



GOVERNO DE ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS UNIDADES HOSPITALARES SEGUNDO FUNÇÃO POR REGIÃO DE SAÚDE NO ESTADO DE MINAS GERAIS

**BELO HORIZONTE
NOVEMBRO / 2013**



GOVERNO DE ESTADO DE MINAS GERAIS
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO SAÚDE DE MINAS GERAIS

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto

Francisco Antônio Tavares Júnior

Chefe de Gabinete

Marta de Souza Lima

Subsecretária de Regulação em Saúde

Maria Letícia Duarte Campos

Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde

André Luiz Guimarães Amorim

Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais

Iveta Malachias

CONCEPÇÃO

Iveta Malachias

ELABORAÇÃO

Iveta Malachias

Maria Auxiliadora da Silva Pinto

Milton de Siqueira

Alcione Elaine Silva Campos

Helena Dutra de Almeida

Iracema Ribeiro de Oliveira



ERRATAS:

1- Onde se lê Macrorregião leia-se, conforme nova denominação, Região Ampliada de Saúde;

2- Onde se lê Microrregião leia-se, nos termos acima, Região de Saúde.

As alterações acima citadas devem-se ao pactuado conforme Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.219, de 21 de agosto de 2012, e restringem-se à denominação e não à concepção, lógica e papéis na organização dos serviços segundo princípios da regionalização e hierarquização e PDR-SUS/MG.



SUMÁRIO

1 - Apresentação	05
2 - Introdução e Fundamentação Lógica	07
3 - Classificação das Unidades Prestadoras conforme Função no processo da Regionalização e Hierarquização dos serviços: principais conceitos e critérios operacionais	13
• Função	13
• Função Macro ou de Referência da Atenção Terciária	15
• Função Micro ou de Referência da Atenção Secundária	18
• Função Secundária / Municipal	21
• De Apoio à Atenção Primária	23
4 - Consolidação dos Resultados Apurados: Tabela A - Quantitativo de Hospitais por Função Assistencial e Macrorregião de Saúde	25
5 – Referências Bibliográficas	26
6 - Anexo-Único - Relação dos Hospitais prestadores de Serviços ao SUS/MG: Perfil reduzido e classificação das Unidades Hospitalares do SUS/MG segundo função nas regiões	



APRESENTAÇÃO

Este documento tem a finalidade de apresentar o perfil “reduzido” dos hospitais vinculados ao SUS/MG na lógica do PDR-SUS/MG e tem em vista subsidiar a organização das redes e a avaliação dos serviços conforme princípios da descentralização, regionalização, hierarquização, equidade, economias de escala e escopo. O estudo que aqui se apresenta, quando comparado aos anteriormente realizados com o mesmo propósito e pela mesma equipe, é um “perfil simplificado”. Isto porque aqui se apresenta apenas algumas dentre as variáveis normalmente dimensionadas para estudos do perfil hospitalar. Contudo, cabe dizer as mais significativas frente o objetivo, que é apontar as unidades com papel de agregação de demanda e tecnologia por nível de atenção à saúde, a lógica de organização das redes.

Para este momento pretende-se colocar foco na identificação das Unidades Hospitalares de Referência Secundária e Terciária. Os critérios e conceitos que fundamentam as análises efetuadas estão descritos no item 3. A relação das diversas unidades hospitalares vinculadas ao SUS está contida na planilha do “Anexo-único”, com descrição das suas principais características. Noutros termos, estão descritas as características que possibilitam identificar o papel ou a função assistencial de cada uma numa região e na construção das redes, conforme regionalização/hierarquização do SUS/MG.



Procurou-se traduzir nas planilhas as informações mais gerais e as relacionadas à Carteira de Serviços¹ e PDR-SUS/MG². A “Tabela A”, indicada no item 4 do sumário, apresenta um consolidado com o número de hospitais por função assistencial e macrorregião do Estado.

É breve o capítulo que descreve os principais conceitos e critérios utilizados para caracterização de um hospital como um HR – Hospital de Referência por nível de assistência e regionalização. A ideia é dar destaque às unidades intermunicipais que garantem acesso aos níveis de maior densidade tecnológica, por agregado de municípios e, na sequência de regiões circunvizinhas.

Além destas, o estudo indica e destaca unidades hospitalares localizadas em municípios mais isolados, ou seja, que por sua tecnologia não exercem forte grau de polarização para outros municípios, mas estão em distâncias relativas importantes. Assim, foi atribuída “relevância” a unidades hospitalares que exercem apoio às Redes de Urgência/Emergência e ao polo microrregional em razão de sua localização nos espaços regionais. Outras foram destacadas pelo porte do município onde se localizam.

¹Carteira de Serviços Hospitalares por níveis de atenção à saúde disponível no site da SES/MG.

² PDR-SUS/MG Plano Diretor de Regionalização, disponível no site da SES/MG.



INTRODUÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO LÓGICA

A classificação dos hospitais prestadores de serviços ao SUS objetiva concretizar os princípios da Regionalização e Hierarquização na organização das redes de atenção, o que requer apontar os principais pontos que, distribuídos espacialmente, possibilitam agregar demanda para as diversas redes por território sanitário segundo os níveis de atenção.

Assim, cabe identificar, além das necessárias unidades hospitalares “básicas”, aquelas que em cada território e nível de atenção à saúde são as de “referência”, seja para a atenção Terciária (as Macrorregionais), seja para a atenção Secundária (as Microrregionais). Este foco não prescinde da identificação das unidades Municipais especialmente daquelas que, além da atenção hospitalar básica colaboram como ponto de atenção diferenciado na rede ou no espaço.

A atenção hospitalar aqui denominada básica é a de apoio imediato à atenção primária ou ao PSF. Algumas unidades hospitalares são de âmbito predominantemente municipal, local, ou seja, atendem a própria população. Nestes termos podem estar localizadas inclusive em municípios de grande e médio porte e, certamente estarão nos de pequeno porte, mas não são agregadoras de demanda intermunicipal, ou de número significativo de municípios vizinhos.

Alguns destes exercem também papel de apoio à Rede de Urgência e Emergência, especialmente conforme as distâncias ou a programas específicos, ou aos Hospitais de Referência Microrregional. Há, ainda, os que atendem a um



conjunto de municípios circunvizinhos que não caracterizam uma região ou microrregião, por não agregarem tecnologia e demandas rarefeitas por especialidades específicas.

A classificação de um hospital num contexto regional objetiva fornecer uma visão de conjunto da rede e decorre de uma combinação de fatores. Estes fatores devem ser analisados em bloco e comparativamente, o que depende do estabelecimento de critérios para a classificação das unidades segundo os níveis de atenção e a extensão dos territórios.

Estes fatores e critérios estão sinteticamente apresentados neste documento de forma a permitir leitura e entendimento da planilha em anexo. De um conjunto mais amplo de variáveis e critérios, apenas alguns foram selecionados para este trabalho o que não esgota toda a proposta de avaliação do perfil de hospitais, mas permite identificar a função das unidades prestadoras de serviços ao SUS/MG, por hospital/ município/micro/ macrorregião.

A análise e classificação do perfil das unidades foi mais amplamente estudada em sua origem, entre 2003 e 2007, tendo sido utilizada para implementação do PDR-SUS/MG e dos programas do PRO-HOSP em seu início. Os diversos critérios e indicadores desenvolvidos nestas primeiras avaliações, tais como Taxa de Média Permanência, Taxa de Referência, Taxa de Ocupação, % de



municípios cobertos, etc, estão mantidos enquanto proposta para estudos futuros, embora não apresentados neste documento que se pretende ser mais breve.

O propósito do trabalho ora apresentado é permitir e subsidiar análises e avaliação dos impactos assistenciais por nível de atenção/regionalização e, ainda, subsidiar as redes e políticas de descentralização da assistência ambulatorial e hospitalar, apurar com maior especificidade os déficits de leitos, as necessidades de investimentos por clínicas e região, macro ou micro, conforme as extensões territoriais, a tipologia ou Carteira de serviços e o PDR-SUS/MG.

A denominação das regiões tem variado a partir de 2012, mas espera-se que sem prejuízo da lógica dos níveis de atenção e densidade tecnológica: - primária, secundária e terciária, que no PDR-SUS/MG correspondem a uma organização de serviços municipal, microrregional e macrorregional. Por razões diversas, o que no PDR-SUS/MG denominava-se microrregião – nível secundário de atenção intermunicipal, hoje denomina-se “Região”; à macrorregião, “Região Ampliada”.

Não é objetivo deste estudo apontar e classificar as unidades ou pontos das referências quaternárias, que certamente hoje estão em alguns mas não em todos os municípios pelo “macro”. No momento pretende-se apenas atualizar os estudos anteriores tendo em vista confirmar as unidades de referência Secundária e Terciária, as municipais mais relevantes e as de apoio às Redes de Urgência e



Emergência por Região Ampliada (Macrorregião). Estudos a serem elaborados oportunamente necessitarão destas informações para cálculos das necessidades de leitos nos pontos em que as redes podem gerar economias de escala e escopo.

A possibilidade de agregar demanda, densidade tecnológica e fixar especialistas caracteriza como relevantes para o sistema as Unidades de Referência Terciária e Secundária. As Unidades Hospitalares de Referência são também avaliadas pela maior abrangência, maior número de municípios cobertos, proporção do fluxo, volume de internações, % de referência no nível/elenco, maior oferta das clínicas por elenco de Serviços de cada nível de atenção – o terciário (ou macrorregional) e o secundário (ou microrregional).

O apoio de alguns hospitais a um pequeno número de municípios na atenção básica, ou primária, não caracteriza referência regional. Isto não significa dizer que tais hospitais não sejam relevantes. Podem estar a cumprir relevante papel no município, portanto para o sistema. Apenas não serão destacados neste momento.

A assistência hospitalar, enquanto política pública no início da década 2000, tinha como foco, a descentralização, hierarquização e organização de redes assistenciais. Para isto tornava-se necessário o fortalecimento de poucas Unidades por região, dentre as mais significativas, de forma a garantir e qualificar a Referência por nível de atenção e promover economias de escala e escopo. Esta lógica,



agregada à da regionalização da saúde, não descarta ajustes e adequações loco-regionais para clínicas ou redes específicas. É o caso de algumas clínicas de especialidade que requerem poucas unidades de referência em razão da demanda ser rara, ou unidades específicas fora dos pontos de integração das diversas redes.

Como decorrência, pela natureza e simplificação do estudo ora efetuado, a equipe técnica da DEAA/SMACSS não pode deixar de registrar a necessidade de, oportunamente, aprofundar e discutir os itens e conceitos necessários à definição de um perfil hospitalar mais amplo e detalhado. Cabe não perder a lógica prevista no PDR-SUS/MG, que tem em vista a regionalização, mas também a equidade.

A identificação de alguns hospitais com oferta de clínicas de um elenco de referência micro, mas com cobertura de âmbito municipal, os classifica com equivalência ao porte de uma microrregião ou de uma macro, mas na “função” municipal.

A Carteira de Serviços, ou Tipologia de serviços por Nível de Atenção do SUS/MG, refere-se à descrição dos procedimentos em cada um dos três níveis de Atenção; Primário, Secundário, Terciário ³.

Num estado de grandes dimensões territoriais, a atenção secundária foi também desdobrada em subconjuntos de diferentes densidades tecnológicas para

³ Vide documentos PDR-SUS/MG e Carteira de Serviços Hospitalares no site da SES/MG, que é um dos importantes aspectos da classificação.



avaliação da distribuição espacial e funcional das Unidades Hospitalares nos territórios:

- 1) a Atenção Secundária de Referência Microrregional com cobertura de vários municípios circunvizinhos e maior grau de densidade tecnológica no nível;
- 2) a Secundária de nível municipal, ou local, ou de suporte da Atenção Primária, ou seja, o primeiro nível de acesso, o acesso básico, aquele que pode e deve estar mais próximo e com cobertura, predominantemente restrita a um município.

As clínicas de especialidades médicas e seus procedimentos agrupados por nível de atenção e regionalização com base na tabela SIAH/SUS, estão descritos no PDR-SUS/MG e na Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG e são ajustados em momentos diferentes mas com a lógica e os fundamentos iniciais mantidos.



CLASSIFICAÇÃO DAS UNIDADES PRESTADORAS CONFORME FUNÇÃO NA REGIONALIZAÇÃO E HIERARQUIZAÇÃO DOS SERVIÇOS: PRINCIPAIS CONCEITOS E CRITÉRIOS OPERACIONAIS

FUNÇÃO

Denomina-se aqui por “*função*”, o papel desempenhado pelas unidades hospitalares na organização dos serviços de um SUS regionalizado, hierarquizado que tem em vista integrar nas diversas redes os pontos de atenção à saúde, inclusive com a incorporação de níveis de tecnologias gerenciais e assistenciais crescentes, para economias de escala e escopo.

Estes diferentes níveis de agregação de tecnologia é que permitem caracterizar a partir de quando e porque determinadas unidades tornam-se *referência*. A “Referência” aqui não é conceituada no significado de notoriedade, mas no de unidade de atendimento designada para receber encaminhamentos de internações que requerem equipes integradas de especialistas. Há também que se considerar nestas, a disponibilidade de conjuntos de especialidades distribuídos no território estadual por nível de densidade tecnológica, distância, território e população. Assim, a modelagem destes níveis fica estabelecida conforme PDR-SUS/MG, em municipal ou básico (ou local); microrregional; macrorregional.

Os níveis assistenciais estão previstos em linhas gerais no PDR-SUS/MG e, uma vez ordenados por agregação de tecnologia, direcionam no geral ou às redes específicas, caracterizam pela integração em cada nível, de variados pontos de



atenção, seja em unidades ambulatoriais, seja hospitalares, num território ou entre territórios interdependentes.

Cabe destacar que todas elas, unidades ambulatoriais e hospitalares, devem prestar serviços a partir de contratualizações que considerem protocolos, linhas de cuidado ou diretrizes clínicas e de habilitação. Também devem estar vinculadas ao sistema de regulação e pactuação do território, além de contarem com Sistema de Transporte e Logística. Estas questões não integram o objeto desta avaliação.

Para fins deste trabalho, optou-se por categorizar a *FUNÇÃO* como o resultado do serviço prestado por um hospital, considerando-se algumas características:

- 1) sua localização (quando de referência, no município polo) correlacionada ao seu nível de atenção assistencial;
- 2) o tipo e porte da unidade hospitalar (geral ou de especialidade);
- 3) o âmbito de cobertura conforme nível de regionalização do PDR-SUS/MG (município, macro ou micro);
- 4) o elenco de clínicas de especialidades ofertadas⁴;
- 5) o volume de serviços específicos e complementares. Assim, com base nestes critérios conclui-se por categorizar as funções: MACRO, que são as de referência

⁴ Elenco descrito na Carteira de Serviços Hospitalares do SUS-MG, disponibilizada no site da SES/MG.



terciária, as MICRO⁵, que são o segundo nível de referência e BÁSICA (Outros Hospitais Socialmente Necessários/Apoio à Rede de Urgência/Emergência ou ao Hospital Micro) e/ou MUNICIPAL (OUTROS OU DIVERSOS).

A **FUNÇÃO** é, portanto, caracterizada a partir dos componentes definidores: NÍVEL ASSISTENCIAL/ELENCO DA CARTEIRA DE SERVIÇOS; % de REFERÊNCIA NO ELENCO/NÍVEL; ÂMBITO DE COBERTURA PREDOMINANTE POR REGIÃO E NÍVEL; VOLUME DE SERVIÇOS; TIPO E PORTE DO HOSPITAL. Os Conceitos aqui utilizados guardam relação com a lógica de planejamento esperada para a organização e distribuição das principais redes e conforme PDR-SUS/MG. Assim, a “Função” de um hospital pode ser subdividida ou descrita como *FUNÇÃO* Macrorregional, *FUNÇÃO* Microrregional, *FUNÇÃO* Básica e/ou Municipal.

I - FUNÇÃO MACRO OU REFERÊNCIA DA ATENÇÃO TERCIÁRIA

- ***Unidades Hospitalares de Função Macrorregional ofertam serviços da Assistência Hospitalar do nível Terciário de Atenção à Saúde*** são aquelas que prestam serviços de mais alto custo, que requerem equipamentos e gestão de maior densidade tecnológica, maior agregação de demanda para economias de escala e escopo; os serviços não requerem maior proximidade com o usuário mas logística para referência.

⁵ Subdividida em Função Micro Total (MCH1) e Função Micro Mínima (MCH2), conforme o porte populacional e socioeconômico da região.



Características operacionais para classificação da “Função”:

A Unidade Hospitalar deve estar localizada no município polo de uma macrorregião (atual Região Ampliada), por ser um município com maiores condições socioeconômicas e disponibilidade de equipamentos urbanos, sendo o mesmo que também é sede de microrregião (atual Região de Saúde). O município deve: ofertar os diversos níveis assistenciais, ou seja, todos os elencos da Carteira de Serviços Hospitalares; contar com oferta preponderante (mais de 50%) das clínicas do elenco Alta Complexidade e Média Complexidade Hospitalar Especial – AC/MCHE⁶; exercer polarização (maior taxa de referência/garantia de acesso no elenco) na macrorregião; ter o maior volume comparativo de serviços no elenco ou em alguma clínica específica ou estratégica e maior extensão de cobertura da população da macro (total das micros e maior número de municípios); ser, geralmente, unidade de maior porte (maior número de leitos, o que em MG significa acima de 150 leitos) e dar cobertura para cerca de 1 a 1,5 milhões de habitantes, variando conforme densidade demográfica. Pode ser um HE (Hospital Especialidade) quando oferta apenas 1 clínica; geralmente é um HG (Hospital Geral) e oferta as diversas clínicas ou a maioria, inclusive clínicas e serviços dos outros níveis de atenção.

Assim dentre os Hospitais de Referência para Atenção Terciária estão os

Hospitais Gerais com atendimento às clínicas médica e cirúrgicas de mais alta

⁶ Com serviços e clínicas de especialidades médicas que requerem fixação de equipes multiprofissionais de grande especialidade, equipamentos de alto potencial e custo, e estão definidas na Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG.



densidade das especialidades endovascular, eletrofisiologia, cardiovascular, transplantes, neurológica, oncológica, traumato-ortopédica, GAR, otorrinolaringológica, nefrologia e grandes queimados. Algumas regiões do Estado apresenta quantitativo menor de leitos, mas é a unidade de maior porte. Além dos equipamentos de UTI, UCI e UCO contam com Medicina Nuclear e Ressonância Magnética. Mesmo quando na região e/ou na Unidade verifica-se na fase atual “vazios”, é unidade com potencial de crescimento.

Entre os hospitais de função macro, alguns apresentam maior frequência absoluta e relativa de internações em apenas uma ou três clínicas dentre as mais raramente ofertadas do elenco macro (AC/MCHE) no Estado - o grande queimado, o grande trauma, oncologia, cirurgia endovascular, eletrofisiologia, cardiologia pediátrica, cirurgia neurológica de alta complexidade, o que as torna, e o Hospital, “estratégicos” para o SUS/MG. Há Hospitais de Especialidade que também podem ser de função macrorregional e outros de função microrregional. A distinção está indicada pelo elenco descrito na Carteira de Serviços.



II - FUNÇÃO MICRO OU REFERÊNCIA DA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

II. 1 *Função Microrregional Total*

- **Unidades Hospitalares de Função Microrregional ofertam serviços da Assistência Hospitalar do nível Secundário de Atenção a Saúde**, ou seja, procedimentos que requerem proximidade do usuário em cerca de até 1h 30m e, portanto, embora menor, também requerem agregação de demanda para economia de escala e escopo, cerca de 100 a 150.000 habitantes. Devem contar com equipamentos de média densidade tecnológica e gestão. Noutros termos, equipamentos e equipes de menores densidades tecnológicas que os de referência terciária, mas com recursos tecnológicos maiores que os serviços da atenção hospitalar básica ou municipal.

A Unidade Hospitalar de Referência Micro será ou estará: 1) localizada no município polo de uma microrregião (o município com maior potencial, população, fluxo e equidistância); 2) com oferta da Carteira de Serviços dos elencos de Média Complexidade Hospitalar 1 e 2⁷ (mais de 50% das clínicas); 3) com maior volume comparativo de internações no elenco; 4) maior polarização (maior taxa de referência no elenco/nível); 5) maior âmbito de cobertura microrregional (maior número de municípios atendidos); 6) hospital de médio porte (cerca de 80 a 100 leitos) que eventualmente presta algum serviço de AC. Acumula o elenco do nível

⁷ As clínicas deste elenco incluem procedimentos mais comuns da cirurgia vascular, cardiovascular, urologia, nefrologia, a traumatologia de médio porte, médio e pequenos queimados, atendimento à GAR de nível secundário.



com o elenco municipal. Conta com UTI adulto e neonatal; equipamentos de tomografia e endoscopia. Em Minas Gerais há microrregiões de difícil acesso geográfico e baixa população que necessitarão tempo e subsídio para alcançarem todas as características necessárias. O princípio da equidade garante sua inserção no PDR-SUS/MG e as Unidades de Referência apresentam vazios a serem superados.

Os hospitais da função micro total ou do elenco secundário de maior densidade – o MCH1 estão localizados em polos de micros de maior porte populacional, com população em torno de 150.000 habitantes ou mais conforme densidade demográfica, e apresentam maior quantitativo de leitos ou é o hospital de maior porte da micro.

II. 2 - Função Microrregional Mínima

- A Unidade Hospitalar de referência de microrregiões de difícil acesso, menor grau de desenvolvimento socioeconômico e/ou menor densidade populacional. Estará localizada no polo, com oferta parcial da Carteira de Serviços do elenco 1 (MCH1) ou oferta do elenco mínimo esperado para uma microrregião, ora denominado Média Complexidade Hospitalar 2⁸ (MCH2) . As referidas unidades ou microrregiões geralmente estão em estágio inicial de organização de serviços,

⁸ Vide “Carteira de Serviços Hospitalares do SUS da SES/MG



mas devem alcançar, conforme viabilidades a serem construídas, as ofertas do elenco 1.

As Unidades Hospitalares de Função Micro Mínima, o elenco 2 (MCH2), são hospitais gerais, de menor porte, com cerca de 60 a 80 leitos nos termos da realidade do Estado de Minas Gerais. Estão localizadas em polos de micros com população abaixo de 100.000 hab., recebem maior volume e % comparativo de referência no elenco micro mínimo – MCH2. Estes Hospitais, eventualmente ofertam algumas clínicas do elenco micro de maior densidade tecnológica – MCH1, embora com menor volume de internações, ainda dependem de outra região para cobertura do elenco 1. Ofertam mais de 50% do elenco MCH2.

Dentre os Hospitais Gerais de função micro, alguns apresentam maior frequência absoluta e relativa de internações em uma ou algumas clínicas do elenco micro, consideradas estratégicas para o nível, geralmente as cirúrgicas da urologia, do sistema osteomuscular e as vasculares de menor densidade. Isto porque, em regra geral, são clínicas que nas diversas macros apresentam vazios, além de serem relevantes do ponto de vista epidemiológico para o Estado. São então, os Hospitais Estratégicos e/ou Hospitais de Especialidades Estratégicas.

Os hospitais com oferta de uma única clínica do elenco (psiquiatria, cuidados prolongados) são aqui designados como Hospitais de Especialidade.



III - FUNÇÃO SECUNDÁRIA / MUNICIPAL

III. 1 - De Destaque

- Unidades Hospitalares de Função Municipal de Destaque ou Local (Outros Hospitais Socialmente Necessários/Apoio à Rede de Urgência/Emergência ou ao Hospital Micro). Em 2007, trabalhou-se com o conceito de “local”. Local como tudo aquilo que é próprio, aplicado a determinado espaço, ou zona, ou parte de uma região e não de outra⁹. Nestes termos e em princípio, para **Função Municipal de Destaque ou Local** foram considerados:

1. Unidade Hospitalar de municípios não polos, mas de grande porte populacional (acima de 80.000 hab), que por equivalência à escala de uma microrregião *devem ou ofertam o elenco completo (MCH1), ou elenco mínimo completo (MCH2) da Carteira de Serviço do SUS/MG e com cobertura da população própria.*
2. Unidade Hospitalar de municípios polos das micros multipolares. É o caso das unidades em municípios que já eram polos em 2002, ou seja, em municípios sede de micros que foram agregadas em 2003 porque de pequeno porte e tendo em vista ganho de escala. Estas deveriam ser complementares, mas de fato não o são e atendem predominantemente a própria população, por vezes recebem poucas referências de internações, mas não exercem polarização para clínicas que

⁹ Este trabalho aponta possibilidades ou temas para outro estudo sobre os “hospitais socialmente necessários”, uma vez que este não tem este propósito.



requerem maior escala (Urologia, Cirurgia Vascular); geralmente ainda referem seus residentes para clínicas do MCH1.

3. Unidade Hospitalar de municípios de menor porte populacional, geralmente localizados em região com menor crescimento socioeconômico e de mais difícil acesso geográfico e viário, e que por isso recebem fluxo de poucos municípios em clínicas do perfil esperado para a atenção secundária de referência microrregional e tanto o conjunto de municípios quanto o polo, demandam acesso à unidade de referência da micro vizinha de maior porte para o elenco 1.

Há unidades localizadas em municípios com população em torno de 20.000 habitantes que ofertam o elenco mínimo (MCH2) da Carteira de Serviços do SUS/MG, com maior cobertura da população própria ou, eventualmente, de alguns municípios circunvizinhos, mas não superam a polaridade exercida pelo polo predominante na região.

4. *Hospitais Gerais com elenco MCHB, localizados em municípios mais distantes do polo micro, com tempo de deslocamento maior que 1h20min até este polo; ou quando com tempos menores, dão apoio a outros municípios mais distantes do polo (tempo de deslocamento >1h20min). Estes hospitais possuem infraestrutura e recursos humanos capacitados para apoio ao PSF, ao atendimento de pequenas urgências ou estabilização de pacientes conforme protocolo e/ou linhas – guia*



quanto ao encaminhamento para hospitais de Urgência/Emergência localizados nos polos micros/macros.

5. Hospitais públicos, inclusive de crônicos, ou excepcionalmente Hospitais universitários, localizados nos polos, mas com oferta do elenco micro, MCH1 ou MCH2.

III. 2 - De Apoio à Atenção Primária

- Unidade Hospitalar de Função Municipal e/ou Assistência Hospitalar da Atenção Secundária de e apoio à Atenção Primária, primeiro acesso ou internações básicas.

Referem-se a Hospitais com elenco de clínicas da Média Complexidade Hospitalar Básica – MCHB, atendendo geralmente ou predominantemente a população residente do próprio município e apresentando menor volume comparativo de internações. O encaminhamento de outros pequenos municípios circunvizinhos pactuado entre gestores é comparativamente pouco significativo, avaliando-se números absolutos e/ou por clínicas de especialidade médica. Por outro lado, estes encaminhamentos se dão em decorrência de não haver hospitais nos municípios vizinhos, o que não significa “referência” em busca de maior tecnologia. Os encaminhamentos são também qualitativamente menos



representativos, por que relativos a clínicas de grande demanda, mas de menor densidade tecnológica, como exemplo: Tratamentos clínicos: gineco-obstetrícia.

Alguns Hospitais classificados nesta função apresentam, por vezes, um elenco de clínicas/especialidades de Média Complexidade 2 – MCH2, ou mesmo excepcionalmente da Média Complexidade 1 – MCH1, no entanto, com âmbito de cobertura predominantemente restrito a população residente no próprio município. Quando recebem outros residentes, demanda espontânea, é de poucos e pequenos municípios circunvizinhos que também encaminham outros procedimentos para o polo predominante.



QUANTITATIVO DE HOSPITAIS POR FUNÇÃO ASSISTENCIAL E MACRORREGIÃO DE SAÚDE

TABELA A

MACRORREGIÃO	FUNÇÃO					TOTALS				
	MACRO	MICRO	MUNICIPAL RELEVANTE	MUNICIPAIS NÃO RELEVANTES COM PROHOSP	OUTROS MACRO/MICRO E DEMAIS MUNICIPAIS	TOTAL EM 2012	DESATIVADO /SEM PRODUÇÃO EM 2012	TOTAL EM 2009	INCLUÍDOS EM 2012	REATIVADOS EM 2012
CENTRO	18	19	16	1	31	85	11	94	2	1
CENTRO SUL	2	6	1	1	23	33	-	33	-	-
JEQUITINHONHA	-	6	2	-	7	15	-	15	-	-
LESTE	2	11	-	-	18	31	3	34	-	2
LESTE DO SUL	1	4	1	2	15	23	2	25	-	-
NORDESTE	1	8	6	-	18	33	2	35	-	-
NOROESTE	1	4	3	1	10	19	3	22	-	1
NORTE	4	13	6	-	14	37	2	38	1	-
OESTE	1	6	3	-	24	34	2	36	-	-
SUDESTE	6	13	3	-	38	60	6	66	-	-
SUL	6	12	13	2	70	103	4	107	-	-
TRIÂNGULO DO NORTE	2	4	2	-	27	35	5	31	9	-
TRIÂNGULO DO SUL	2	2	2	1	15	22	5	27	-	-
TOTAL	46	108	58	8	310	530	45	563	12	4



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. **Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

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.18.055.

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.

CIB/MG. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais **Deliberação CIB – SUS/MG nº 1.219 de 21 de agosto de 2012**. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o Estado de Minas Gerais, e dá outras providências. 21 ago. 2012.

CIT. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 01, de 29 de setembro de 2011**. Estabelece diretrizes gerais para a instituição das Regiões de Saúde no âmbito do SUS, nos termos do Decreto 7.508/2011. 29 set. 2011.

CIT. Comissão Intergestores Tripartite. **Resolução nº 02, de 17 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes nacionais para a elaboração da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) no âmbito do SUS. 17 jan. 2012.

MALACHIAS, I.; AMORIM, A.L.G.; LÉLIS, L.J.B.; PINTO, M.A.S.; SIQUEIRA, M. **Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

MALACHIAS, I; LELES, F.A.G; ANDRADE, L.C.F.; CASTRO, G.B. **A Resolubilidade da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional na Gestão do SUS/MG – 2003/2009**, AGR/SES-MG. Belo Horizonte, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG**. Distribuição dos procedimentos da Tabela SIAH/SUS por Nível de Atenção à Saúde/Nível de Densidade Tecnológica Assistencial conforme modelo de regionalização no PDR/MG. AGR/SES-MG. Belo Horizonte, 2009.

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.