**A RESOLUBILIDADE E OS VAZIOS DA
ASSISTÊNCIA HOSPITALAR
MICRO E MACRORREGIONAL
DO SUS/MG EM 2010 E A EVOLUÇÃO -
2003/2010**

Ivêta Malachias
Andrei Marra
Genesi Batista de Castro
Maria Auxiliadora da Silva Pinto
Milton Siqueira
Jomara de Azevedo

Superintendente de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde

André Luiz Guimarães Amorim

Subsecretária de Regulação em Saúde

Maria Letícia Duarte Campos

**Belo Horizonte
Julho/2011**

**A RESOLUBILIDADE E OS VAZIOS DA ASSISTÊNCIA
HOSPITALAR MICRO E MACRORREGIONAL DO
SUS / MG EM 2010 E A EVOLUÇÃO – 2003-2010**

© 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.

A publicação **A Resolubilidade e os Vazios da Assistência Hospitalar Micro e Macrorregional do SUS/MG – 2003/2010** também estará disponível, na íntegra, em cópia impressa.

Tiragem eletrônica: 1ª edição 2011

Elaboração, distribuição e informações:

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde

Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais - DEAA

Rod. Prof. Américo Gianetti, s/n Ed. Minas, B. Serra Verde Floresta, 12º Andar.

Belo Horizonte – Minas Gerais

CEP: 31630-900

Tel: (31) 3916-0645 / 0646 / 0644

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

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

Equipe Responsável – 2003/2009:

Coordenação Técnica, organização e redação: Ivêta Malachias

Fernando Antônio Gomes Leles – Assessor Chefe da AGR

Luiz Cláudio Fraga de Andrade

Genesi Batista de Castro

Equipe Responsável 2010:

Coordenação Técnica, organização e redação: Ivêta Malachias

André Luiz Guimarães Amorim – Sup.de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde

Andrei Marra

Maria Auxiliadora da Silva Pinto

Milton Siqueira

Ficha Cartográfica

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Monitoramento Avaliação e Controle

SUMÁRIO

Siglas e Abreviaturas.....	3
Fundamentos e Conceitos	4
Desenvolvimento	6
Resultados: alguns comentários	8
Referências	10

SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Alta Complexidade

AGR – Assessoria de Gestão de Regional

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DEAA – Diretoria de Estudos e Análises Assistenciais

GRIS – Gerência de Regionalização e Informações em Saúde

MACRO – Macrorregional

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

MICRO – Microrregional

MS – Ministério da Saúde

NARS – Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDR/MG – Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais

PROHOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

SIAH – Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar

SIAH/MS – Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do Ministério da Saúde

SMACSS – Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde

SUBREG – Subsecretaria de Regulação

SUS/MG – Sistema Único de Saúde de Minas Gerais

I – Fundamentos e Conceitos

“A resolubilidade é a medida percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população residente em sua própria região - micro ou macro, considerada a tipologia definida como referência ideal para o nível regionalização/atenção à saúde, conforme PDR/MG, na assistência em geral e/ou na assistência a um grupo, programa, ou clínica de especialidade médica. Neste caso, refere-se aos vazios assistenciais”. (MALACHIAS, 2010).¹

O indicador de resolubilidade da atenção hospitalar de nível terciário avalia a resolubilidade macrorregional, o de nível secundário avalia a resolubilidade microrregional, ambos objetivam avaliar em cada macro e microrregião, respectivamente, os resultados alcançados na prestação dos serviços, ou seja, a resposta dada à demanda apresentada por região junto às unidades prestadoras. Tais resultados são aferidos em relação à tipologia descrita na Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG para o nível, disponibilizada no site da SES/MG, link PDR/MG, www.saude.mg.gov.br.

“A tipologia, conforme conceito constante dos diversos relatórios de elaboração do PDR/MG, é o reordenamento e reagrupamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares da tabela SIAH/MS, por nível de atenção/regionalização, tendo em vista estabelecer uma “referência ideal” para descentralização e prestação de serviços, para distribuição dos espaços e organização dos níveis”. (MALACHIAS, 2005).²

Noutros termos, é o que ofertar para atender a população na lógica do modelo de atenção à saúde, ou seja, o serviço certo, no lugar certo e no volume certo. Para proposição do que se pretendia como certo para cada nível, foram desenvolvidos estudos com objetivos de identificar a distribuição ideal dos procedimentos por nível e espaço, o que resultou na definição e aprovação inicial do PDR/MG, em 2002. Tais estudos, retomados e aprofundados tornaram-se o embasamento da elaboração do PDR e de seu ajuste em 2004/2005, expandindo-se os procedimentos anteriormente considerados. A tipologia resultante foi validada por especialistas das áreas e, em 2008, face a nova tabela SIAH, novamente revisada.

¹ MALACHIAS, I; LELES, F.A.G; ANDRADE, L.C.F.; CASTRO, G.B. A Resolubilidade Na Gestão: Descentralização E Redução Das Iniquidades, EXPOGEP 2010, AGR/SES-MG. Belo Horizonte 2010.

² MALACHIAS, I; FAGUNDES, Kátia; PINTO, M.A.S. Tipologia de Serviços Assistenciais Ambulatoriais e Hospitalares do SUS/MG, 2005, Relatório Técnico – CP/SES-MG, 2005.

“O reagrupamento dos procedimentos foi elaborado conforme metodologia específica - pesquisas e entrevistas, e considerou para esta finalidade agregação de densidade tecnológica por níveis e observância dos princípios de economia de escala e escopo”. (MALACHIAS, 2005).³

Assim, no PDR/MG a cada agregação de território corresponde um nível de atenção que, na tipologia assistencial - ambulatorial e hospitalar, tem seus procedimentos reagrupados por clínicas de especialidade, o que se denominou elencos. Os elencos são componentes para organização dos serviços que aqui são citados e descritos especificamente para o caso da assistência hospitalar. Contudo, a definição dos elencos é um detalhamento, uma definição operacional dos níveis de regionalização/descentralização e, portanto, objetiva a estruturação das redes assistenciais e a avaliação dos resultados, seja em termos da expansão da resolubilidade, seja da equidade. Estes resultados, portanto, em determinado corte ou período, indicam os vazios assistenciais a serem superados através de planos de investimento.

”**Elenco** é, portanto, 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”. (MALACHIAS, 2005).⁴

Os elencos correspondentes aos três níveis de regionalização/atenção são:

1 - O elenco de procedimentos para o nível macrorregional é o AC/MCHE – Alta Complexidade e Média Complexidade Hospitalar Especial.

Os procedimentos deste elenco são geralmente de alta densidade tecnológica e alto custo, requerem escala de cerca de 1.500.000 habitantes. Os procedimentos designados pelo MS como de MC e nele integrados, o são pela dificuldade de localização e descentralização de alguns recursos ou especialistas.

À macrorregião, território sanitário da atenção à saúde de nível terciário, no polo macrorregional, cabe a organização/oferta do nível definido na Carteira de Serviços e PDR/MG, detalhada no elenco de procedimentos AC/MCHE – Alta Complexidade e Média Complexidade Hospitalar Especial.

³ MALACHIAS, I; FAGUNDES, Kátia; PINTO, M.A.S. Tipologia de Serviços Assistenciais Ambulatoriais e Hospitalares do SUS/MG, 2005, Relatório Técnico – CP/SES-MG, 2005.

⁴ MALACHIAS, I; FAGUNDES, Kátia; PINTO, M.A.S. Tipologia de Serviços Assistenciais Ambulatoriais e Hospitalares do SUS/MG, 2005, Relatório Técnico – CP/SES-MG, 2005.

2 - Os Elencos para o nível microrregional, designados MCH1 e MCH2 – Média Complexidade Hospitalar 1 e 2.

À microrregião, território sanitário da atenção à saúde de nível secundário, em seu polo, de forma solidária e conforme o porte populacional e características epidemiológicas específicas da micro, cabe a organização/oferta do nível conforme definição na Carteira de Serviços e PDR/MG. A microrregião conforme seu porte populacional e características socioeconômicas pode ter sua organização de serviços inicialmente pautada pelo elenco de menor densidade tecnológica – o possível e inicialmente detalhado MCH2 – Média Complexidade Hospitalar 2. O elenco de procedimentos MCH1, de maior densidade tecnológica requer maior escala, uma vez que a demanda é mais rarefeita. A economia de escala para este elenco está em torno de 150.000 habitantes. Os dois elencos, em conjunto, refletem o ideal de uma microrregião, uma vez alcançadas as viabilidades técnica e financeira, ou seja, a disponibilidade de recursos de financiamento e de especialistas.

3 - O elenco MCHB – Média Complexidade Hospitalar Básica.

Ao **município**, território sanitário responsável pela **atenção primária**, cabe ofertar/organizar o **elenco MCHB** – Média Complexidade Hospitalar Básica. Os procedimentos deste elenco são de grande demanda, menor densidade tecnológica e sua oferta requer maior proximidade do usuário.

II - Desenvolvimento

Os cálculos de resolubilidade são efetuados conforme as fórmulas a seguir, para os níveis macro e micro e adequados para as clínicas de especialidades, processando-se, assim, a identificação dos vazios assistenciais, quando a capacidade instalada atende abaixo de 30 % do esperado.

Fórmula para o elenco macro:
$$\text{TxResolub} = \frac{\text{InternResid} \times 100}{\text{InternMacro}}$$

Em que:

TxResolub = Taxa de resolubilidade;

InternMacro = Número de internações de residentes nos hospitais da macrorregião em que reside, no elenco/tipologia;

InternResid = Número de internações de residentes no Estado, no elenco/tipologia.

Fórmula para o elenco micro:
$$\text{TxResolub} = \frac{\text{InternResid} \times 100}{\text{InternMicro}}$$

Em que:

TxResolub = Taxa de resolubilidade;

InternResid = Número de internações de residentes nos hospitais da microrregião em que reside, no elenco/tipologia;

InternMicro = Número de internações de residentes da microrregião no Estado, no elenco/tipologia.

Os estudos de resolubilidade, apresentados neste documento em diversas planilhas, foram efetuados com base no desempenho da prestação de serviços hospitalares por nível de atenção/regionalização – macrorregional, micro e municipal, no período de 2010. Referem-se ao atendimento dos residentes realizado no próprio estado e, ainda, à demanda atendida apenas pelo SUS/MG. Dizem respeito, portanto, ao atendimento da demanda e não da necessidade da atenção hospitalar. Quando apresentados por clínica de especialidade em cada nível indicam a baixa cobertura ou grande saída dos usuários de sua região para atendimento, ou seja, os maiores vazios assistenciais. Assim no elenco macro ou no elenco micro, a resolubilidade abaixo de 30 % já indica vazio assistencial.

O Quadro 1 demonstra a evolução da resolubilidade no período de 2003 a 2010 de cada macrorregião, no elenco macro.

Nas Planilhas de I.1 a I.13 está demonstrada a situação da resolubilidade por clínica do elenco macro, por macrorregião e a participação da micro onde se localiza o polo macro e de algumas outras micros da macro que apresentam, esporádica e minoritariamente, oferta de alguns procedimentos das clínicas do elenco. As macrorregiões estão indicadas em ordem alfabética.

A evolução da resolubilidade no elenco micro, no período de 2003 a 2010, por microrregião, está demonstrada no Quadro 2. E o Quadro 3 apresenta a Resolubilidade Micro, no elenco de maior densidade tecnológica -MCH1-, que requer, portanto, escala em torno de 150.000 hab., no período 2008 a 2010

Na seqüência são apresentadas as planilhas II.1 a II.13 que demonstram a resolubilidade de todos os elencos de serviços hospitalares realizados em âmbito de uma microrregião, que correspondem ao somatório dos elencos do nível microrregional e do nível municipal (MCH1, MCH2 e MCHB), por clínica de especialidade, em 2010. Os Relatórios demonstram por macrorregião, a resolubilidade de cada uma de suas micros, sendo as macros indicadas em ordem alfabética.

Cabe lembrar que algumas clínicas de especialidade se repetem nos diversos elencos e outras não. As que se repetem, contudo, devem ofertar procedimentos que embora da mesma clínica são de demanda diversa e, ainda, requerem tecnologia diversa.

III – RESULTADOS: ALGUNS COMENTÁRIOS

Na atenção hospitalar geral de nível terciário, elenco macro, 7 (sete) dentre as treze macrorregiões apresentaram resolubilidade considerada ideal (acima de 81%) em 2009 e 2010. As macros Centro, Sudeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul apresentaram resolubilidade acima de 95%.

Uma das treze macrorregiões, a Leste, que em 2003 apresentava uma resolubilidade de 63% evoluiu para 75% de 2008 a 2010, indicando, além de uma boa resolubilidade uma considerável evolução mas que ainda requer reforço assistencial.

As macrorregiões Centro Sul e Noroeste ampliaram sua resolubilidade de 2003 a 2010, mantendo-se, no entanto, no mesmo intervalo de classe que é de 51% a 60%, que a classifica como regular. Já a macro Leste do Sul voltou em 2010 para o intervalo de classe considerado de baixa resolubilidade - de 40% a 50%, após apresentar uma queda entre 2008 e 2009.

As macrorregiões Nordeste e Oeste, que em 2009 apresentavam resolubilidade baixa e regular, respectivamente, tiveram queda em 2010, inclusive no intervalo de classe, decrescendo, a Nordeste, do intervalo de 41% a 50% para abaixo de 40%. A macro Jequitinhonha reduziu ainda mais sua resolubilidade, de 34% em 2003 para 28% em 2010.

As macros Noroeste, Jequitinhonha e Leste do Sul foram apontadas no PDR/MG como atípicas, pois apresentavam e ainda apresentam base populacional abaixo da estimada para o nível macrorregional, menores condições de desenvolvimento socioeconômico, baixa densidade populacional e/ou distâncias e más condições de acessibilidade. Foram mantidas como macrorregiões com objetivo de atender às políticas de descentralização e fomento. Contudo, sua avaliação aponta para redimensionamentos de tempo para investimento ou para revisão de sua constituição e base populacional, o que será objeto de estudos em época oportuna. É importante ressaltar que mesmo macros com índices de resolubilidade considerados bons, apresentaram em alguma(s) clínica(s) específica(s) baixa resolubilidade, indicando que a macro pode necessitar de reforço nesta clínica.

Na resolubilidade do conjunto de elencos da atenção secundária, ou seja, no somatório dos elencos de responsabilidade de uma microrregião e município – MCH1, MCH2 e MCHB, a maioria das micros, 65 de um total de 76, apresenta boa resolubilidade, com resultado superior a 80%; em 7 (sete) micros a resolubilidade é regular e 4 (quatro) micros permanecem, em 2010, no “vermelho”, intervalo de classe inferior a 65% de resolubilidade.

A mesma avaliação acima efetuada em relação à resolubilidade macrorregional cabe também para o nível microrregional; há investimentos a serem efetuados, sobretudo quando se analisa as clínicas de especialidades. Esta é atualmente a política da SES/MG, sobretudo através do PROHOSP que deverá estar, ao longo de 2011, negociando com os hospitais com objetivo de indicar investimentos necessários à superação dos vazios assistenciais.

Em nível microrregional, as clínicas de especialidade que mais requerem expansão do atendimento são as relacionadas aos tratamentos clínicos e cirúrgicos do sistema ósteomuscular (que inclui a traumato-ortopedia), a nefrologia, a cirurgia vascular, urológica e a otorrinolaringológica.

Referências Bibliográficas

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.

MALACHIAS, I; PINTO, M.A.S.; et al. O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, 2003, Relatório Técnico – GRIS/SES-MG. Belo Horizonte 2003.

MALACHIAS, I; LELES, F.A.G; ANDRADE, L.C.F.; O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais, 2010, Relatório Técnico – AGR/SES-MG. Belo Horizonte 2010.

MALACHIAS, I; LELES, F.A.G; ANDRADE, L.C.F.; CASTRO, G.B. A Resolubilidade Na Gestão: Descentralização E Redução Das Iniquidades, EXPOGEP 2010, AGR/SES-MG. Belo Horizonte 2010.

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.

MALACHIAS, I; FAGUNDES, Kátia; PINTO, M.A.S. Tipologia de Serviços Assistenciais Ambulatoriais e Hospitalares do SUS/MG, 2005, Relatório Técnico – CP/SES-MG, 2005.

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.

MINAS GERAIS, **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Plano Estadual de Saúde 2003-2007. Belo Horizonte, 2003.

MINAS GERAIS, **Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais**. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Belo Horizonte, 2008.