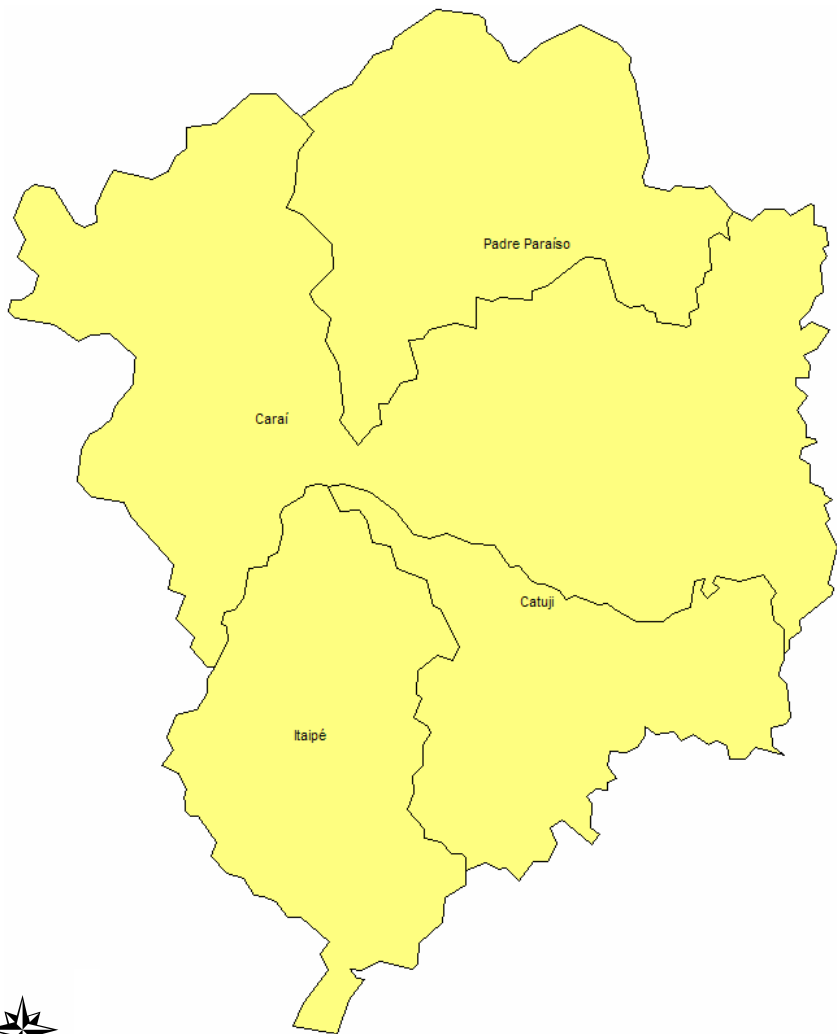
Microrregião Nanuque



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Padre Paraíso



Legenda

 Limite territorial do município

Microrregião Pedra Azul



Legenda

|||  Limite territorial do município

Macrorregião Noroeste: divisão assistencial por microrregião



Legenda

 Limite territorial da microrregião

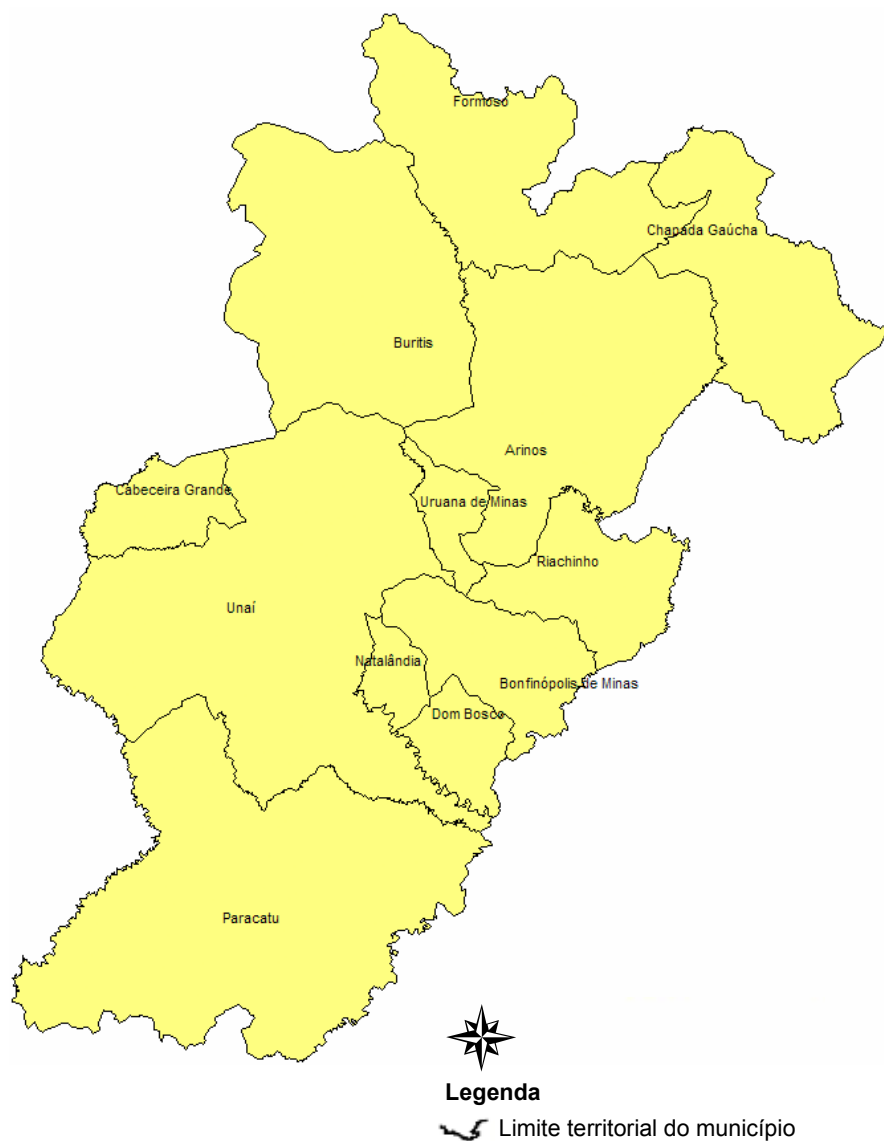
Microrregião Patos de Minas



Legenda

 Limite territorial do município

Microrregião Unai



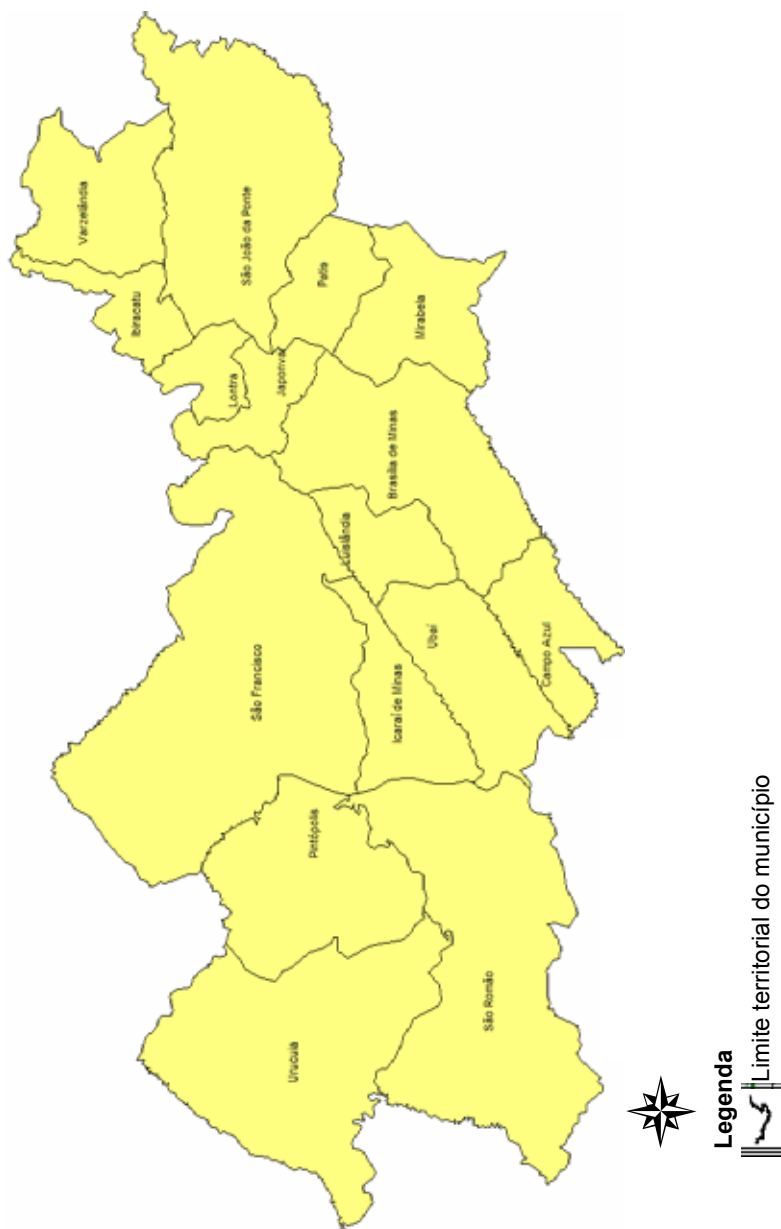
Macrorregião Norte: divisão assistencial por microrregião



Legenda

 Limite territorial da microrregião

Microrregião Brasília de Minas/São Francisco



Microrregião Coração de Jesus



Legenda

|||  ||| Limite territorial do município

Microrregião Francisco Sá



Legenda

|||  ||| Limite territorial do município

Microrregião Janaúba/Monte Azul



Legenda

|||  Limite territorial do município

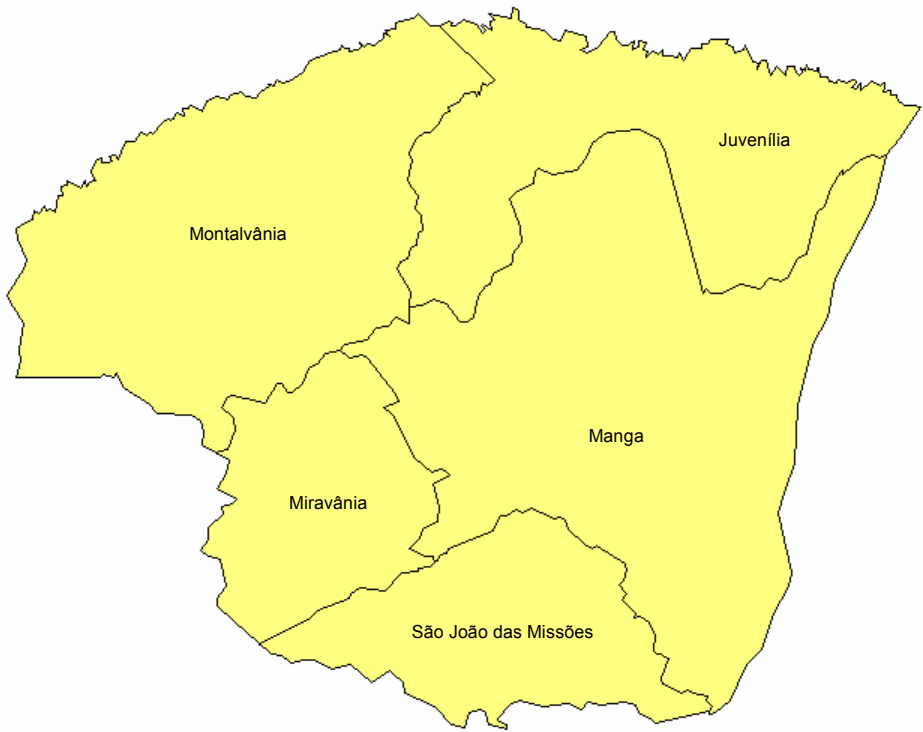
Microrregião Januária



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Manga



Legenda

 Limite territorial do município

Microrregião Pirapora



Legenda

|||  Limite territorial do município

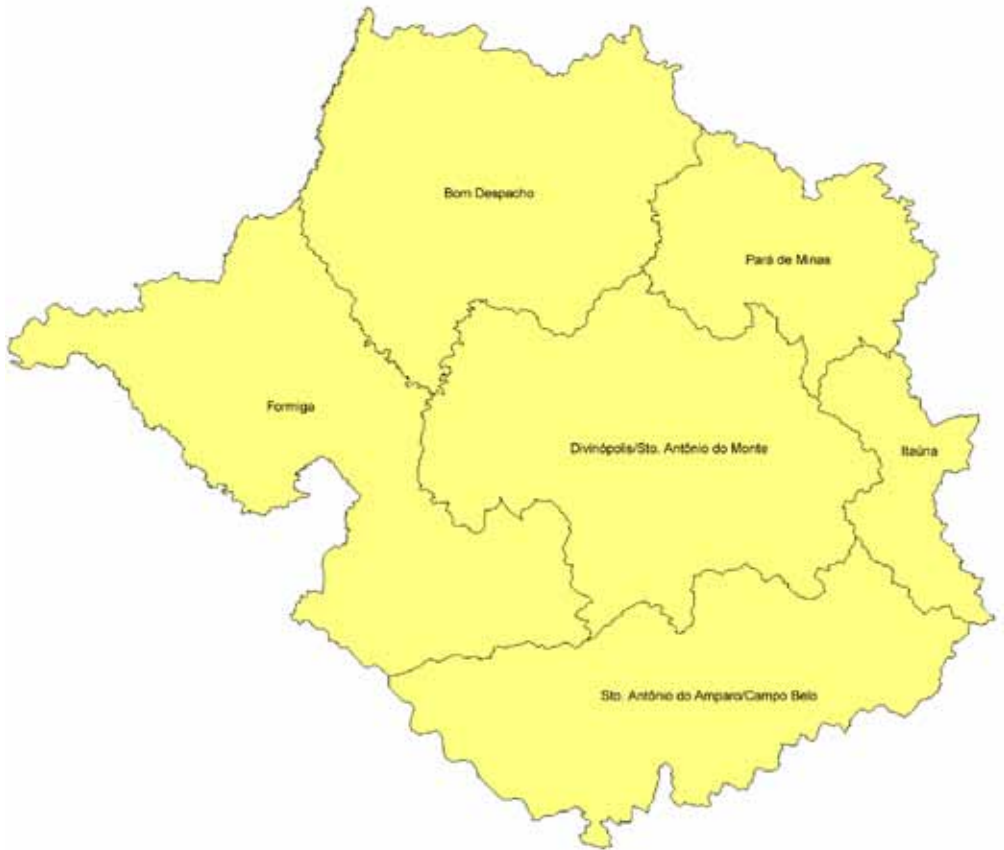
Microrregião Salinas/Taiobeiras



Legenda

 Limite territorial do município

Macrorregião Oeste: divisão assistencial por microrregião



Legenda

 Limite territorial da microrregião

Microrregião Bom Despacho



Legenda

|||  Limite territorial do município

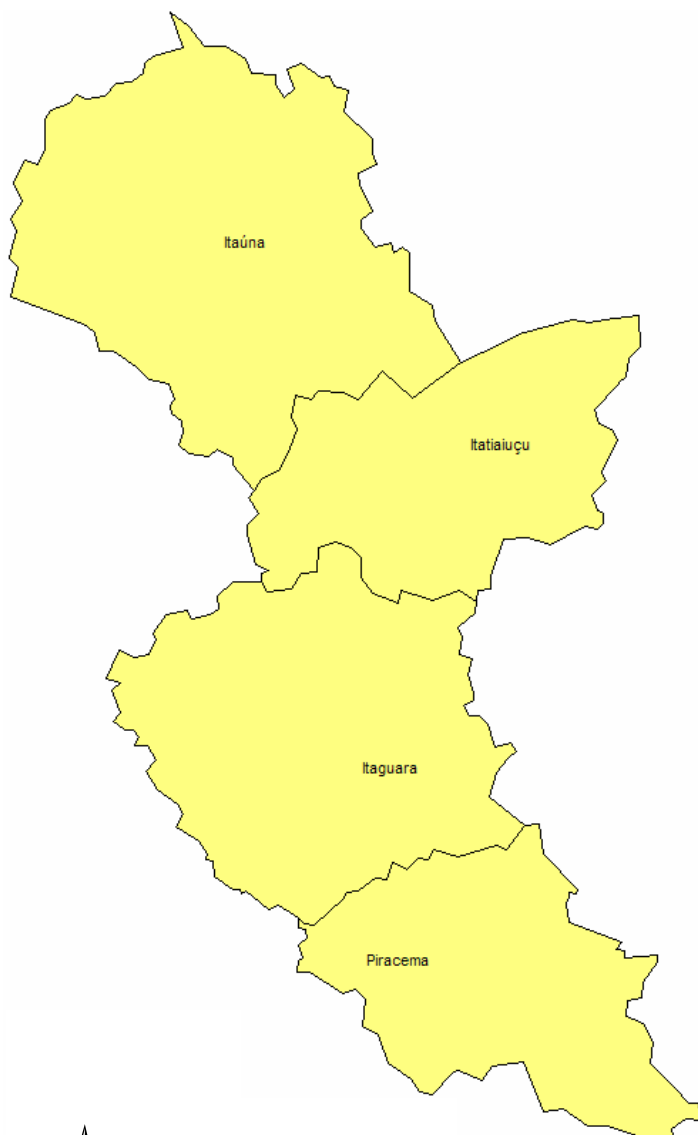
Microrregião Divinópolis/Santo Antônio do Monte



Legenda

||| Limite territorial do município

Microrregião Itaúna



Legenda

 Limite territorial do município

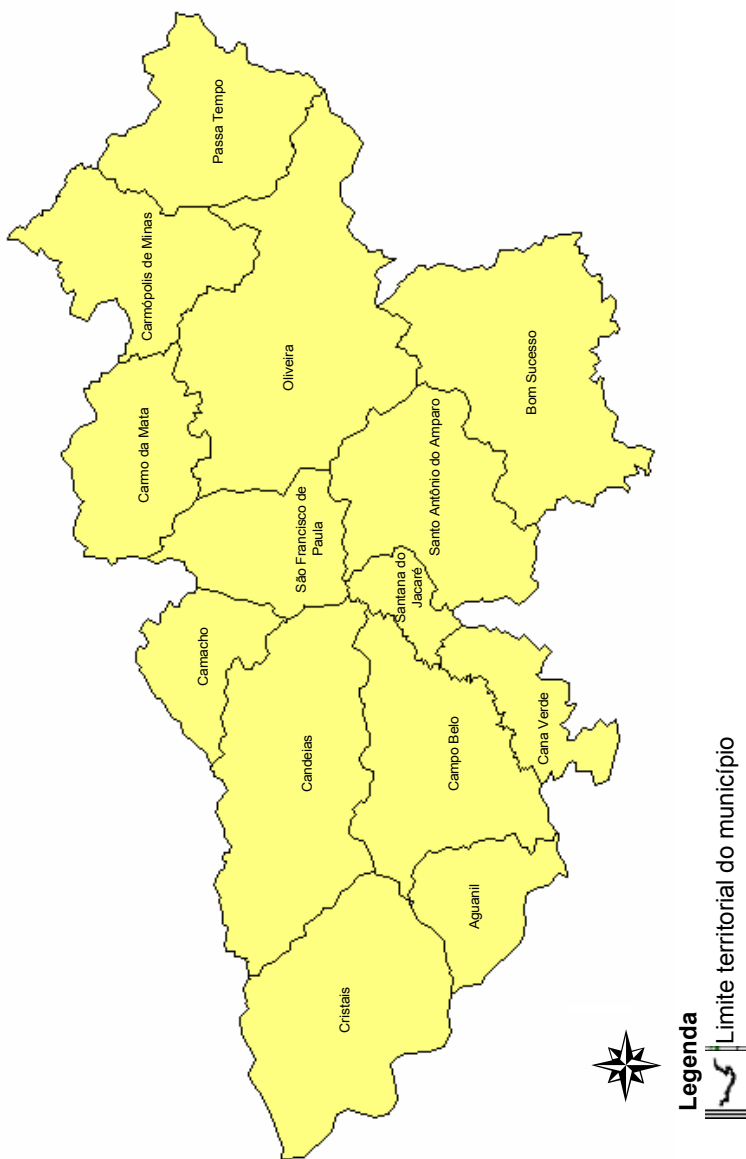
Microrregião Pará de Minas



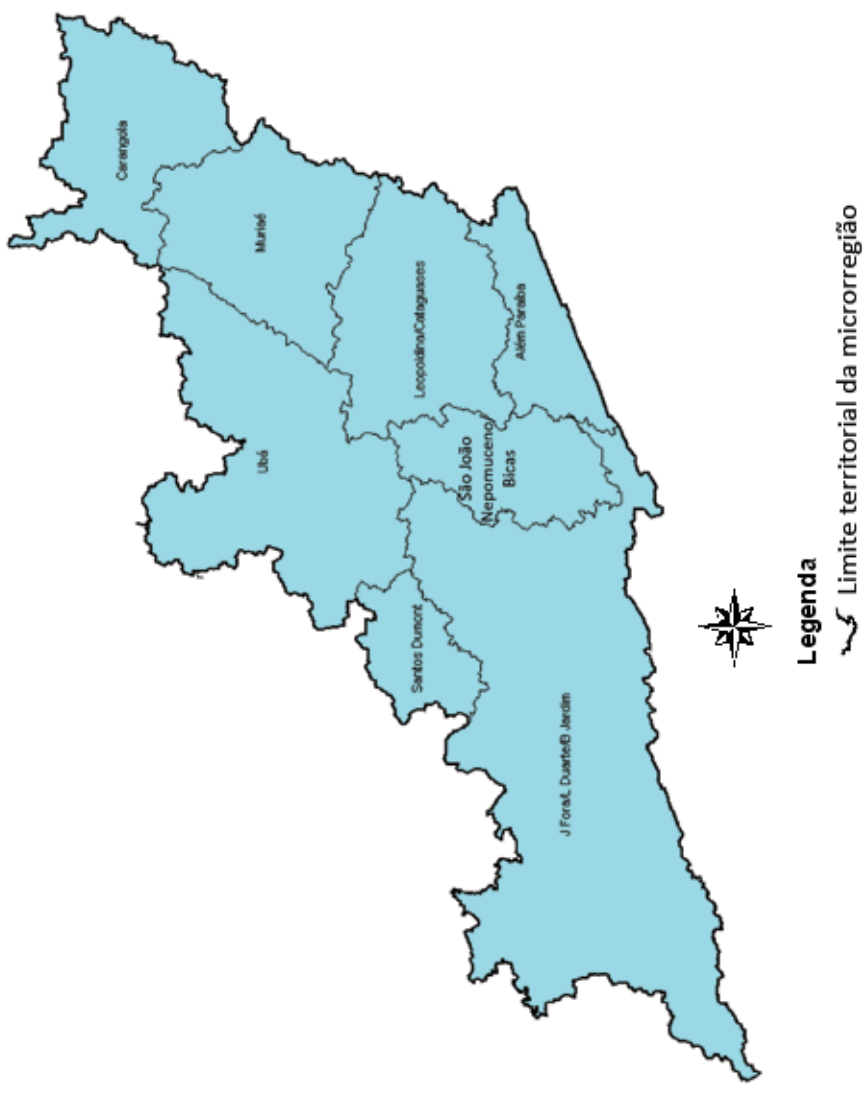
Legenda

|||  Limite territorial do município

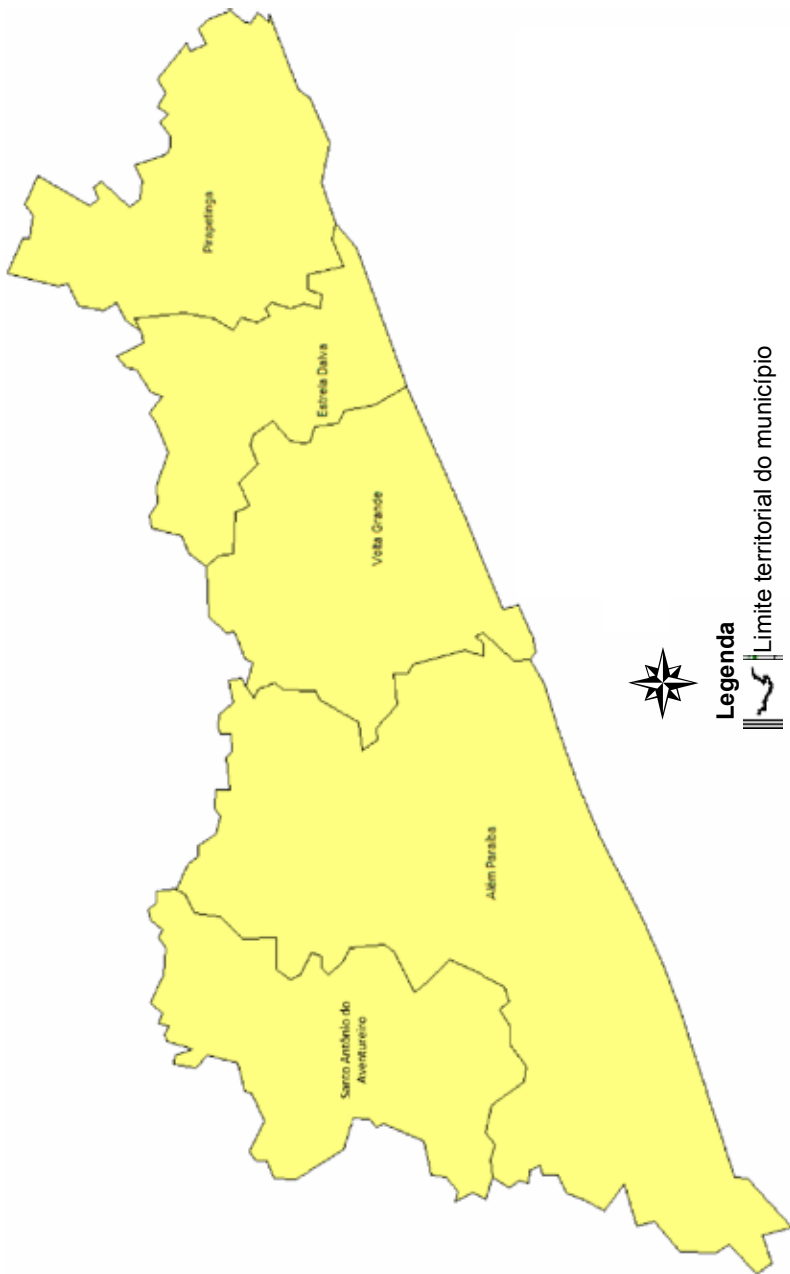
Microrregião Santo Antônio do Amparo/Campo Belo



Macrorregião Sudeste: divisão assistencial por microrregião



Microrregião Além Paraíba



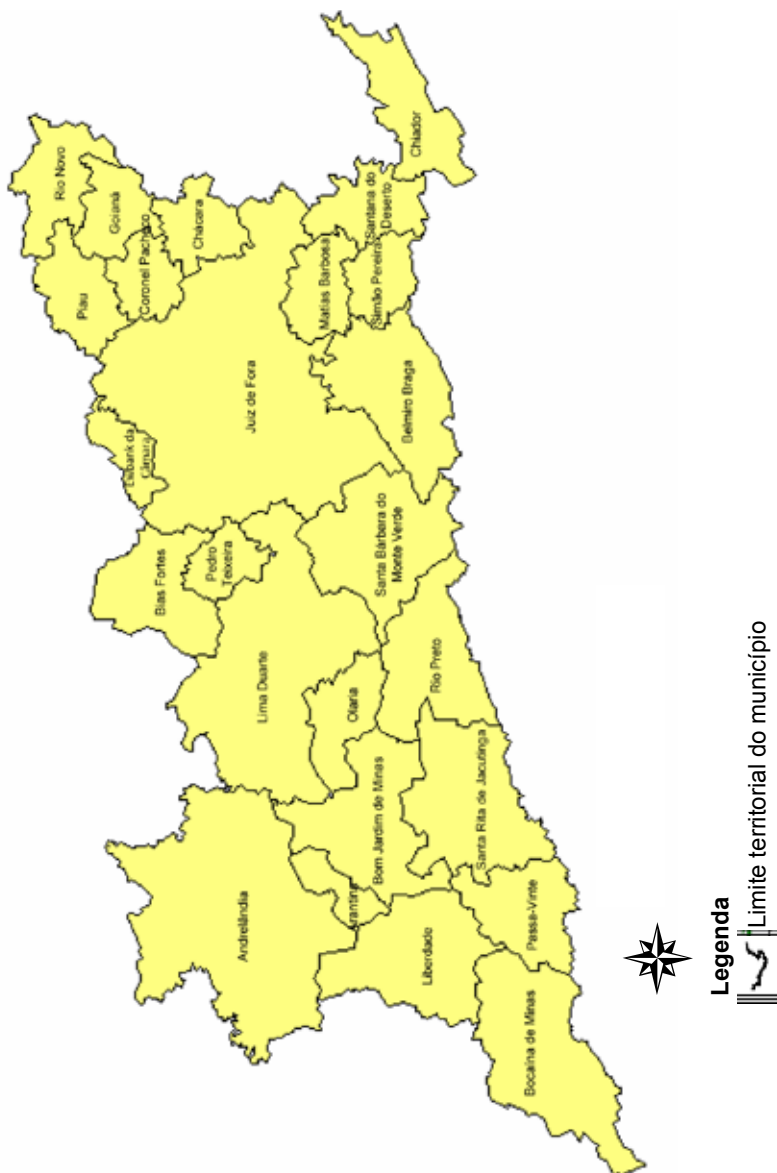
Microrregião Carangola



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Juiz de Fora/Lima Duarte/Bom Jardim de Minas



Microrregião Leopoldina/Cataguases



Legenda

||| Limite territorial do município

Microrregião Muriaé



Legenda

|||  ||| Limite territorial do município

Microrregião Santos Dumont



Legenda

|||  ||| Limite territorial do município

Microrregião São João Nepomuceno/Bicas



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Ubá



Legenda

|||  ||| Limite territorial do município

Macrorregião Sul: divisão assistencial por microrregião



Legenda

 Limite territorial da microrregião

Microrregião Alfenas/Machado



Legenda

||| ||| Limite territorial do município

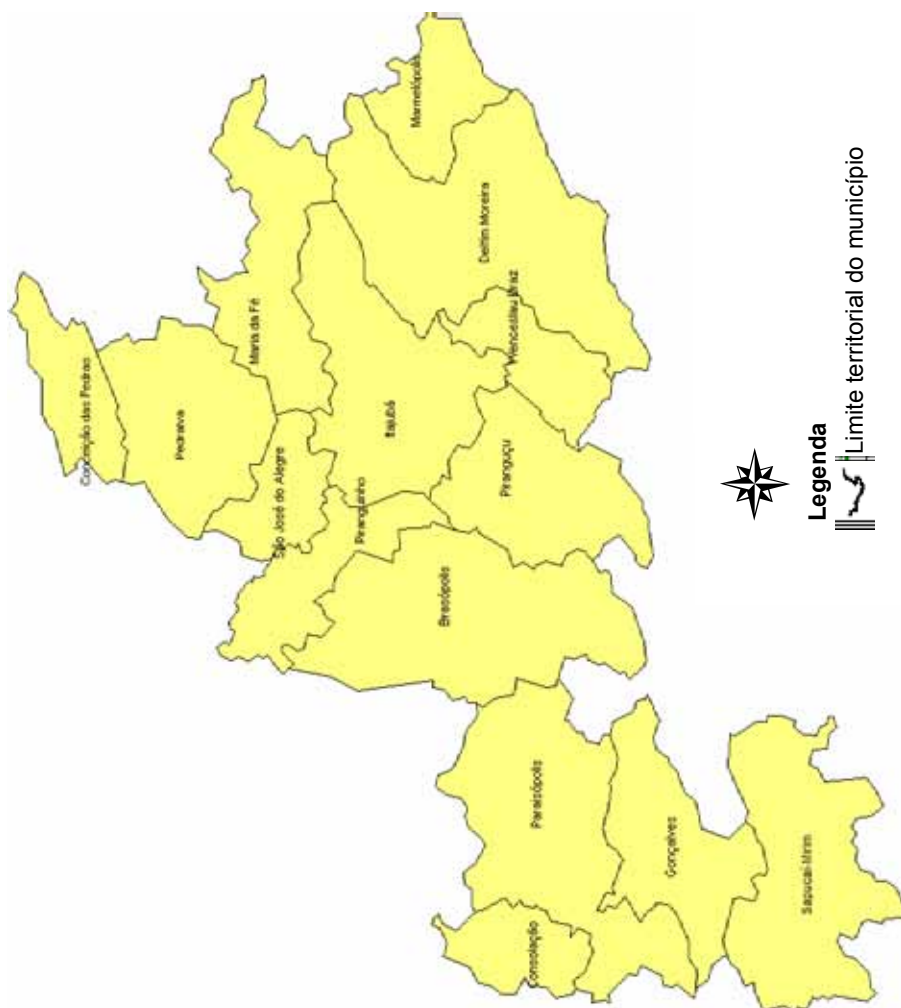
Microrregião Guaxupé



Legenda

 Limite territorial do município

Microrregião Itajubá

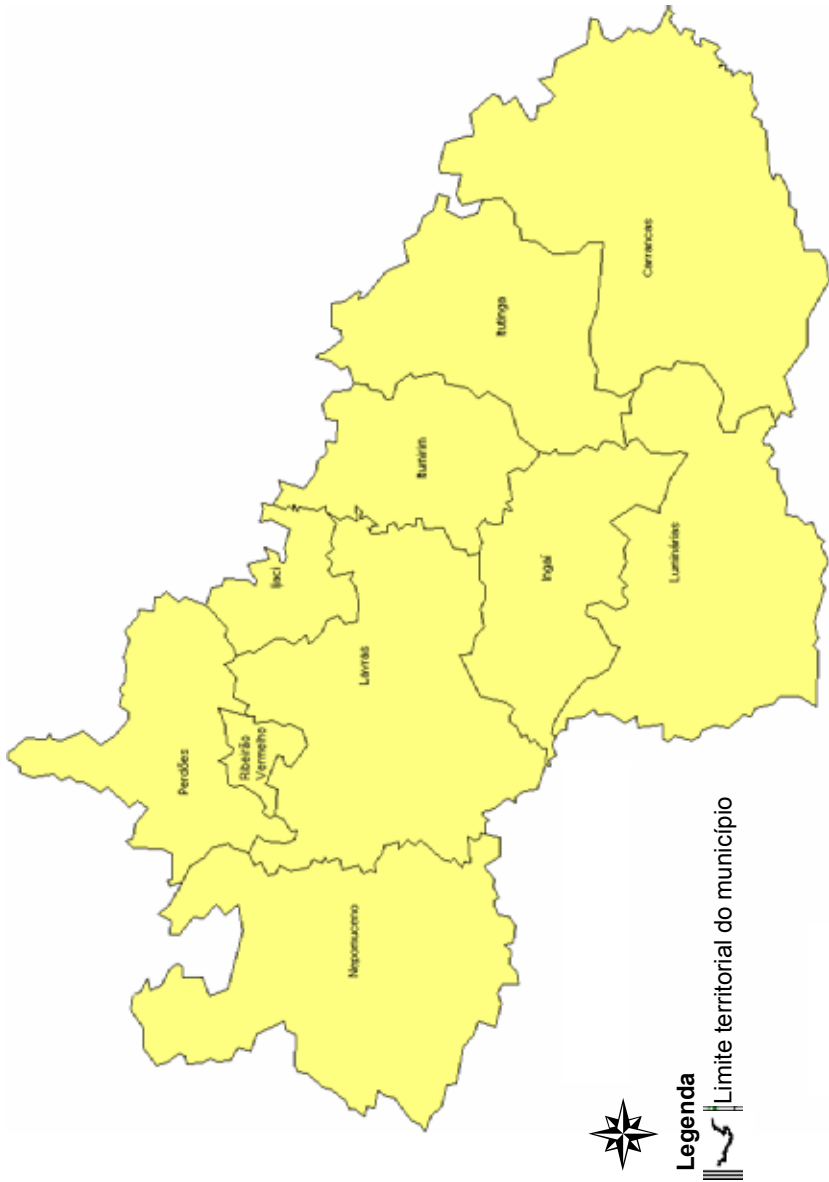


Legenda



Limite territorial do município


Microrregião Lavras



Microrregião Poços de Caldas



Legenda

|||  ||| Limite territorial do município

Microrregião São Sebastião do Paraíso



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Três Corações



Legenda

|||—||| Limite territorial do município

Microrregião Três Pontas



Legenda

|||  Limite territorial do município

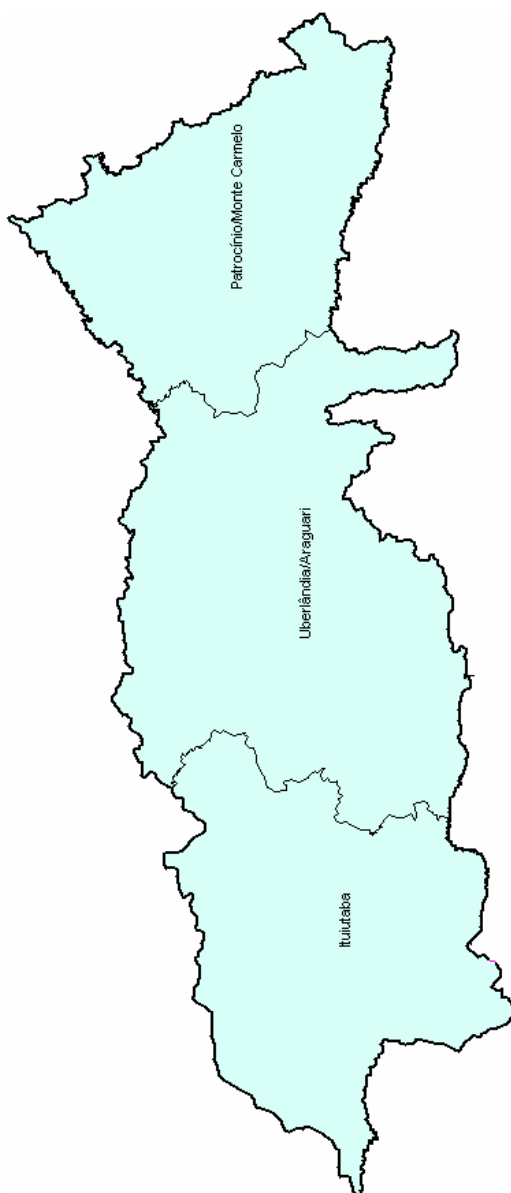
Microrregião Varginha




Legenda

|||  Limite territorial do município

Macrorregião Triângulo do Norte: divisão assistencial por microrregião



Legenda

 Limite territorial da microrregião

Microrregião Ituiutaba



Legenda

|||  Limite territorial do município

Microrregião Patrocínio/Monte Carmelo



Legenda

||| Limite territorial do município

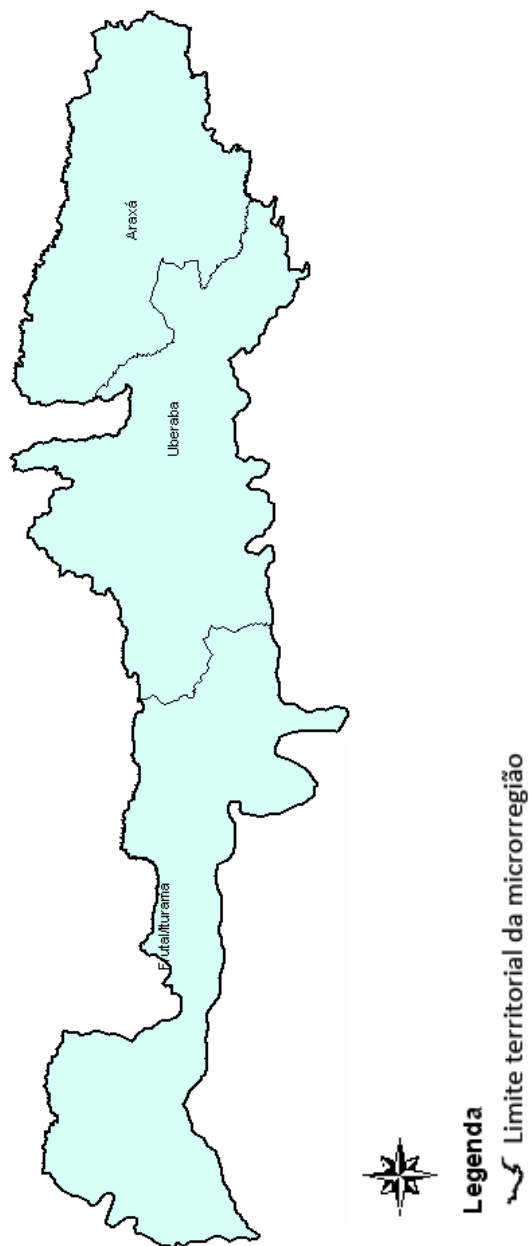
Microrregião Uberlândia/Araguari



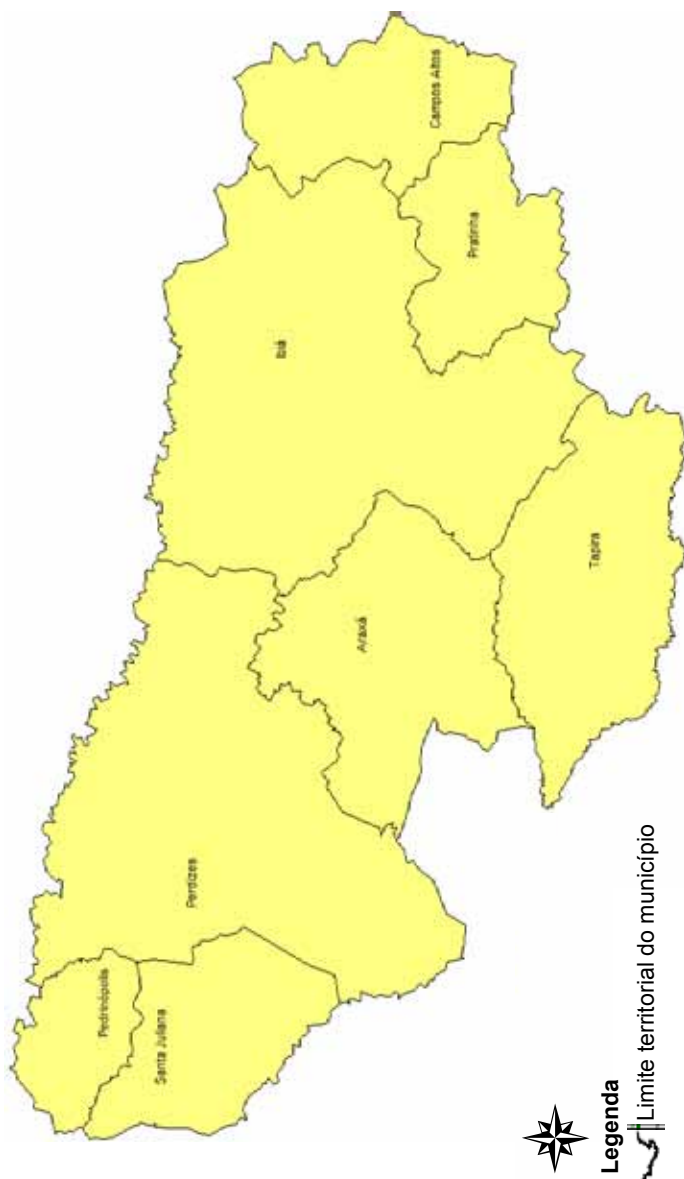
Legenda

|||  Limite territorial do município

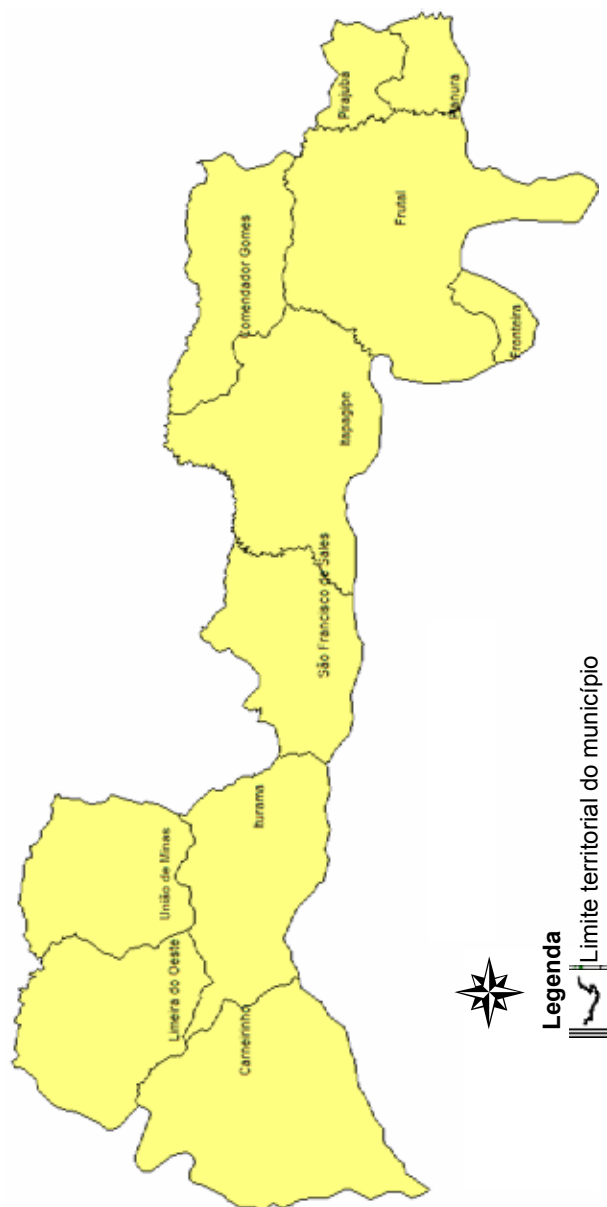
Macrorregião Triângulo do Sul: divisão assistencial por microrregião



Microrregião Araxá



Microrregião Frutal/Iturama



Microrregião Uberaba



Legenda



||| Limite territorial do município

Cidade Administrativa
Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº, Serra Verde
CEP: 31.630-900

ESTE LIVRO FOI COMPOSTO COM TIPOGRAFIA MINION E IMPRESSO

EM PAPEL OFF SET 75 G NA TCS SOLUÇÕES GRÁFICAS.
