

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

SYLVIA FÁTMA GOMES ROCHA

A HEMORREDE DO LESTE DE MINAS GERAIS NO CONTEXTO DA
REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

GOVERNADOR VALADARES – MG
FEVEREIRO/2018

SYLVIA FÁTMA GOMES ROCHA

**A HEMORREDE DO LESTE DE MINAS GERAIS NO CONTEXTO DA
REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Gestão Integrada do Território da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial obrigatório para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Território, sociedade e Saúde.

Professora Orientadora: Maria Terezinha Bretas Vilarino

Ficha Catalográfica - Biblioteca Dr. Geraldo Vianna Cruz (UNIVALE)

616.15
R672h

Rocha, Sylvia Fátma Gomes.
A hemorrede do leste de Minas Gerais no contexto da regionalização da saúde [manuscrito] / Sylvia Fátma Gomes Rocha. - 2018.
96 f. ; il. ; 29,5 cm.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Vale do Rio Doce, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Gestão Integrada do Território – GIT, 2018.
Orientadora : Prof^a. Dr^a. Maria Terezinha Bretas Vilarino.

1. Hemorrede. 2. Hemoterapia. 3. Regionalização da saúde.
4. Território. 5. Leste de Minas. I. Vilarino, Maria Terezinha Bretas. II. Título.

GOVERNADOR VALADARES – MG

FEVEREIRO/2018



Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território - GIT

ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

SYLVIA FÁTMA GOMES ROCHA

Matrícula Nº 75.152

Aos vinte e oito dias do mês de fevereiro de dois mil e dezoito (28/02/2018), às 10h (dez horas), na sala 12 do Bloco PVA, da Universidade Vale do Rio Doce, reuniu-se a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada “**A Hemorrede do Leste de Minas Gerais no contexto da regionalização da saúde.**” Linha de Pesquisa: Território, Sociedade e Saúde, elaborada pela aluna Sylvia Fátma Gomes Rocha. A Comissão Examinadora foi composta pelos professores: Dr.^a Maria Terezinha Bretas Vilarino (orientadora) – UNIVALE, Dr. Haruf Salmen Espíndola – UNIVALE, Dr.^a Maria Gabriela Parenti Bicalho – Universidade Federal de Juiz de Fora e a Dr.^a Alda Maria Soares Silveira – Universidade Federal de Juiz de Fora. Abrindo a sessão, a presidente da Comissão, Prof.^a Dr.^a Maria Terezinha Bretas Vilarino, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulares do Trabalho Final, passou a palavra à mestranda Sylvia Fátma Gomes Rocha para apresentação de sua Dissertação. Logo após a arguição das examinadoras, a Comissão se reuniu, sem a presença da mestranda e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora consideraram por unanimidade a Dissertação

Aprovada Com louvor

Em seguida, o resultado foi comunicado publicamente à candidata pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou-se a presente Ata, que será assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Governador Valadares, 28 de fevereiro de 2018.

Prof.^a Dr.^a Maria Terezinha Bretas Vilarino
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Haruf Salmen Espíndola
Examinador

Prof.^a Dr.^a Maria Gabriela Parenti Bicalho
Examinadora

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Soares Silveira
Examinadora



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território

SYLVIA FÁTMA GOMES ROCHA

“A Hemorrede do Leste de Minas Gerais no contexto da regionalização da saúde.”

Dissertação aprovada em 28 fevereiro de 2018,
pela banca examinadora com a seguinte
composição:

Prof.^a Dr.^a Maria Terezinha Bretas Vilarino
Orientadora - Universidade Vale do Rio Doce

Prof. Dr. Haruf Salmen Espindola
Examinador - Universidade Vale do Rio Doce

Prof.^a Dr.^a Maria Gabriela Parenti Bicalho
Examinadora - Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF.

Prof.^a Dr.^a Alda Maria Soares Silveira
Examinadora - Universidade Federal de Juiz de Fora/UFJF.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível.

Aos meus familiares; pelo esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos desta e de outras caminhadas.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Maria Terezinha Bretas Vilarino (UNIVALE), que no tempo dedicado a este trabalho me norteou no desenvolvimento dessa pesquisa. Por sua intensa dedicação, correções concisas e por conduzir de forma adequada sua orientação, sem negar minhas apreensões, angústias, meu tempo e minhas limitações. Sem a ajuda dela esse trabalho teria sido muito mais árduo.

Aos demais professores do programa, funcionário, em especial às secretárias, pela atenção e atendimento solicito e colegas de classe pelos ensinamentos, respeito e suporte neste percurso. Ao programa de mestrado Gestão integrada do Território, GIT, pela oportunidade de desenvolver essa pesquisa e do sonho de me tornar mestre.

À banca de qualificação, Prof^a.Dr^a. Maria Gabriela Parenti Bicalho (UFJF) e Prof. Dr. Haruf Salmen Espindola (UNIVALE) pelas críticas arguciosas que me auxiliaram no amadurecimento dessa pesquisa.

Ao professor, Prof. Dr. Thomas Werner Jeffre (UNIVALE), por colaborar com o desenvolvimento da pesquisa.

Ao Hemocentro de Governador Valadares, que abriu suas portas, permitindo a realização desta pesquisa. Sempre muito cordiais.

Aos doadores de sangue que compareceram ao Hemocentro de Governador Valadares e que se dispuseram a dedicar algumas horas do seu dia e muitos até mesmo o dia inteiro, pelo deslocamento de suas cidades até Governador Valadares, pelo gesto de amor ao próximo e por permitirem que mais um ciclo da vida se perpetue.

À cidade de Governador Valadares, que mais uma vez, abriu as portas para que eu pudesse realizar mais um sonho. Posso dizer que dou voltas ao mundo, mas que a cada recomeço, por aqui tenho que passar.

"Dizem que antes de um rio entrar no mar, ele treme de medo. Olha para trás, para toda a jornada que percorreu, para os cumes, as montanhas, para o longo caminho sinuoso que trilhou através de florestas e povoados, e vê à sua frente um oceano tão vasto, que entrar nele nada mais é do que desaparecer para sempre. Mas não há outra maneira. O rio não pode voltar. Ninguém pode voltar. Voltar é impossível na existência. O rio precisa de se arriscar e entrar no oceano.

E somente quando ele entrar no oceano é que o medo desaparece, porque apenas então o rio saberá que não se trata de desaparecer no oceano, mas de tornar-se oceano."

Osho.

RESUMO

Considerando o processo de regionalização dos serviços de saúde pública, no Brasil e em Minas Gerais, esta dissertação tem como finalidade, discutir aspectos da organização e atuação do serviço de hemoterapia, na macrorregião do leste de Minas na perspectiva de compreensão de sua territorialização, perfil e fluxos.

Para a realização da discussão pretendida foi necessário verificar e problematizar o contexto e as questões que norteiam o processo de descentralização da saúde pública e sua regionalização no Brasil e no estado de Minas Gerais, bem como situar o serviço de hemoterapia nesse processo. As principais fontes para estudo foram: leis, decretos, resoluções, relatórios, documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria de saúde de Minas Gerais, e autores de referência nas temáticas específicas. A discussão teórica sobre a problemática proposta teve como referência uma abordagem que levou em consideração os conceitos estruturantes do processo de regionalização dos serviços de saúde pública: territorialização, território, territorialidade, regionalização, interiorização, redes, dentre outros. A hemorrede do leste de Minas Gerais foi posta em evidência considerando as estratégias estabelecidas pela própria Fundação Hemominas e os critérios para interiorização dos serviços da rede hemoterápica. Destacamos sua área de abrangência, implementação e fluxos. Os dados utilizados para a avaliação dos fluxos de atendimento do Hemocentro Regional de Governador Valadares foram fornecidos pelo próprio Hemocentro. Para essa discussão foram solicitados ao banco de dados do Hemocentro dados relativos à coleta de sangue e dispensação de hemocomponentes, sobre municípios e população atendida, além da relação leito/SUS atendida em cada macrorregião. O recorte temporal, compreendido entre 2012 e 2016, possibilitou um levantamento de dados relacionados à situação atual. Foi possível concluir que no processo de interiorização da rede hemoterápica em Minas Gerais, uma nova pactuação política será necessária, para implementação de novas unidades da hemorrede nas macrorregiões leste e nordeste de Minas Gerais.

Palavras-chave: Hemorrede – hemoterapia – regionalização da saúde – território – leste de Minas.

ABSTRACT

Considering the process of regionalization of the public health service, in Brazil and Minas Gerais, this paper is intended to discuss aspects of organization and performance of the hemotherapy service, within the region of East of Minas Gerais in the perspective of understanding of its territorialization, profile and flow.

In order to carry the intended discussion it was necessary to verify and discuss the context and issues that guide the process of decentralization of public health, as well as situate the hemotherapy service in this procedure. The main sources were law, decrees, resolutions, reports, official documents in the Ministry of Health of Minas Gerais and authors of reference in the specific themes. The theoretical discussion on the problematic proposal has as reference an approach that took into account the structuring concepts of regionalization of public health services: territorialization, territory, territoriality, regionalization, internalization, chains, among others.

The East of Minas Gerais' hemorrede was evidenced considering the strategies established by the Fundação Hemominas itself and criteria for internalization of services of the hemotherapy chain. We highlight the area of scope, implementation and flows. The data used for evaluation of the attendance flows of the Hemocentro Regional of Governador Valadares were provided by the Hemocentro information concerning the collection of blood and dispensation of blood components, on municipalities and population attended, in addition to the relationship vague/SUS attended in each region. The period from 2012 to 2016, allowed a survey of the current situation. Was possible to conclude that in the process of interiorization of the netting of the hemotherapy in Minas Gerais a new agreement will be required for the implementation of new units of hemorredes in the east and northeast of Minas Gerais.

Keywords: Hemorrede – hemotherapy – health regionalization – territory – east of Minas.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Parâmetros para a classificação de unidades regionais da Fundação Hemominas, 2010.....	48
Tabela 2	Unidade a ser implantada de acordo com a população das regionais....	48
Tabela 3	Distribuição da implantação das unidades regionais da Fundação Hemominas.....	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	População residente na macrorregião de saúde do leste de Minas. Fonte: DATASUS (www.2.datasus.gov.br).....	58
Gráfico 2	População residente na macrorregião de saúde do nordeste de Minas. Fonte: DATASUS. (www.2.datasus.gov.br).....	59
Gráfico 3	Gráfico 3. Doadores no período de 2012-2016 que compareceram ao hemocentro de Governador Valadares. Fonte: Banco de dados do Hemocentro de Governador Valadares.....	61
Gráfico 4	Contabilização entre os número de doadores, número de solicitações, número hemocomponentes dispensados e estoque do hemocentro de Governador Valadares no período de 2012-2016.....	62
Gráfico 5	Comparativo entre as macrorregiões Leste e Nordeste de Minas em relação ao número de municípios, doadores, solicitações e número de leitos SUS. Período:2012-2016.....	63
Gráfico 6	Representação da regional de saúde de Águas Formosas.....	87
Gráfico 7	Gráfico 7. Representação da regional de saúde de Almenara.....	87
Gráfico 8	Representação da regional de saúde de Araçuaí.....	88
Gráfico 9	Representação da regional de saúde de Caratinga.....	88
Gráfico 10	Representação da regional de saúde de Coronel Fabriciano e Timóteo.....	89
Gráfico 11	Representação da regional de saúde de Guanhães.....	89
Gráfico 12	Representação da regional de saúde de Governador Valadares.....	90
Gráfico 13	Representação da regional de saúde de Ipatinga.....	90
Gráfico 14	Representação da regional de saúde de Itaobim.....	91
Gráfico 15	Representação da regional de saúde de Mantena.....	91
Gráfico 16	Representação da regional de saúde de Nanuque.....	92
Gráfico 17	Representação da regional de saúde de Padre Paraíso.....	92
Gráfico 18	Representação da regional de saúde de Pedra Azul.....	93
Gráfico 19	Representação da regional de saúde de Resplendor.....	93
Gráfico 20	Representação da regional de saúde de Santa Maria do Suaçuí e São João Evangelista.....	94

Gráfico 21	Representação da regional de saúde de Teófilo Otoni, Malacacheta e Itambacuri.....	94
Gráfico 22	Hemotransfusão por leito SUS comparativo entre a média nacional, regional e realizadas pelas macrorregiões leste e nordeste no período de 5 anos.....	65
Gráfico 23	Municípios sedes da DRS e pontuações segundo Hemominas para avaliar a expansão da hemorrede.....	66

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Plano Diretor de Regionalização com o mapa das 13 macrorregiões em Minas Gerais, 2003. Fonte: Silva CB, Ramires JCL. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas.....	40
Figura 2	Fonte: MALACHIAS, 2010. Modelo de regionalização e sua correlação como modelo de atenção à saúde.....	41
Figura 3	Frequência e percentual de serviços de hemoterapia por tipo de unidade, Brasil, 2015. Fonte: ANVISA. <i>Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos: Hemocad</i>	44
Figura 4	Cobertura Hemoterápica por Macrorregiões em Minas Gerais. Fonte: Gestão de Custos, Fundação Hemominas, 2010.....	52
Figura 5	Figura 5. Representação da problemática relacional da hemorrede. Elaboração pela autora a partir da discussão de Rafesttin (1993).....	54
Figura 6	. Figura 6. Regionais de saúde das macrorregiões Leste e Nordeste de Minas proporcionalmente à população residente. Fonte: DATASSUS. (www.2.datasus.gov.br).....	59

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AT	Agência Transfusional
CAPs	Caixas de Aposentadorias
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CNRS	Comissão Nacional da Reforma Sanitária
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CTLD	Central de Triagem Laboratorial de Doadores
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema único de Saúde
DRS	Diretoria Regional de Saúde
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
HC	Hemocentro Coordenador
HEMOMINAS	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HR	Hemocentro Regional
HTLV	Vírus T-linfotrópico humano
IAPs	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto brasileiro de Geografia e Estatísticas
INAMPs	Instituto nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Privada Social
MS	Ministério da Saúde
NH	Núcleo de Hemoterapia
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PLANASHE	Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados
PPI	Programa Pactuada Integrada
PRO-SANGUE	Programa Nacional de Sangue e Hemoderivados
RDC	Resolução Diretoria Colegiada

SAS Secretaria de Atenção à Saúde
SINASAN Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados
SUS Sistema Único de Saúde
UC Unidade de Coleta
UCT Unidade de Coleta e Transfusão
UPA Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO 1 SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA TERRITORIAL.....	22
1.1 A CRIAÇÃO DO SUS E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	22
1.2 A LÓGICA DA TERRITORIALIZAÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA DO SUS.....	31
1.2.1 Perspectivas e Abordagens Sobre a Relação Território/Saúde Pública.....	32
1.2.2 Territorialização e Reconhecimento de Territorialidade Como Caminhos...	36
CAPÍTULO 2 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS E A POLÍTICA DE SANGUE E HEMODERIVADOS.....	39
2.1 O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO, A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A POLÍTICA HEMOTERÁPICA	39
2.2 A FUNDAÇÃO HEMOMINAS) E A INTERIORIZAÇÃO DA HEMORREDE..	46
2.3 A Hemorrede na Dinâmica Territorial.....	53
CAPÍTULO 3 A HEMORREDE PÚBLICA DO LESTE DE MINAS: TERRITORIALIZAÇÃO, DEMANDA E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO.....	56
3.1 O HEMOCENTRO REGIONAL DE GOVERNADOR VALADARES.....	56
3.2 SITUAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE/CIDADE EM RELAÇÃO AO HR E OUTROS ASPECTOS.....	60
3.3 COMPARATIVO ENTRE AS MACRORREGIÕES PARA PARÂMETROS DE INSTALAÇÃO DE UNIDADES DA HEMOMINAS E OUTROS ASPECTOS...	63
3.4 CAMINHOS E TERRITÓRIOS PERCORRIDOS – JUNTANDO PONTOS.....	67
CONCLUSÃO.....	73
BIBLIOGRAFIA.....	77
ANEXOS.....	85

INTRODUÇÃO

O processo de regionalização da saúde no Brasil, iniciado na década de 1990, representa uma estratégia para integração dos sistemas municipais e regionais, ampliando o acesso e a redução da iniquidade em saúde. O objetivo da implantação da regionalização da saúde foi alcançar maior grau de eficiência e efetividade do sistema de saúde, maior democratização e transparência dos processos decisórios. Para tanto, foram criados novos instrumentos de planejamento, integração, gestão, regulação e financiamento da rede de serviços de saúde no território brasileiro.

Nesse sentido, com a homologação da Lei Orgânica de Saúde, Lei Nº. 8.080, em 19 de setembro de 1990, atribuiu-se à direção do também recém-instituído Sistema Único de Saúde¹ a tarefa de “elaborar o planejamento estratégico nacional no âmbito do SUS em cooperação com os estados, municípios e o Distrito Federal.” (inciso XVIII do Art. 16). O capítulo III (Artigo 36) da referida Lei definiu que as diretrizes orçamentárias e do processo de planejamento teriam um movimento “ascendente do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União”.²

O primeiro parágrafo do mesmo artigo 36 estabeleceu que “os planos de saúde seriam a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS e seu financiamento seria previsto na respectiva proposta orçamentária”. O segundo parágrafo vetou a “transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde”, a não ser em situações emergenciais ou de calamidade pública de saúde. Por sua vez no Art. 37, a Lei atribuiu ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade pelo estabelecimento de diretrizes para a elaboração dos planos de

¹Conforme o artigo 9, do capítulo III, da referida Lei “A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente”. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm.

² Conforme histórico apresentado em: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. edição – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Pag. 9-10.

saúde, “em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa”³.

Uma nova Lei (Nº. 8.142), de 28 de dezembro do mesmo ano - 1990 -, definiu, no Art. 4º, as condições para que os municípios, estados e o Distrito Federal recebessem recursos provenientes do Fundo Nacional de Saúde. O artigo ainda determinou que os mesmos deveriam contar com plano de saúde e elaborar relatório de gestão “que permitam o controle pelo Ministério da Saúde, da aplicação de recursos repassados na conformidade da programação aprovada, a ser realizado por meio de seu sistema de auditoria”⁴.

Novas orientações e leis em anos subsequentes foram criadas para aperfeiçoamento do processo de regionalização da saúde e embora se reconheçam os importantes avanços, conforme apontam Mendes e Bittar (2014) ainda hoje o SUS enfrenta desafios que se relacionam, por exemplo, com “mudanças nas necessidades de saúde (transições demográfica e epidemiológica) e na tecnologia médica (encarecimento)”, ou com a busca de “melhorias na gestão, produção e qualidade das ações de saúde e soluções para a formação e alocação de recursos humanos.” (MENDES e BITTAR, 2014, p. 35).

Diante do exposto, concordamos com o entendimento de Silva e Gomes (2014) sobre a regionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) como um processo político “que envolve a distribuição de poder em um delicado sistema de inter-relações entre distintos atores sociais – governos, organizações públicas e privadas e cidadãos – em espaços geográficos delimitados” (SILVA e GOMES, 2014, pag. 71).

A regionalização dos serviços da rede SUS, com base na descentralização e hierarquização, efetivada pela regionalização da saúde, apresenta atribuições específicas a cada esfera do governo, na orientação da pactuação entre os gestores e no estabelecimento de responsabilidades e competências referentes. As três esferas do governo, federal, municipal e estadual, são responsáveis pelo controle, fiscalização, além da divisão dos custos e das responsabilidades na assistência à saúde. (Art.15, Incisos I e V da Lei 8080/90).

A regulamentação do processo de divisão de responsabilidades entre os gestores e da aplicação dos princípios do SUS, atendem a normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde (NOB n. 01/1991, NOB n. 01/1992, NOB n. 01/1993 e NOB n.

³ Idem

⁴ Ibidem

01/1996⁵) reeditadas na Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/01). Esta norma priorizou a descentralização, com a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR), o qual por sua vez definiu áreas geográficas e o planejamento dos fluxos e pactuações entre os gestores, efetivando a regionalização e hierarquização dos serviços de saúde. (BRASIL/CONASS, 2011, p.14).

Ao Ministério da Saúde, cabe a identificação dos serviços a nível estadual e municipal de referência nacional, bem como coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em conjunto com os estado e municípios. (Art. 16, Inciso XI e XIX da Lei 8080/90). Em relação à competência estadual, é atribuído a cada estado, acompanhar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS (Art. 17, Inciso II da Lei 8080/90), assim como a determinação dos municípios referencias, com rede hospitalar e serviços de maior complexidade, da coordenação dos serviços de hemoterapia. (Art. 17, Incisos IX e X da Lei 8080/90) (BRASIL/CONASS, 2011, p.18).

Aos municípios é permitido planejar, organizar, controlar, avaliar e executar os serviços públicos de saúde, inclusive os hemocentros, cabendo também a função de organizar a rede hierarquizada do SUS. (Art. 18, Incisos I, II e VIII da Lei 8080/90). (BRASIL/CONASS, 2011, p.19).

Com o estabelecimento de um sistema universal e integral, ficou definido que a atenção à saúde obedeceria a critérios de complexidade (serão apresentados mais adiante) para cumprir o objetivo constitucional da integralidade, dentro da proposta de regionalização da saúde. Desse modo, cada estado da federação, a partir de seus Planos Diretores Regionais (PDR) teve que organizar (ou reorganizar) seus serviços de atendimento à saúde da população.

No caso de Minas Gerais, a criação do SUS levou o estado a uma reestruturação dos serviços que já oferecia desde a década de 1960, “uma vez que o sistema vigente não era adequado para o mesmo”. A secretaria estadual de saúde elaborou em 1999, um plano de regionalização da saúde, com vigência programada para 2000-2002.” (SILVA e RAMIREZ, 2010, pag. 65). Este plano foi readequado em 2003, após a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 01-2001, dando-se ênfase a funções estratégicas para a otimização dos serviços oferecidos, e criando as 13 Macrorregiões de saúde, que ainda são a base da regionalização no estado. (SILVA e RAMIREZ, 2010, pag. 71).

⁵ Serão apresentadas no capítulo 1.

Dentre os diversos serviços oferecidos pela rede de saúde pública em Minas Gerais, colocamos em foco os serviços hemoterápicos, que no caso mineiro, é coordenado desde 1985, pela Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Fundação HEMOMINAS). No que concerne à política da assistência hemoterápica, a implementação desse serviço dentro das regionais de saúde, obedece aos critérios de complexidade, estando a assistência hemoterápica inserida dentro dos serviços de alta complexidade (BRASIL, 2010) e obedecendo a normatização específica, como veremos no capítulo 2.

Considerando o processo de regionalização dos serviços de saúde pública, no Brasil e em Minas Gerais, brevemente abordado acima, e que será explorado nos capítulos 1 e 2; a pesquisa intitulada: "A hemorrede do leste de Minas Gerais no contexto da regionalização da saúde," tem como objetivo, discutir aspectos da organização e atuação do serviço de hemoterapia, na macrorregião do leste de Minas na perspectiva de compreensão de sua territorialização, perfil e fluxos.

Para a realização da discussão pretendida foi necessário verificar e problematizar o contexto e as questões que norteiam o processo de descentralização da saúde pública e sua regionalização no estado de Minas Gerais, bem como situar o serviço de hemoterapia nesse processo. As principais fontes para estudo foram: leis, decretos, resoluções, relatórios, documentos oficiais do Ministério da Saúde, e autores de referência na temática.

A discussão teórica sobre a problemática proposta teve como referência uma abordagem que levou em consideração os conceitos estruturantes do processo de regionalização dos serviços de saúde pública: territorialização, território, territorialidade, regionalização, interiorização, redes, dentre outros. Optamos por uma abordagem relacional considerando a expressão de Raffestin: "se optamos por uma problemática relacional, é porque pensamos que as relações são capazes de tornar inteligíveis o poder político e suas manifestações espaciais." (RAFFESTIN, 1993, p.32).

A hemorrede do leste de Minas Gerais foi posta em evidência (capítulo 3) considerando as estratégias estabelecidas pela própria Fundação Hemominas e os critérios para interiorização dos serviços da rede hemoterápica. Destacamos sua área de abrangência, implementação e fluxos. Para essa discussão recorreremos a autores que tratam especificamente do processo de regionalização da saúde em Minas, PDRs da secretaria de saúde de Minas Gerais, site institucional da Fundação Hemominas, dados

do sistema de gerenciamento do Hemominas de Governador Valadares, DATASUS e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados necessários para a avaliação dos fluxos de atendimento do Hemocentro Regional (HR) de Governador Valadares foram gentilmente fornecidos pelo próprio Hemocentro, mediante autorização para utilização dos dados e nosso compromisso de retorno do trabalho realizado.

Para essa discussão foram solicitados ao banco de dados do Hemocentro dados relativos à coleta de sangue e dispensação de hemocomponentes, sobre municípios e população atendida, além da relação leito/SUS atendida em cada macrorregião. O recorte temporal, compreendido entre 2012 e 2016, foi estipulado porque a doação e a transfusão de sangue não seguem um padrão de regularidade durante o ano, havendo alterações em alguns meses. Esse período escolhido, de 05 anos, nos possibilitou um levantamento de dados mais confiáveis e relacionados à situação atual. Ressaltamos que para a realização da pesquisa não foram acessados dados pessoais no cadastro dos doadores ou pacientes.

O levantamento abarcou todo o universo de doações de sangue, solicitações feitas (demanda) e liberações de hemocomponentes (dispensação dos hemocomponentes), no período de 2012 a 2016, realizadas no HR de Governador Valadares. Foram incluídas as solicitações de hemocomponentes, independentemente de terem sido atendidas ou não. Todas as doações cadastradas no período avaliado foram incluídas. Dados do IBGE e DATASUS foram utilizados para o estabelecimento de proporcionalidades que foram utilizadas para compararmos os dados populacionais e complexidade dos municípios em relação ao número de solicitações e leitos SUS.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram processados, tratados estatisticamente e analisados, a partir de três planos que definiram a organização e o processamento das informações obtidas: 1. Análise dos registros do HR de Governador Valadares quanto ao número de doadores e quantidade de hemocomponentes dispensados anualmente, no período de 2012 a 2016, por município. 2. Análise dos dados estatísticos, tendo como fonte IBGE e DATASUS, da população de cada município, do número de leito SUS e da necessidade de sangue de cada município, segundo a OMS por leito SUS/anual. 3. Análise comparativa entre os dados registrados acima e os parâmetros pré-estabelecidos pelo Hemominas para expansão da hemorrede e finalmente os dados apurados foram apresentados graficamente.

Acreditamos que o presente estudo, inédito na região, possibilitará uma análise sobre a regionalização da saúde, no que tange à política de sangue e hemoderivados. Nossa perspectiva é de que os resultados desta pesquisa possam contribuir para uma possível (re)formulação e/ou repactuação de políticas públicas, em âmbito local, com otimização dos serviços oferecidos. Também oferecemos informações sobre a configuração dos serviços hemoterápicos na região que poderão ser utilizados como fonte de consulta por outros pesquisadores e demais interessados.

DIVISÃO E DESCRIÇÃO DOS CAPÍTULOS

A definição dos caminhos da escrita desta dissertação baseou-se na percepção da interdependência entre os diversos eixos que compõem a estrutura organizacional do SUS, considerando sua base territorial e a política de regionalização dos serviços de saúde pública.

Nesse sentido, para “analisar aspectos da organização e atuação do serviço de hemoterapia, dentro da macrorregião do leste de Minas na perspectiva de compreensão de sua territorialização e de seus fluxos”, foi preciso localizá-la dentro da estrutura do SUS e identificar os critérios de seu estabelecimento e atuação. Esses parâmetros também foram importantes para avaliação da capacidade de atendimento da hemorrede do leste de Minas Gerais em relação à demanda regional. Trabalhamos com a hipótese de que a capacidade de atendimento da hemorrede leste de Minas às demandas regionais estaria relacionada com os critérios de seu estabelecimento dentro da política de regionalização do SUS.

A proposta de divisão dos capítulos teve como objetivo responder às questões indicadas.

A elaboração do primeiro capítulo – *Sistema Público de Saúde Brasileiro e a regionalização da saúde na perspectiva territorial* – atendeu a necessidade de delimitação dos marcos cronológicos e espaciais que marcaram a implementação do SUS. A organização do SUS em uma base territorial foi problematizada a partir dos documentos oficiais e de autores que trabalham a questão a partir de abordagem territorial. A ideia foi avaliar que tendência de abordagem territorial se aplica à organização do SUS e de sua rede. Essa delimitação também se relaciona com a

implementação da hemorrede do leste de Minas. Nesse capítulo verificamos e problematizamos o contexto e as questões que nortearam o processo de descentralização da saúde pública e sua regionalização.

O segundo capítulo – *A Regionalização da saúde em Minas e a política de sangue e hemoderivados* – foi dedicado à apresentação dos eixos organizacionais da política estadual de saúde pública no processo de regionalização da saúde, destacando o funcionamento do setor de hemoterapia na rede de serviços de saúde. Identificamos o lugar ocupado e a dimensão do setor de hemoterapia na rede pública de saúde em Minas Gerais, e destacamos seu “modus operandi” a partir da coordenação da Fundação Hemominas.

O terceiro capítulo – *A hemorrede pública do leste de Minas: territorialização, demanda e capacidade de atendimento* – teve como objetivo apresentar o HR, na cidade de Governador Valadares, que atua nas macrorregiões leste e nordeste de Minas Gerais. Foi realizada uma avaliação sobre sua capacidade de atendimento na perspectiva de compreensão de sua territorialização e da demanda da população referência. A avaliação da capacidade de atendimento HR de Governador Valadares foi realizada a partir de análise de dados fornecidos pelo próprio HR. O recorte temporal compreendeu os anos entre 2012 e 2016, incluindo-os.

Enfim, as questões que foram abertas nos dois primeiros capítulos serviram de embasamento para a elaboração do terceiro e último capítulo dessa dissertação. Nossa expectativa é que a problematização da documentação e fontes levantadas, a revisão de bibliografia e a análise dados coletados nos levaram a redimensionar e responder os objetivos propostos.

CAPÍTULO 1 SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NA PERSPECTIVA TERRITORIAL

1.1 A CRIAÇÃO DO SUS E A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE

A organização de serviços públicos de saúde no Brasil passou por profundas mudanças nos últimos 30 anos, tendo como marco a Constituição Federal de 1988. Anteriormente a essa Constituição Federal, as organizações públicas de saúde caracterizavam-se pela centralização do poder de decisão, estando a gestão da saúde exclusivamente sob controle do Estado. (SOUZA, 2002). Isto significa dizer que o Estado encampava os serviços básicos de saúde, controlando os recursos disponibilizados e os equipamentos institucionais e administrativos correlacionados. Os serviços de saúde oferecidos seguiam uma lógica verticalizada (centrada em ações políticas com foco em doenças endêmicas e infectocontagiosas que atingiam a saúde da população em geral).

Nesse sentido, as ações de saúde, anteriores a 1988, eram baseadas na promoção e na prevenção, que se fazia de forma universal, através das campanhas de vacinação e controle das endemias. A assistência médico hospitalar era realizada pelo setor privado (acessado por poucos), pelas instituições filantrópicas e pelo Estado através do Instituto Nacional de Previdência Privada Social (INPS)⁶. Posteriormente esse instituto foi denominado Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)⁷ e garantia assistência aos trabalhadores com carteira assinada no âmbito federal, estadual e municipal. (SOUZA, 2002). A montagem desse aparato previdenciário⁸ remete a conjunturas político-econômicas anteriores à Constituição de

⁶ Ao INPS competia conceder e manter os benefícios e outras prestações, como assistência complementar de acordo com os programas de previdência social urbana, programas de previdência social dos servidores do Estado e programa de amparo financeiro a idosos e inválidos. (BRASIL, 1977).

⁷ Ao INANPS competia prestar assistência médica, de acordo com os seguintes programas: de assistência médica aos trabalhadores urbanos segurados do atual INPS e respectivos dependentes e programas de assistência médica aos rurais. (BRASIL, 1977).

⁸ Em 1923 foram instituídas, através de negociação entre trabalhadores e empresas, e mediação do Estado (promulgação, pelo Presidente Artur Bernardes, da Lei nº 4.682 de 24 de janeiro, de autoria do Deputado Eloy Chaves) as Caixas de Aposentadoria (CAPs) pelas quais algumas categorias profissionais (ferroviários, marítimos e estivadores) tiveram garantidas assistência médica e aposentadoria. As CAPs antecederam o Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que também atendia categorias profissionais

1988 e as atuais discussões indicam que é um problema que ainda não está bem resolvido no Brasil.

Com a Constituição Federal de 1988 estabeleceram-se os fundamentos jurídicos favoráveis à criação de um sistema de saúde baseado na universalidade dos serviços e de uma rede descentralizada, regionalizada e hierarquizada dos serviços de saúde, como indicam os artigos 196 e 198, respectivamente:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p. 103).

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1988, p. 103).

Desta forma, por meio da Constituição de 1988, criou-se um ambiente constitucional e sociopolítico favorável à reorganização dos serviços públicos de saúde no Brasil. O reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado prenunciaria mudanças no aparato organizacional e burocrático do Sistema de Saúde vigente à época, bem como, uma mudança de perspectiva dos serviços oferecidos e das condições desse oferecimento.

Por sua vez, a proposta de descentralização, embora mantivesse a hierarquia dos específicos órgãos e níveis administrativos, definiria uma nova forma de atuação e ação pública. A orientação para o atendimento integral “com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, ampliaria, pelo menos em tese, a base de atuação e responsabilização do Estado no que se referia às demandas da saúde pública.

De fato, o reconhecimento da saúde como “direito de todos e dever do Estado” que deveria garantir a universalidade (acesso por todos os cidadãos), a integralidade (ações preventivas e serviços essenciais) e a descentralização dos serviços (gestão realizada de forma integrada entre a União, estados e municípios); configurou-se num

setorizados, mas com alguma participação do Estado em sua gestão. Por volta do ano de 1966, com a unificação dos IAPs, criou-se o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com maior participação do Estado. Em sua substituição, a partir de 1977, criou-se o atual INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Para maiores informações ver: FINKELMAN, Jacobo. *Caminhos da Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2002.

enorme desafio, levando-se em conta a dimensão territorial do Brasil e a grande diversidade regional tanto econômica, política e social. (SOUZA, 2002; DUARTE, 2015). Segundo Mercadante (2002, pag. 248) esses princípios vinham sendo delineados desde o início da década de 1980, ganhando notoriedade e defesa política na articulação e discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Em sua perspectiva:

Crescia, a partir de 1985, um amplo movimento político setorial que teve como pontos culminantes, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) 1986, os trabalhos técnicos desenvolvidos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), criada pelo Ministério da Saúde, em atendimento a proposta da VIII CNS, e o projeto legislativo de elaboração da Carta Constitucional de 1988. (MERCADANTE, 2002, pag. 248).

No mesmo sentido, Lima (2002, pag. 100) assinala que o movimento de Reforma Sanitária, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) “promoveu a racionalização dos serviços de saúde” através de ações como: integração das redes federal, estadual e municipal, e municipalização do atendimento primário; definição das fontes de financiamento; estabelecimento de funções para as instâncias de governo; criação de mecanismos automáticos de transferências de recursos no interior da rede pública e para o setor privado.

A efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹ ocorreu após a homologação da Lei Orgânica da Saúde, Lei 8080/90¹⁰ de setembro de 1990. Esta lei é considerada por muitos especialistas como a mais importante da área da saúde, pois se tornou decisiva para garantir a realização das mudanças instituídas pelo recém criado, Sistema Único de Saúde: a integralidade e a descentralização dos serviços. Em dezembro do mesmo ano, criou-se a Lei 8142/90¹¹, que veio complementar a Lei 8080, regulamentando a

⁹ Mercadante (2002, pag. 249) esclarece que “O SUS foi definido como constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (Lei nº 8080, art. 4º, caput). A iniciativa privada pode participar do SUS em caráter complementar (CF, art. 199, § 1º; Lei nº 8080, art. 4º § 2º, mediante contrato de direito público, mas as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência (CF, art. 199, § 1º, Lei 8080, art. 25).

¹⁰ A Lei nº 8.080/90: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A referida Lei é válida em todo território nacional que regulamenta o SUS. Também enfatiza a saúde como direito fundamental do homem e atribui ao estado a responsabilidade na promoção de condições da manutenção da saúde. (BRASIL, 1990).

¹¹ A Lei nº 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. (Brasil, 1990).

participação popular e o financiamento do SUS, tornando o sistema mais democrático. (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013). Conforme Matta e Morosini (2009, p. 41) a implementação do SUS refletiu o anseio de diversos segmentos da sociedade civil que se organizaram para este fim:

Ao final da década de 1970, diversos segmentos da sociedade civil, entre eles usuários e profissionais de saúde pública, insatisfeitos com o sistema de saúde brasileiro iniciaram um movimento que lutou pela atenção à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Este movimento ficou conhecido como Reforma Sanitária Brasileira e culminou na instituição do SUS por meio da Constituição de 1988 e posteriormente regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, chamadas Leis Orgânicas da Saúde. (MATTA e MOROSINI, 2009, p. 41).

Desse modo, com a Constituição de 1988 e a criação do SUS, a atenção à saúde no Brasil passou a ter como enfoque o atendimento integral. Esse novo sistema de saúde pública exigiria do Estado uma gestão com base no perfil territorial de base regional. A nova exigência de prestação de um serviço descentralizado e de forma equitativa requereria considerar características da população local, características da demanda dos serviços de saúde (consultas, vacinas, internações hospitalares, serviços de alta e média complexidade), características econômicas e culturais, e a grande diversidade territorial nacional. (PAIM, 2004; SOUZA, 2002).

A concretização da descentralização ocorreu através do processo de regionalização, que corresponde a uma estratégia do SUS, uma diretriz, com o objetivo de coordenar as ações e serviços de saúde de uma determinada região, considerando as especificidades das mesmas. Para dar andamento a esse processo, foram criadas, a partir de intensos debates e negociações políticas, as Normas Operacionais do SUS, sendo editadas três Normas Operacionais Básicas (NOB)¹². (BRASIL, 2013).

Essas normas estabeleceram as competências das três esferas governamentais: União, estados e municípios, para viabilizar o processo de implantação do SUS. Merece destaque especial a NOB 01/96, que instituiu a Programação Pactuada Integrada

¹² De acordo com MORAES & CANÔAS, 2013, pag. 53: “A NOB 01/91 regulava o repasse direto do governo federal para o municipal, ou seja, os convênios a serem estabelecidos diretamente entre governo municipal e federal. (...) A NOB 01/93 foi marcada pelo avanço da municipalização com grande participação dos secretários municipais no direcionamento da política pública, representando o caminho para a descentralização, uma vez que implementou a transferência de recursos. (...) A NOB 01/96 teve como objetivo promover e consolidar o papel dos municípios na assistência básica e redefinir o papel dos estados, Distrito federal e União através, também, de pactos de gestão, além de modificar progressivamente a forma de repasses ampliando as transferências globais, fundo a fundo com base em ações programadas, pactuadas e integradas, com a tentativa de reduzir o repasse por produtividade” .

(PPI) com o objetivo de estabelecer as redes regionalizadas e hierarquizadas que representam os três pilares do SUS: a rede corresponde à disposição e integração entre os serviços de saúde, a regionalização representando as regiões de saúde dentro do processo de descentralização das ações e serviços em saúde e a hierarquização referente aos níveis de complexidade dos serviços. (SOUZA, 2002; PAIM, 2006).

Durante esse período da implantação das NOBs, o serviço público de saúde brasileiro, passou por importantes avanços no processo de descentralização, a começar pela estruturação da atenção primária à saúde em cada município¹³.

A atenção primária representa a “porta de entrada” do usuário no SUS, tendo papel primordial na resolução dos casos e quanto ao referenciamento para outros níveis da atenção à saúde; sendo a base do sistema de descentralização. Entretanto, esse período também foi marcado por grandes desafios, principalmente de ordem política, econômica e organizacional, o que dificultou a implantação do SUS no país. (PAIM, 2006; SOUZA, 2002).

A atenção primária deveria ser capaz de administrar esse primeiro nível de atenção à saúde, bem como reorganizar todo o sistema de saúde, buscando uma estratégia política que priorizasse a territorialidade, um novo conceito dentro do sistema de saúde brasileiro. Trata-se então de grande desafio, uma administração estratégica que busque identificar os conjuntos sociais, os problemas de saúde, os recursos disponíveis, o poder decisório, a democratização, a alocação de recursos, a garantia da participação popular e a resolução do problema, a nível local. (PAIM, 2006).

¹³ De acordo com Mata e Morosini (2009) a atenção primária à saúde, no Brasil também é identificada como Atenção Básica à saúde – ABS. Emprega tecnologia de baixa densidade e inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade. A portaria que institui a Política de Atenção básica à saúde a apresenta como “um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, equidade, responsabilização, humanização e participação social. (BRASIL, 2006).

Em 2001, em substituição às NOBs, foi publicada a Norma Operacional da Assistência a Saúde (NOAS/SUS)¹⁴ que “amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica”, definindo o processo de regionalização da assistência; criando mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedendo à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com a justificativa de criação da NOAS/SUS, o processo de descentralização pretendido ganharia contornos práticos “transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, pag. 9). Nesse sentido as propostas regulamentadoras da NOAS/SUS adotaram a regionalização como estratégia de descentralização no andamento de implantação do SUS, como indica o documento do Ministério da Saúde.

A macro estratégia de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado de maneira a conformar sistemas funcionais de saúde, ou seja, redes articuladas e cooperativas de atenção, referidas a territórios delimitados e a populações definidas, dotadas de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento que garantam o acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/01 (Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001, e regulamentação complementar. Pag. 15).

Assim, a descentralização via regionalização tem como diretriz norteadora a criação de regiões de saúde que são representadas por um aglomerado de municípios contíguos, com características culturais, sociais e demográficas, que formam a rede de atenção à saúde, integrando as ações destas regiões, garantindo a descentralização do SUS, com maior equidade na alocação dos recursos e no acesso à população, através da articulação dos municípios, estados e União. (MORAES e CANÔAS, 2013; BRASIL, 2013).

A fim de aprimorar a implantação do SUS, em 2011, foi instituído o Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080/90 e definiu a Região de Saúde como o “espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização,

¹⁴ Foi reeditada em 2002, com aperfeiçoamentos.

o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde.” (BRASIL, 2011). Deste modo, o processo de territorialização delineado para a implementação do Sistema Único de Saúde, em princípio, considerou além do espaço territorial as características identitárias comuns que facilitassem a implementação dos equipamentos e serviços que melhor atendessem a proposta de regionalização.

Como a regionalização passou a ser o eixo estruturante para o aprimoramento da descentralização foi estabelecido um plano diretor para esse fim Plano Diretor de Regionalização (PDR). Esse plano correspondeu a um planejamento estadual, com o objetivo de organizar os serviços de saúde, através da criação de estruturas básicas mínimas, dividindo o estado em macrorregiões de saúde, microrregiões e municípios polos, gerando uma rede de assistência à saúde descentralizada e hierarquizada, ou seja, com níveis de complexidades diferentes. (SOUZA 2002; BRASIL, 2013).

Os serviços de atenção básica, entendidos como de baixa complexidade dentro do sistema, representam “o primeiro nível de atenção à saúde no SUS”, é a “porta de entrada” da população ao sistema via “unidades básicas de saúde”, caracterizando-se como um conjunto de ações que garantam a promoção, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação da saúde, que são complementados pelos serviços de média e alta complexidade. (BRASIL/CONASS, 2011, p. 17-18). Os serviços de média e alta complexidade são assim definidos pelo CONASS:

A média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento. (...) No mesmo material de apoio, encontramos a seguinte definição de alta complexidade. Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade).” (BRASIL/CONASS, 2011, p. 17-18).

Na prática, o PDR representa o desenho da rede de saúde em cada região, definido por uma comissão bipartite (Comissão Intergestores Bipartite - CIB) composta por representantes do estado e dos municípios. “Essa rede é pactuada, com o intuito de atender a população de forma integral,” e de melhorar o acesso da população aos serviços de saúde, “estando comprometida com a economia de escala e de quantidade da atenção,” baseada na capacidade de oferta e necessidades dos municípios, afim de

garantir a qualidade do atendimento à saúde de forma eficiente e afetiva. (BRASIL/CONASS, 2011, p.19-20).

Dessa forma, os serviços mais especializados e de maior demanda e maiores custos ficariam centralizados nos municípios polos, criando-se centros de referência com serviços de média e alta complexidade, com o objetivo de ordenar o fluxo da população aos diversos serviços, garantindo o acesso e otimizando os recursos. (SOUZA, 2002; BRASIL, 2013). Portanto, o PDR concretiza a regionalização de forma hierarquizada, estruturando os serviços em rede, com base territorial e populacional para redimensionamento dos serviços de forma equitativa, a partir da identificação de áreas estratégicas mínimas e fortalecimento entre os gestores e as pactuações municipais. (SOUZA, 2002; MALACHIAS et al, 2011; BRASIL, 2013). A partir do PDR, os municípios e os estados, coordenados pela União, discutem os desenhos das regiões de saúde.

A regionalização da saúde é então estruturada através da construção do perfil territorial e populacional (eixo horizontal) integrado com política pública de saúde (eixo vertical), a fim de propor intervenções eficazes e congruentes aos princípios do SUS. (PAIM, 2006). A determinação do perfil do território é base do sistema de saúde proposto pelo SUS, uma vez que, as ações e serviços de saúde são distribuídos de acordo com as necessidades locais e não por facilitadores, como por exemplo, acordos políticos locais. (GONDIN et al, 2008).

Para atingir seus objetivos, a regionalização passou por indispensáveis redefinições: a territorialização, que identifica os espaços regionais através dos dados demográficos e epidemiológicos, incluindo aspectos econômicos, sociais, culturais e do processo saúde-doença; a flexibilidade, uma vez que, não existe um modelo único de região de saúde para todo o país; a cooperação, para promover uma ação conjunta entre todas as esferas do governo; a co-gestão; além do financiamento solidário, que implica na definição dos recursos pelas três esferas do governo. (BRASIL, 2013). Na prática, foi preciso desenhar o perfil territorial de uma região de saúde para o processo de regionalização.

As regiões de saúde são, portanto, recortes territoriais em que os gestores e a população devem organizar as redes de ações e serviços de saúde dos municípios que a compõem. Essas regiões de saúde são compostas por municípios distintos, contíguos, e com extensão territorial, densidade populacional e tecnológica distintas, abrangendo diferentes níveis de atenção à saúde, formando a rede hierarquizada. O desenho de uma

região de saúde também leva em conta a economia local, aspectos culturais, doenças prevalentes; e não representa apenas uma área geográfica fixa, com limites definidos, mas um território vivo, um território usado.

Essa região de saúde deve ter no mínimo suficiência na atenção básica de saúde e parte da média complexidade, estando integrada a um município polo, com serviços de média e alta complexidade, pactuado na comissão intergestores bipartite¹⁵ estadual (estados e municípios), como garantia de acesso a um serviço que a região não possua, para promover atenção integral à saúde. As regiões devem pactuar arranjos macrorregionais, agregando duas ou mais regiões, para que possam suprir umas às outras, o que uma região não possui a outra possa atender, isso compreende a regionalização solidária e cooperativa. (TEIXEIRA, 1988).

Outro marco importante a ser destacado, nesse processo descrito de implementação do SUS, é a criação do Pacto pela Saúde¹⁶, instituído pela portaria 399 do ministério da Saúde de 2006, que vem ratificar as determinações na NOB 01/96 e NOAS/2002, validando a participação popular, a co-gestão e propondo um financiamento intergestores tripartite¹⁷. (Brasil, 2013).

¹⁵ A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo:

I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; Art. 3º - Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002. (Brasil, 2006).

II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados;

III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.”(BRASIL, 1990).

¹⁶ “O Pacto pela Saúde envolve três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. No Pacto de Gestão, as diretrizes compreendem a descentralização, a regionalização, o financiamento, a programação pactuada e integrada, a regulação, a participação e o controle social, o planejamento, a gestão do trabalho e a educação na saúde”. (Brasil/CONASS, 2011, p. 20).

¹⁷ A atuação das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite terá por objetivo: I - decidir sobre os aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS, em conformidade com a definição da política consubstanciada em planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde; Art. 3º - Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional

Desta forma, desde a criação do SUS e as medidas realizadas para sua efetivação, ao longo destas três décadas, a regionalização dos serviços de saúde, foi o carro-chefe para viabilização da descentralização e da garantia do atendimento integral, universal e equitativo. Sendo assim, a regionalização na saúde pode ser definida como um processo político que envolve mudanças na distribuição do poder e o estabelecimento de uma co-gestão entre diferentes atores sociais (governo, agentes, instituições, cidadãos) no território. (VIANA, 2010).

Enfim, quando falamos de perfil territorial em saúde, estamos nos referindo, não apenas à estrutura geográfica territorial, mas ao território vivido, território usado, território marcado pela ação humana, ou seja, ao definirmos o perfil do Território, a estrutura hospitalar e a densidade tecnológica devem ser considerados. Assim no processo de regionalização estará impresso um planejamento integrado, englobando noções de territorialidade, resultantes das relações políticas, econômicas e sociais expressas dentro do território, tornando as intervenções específicas a cada região, otimizando o acesso, as ações e os recursos destinados à saúde. (TEIXEIRA, 1998; BRASIL, 2002).

1.2 A LÓGICA DA TERRITORIALIZAÇÃO NA IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE PÚBLICA DO SUS

Após o breve painel sobre as bases de implementação do SUS, fundamentado nos textos oficiais e em alguns autores que também as apresentam e analisam¹⁸, buscaremos aproximar essa apresentação de um debate mais teórico, no qual teremos

Básica - NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS SUS 2002. (Brasil, 2006). II - definir diretrizes, de âmbito nacional, regional e intermunicipal, a respeito da organização das redes de ações e serviços de saúde, principalmente no tocante à sua governança institucional e à integração das ações e serviços dos entes federados; III - fixar diretrizes sobre as regiões de saúde, distrito sanitário, integração de territórios, referência e contra referência e demais aspectos vinculados à integração das ações e serviços de saúde entre os entes federados.”(BRASIL, 1990).

¹⁸ A apresentação está baseada praticamente nos textos oficiais e em alguns autores que também os apresentam e analisam (SOUZA, 2002; DUARTE, 2015; MERCADANTE, 2002; MATTA e MOROSIN, 2009; PAIM, 1998 e 2004; MORAES e CANÔAS, 2013; GONDIN et al, 2008; VIANA, 2010; MALACHIAS, 2010; CIOFFI e MENICUCCI, 2006; PEREIRA e BARCELOS, 2006).

como questão geradora o dimensionamento do conceito de território e seus desdobramentos (territorialização, territorialidades) e sua relação com a saúde pública.

A presença de termos pertinentes à Geografia nas normativas determinantes da organização do SUS e das políticas de saúde pública a partir de sua implementação são por si convincentes da incorporação pela administração pública e pela ciência médica (caso da epidemiologia, por exemplo)¹⁹ de categorias conceituais geográficas ao seu próprio corpus conceitual. Termos como território, territorialização, territorialidade, espaço, regionalização, municipalização, regiões, redes, dentre outros, são facilmente identificados nas discussões sobre a problemática da saúde pública bem como nas normativas e leis que amparam a implementação de programa, projetos e outras práticas correlacionadas à temática.

Nesse sentido, ao abordarmos o sistema de saúde pública brasileiro, a criação do SUS e a regionalização da saúde, para posteriormente situarmos a política de sangue e hemoderivados dentro deste sistema (capítulo 2), é importante considerar a relação território e saúde pública e suas interfaces. De fato, o sistema público de saúde brasileiro apresenta-se sobre uma base territorial. A criação do SUS, dos seus princípios e de suas diretrizes, e a organização dos serviços de saúde obedeceram à lógica da Territorialização, na delimitação das áreas de abrangência e na hierarquização dos serviços segundo os níveis de complexidade da atenção à saúde. (PEREIRA e BARCELOS, 2006).

1.2.1 Perspectivas e Abordagens Sobre a Relação Território/Saúde Pública

Nos últimos anos diferentes pesquisadores tem se debruçado sobre essa relação, sob diferentes perspectivas geográficas numa tentativa de entender e contribuir para o aperfeiçoamento do SUS, atualmente ameaçado de desmonte. De acordo com Bezerra (2015, pag.229).

Ao longo do amadurecimento do SUS, diversas lógicas de pensar o território foram discutidas no âmbito de sua apropriação pelo setor

¹⁹ A esse respeito ver: CZERESNIA, Dina; RIBEIRO, Adriana Maria. O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 595-605, Sept. 2000. Available from <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000300002&lng=en&nrm=iso>.accession 19 Aug. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2000000300002>.

saúde. Dentre elas, Mendes (1993), aponta duas principais correntes: uma primeira, que vê o território como espaço físico e geopolítico (visão jurídico-burocrática); e uma segunda que compreende o território-processo como produto de uma dinâmica social onde os sujeitos sociais estão permanentemente em conflitos em uma arena política.

Na perspectiva de Gondim et al (2008) a primeira corrente identificada por Mendes (1993) reflete a mais conhecida e tradicional concepção de território, “definido formalmente, e muitas vezes imposto, ao menos no primeiro nível de fragmentação territorial sub-nacional”, e “a segunda, aproxima-se do território usado, sinônimo, segundo Santos (2001), de espaço geográfico”. Tanto Bezerra (2015) como Gondim et al (2008) consideram a dificuldade de operacionalização das políticas públicas de saúde sem avançar na compreensão de uma abordagem que considere a dinâmica social dos territórios, pois como se posicionam Gondim et al (2008) “não faz sentido pensar no território como mera delimitação de uma área, é preciso reconhecer processos e territorialidades que muitas vezes transgridam limites impostos por atores determinados”.

A posição de Gondim et al leva em consideração o que “foi colocado por Santos e Silveira (2001, pag.12). Para estes autores: “...o território, em si mesmo, não constitui uma categoria de análise ao considerarmos o espaço geográfico como tema das ciências sociais, isto é, como questão histórica. A categoria de análise é o “território utilizado.” (Gondim et al, 2008). Do mesmo modo, Monkey e Barcelos (2005) se apoiam na categoria ‘território utilizado’ para avaliar a territorialização em saúde e propor estratégias de análise (gestores e pesquisadores) e de gestão que poderiam ser utilizadas²⁰.

Esses autores citados, ao mesmo tempo em que problematizam a concepção de território e territorialização/territorialidades utilizadas para implementação do SUS, presentes nos documentos oficiais, sugerem outras possibilidades de abordagem e de gestão que avancem sobre a concepção de território somente como área de delimitação operacional. Em outras palavras, numa abordagem da saúde na perspectiva do Território, entende-se que o território vai além da definição geográfica de espaço, de delimitação territorial e de espaço político-operativo do sistema de saúde.

²⁰ Ressalte-se que outros autores que se dedicam à temática também se apóiam nas categorias conceituais discutidas por Milton Santos. Sobre a questão ver: FARIA, Rivaldo Mauro de, e BORTOLOZZI, Arlêude. Espaço, Território e Saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. R. RA E GA, Curitiba, n. 17, p. 31-41, 2009. Editora UFPR.

O Território aqui pode ser definido pelo seu perfil, um espaço dinâmico, construído socialmente com particularidades locais, condições econômicas e sociais únicas, problemas de saúde próprios e distribuição dos serviços distintos, caracterizando-se como um território em constante construção. (FARIA, 2013; MONKEN e BARCELLOS, 2005). O Território nessa perspectiva, também representa uma área de atuação, regido por normas, deveres e direitos, uma área de expressão de poder. (MONKEN e BARCELLOS, 2007; MORAES e CANÔAS, 2013).

Entende-se desta forma que as diretrizes do SUS também apresentam uma base territorial, que representam o território normado, garantia da expressão do poder administrativo e político. O Território como norma, pode ser entendido, segundo Milton Santos, como “como conjuntos de sistemas de objetos indissociáveis de conjuntos de sistemas de ações”; onde os sistemas de objetos são sistemas técnicos; os sistemas de ação são sistemas normativos, que buscam se efetivar por meio da interferência real, conduzidas por alguns atores com uma finalidade, o controle.

Na perspectiva de Milton Santos (2006, pag.46), o território deve ser entendido como uma categoria social. O território corresponde ao chão e à população residente nesse espaço, local de trabalho, das trocas, das relações sociais, dos fixos e fluxos; representa o ‘território usado’ por uma população, ordenado e organizado pelas firmas, pelas instituições e pelo próprio Estado. O território entendido a partir poder exercido sobre um espaço, associado à ideia das relações sociais e da construção de uma identidade local.

Assim, segundo Milton Santos, cada território representa uma organização sócio-econômica própria, com identidade própria, com problemas e anseios diários, inseridos em sistemas normativos permeados por relações de poder. O “território usado” pode ser definido como o território modificado por uma população; marcado por características de ordem cultural, econômica, política nele impressas; ou por implantação de infra-estrutura, caracterizando-o pelo seu uso.

Os conceitos de “fluxos e os fixos”, pertinentes ao território e apresentados na obra de Milton Santos (1996, pag. 221), também podem ser aplicados à área da saúde. Os Fixos corresponderiam aos serviços de saúde, rede hospitalar, os estabelecimentos e as instituições de saúde com seus níveis de complexidade dentro de cada município, micro ou macrorregião de saúde e os Fluxos, corresponderia ao deslocamento da população dentro desse campo de ação, segundo o princípio de referência e contra-referência, que é direcionada para centro de maior complexidade em caso de

necessidade de serviços mais especializados, tornando o sistema mais resolutivo e integral. (FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, 2009).

De acordo com Gondim e Monken (2016) a proposta da territorialização na saúde permite que gestores, instituições de saúde, profissionais e usuários do SUS, compreendam a dinâmica territorial na saúde, através da percepção dos fluxos e fixos, identificando as iniquidades e proporcionando soluções adequadas. Desta forma, poderíamos definir uma escala territorial local (acesso aos serviços) e uma escala territorial global (políticas públicas); considerando as especificidades dos problemas enfrentados; com base nos dois movimentos descritos por Milton Santos; o das horizontalidades que compreendem a contiguidade, e o das verticalidades que são formadas por pontos distantes, resultando na interdependência hierárquica dos territórios, representando a regionalização da saúde. (GONDIM & MONKEN, 2016).

Isto posto, observa-se que há certa concordância entre vários pesquisadores de que aplicação do conceito de ‘território usado’ na gestão da saúde permitiria uma maior equidade na distribuição das ações e serviços de saúde, em concordância com os princípios do SUS, ou seja, com a regionalização da saúde, caracterizando assim o sistema de saúde como uma prática territorial. (FARIA, R. M.; BORTOLOZZI, 2009).

Sobre essa questão, podemos destacar a discussão do médico sanitário Jairnilson Silva Paim (PAIM), que aborda em sua obra, a construção de modelos assistenciais em concordância com a realidade de cada município, através da determinação do perfil territorial. O sanitário enfatiza a importância da identificação dos problemas e necessidades da população local, do monitoramento da situação da saúde e da distribuição dos serviços de saúde de acordo com as necessidades locais, entendendo o processo saúde doença como uma abordagem territorial, deixando de ter a doença como foco central.

Em consonância com a abordagem de Milton Santos sobre território usado, Paim (2003, p.183) defende uma abordagem da saúde sobre os dois eixos: verticalidades e horizontalidades. No eixo vertical, estariam as políticas públicas em concordância com os princípios do SUS e no eixo horizontal, a análise situacional de saúde dos municípios e as ações de saúde voltadas para o perfil de cada território, caracterizando a ampliação da intervenção: incorporando determinantes clínico-epidemiológicos e sociais na rede de prestação de serviços, obedecendo ao princípio da municipalização da saúde, com o objetivo de orientar o conjunto de ações e serviços na rede.

Neste mesmo sentido Eliza Almeida (2005), a partir do conceito de território usado, avalia que “o SUS é uma verticalidade institucional que tem no marco normativo e político institucional o seu poder de ação” (ALMEIDA, 2005, p. 135) e que tal verticalidade institucional “origina horizontalidades, na medida em que os lugares se adaptam as exigências normativas para participarem do SUS”. (ALMEIDA, 2005, p. 135).

1.2.2 Territorialização e Reconhecimento de Territorialidade Como Caminhos

Na busca do entendimento do sistema público de saúde como base territorial outra categoria a ser compreendida é a de territorialidade. Esta pode ser relacionada com o pertencimento a um território, com a relação de domínio e poder adjacentes a este território, com limites definidos por valores e identidade, com as relações cultura-linguagem, economia, política e saúde com descritos nas obras de Raffestin (1993) e Milton Santos (1996).

Embora Raffestin enfatize o caráter político-administrativo do território (RAFFESTIN, 1993, p. 143), e Santos ressalte a sua configuração histórica e o entrelaçamento de aspectos políticos, sociais, econômicos e culturais (SANTOS, 1996, p. 77); encontramos em ambos elementos determinantes de territorialidades. Para Raffestin, “a territorialidade humana não é apenas constituída por relações com os territórios, mas também através de relações concretas com áreas abstratas, tais com línguas, religiões, tecnologias. (RAFFESTIN, 1993, P.267).

Em Milton Santos, encontramos que, de modo indissociável, “a política do território tinha as mesmas bases que a política da economia, da cultura, da linguagem (SANTOS, 2000, p. 31).

Assim, a partir da definição das territorialidades, podemos (re)construir o processo de territorialização na saúde pública. Paim (TEIXEIRA, 1998, p.57) descreve a territorialização na saúde através da elaboração de um mapa territorial, o que ele denomina de “esquadrilhamento do território”, segundo uma lógica das condições de saúde, sendo definida a distribuição populacional, as condições de vida da população, a localização dos serviços de saúde, o acesso à população e o fluxo da demanda aos serviços. Definindo as territorialidades refletidas nesse “mapa territorial” poderiam

estabelecer-se prioridades, ações de saúde confluentes com a realidade local, com as territorialidades, atingindo os objetivos do SUS de oferecer um atendimento integral, universal e equitativo.

Ainda nesse sentido, de acordo com Faria, R. M. e Bortolozzi (2009, pag. 38) outra territorialidade relevante é a determinação de enfermidades prevalentes. A forma com que o território é usado e as funções que cada território adquire, permitem identificar diferentes perfis, bem como diferentes fatores de risco, determinantes sociais e acesso aos serviços de saúde, em decorrência da população ocupante desse território.

O próprio documento governamental reconhece que:

A Territorialização, nesse contexto, consiste no reconhecimento e na apropriação dos espaços locais e das relações da população com os mesmos, expressos por meio dos dados demográficos e epidemiológicos, pelos equipamentos sociais existentes, pelas dinâmicas das redes de transporte e de comunicação, pelos fluxos assistenciais seguidos pela população, pelos discursos das lideranças locais e por outros dados que se mostrem relevantes para a intervenção no processo saúde/doença. (BRASIL, 2013).

A partir do exposto, pode-se, enfim, compreender que a concretização do SUS e das políticas de saúde pública a partir de uma base territorial expressou-se pela regionalização da saúde, cujo objetivo seria o aprimoramento da descentralização das políticas e dos serviços públicos de saúde. Nesse sentido, de acordo com Gondim et al (2008, pag.4), uma novidade do SUS foi a municipalização como diretriz operacional, apoiando-se nas noções de território e de territorialidades, com a intenção de garantir aos cidadãos a resolução de seus problemas de saúde. Segundo o documento oficial:

O processo de regionalização deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis. (BRASIL, 2002, p.10).

Segundo Paim (2003, p.191), a territorialização da saúde permite a construção de uma análise situacional da saúde, pelo qual os gestores poderiam identificar os problemas de saúde e definir as ações, reduzindo as disparidades territoriais, pois as ações seriam tomadas levando-se em conta as territorialidades. A definição das territorialidades permitiria o estabelecimento da complementaridade entre os municípios, definido os municípios polos, as micro e macrorregiões de saúde. Esse

processo também seria evidentemente marcado por um quadro normativo e burocrático passível de regulação de sua fluidez.

A territorialização na saúde se expressa ainda pela hierarquização dos serviços. Envolve a organização do sistema de referência entre os municípios e com isso os fluxos, bem como a articulação da demanda e da oferta dos serviços, estando fortemente ligada ao planejamento estratégico situacional. (GONDIM e MONKEN, 2016).

Enfim, após o entendimento da regionalização das políticas públicas de saúde via SUS através do processo de territorialização e o reconhecimento das territorialidades afins, pretendemos analisar aspectos da organização e atuação do serviço de Hemoterapia, dentro da macrorregião do Leste de Minas na perspectiva de compreensão de sua territorialização e de sua demanda. Para a realização da discussão pretendida será necessário aprofundar e problematizar o contexto e as questões que norteiam o processo de implementação da Hemominas em Governador Valadares, município polo, o que será apresentado em seguida no capítulo 2.

CAPÍTULO 2 A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS E A POLÍTICA DE SANGUE E HEMODERIVADOS

2.1 O PLANO DIRETOR DE REGIONALIZAÇÃO (PDR), A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E A POLÍTICA HEMOTERÁPICA

Com a implantação do SUS e a descentralização dos serviços de saúde, o PDR, foi instrumento fundamental para organização da rede de saúde pública em Minas Gerais. O PDR organizou o sistema territorial de saúde, a nível estadual, através do princípio da territorialização, redimensionando o território em micro e macrorregiões de saúde, agrupando os municípios dentro deste redimensionamento, com características econômicas, sociais, ambientais e culturais semelhantes, garantindo acesso aos serviços de saúde e a distribuição dos serviços em Minas Gerais. (GERAIS, 2007, volume 1).

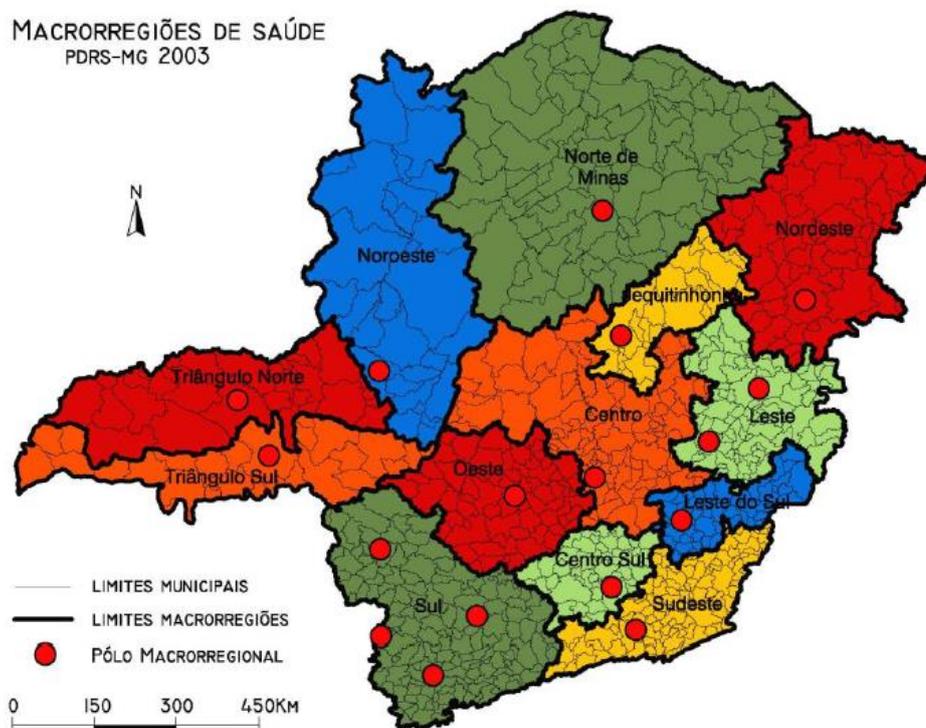
O propósito do PDR da saúde foi viabilizar a descentralização dos serviços, através do reconhecimento territorial e a criação de um mapa da saúde, através do perfil epidemiológico e demográfico, direcionando de forma equitativa os recursos, os serviços de saúde e o fluxo dos pacientes. O desenho desse mapa da saúde formaliza uma rede de saúde hierarquizada, possibilitando rearranjos dentro das regiões de saúde ampliando o atendimento. (GONDIM, 2008; MALACHIAS, 2010).

Assim, o PDR desenhou o estado de Minas, em 76 microrregiões e em 13 macrorregiões de saúde (Figura 1). Organizou o sistema estadual de saúde, possibilitando aos municípios menores uma referência regional para os serviços mais especializados que envolvem a atenção secundária e terciária de saúde²¹, criando a rede de serviços de saúde (MALACHIAS, 2010). Em relação à complexidade dos serviços, o

²¹ O nível primário é caracterizado por atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde no nível ambulatorial, agrupando atividades de saúde, saneamento e apoio diagnóstico (ex.: postos e centros de saúde). O nível secundário destina-se a desenvolver atividades assistenciais nas quatro especialidades médicas básicas: clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e clínica cirúrgica, além de especialidades estratégicas, nas modalidades de atenção ambulatorial, internação, urgência e reabilitação (ex.: unidades mistas, ambulatórios gerais, hospitais locais e hospitais regionais). O nível terciário caracteriza-se pela maior capacidade resolutiva de casos mais complexos do sistema, nas modalidades de atendimento ambulatorial, internação e urgência (ex.: ambulatórios de especialidades, hospitais especializados e hospitais de especialidades). (BRASIL, 1987)

município, com maior capacidade tecnológica e resolutiva deveria ser escolhido para ser sede de serviços mais especializados e articular essa rede hierarquizada. Portanto:

Para realizar essa estruturação, o PDR divide o Estado de Minas Gerais em 13 macrorregiões sanitárias, com 18 cidades pólo, e 75 microrregiões sanitárias. Tal agrupamento foi estabelecido em consenso com as três esferas de governo (municípios, Estado e União), com base em conceitos, critérios e metodologias próprias. A partir daí, estabeleceram-se referenciais para a organização dos serviços conforme a densidade tecnológica possível por nível e as necessidades em cada uma delas. Foi observada, ainda, a otimização dos recursos financeiros, de forma a atender a um maior número de pessoas, sem, no entanto, gerar desperdícios. Elaborado no ano de 2000, o PDR passou por ajustes em 2003, visando se adequar aos novos princípios adotados, como economia de escala, acessibilidade viária e geográfica. O objetivo de todo esse plano é garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis, a partir do atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme sejam as ações e os serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, em qualquer nível de atenção. O usuário do sistema deve encontrar serviços de atenção primária em seu município, de atenção secundária dentro da microrregião a que pertence, tendo que recorrer aos pólos macrorregionais apenas para procedimentos de alta complexidade. (MINAS GERAIS).” Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. 2008, pág. 12-13).



Fonte: SES/MG - PDRS 2003/2006; Org: SILVA, C. B. 2008

Figura 1. Plano Diretor de Regionalização com o mapa das 13 macrorregiões em Minas Gerais, 2003. Fonte: Silva CB, Ramires JCL. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas.

A atenção primária (ou básica) cabe a cada município, é serviço de saúde local, que corresponde à primeira referência do cidadão, a porta de entrada da saúde, como já foi dito. Porém à medida que se identifica a necessidade de um atendimento mais especializado, o mesmo precisa ser assegurado. Nestes casos os serviços de atenção secundária, com procedimentos de média complexidade, serão atendidos pelos municípios polo, que apresentam maior densidade tecnológica dentro da microrregião. Da mesma forma, caso o paciente necessite de um serviço de alta complexidade, o mesmo será direcionado para municípios que contam com unidades terciárias dentro de uma unidade de referência (Polo micro/macro) dentro da macrorregião, conforme a figura 2. (MALACHIAS, 2010, p.39).

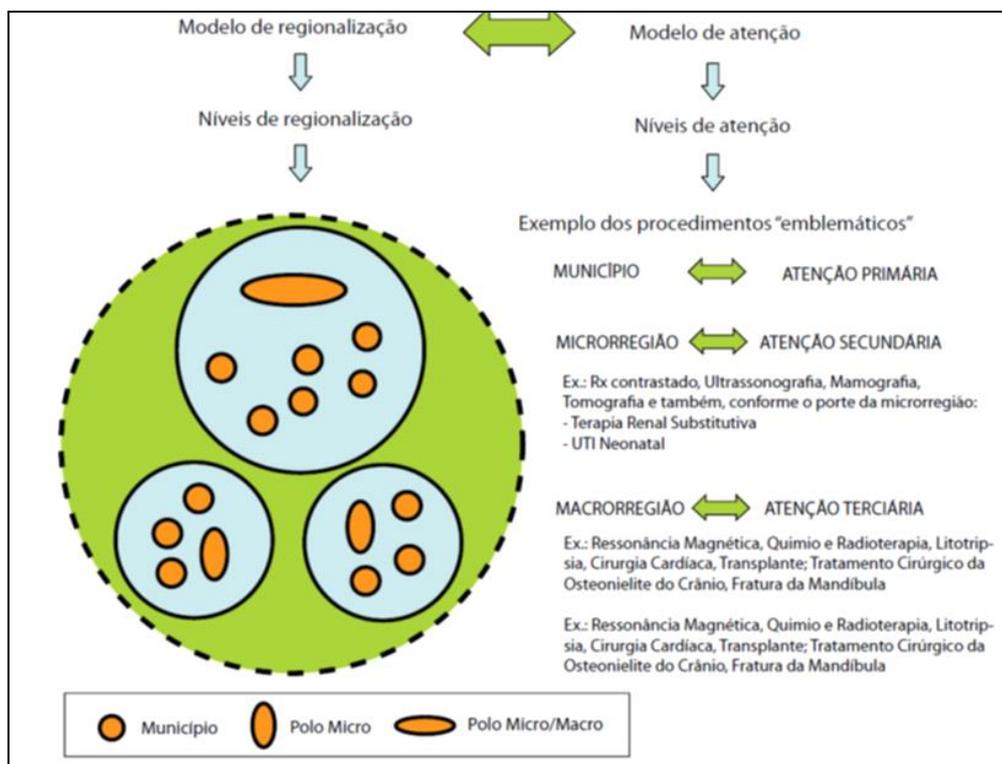


Figura 2. Fonte: MALACHIAS, 2010. Modelo de regionalização e sua correlação como modelo de atenção à saúde.

Nesse modelo de regionalização da saúde, temos os níveis de atenção: primária, secundária e terciária, que irão ser dispostos de acordo com os níveis de regionalização: por município, por microrregião e por macrorregião de saúde.

Para melhor entendimento, podemos citar com exemplo, a macrorregião do leste de Minas. O município de Jaguaraçu, com população de 3.100 habitantes, dentro desse

modelo, representa um município que comporta atenção primária na saúde. Esse município faz parte da regional de saúde de Coronel Fabriciano/ Timóteo, que representa nesse modelo uma microrregião de saúde. Caso o município acima citado, necessite de atenção secundária, a população terá como referência os municípios de Coronel Fabriciano ou Timóteo. Da mesma forma, toda a população referência dessa microrregião de saúde, caso necessite de serviços de atenção terciária, será referendado para a macrorregião de referencia, no caso a cidade de Ipatinga, que comporta os três níveis de atenção: primária, secundária e terciária.

Nessa perspectiva da regionalização compreendemos a dinâmica do território: fluxo da população, a dinâmica social e econômica e o mecanismo saúde-doença. A regionalização também representa uma forma de intervenção do Estado sobre o território, priorizando as necessidades locais.

Com a criação do PDR a prioridade é o fluxo e contrafluxos da população em relação à disposição dos serviços de saúde, por isso a importância de termos um PDR bem desenhado, que não leve em conta apenas a distribuição espacial/geográfica dos municípios, mas realidade regional e que consista no desenvolvimento de uma política estratégica entre os gestores, política de co-gestão entre as micro e macrorregiões, garantindo a complementação dos serviços e com isso atendimento resolutivo. (MALACHIAS, 2010, p.15).

No que concerne à política da assistência em hemoterapia, também houve uma reformulação afim de que uma política descentralizada fosse implementada, ampliando a cobertura hemoterápica²². Anteriormente à implementação do SUS, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), em Brasília, a questão hemoterápica havia sido intensamente discutida, inclusive em conferências estaduais, propondo-se uma Política Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE), com os objetivos de “fortalecer e ampliar a rede de hemocentros, conscientizar o cidadão para a doação voluntária de sangue, formar recursos humanos, desenvolver novas tecnologias e promover o controle de qualidade e a vigilância sanitária”. (SAMPAIO, 2013, p.13).

Embora a Constituição de 1988 tivesse garantido o direito à saúde, com a criação do SUS, somente em 2001, depois de inúmeras discussões entre atores diversos

²² Para maiores esclarecimentos sobre a implementação da atual política hemoterápica no Brasil e temas concernentes, ver: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde. Técnico em hemoterapia: livro texto / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/tecnico_hemoterapia_livro_texto.pdf. Acessado em dezembro de 2017.

(hemoterapeutas e hematologistas brasileiros, a sociedade civil e o Congresso Nacional) a Lei nº 10.205, “estabeleceu a proibição da doação gratificada de sangue e admitindo a remuneração dos serviços por meio da cobertura de custos de processamento”. (SAMPAIO, 2013, p. 13).

De acordo com Cioffi e Menicucci (2006):

A Política do Sangue se iniciou no Brasil a partir da década de 1980, tendo como órgãos responsáveis pela sua execução, os hemocentros públicos. O Sistema Nacional de Hemoterapia foi estruturado nas duas últimas décadas, tendo como marco inicial o Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados (PRO-SANGUE). Desde a sua criação em 1980, teve como objetivo alcançar a cobertura hemoterápica em todo o território brasileiro através de doações voluntárias, procedimentos técnicos padronizados, qualificação de recursos humanos e interiorização da rede de serviços hemoterápicos públicos, a Hemorrede. A diretriz do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE), publicado em 1988, confirmou este objetivo e considerou essencial a integração das três esferas governamentais para a expansão da hemoterapia, com a área pública sendo estratégica para a operacionalização do programa. (CIOFFI e MENICUCCI , 2006, p.1).

A partir da Constituição de 1988 e a criação do PLANASHE, houve um impulso no setor hemoterápico brasileiro. De acordo com o PLANASHE, a coordenação estadual seria de responsabilidade da Secretaria Estadual da Saúde, do Hemocentro coordenador e da Vigilância Sanitária Estadual e a esfera municipal administraria os Serviços sob sua responsabilidade. (BRASIL, 2010).

As Normas Operacionais estabelecidas pelo Ministério da Saúde, não definiram com exatidão as competências das três esferas de governo na gestão da hemoterapia, ficando a cargo da gestão estadual em parceria com os municípios, sendo de responsabilidade do governo federal o financiamento e da formulação da Política Nacional Sangue e Hemoderivados, bem como a coordenação das ações intergovernamentais, sobretudo nos pactos a serem acordados na formulação e implementação dessa política. (BRASIL, 2010). De todo modo, como se vê na figura abaixo, disponível no site específico do Ministério da Saúde²³, a Hemorrede Nacional se compôs também de forma hierárquica e regionalizada conforme a mesma configuração seguida pelos serviços de saúde:

²³ Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/doacao-de-sangue/rede-nacional-de-servicos-de-hematologia-e-hemoterapia-hemorrede>.

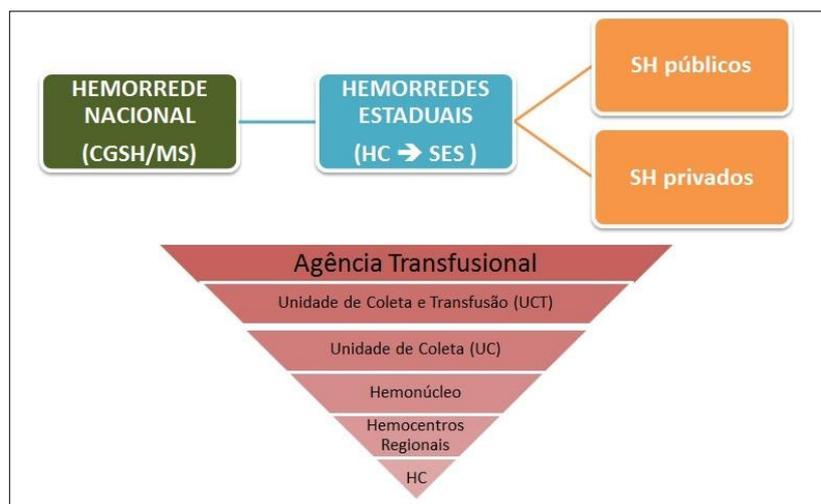


Figura 3: Frequência e percentual de serviços de hemoterapia por tipo de unidade, Brasil, 2015.
 Fonte: ANVISA. *Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos: Hemocad* .

A título de esclarecimento é importante apresentar o tipo de serviços de hemoterapia por tipo de unidade. A complexidade da unidade de hemoterapia segue a mesma escala hierárquica da distribuição dos serviços de saúde conforme sua especificidade (atenção primária, secundária e terciária). O artigo 3º da Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (RDC) número 151 de 21 de agosto de 2001, dispõe sobre a nomenclatura e definição dos serviços de hemoterapia, que transcrevemos²⁴:

1. **HEMOCENTRO COORDENADOR – HC:** entidade de âmbito central, de natureza pública, localizada preferencialmente na capital, referência do Estado na área de Hemoterapia e/ou Hematologia com a finalidade de prestar assistência e apoio hemoterápico e/ou hematológico à rede de serviços de saúde. Deverá prestar serviços de assistência às áreas a que se propõe, de ensino e pesquisa, controle de qualidade, suporte técnico, integração das instituições públicas e filantrópicas, e apoio técnico à Secretaria de Saúde na formulação da Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de acordo com o Sistema Nacional de Sangue e Hemoderivados - SINASAN e o Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados - PLANASHE e em articulação com as Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica;
2. **HEMOCENTRO REGIONAL – HR:** entidade de âmbito regional, de natureza pública, para atuação macrorregional na área hemoterápica e/ou hematológica. Deverá coordenar e desenvolver as ações

²⁴ Regulamento técnico sobre os níveis de complexidade dos serviços de hemoterapia.

*As nomenclaturas e definições foram transcritas conforme o documento original: RDC nº 151 de 21 de agosto de 2001, artigo 3. Obtidas no site: (<http://www.hemocentro.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/legislacao/RDC%20151%20de%2021%2008%2001.pdf>).

estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macrorregião de saúde, de forma hierarquizada e acordo com o SINASAN e o PLANASHE. Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames.

3. **NÚCLEO DE HEMOTERAPIA – NH:** entidade de âmbito local ou regional, de natureza pública ou privada, para atuação microrregional na área de hemoterapia e/ou hematologia. Deverá desenvolver as ações estabelecidas pela Política de Sangue e Hemoderivados no Estado, de forma hierarquizada e de acordo com o SINASAN e o PLANASHE Poderá encaminhar a uma Central de Triagem Laboratorial de Doadores as amostras de sangue para realização dos exames.
4. **UNIDADE DE COLETA E TRANSFUSÃO – UCT:** entidade de âmbito local, de natureza pública ou privada, que realiza coleta de sangue total e transfusão, localizada em hospitais ou pequenos municípios, onde a demanda de serviços não justifique a instalação de uma estrutura mais complexa de hemoterapia. Poderá ou não processar o sangue total e realizar os testes imuno-hematológicos dos doadores. Deverá encaminhar para a realização da triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência;
5. **UNIDADE DE COLETA – UC:** entidade de âmbito local, que realiza coleta de sangue total, podendo ser móvel ou fixa. Se for móvel, deverá ser pública e estar ligada a um Serviço de Hemoterapia. Se fixa, poderá ser pública ou privada. Deverá encaminhar o sangue total para processamento e realização dos testes imuno-hematológicos e de triagem laboratorial dos marcadores para as doenças infecciosas a um Serviço de Hemoterapia de referência;
6. **CENTRAL DE TRIAGEM LABORATORIAL DE DOADORES - CTLD:** entidade de âmbito local, regional ou estadual, pública ou privada, que tem como competência a realização dos exames de triagem das doenças infecciosas nas amostras de sangue dos doadores coletado na própria instituição ou em outras. A realização de exames para outras instituições só será autorizada mediante convênio/contrato de prestação serviço, conforme a natureza das instituições;
7. **AGÊNCIA TRANSFUSIONAL – AT:** localização preferencialmente intra-hospitalar, com a função de armazenar, realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor e transfundir os hemocomponentes liberados. O suprimento de sangue a estas agências realizar-se-á pelos Serviços de Hemoterapia de maior complexidade. § 1º Os serviços HC, HR, NH, UCT e AT poderão atuar como distribuidores de hemocomponentes.

De acordo com relatório da Anvisa (2012) atualmente todos os estados brasileiros contam com a presença de serviços ligados à Hemorrede Nacional. Esta rede é composta por 26 hemocentros coordenadores, 60 hemocentros regionais, 288 núcleos de hemoterapia, 166 unidades de coleta de transfusão, 11 unidades de coleta, 14 centrais de triagem laboratorial de doadores e 1.477 agências transfusionais, totalizando 2.042 serviços de hemoterapia. (HEMOCAD/ANVISA/MS, Brasil, 2012; KÓGA, 2013, p. 40).

2.2 A FUNDAÇÃO HEMOMINAS E A INTERIORIZAÇÃO DA HEMORREDE

No estado de Minas Gerais o processo de implementação de serviço hemoterápico seguiu de acordo com as diretrizes do Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE), que definia a coordenação da política de sangue e Hemoderivados. (BRASIL, 2010). Em 1985, foi criada, como uma unidade da Fundação Hospitalar do estado de Minas Gerais (FHEMIG) a Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Fundação HEMOMINAS) com o objetivo de atender às diretrizes do PRO-SANGUE e posteriormente do PLANASHE. (CIOFFI e MENICUCCI, 2006, p.1). A necessidade de interiorização da hemorrede, impulsionada pelo Ministério da Saúde, contribuiu para que em 26 de dezembro de 1989, por meio de Lei estadual nº 10.057, a Fundação Hemominas passasse a ter responsabilidade jurídica de direito público, agora como Fundação vinculada diretamente à Secretaria de Saúde de Minas Gerais. (KÓGA, 2013, p. 38-40).

Conforme Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti, et al (2009, p. 286)

A Fundação Hemominas tem sido, desde então, a entidade responsável pela hemoterapia e hematologia públicas no Estado de Minas Gerais. Integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), a Hemominas responde por 92% da cobertura hemoterápica do Estado, atendendo atualmente 516 unidades de saúde, entre hospitais e clínicas. A atuação da Fundação abrange diversas atividades, dentre as quais se destacam:

Doadores – conscientização e captação de doadores de sangue; triagem clínica para doadores; coleta do sangue; intermediação entre doadores e receptores, por meio da oferta de hemocomponentes de qualidade aos hospitais/clínicas contratantes; encaminhamento do doador inapto para serviços de referência do SUS; e coleta de amostra

sanguínea para cadastro no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome), sendo a instituição que mais registrou doadores no Brasil.

Análises Clínicas – realização de testes laboratoriais imunohematológicos e sorológicos no sangue coletado; provas laboratoriais pré-transfusionais; hemovigilância (monitoramento de reações adversas decorrentes do ato transfusional); e armazenamento e distribuição dos hemocomponentes.

Pacientes – tratamento e acompanhamento de pacientes portadores de coagulopatias hereditárias e hemoglobinopatias, prestando serviços especializados de hematologia, infectologia, ortopedia, fisioterapia, odontologia, apoio psicossocial e pedagógico; orientação no diagnóstico e na terapêutica das intercorrências hemoterápicas de pacientes clínicos e cirúrgicos. (PROIETTI et al, 2009, p. 286).

Para efetuar a interiorização dos serviços hemoterápicos, foram reelaborados convênios com instituições locais e regionais, obedecendo a hierarquização da rede de serviços públicos no estado, definindo locais e cronogramas para interiorização dos serviços hemoterápicos. (SOUZA, A.M. et al, 2007).

Devido à extensão territorial e a desigualdade na rede hospitalar dentro do estado, foi criado um sistema estadual de Hemoterapia e Hematologia e o estabelecimento de normas, critérios e parâmetros para orientar a implantação das Unidades (hemorredes) de acordo com diretrizes fornecidas pelo Ministério da Saúde e também com normas estabelecidas pela própria equipe da Hemominas. (SOUZA, A.M. et al, 2007).

A estratégia para interiorização da rede foi efetivada através de parcerias entre os setores municipais e a Fundação Hemominas. Os critérios para a implantação das hemorredes foram elaborados considerando-se a densidade demográfica e de equipamentos hospitalares locais e regionais, demandas médicas especializadas, sistema viário, além de estrutura física local disponível e interesse dos governantes locais em terem uma unidade da fundação. (SOUZA, A.M. et al, 2007).

Foram estabelecidos critérios para a interiorização dos serviços, baseados em estudos da Organização Mundial de Saúde (OMS) (01 leito gera 10 transfusões/ano) e levantamento de dados regionais (1 leito gera cerca de 6 transfusões/ ano), área de atuação das Diretorias Regionais de Saúde (DRS), população local e regional, número de hospitais, leitos e área de abrangência/influência como pode ser observado na tabela ²⁵ abaixo. (SOUZA, A.M. et al, 2007).

²⁵ As tabelas 1 e 2 foram transcritas conforme referência: SOUZA, A.M, et al - Fundação Hemominas, 2007.

Especificação	Pontuação do Município	Pontuação Regional
Sede da DRS	Sim.....2	
	Não.....0	
População	> 300.000.....4	>550.000.....3
	200.000 a 299.999.....3	301.000 a 549.999.....2
	100.000 a 199.999.....2	< 300.000.....1
	50.000 a 99.999.....1	
	< 49.999.....0	
Número de hospitais	> 9.....3	>30.....3
	6 a 8.....2	15 a 29.....2
	< 6.....1	< 15.....1
Número de leitos	> 400.....3	>1.500.....3
	120 a 399.....2	551 a 1.500.....2
	< 119.....1	< 500.....1
Faculdade de Medicina	Sim.....3	
	Não.....0	
Número de municípios		40.....3
		21 a 39.....2
		20.....1
Municípios com Hospitais		20.....3
		11 a 19.....2
		10.....1

Tabela 1: parâmetros para a classificação de unidades regionais da Fundação Hemominas, 2007.

Após o cálculo dessa pontuação foi estabelecida a complexidade da Unidade do Hemominas a ser instalada em cada município que pleiteava a unidade, de acordo com a tabela 2:

Pontuação	Tipo de Unidade ²⁶
≥ 22 pontos	Hemocentro
De 15 a 21 pontos	Núcleo Regional
De 10 a 14 pontos	Unidade de Coleta/ Agência transfusional
≤ 09 pontos	Agência Transfusional

Tabela 2. Unidade a ser implantada de acordo com a pontuação das regionais.

Realizadas as pontuações preestabelecidas, foram criados os critérios abaixo descritos, a fim de otimizar recursos humanos e financeiros, segundos os dados

²⁶ Conforme apresentado anteriormente pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) número 151 de 21 de agosto de 2001, no artigo 3º, que dispõe sobre a nomenclatura e definição dos serviços de hemoterapia.

transcritos, da Fundação Hemominas (SOUZA, A.M. et al, 2007), transcritos, conforme documento original:

1. Caso não exista Unidade da Hemominas na rede da DRS, será área de abrangência do município pretendente toda área da DRS, assim como toda sua área de influência.

2. Caso exista Unidade da Hemominas na jurisdição da DRS, será considerada como área de abrangência do município pretendente a(s) microrregião(s) sob sua influência.

3. Caso a DRS do município pretendente já seja atendida por Unidade da Hemominas e, sem possibilidades de haver descontinuidades de atendimento, será considerada para efeito de classificação, somente a microrregião de influência deste município.

4. As unidades de Hemoterapia localizadas próximo a Hemocentros ou Núcleos, com acesso fácil por rodovia, terão sua sorologia e/ou imunohematologia realizados naquelas unidades, ficando a critério da Direção da Fundação Hemominas, reclassificá-las em outra categoria.

Foram realizadas reuniões com os dirigentes locais para levantamento regional (número de municípios, população, hospitais e leitos, transfusões realizadas, número de pacientes com hemoglobinopatias e coagulopatias) que, em comparação com os dados levantados pela Hemominas, criaram subsídios para definir a implantação das unidades. (SOUZA, A.M. et al, 2007).

Para a determinação do tipo de serviço a ser instalado foi considerado em relação ao município: distância, número de leitos e transfusões realizadas, que deram subsídios para definição do tipo de Agência transfusional/ Convênio a ser instalada/firmado, sob orientação da Hemominas. (SOUZA, A.M. et al, 2007).

Definidos os critérios e levantados os dados, a Hemominas enfrentou ainda grandes desafios relacionados a pactuações com as lideranças locais, como por exemplo, a necessidade de convencer os governantes locais da importância de instalar uma unidade local, bem como a limitação de recursos financeiros disponíveis. (SOUZA, A.M. et al, 2007).

As negociações com os governantes municipais eram demoradas, principalmente pelo dilema do "por que devo ter uma unidade no meu município?" A esta questão, forneciam-se várias respostas: - O município não tem dinheiro; É muito caro; Não temos funcionários para disponibilizar; Qual vantagem o município terá arcando com todas essas despesas? O que vamos ganhar?; Não temos a área física

solicitada, nem local para ser adaptado. (SOUZA, A.M. et al, 2007, p. 55).

Em algumas regiões o processo de pactuação entre a Hemominas e os dirigentes locais sobre a importância da instalação de unidades durou mais de 10 anos, até que fosse concretizada a implantação. Uma das dificuldades enfrentadas foi a adulteração de dados fornecidos pelos dirigentes locais que comprometiam a instalação das unidades e os serviços prestados pela Hemominas.

Se o governante não optasse pela implantação, os dados que informavam, sobre o número de leitos hospitalares, doações e transfusões no município, era inferior aos valores reais. Ao contrário, se havia interesse, este número era exacerbado tanto em nível municipal quanto em nível estadual. (SOUZA, A.M. et al, 2007, p. 56).

Diante dessa dificuldade de se estabelecer parcerias entre governantes locais e a Fundação Hemominas, muitas unidades implantadas não obedeceram aos critérios pré-estabelecidos. Assim, a implantação das unidades, em algumas localidades foi determinada pelo número e pacientes na região dependentes do serviço e a indisponibilidade de outra localidade próxima que pudesse evitar grandes deslocamentos desses pacientes por longos trechos ou ainda que viesse a sobrecarregar o serviço na capital, no caso desses pacientes ter que se deslocar até Belo Horizonte. Já outro critério para viabilizar a implantação das unidades, novamente, não seguindo os critérios pré-estabelecidos foi o fornecimento de área física pelo município para implantação da unidade; por essa facilidade a implantação ocorreu muitas vezes em detrimento de município que apresentava maior necessidade, mas não ofereceu essa vantagem. (SOUZA, A.M. et al, 2007, p. 56).

Percebe-se pela descrição, que os critérios de elegibilidade de uma cidade sede não respeitaram de forma criteriosa os parâmetros estabelecidos pela Hemominas, mas foram muito influenciados pela facilidade do acordo entre os governantes municipais e a rede Hemominas. Pela grande extensão geográfica do Estado de Minas Gerais e a grande disparidade entre suas regiões, a consolidação da Rede Hemominas e suas Unidades no Estado ainda é um desafio. Norte e Nordeste do Estado, ainda não contam com uma rede estruturada, o que sobrecarrega e compromete o atendimento hemoterápico no Estado.

Atualmente, o Estado de Minas Gerais conta com as seguintes Unidades, desde o início do funcionamento da hemorrede em 1985, distribuídas conforme a tabela abaixo, conforme a data de seu estabelecimento:

Início de Funcionamento	Unidade Regional
1985	Hemocentro de Belo Horizonte Agencia Transfusional Pronto Socorro Joao XXIII
1987	Hemocentro Regional de Montes Claros Hemocentro Regional de Governador Valadares
1988	Hemocentro Regional de Juiz de Fora
1990	Hemocentro Regional de Uberaba
1991	Núcleo Regional de Ituiutaba
1992	Núcleo Regional de São Joao Del Rei Núcleo Regional de Manhuaçu
1993	Núcleo Regional de Sete Lagoas Hemocentro Regional de Uberlândia Posto de Coleta do Hospital Julia Kubitschek
1994	Hemocentro Regional de Pouso Alegre
1995	Núcleo Regional de Divinópolis Núcleo Regional de Passos Posto de Coleta/Agência Transfusional de AlémParaíba
1996	Agencia Transfusional de Frutal
1997	Núcleo Regional de Patos de Minas
1998	Agência Transfusional de Venda Nova Posto de Coleta/ Agencia Transfusional de Betim
2000	Núcleo Regional de Ponte Nova
2002	Núcleo Regional de Diamantina

Tabela3 – Distribuição da implantação das unidades Regionais da Fundação Hemominas. Fonte: Fundação Hemominas. (SOUZA, A.M.et al, 2007).

O mapa seguinte, do Plano Diretor Estadual de sangue e hemoderivados por macrorregiões em Minas Gerais, permite visualizar espacialmente a distribuição dos serviços hemoterápicos no estado. Uma Administração Central, na capital do estado, coordena todas as 23 unidades operacionais. De acordo com Ana Maria Valle Rabelo (2006, p. 84) “as várias unidades da Fundação Hemominas, com tamanho, complexidade e localização bem distintas entre si, apontam para uma questão funcional importante, pois essa enorme diversidade entre as unidades traz certa dificuldade para a Fundação atuar”.



Figura 4. Cobertura Hemoterápica por Macrorregiões em Minas Gerais. Fonte: Gestão de Custos, Fundação Hemominas, 2010.

A complexidade organizacional e de operacionalidade de uma hemorrede, como vimos, é um desafio para os gestores do sistema de saúde pública. Pode-se perceber que a Política Estadual de sangue, bem como os demais setores da saúde, enfrenta dificuldades e desafios no processo de regionalização.

Podemos indicar dificuldades em relação às dimensões geográficas do estado, e por muitas vezes dificuldades de ordem política e econômica que ora limitam ora facilitam a expansão da rede de saúde que depende da disponibilização de recursos pelas três esferas governamentais. Desse modo, os investimentos econômicos dependem de ações políticas, aliadas a programas de saúde em desenvolvimento, facilitadores políticos, como disponibilização de área para construção de novos hospitais, unidades de saúde, acesso fácil ao município e influência política do município na região de saúde, além da densidade populacional. Tudo isso, aliado a necessidade da criação do serviço na região e a viabilidade econômica do investimento no setor.

Também existem questões de ordem cultural que se relacionam com a indisponibilidade de doadores de sangue (RODRIGUES et al, 2011, p. 385), por desconhecimento, medo ou crenças religiosas, e do modo como a população atende ao pedido de doações, geralmente em situações de catástrofe ou emergência, não se

constituindo como um hábito²⁷. O resultado dessa baixa adesão à doação relaciona-se diretamente com a escassez de bancos de sangue e/ou falta de sangue naqueles já estabelecidos. Rodrigues et al (2011, p. 385) também constata que “os hemocentros têm dificuldades em manter o estoque de sangue para atender às necessidades específicas e emergenciais, colocando em risco a saúde e a vida da população”. Nesse sentido Weigert et al (2013, p. 1) chamam a atenção para o fato de que quanto maior a complexidade do centro de tratamento médico maior a demanda de sangue e hemoderivados.

Nos últimos anos, com a ampliação da cobertura do SUS, principalmente em relação à atenção básica à saúde, tem exigido da rede, a disponibilidade de maior acesso aos exames e conseqüentemente, maior complexidade do atendimento, para tornar o sistema resolutivo como preconizado. (Brasil/CONASS, 2011). Nesse sentido, a hemorrede também deve acompanhar esse cenário de maior demanda, principalmente pela maior necessidade de sangue, não apenas pelo desenvolvimento do setor de alta complexidade, mas também em consequência da ampliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em todo o país, o que incrementa os serviços de urgência e emergência, levando a uma maior demanda de sangue e hemoderivados.

Esse cenário também se apresenta no caso da Hemominas, tornando-se adequado, então, prosseguir com a meta da interiorização da hemorrede, a fim de reduzir as disparidades e levar atendimento hemoterápico condizente com os princípios do SUS. (BRASIL, 2010).

2.3 A Hemorrede na Dinâmica Territorial

Retomando a reflexão feita no capítulo 1, sobre a dinâmica territorial de implementação dos serviços de saúde, inferimos que a hemorrede nacional e a Hemominas, por conseguinte, seguiram os princípios de regionalização e

²⁷ Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apenas 1,8% da população mundial é doadora de sangue, tornando-se importante uma mudança de hábito na população. A OMS sugere a realização de campanhas de esclarecimento, com o intuito de mudar a cultura em relação à doação de sangue, evitando a escassez do mesmo. (Weigert et al, 2013).

municipalização preconizados para o SUS. Nesse sentido consideramos o processo de territorialização da Hemominas e de seus centros dependentes, como uma forma de estabelecimento de uma rede interdependente de serviços, que por sua vez está ligada verticalmente e horizontalmente a outra estrutura institucional – o SUS. Segundo Raffestin (1993, p.204) a rede “depende dos atores que geram e controlam os pontos da rede, ou melhor, da posição relativa que cada um deles ocupa em relação aos fluxos que circulam ou que são comunicados na rede ou nas redes”.

No mesmo sentido, Santos (1996, 221) afirma que “as redes são estáveis e, ao mesmo tempo, dinâmicas. Fixos e fluxos são intercorrentes, interdependentes. Ativas e não passivas, as redes não têm em si mesmas seu princípio dinâmico, que é o movimento social”. (Santos, 1996, 221). Ou seja, diferentes territorialidades se entrelaçam na composição e atuação de uma rede; no caso, de uma hemorrede.

Finalmente, numa analogia bastante simplificada, com a questão relacional apresentada por Raffestin (1993, p. 32) poderíamos considerar os elementos para a representação da problemática relacional entre a hemorrede e a territorialização da mesma da seguinte forma:

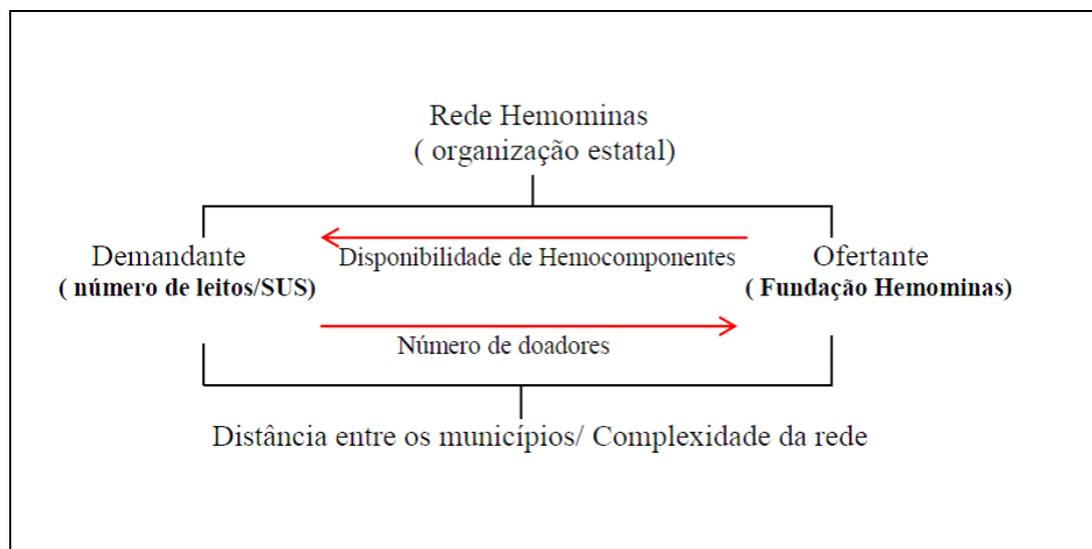


Figura 5. Representação da problemática relacional da hemorrede. Elaboração pela autora a partir da discussão de Raffestin (1993).

Segundo Raffestin, existe um campo operacional, representada pelo campo relacional, onde existem os protagonistas imediatos, que estão diretamente envolvidos; no caso, o demandante, representando pelos municípios e o número de leitos de SUS, sendo que quanto maior a densidade demográfica desse município, maior número de municípios referendados a ele e maior complexidade dos serviços de saúde oferecidos,

maior a demanda de sangue. Por outro lado, essa relação apresenta um conteúdo duplo: o ofertante, representando pela Fundação Hemominas, no caso, os hemocentros com o número de doadores que comparecem para efetivação da disponibilidade dos hemocomponentes. (adaptado: RAFFESTIN, 1993, p.32).

Essa relação possui uma forma determinada pelos atores diretos – ofertante e demandante – e/ou pelas organizações citadas acima. Essa representação é uma forma simplificada de entender a face funcional, informando apenas o resultado da relação, ou seja, a oferta e a demanda de hemocomponentes. Essa análise não apresenta como se faz o contrato, ou seja, como se programa a regionalização destes hemocentros, sendo encoberto o poder ou a capacidade de poder do ofertante e demandante. (RAFFESTIN, 1993, p.32/33).

CAPÍTULO 3 A HEMORREDE PÚBLICA DO LESTE DE MINAS: TERRITORIALIZAÇÃO, DEMANDA E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO

3.1 O HEMOCENTRO REGIONAL DE GOVERNADOR VALADARES

Como vimos no capítulo anterior a Fundação Hemominas é a organização pública responsável pelos serviços de hemoterapia e hematologia no estado de Minas Gerais, desde 1985. A Fundação é responsável por 91% do sangue transfundido no estado, cujo processamento se realiza por meio de uma rede constituída por 23 unidades hemoterápicas hierarquizadas, descentralizadas nas macrorregiões do estado. (MENEZES, 2013, p. 17). Atendendo à necessidade de interiorização da prestação dos serviços públicos de saúde, a Hemominas iniciou, em 1987, a abertura de novos postos de coleta e processamento de sangue. Neste ano foram abertos o Hemocentro Regional de Montes Claros e o Hemocentro Regional de Governador Valadares. Nos anos seguintes novas unidades foram abertas em outros pontos do estado. (KOGA, 2013, p. 38-39).

Portanto, o Hemocentro Regional de Governador Valadares, colocado em foco neste capítulo, foi um dos primeiros a ser organizado no estado. De acordo com o site institucional da Fundação Hemominas “o Hemocentro Regional de Governador Valadares atua nas áreas de hematologia e hemoterapia. A área de abrangência do Hemocentro compreende as regiões dos Vales do Aço, Rio Doce, Mucuri, Jequitinhonha e parte da Zona da Mata” (Hemominas Institucional)²⁸. Ainda segundo a informação institucional:

O Hemocentro Regional de Governador Valadares atende a doadores de sangue e pacientes de toda a região e, também, a 63 hospitais contratantes nas modalidades de Assistências Hemoterápicas e Agências Transfusionais, suprindo as demandas locais e alcançando uma população de quase três milhões de habitantes. Recebe uma média de 49 doadores de sangue/dia – cerca de mil/mês. Já o cadastro para doação de medula óssea registra quatro candidatos/dia – 70/mês (Hemominas Institucional)²⁹

²⁸Disponível em: (<http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes/rede-hemominas/hemocentro/governador-valadares>) Acesso em agosto 2017.

²⁹ Disponível em <http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes/rede-hemominas/hemocentro/governador-valadares> Acesso em agosto de 2017.

Ainda de acordo com o site institucional, o Hemocentro Regional de Governador Valadares presta os seguintes serviços: Atendimento ao candidato à doação de sangue, Cadastramento de candidatos à doação de medula óssea, atendimento a pacientes com hemoglobinopatias³⁰, atendimento a pacientes que necessitam de transfusão de sangue ou sangria terapêutica³¹, atendimento a pacientes com coagulopatias hereditárias³², fornecimento de sangue para estabelecimentos de saúde; cumprindo a função “de coordenar e desenvolver as ações estabelecidas na Política de Sangue e Hemoderivados do Estado para uma macro-região de saúde, de forma hierarquizada e acordo com o PLANASHE.” (RESOLUÇÃO RDC/ANVISA nº 151 de 21 de agosto de 2001).

No quesito “Fornecimento de sangue, ” em que o Hemocentro fornece sangue (hemocomponentes e hemoderivados) aos estabelecimentos de saúde (hospitais, clínicas, ambulatórios) para atendimento a pacientes com necessidade de transfusão; existem três modalidades de contrato, conforme a descrição abaixo, retirada do site institucional:

Agência Transfusional: Prestação de serviços especializados de hemoterapia para fornecimento de hemocomponentes para o Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS) contratante da Fundação Hemominas. O EAS contratante dos serviços de uma Unidade Fundação Hemominas mantém dentro de suas dependências uma área (dentro das normas da FH e ANVISA) denominada “Agência Transfusional” - AT com a função de realizar testes de compatibilidade entre doador e receptor, de armazenar e transfundir os hemocomponentes liberados e fornecidos pela FH.

Assistência Hemoterápica: Quando o Estabelecimento de Assistência à Saúde (EAS) contratante não se enquadra nos requisitos da modalidade contratual Agência Transfusional, mas demanda

³⁰ “A Fundação Hemominas disponibiliza alguns dos medicamentos essenciais para o tratamento das hemoglobinopatias (alterações hereditárias que afetam a hemoglobina) e os componentes sanguíneos adequados, quando houver necessidade de transfusão. Como o atendimento na Fundação Hemominas é eminentemente ambulatorial, os pacientes portadores dessas doenças, quando apresentam problemas clínicos e necessitam de atenção médica de urgência, são orientados a procurar outros serviços da rede pública. Esses pacientes também são encaminhados à rede municipal de saúde para acompanhamento clínico de rotina e para realização de exames e avaliações de especialidades, tais como neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cardiologia, cirurgia pediátrica e ginecologia”. (<http://www.hemominas.mg.gov.br/servicos/atendimento-a-pacientes-com-hemoglobinopatias>).

³¹ “A Fundação Hemominas faz atendimento hemoterápico em pacientes que necessitem, periodicamente, submeter-se à transfusão de hemocomponentes (hemácias, plaquetas, crioprecipitado) ou à sangria terapêutica e que apresentem condições clínicas para realizar esses procedimentos em ambulatório. Nos dois casos, o paciente deve procurar uma das unidades de atendimento listadas abaixo, com a documentação necessária, incluindo o encaminhamento do médico que diagnosticou a doença (solicitação para que a pessoa receba o tratamento).” (<http://www.hemominas.mg.gov.br/servicos/atendimento-a-pacientes-que-necessitam-de-transfusao-de-sangue-ou-sangria-terapeutica>).

³² “Portadores de coagulopatias hereditárias (hemofilias A e B) podem buscar tratamento na Fundação Hemominas. O paciente deve procurar uma das unidades de atendimento listadas abaixo, com a documentação necessária, incluindo o encaminhamento do médico que realizou o diagnóstico da doença (solicitação para que a pessoa receba o tratamento).” <http://www.hemominas.mg.gov.br/servicos/atendimento-a-pacientes-com-coagulopatias-hereditarias>.

hemocomponentes diretamente à UFH contratada para o fornecimento de hemocomponentes necessário ao atendimento pontual, direcionado às urgências e cirurgias eletivas, em conformidade com a legislação vigente.

Eventual: Prestação de serviços especializados de hemoterapia vinculado a outro serviço de hemoterapia não vinculado à FH para fornecimento esporádico de hemocomponentes liberados em caráter de urgência (risco de vida iminente) à EAS contratante da FH³³. (Site institucional Hemominas).

O Hemocentro Regional de Governador Valadares atualmente atende às três modalidades, sendo que a modalidade Agência Transfusional (AT) é a predominante (84%) contra 14% para Assistência Hemoterápica (AH) e 2% para Eventual³⁴. Estes estabelecimentos contratantes estão distribuídos pelas 16 regionais de saúde (pertencentes às macrorregiões leste e nordeste) que são cobertas pelo hemocentro de Governador Valadares. A área de abrangência, das regiões dos Vales do Aço, Rio Doce, Mucuri e Jequitinhonha; compreende uma população total de 2.480.206 habitantes³⁵.

Para melhor visualização da área de abrangência do HR de Governador Valadares apresentamos dois gráficos (por macrorregiões).

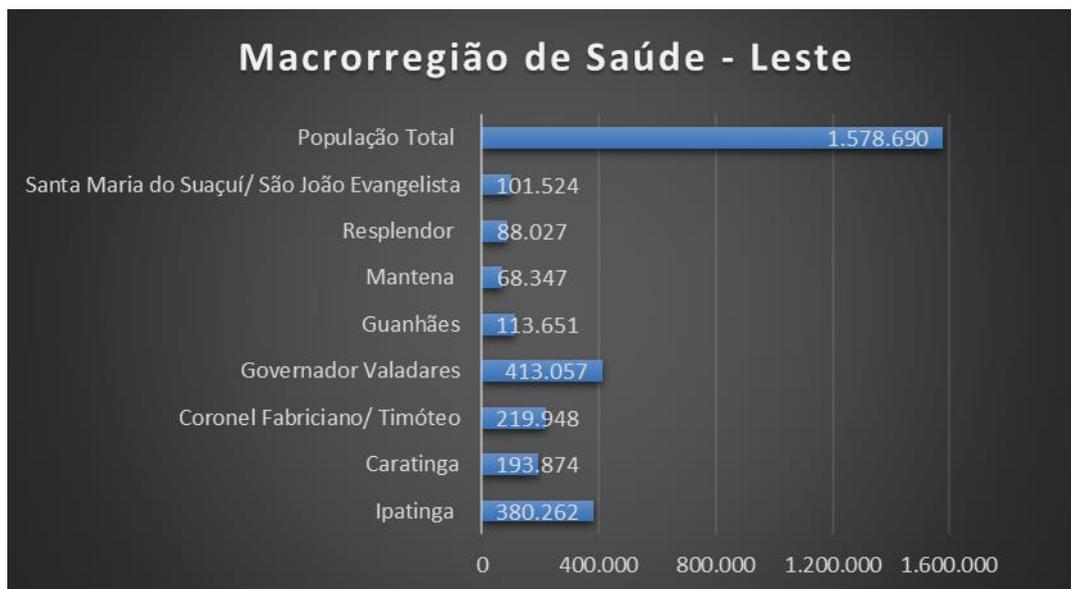


Gráfico 1. População residente na macrorregião de saúde do leste de Minas. Fonte: DATASUS ([www.2.datasus.gov.br](http://www2.datasus.gov.br))

³³ Fonte: <http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes/contratantes/como-se-tornar-um-contratante>.

³⁴ Ver tabela em anexo (1), elaborada a partir de informações do site institucional.

³⁵ Os dados foram obtidos no site do DATASUS, referentes ao ano de 2012. Idem dados dos gráficos e figuras seguintes.

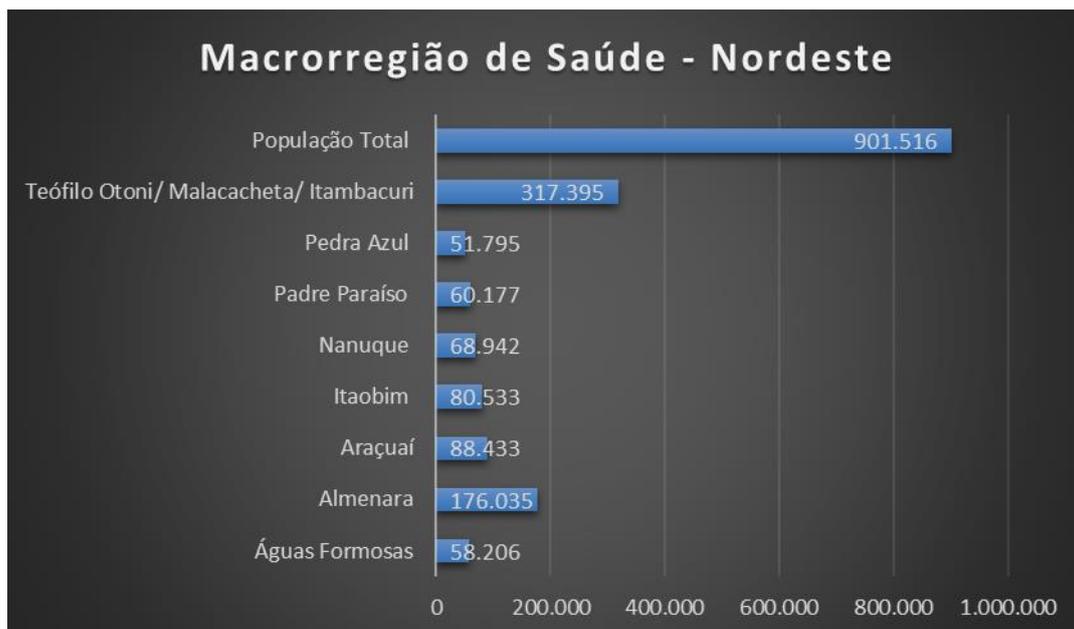


Gráfico 2. População residente na macrorregião de saúde do nordeste de Minas. Fonte: Fonte DATASUS. (www.2.datasus.gov.br)

Na mesma perspectiva, a figura (6) a seguir, representa as 16 regionais de saúde que são cobertas pelo hemocentro de Governador Valadares, divididas proporcionalmente à população residente em cada uma.

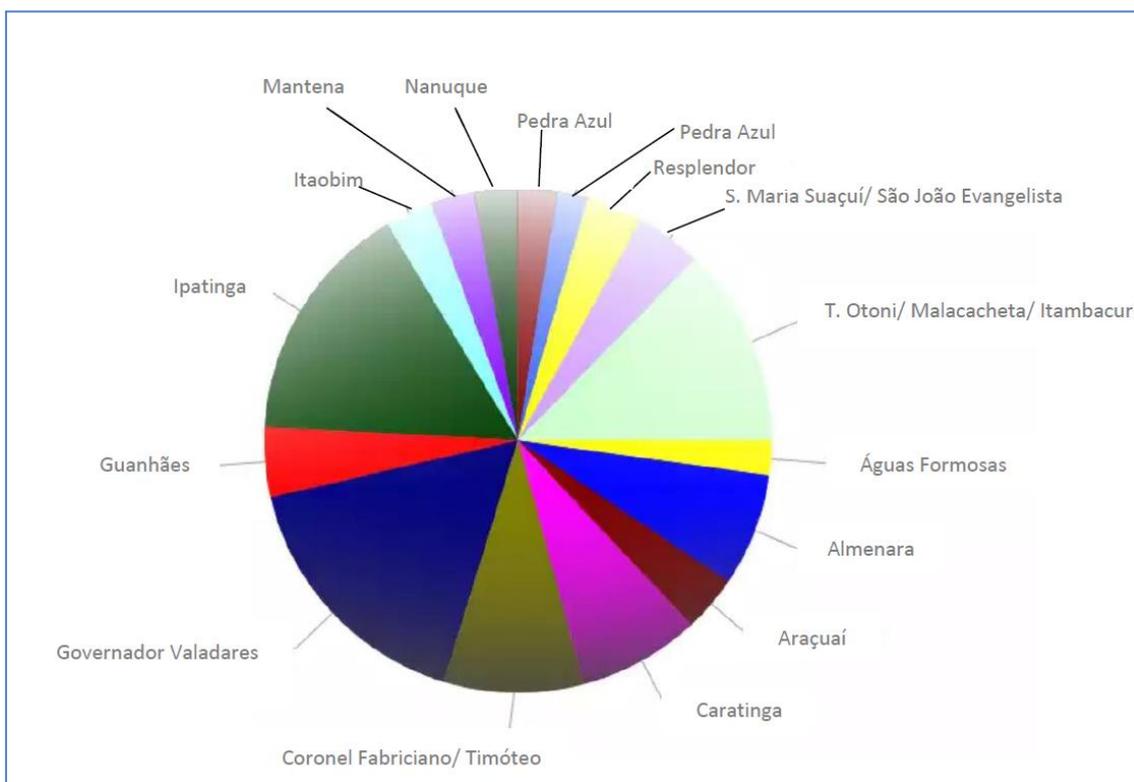


Figura 6. Regionais de saúde das macrorregiões Leste e Nordeste de Minas proporcionalmente à população residente. Fonte: DATASUS. (www.2.datasus.gov.br)

De acordo com a figura acima, as regionais de saúde mais populosas são Governador Valadares, Ipatinga e Teófilo Otoni/ Macacheta/Itambacuri, sendo as duas primeiras localizadas na macrorregião leste, a mais populosa das duas macrorregiões de saúde representadas aqui.

3.2 SITUAÇÃO DE DOADORES DE SANGUE/CIDADE EM RELAÇÃO AO HR E OUTROS ASPECTOS

Para atingir seus objetivos relacionados à organização, oferecimento e manutenção dos serviços hemoterápicos, a Fundação Hemominas e seus respectivos Hemocentros e núcleos autorizados realizam, de acordo com normatização específica³⁶, a coleta de sangue (por doação voluntária) e o tratamento e distribuição dos hemocomponentes e hemoderivados. Cada Hemocentro fica responsável pela realização de campanhas de sensibilização e pela assistência aos doadores de sua área de abrangência. O Hemocentro Regional de Governador Valadares, portanto, coordena a coleta e distribuição em sua área.

É importante ressaltar que as cidades que compõem as 16 regionais de saúde atendidas pelo Hemocentro de Governador Valadares, e que não contam com postos de coleta, são estimuladas através de um contrato de adesão, mas não obrigadas, a conduzirem seus possíveis doadores ao Hemocentro Regional, para a realização da doação. Nesse caso, cada regional ou município estabelece suas próprias estratégias para locomoção de seus doadores.

Para visualizarmos a situação atual do Hemocentro Regional, em relação ao número de doadores que compareceram ao Hemocentro de Governador Valadares e suas respectivas regionais, elaboramos o gráfico seguinte (3), a partir do banco de dados cedido pelo Hemocentro. Os números referem-se ao período de cinco anos, entre 2012 e 2016.

³⁶ Lei nº 10.205, de 21/3/2001. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Lei_10205.pdf

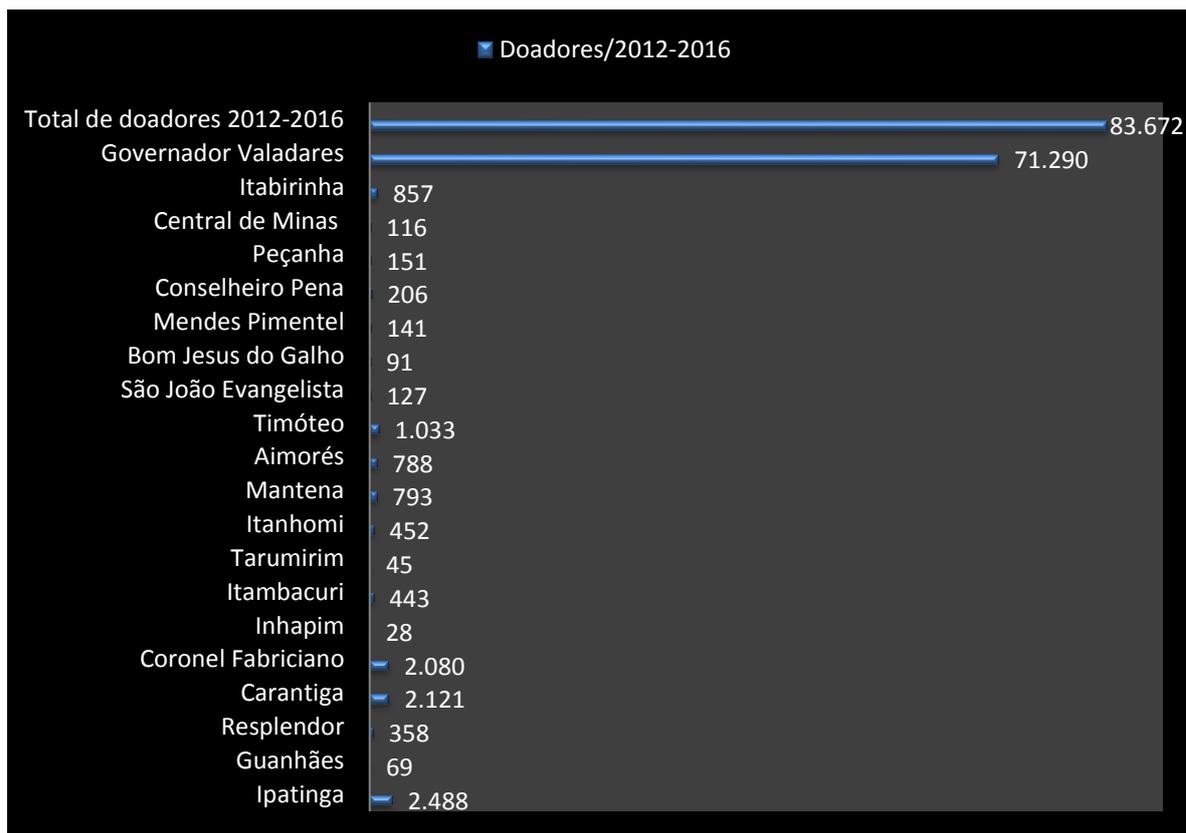


Gráfico 3. Doadores no período de 2012-2016 que compareceram ao hemocentro de Governador Valadares. Fonte: Banco de dados do Hemocentro de Governador Valadares.

Destaque-se que, no período avaliado (2012-2016), de todos os doadores que compareceram ao Hemocentro de Governador Valadares, apenas os da cidade de Itambacuri, representaram a macrorregião nordeste de Minas no volume de doadores ao Hemocentro; sendo que todos os outros doadores vieram de cidades da macrorregião leste de Minas. Um fator dificultador pode ser atribuído à distância que esses doadores devem percorrer para comparecerem ao Hemocentro de Governador Valadares. Esse dado se reflete no volume de doações, tendo a região Leste registrado 99,5% de todas as doações.

Ainda, a partir dos dados coletados, foi possível levantar, para o período estudado, o número de doadores viáveis (ou doações efetivas)³⁷, as solicitações

³⁷ “No Brasil, são realizados testes laboratoriais de alta sensibilidade, em amostra colhida no dia da doação, para todas as bolsas coletadas, a fim de pesquisar agentes infecciosos que possam ser transmitidos pelas transfusões. Os hemocomponentes somente são liberados se todos esses testes resultam negativos/não reagentes.” (Brasil, 2015, p. 32). Isto significa que todo doador de sangue passa por uma triagem clínica e sorológica, que tem por objetivo proteger o doador, garantindo uma maior segurança nos bancos de sangue em relação à qualidade do sangue doado e maior segurança ao paciente. Além do exame clínico o doador responde a um questionário que apresenta questões referentes ao seu estilo de vida do doador, doenças recentes ou prévias e uso de medicamentos. (Weigert et al, 2013). Se estiver apto o sangue é coletado e após a doação, serão realizados testes sorológicos para avaliar sorologias para

realizadas pelos municípios, a dispensação dos hemocomponentes³⁸ pelo Hemocentro e também as solicitações que o Hemocentro teve que realizar aos demais Hemocentros em Minas Gerais, para que pudesse atender a demanda da região. Também foi computado o número de hemocomponentes solicitados pelas agências transfusionais dos municípios e o número de devoluções³⁹ realizadas por estes ao hemocentro de Governador Valadares⁴⁰.

Efetivamente os dados indicam que as doações viáveis foram em torno de 78%, (doadores aptos clinicamente e sorologicamente), e que 79,6% de todas as solicitações realizadas no período foram atendidas. Os dados descritos podem ser visualizados no gráfico abaixo:

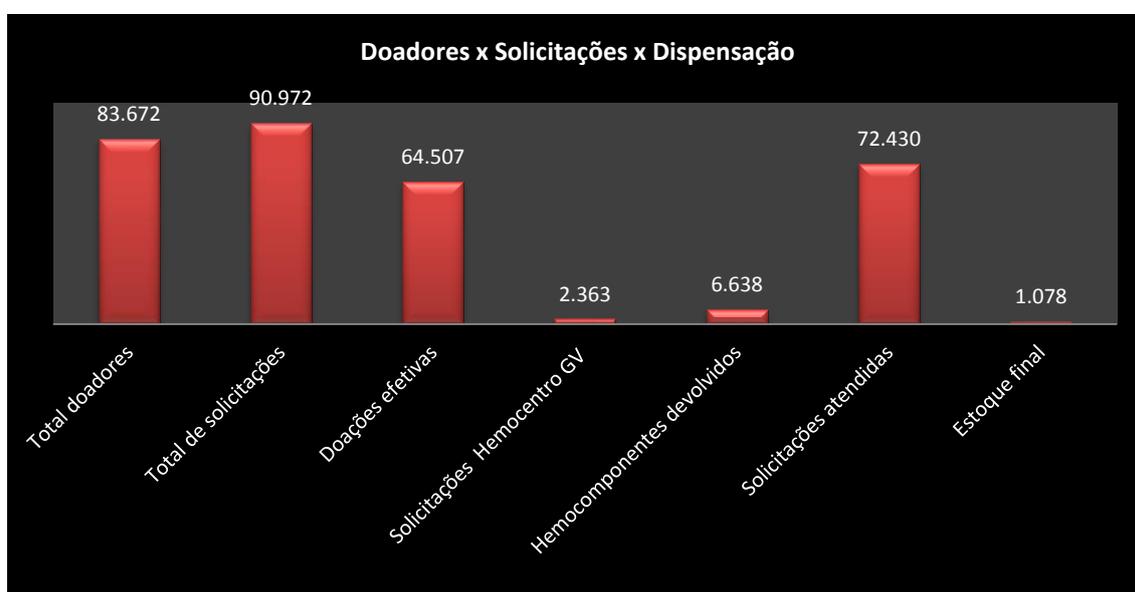


Gráfico 4: Contabilização entre os número de doadores, número de solicitações, número hemocomponentes dispensados e estoque do hemocentro de Governador Valadares no período de 2012-2016.

Assim, em termos de doação realmente efetivada, do total de 83.672 doadores, no período de 5 anos, apenas 65.029 dos doadores foram viáveis, com suas doações processadas e efetivadas, tornando-se disponíveis para doações. Observamos uma perda

doença de Chagas, HIV, Hepatite B e C, além do vírus HTLV I e II. Caso esses testes sorológicos estejam negativos, o sangue será processado no Hemocentro, entrando para o estoque do banco de sangue.

³⁸ Em atendimento às solicitações de sangue, o mesmo é processado produzindo os hemocomponentes, que correspondem ao processamento do sangue total e a produção a partir dele, dos hemocomponentes: plaquetas, concentrado de hemácias, crioprecipitado, plasma fresco, etc.

³⁹ Quanto às devoluções realizadas ao Hemocentro de Governador Valadares, não temos dados para afirmar que todas foram redistribuídas para completar as solicitações atendidas que foram de 72.490. Parte destas devoluções pode ter sido realizada por ter havido vencimento do hemocomponente, o que impossibilitaria o uso do mesmo.

⁴⁰ Também não temos dados relativos ao estoque final, que possibilitem dizer que esse estoque foi utilizado para doações subsequentes, ou representam o saldo de hemocomponentes descartados pelo Hemocentro, por estarem vencidos ou por terem apresentando reação transfusional no paciente durante a hemotransfusão; ou se realmente compunha o estoque para redistribuição.

de 22% das doações do volume total. Isto significa dizer que cerca de 30% do total de doadores que compareceram ao HR não efetivaram a doação, ou a fizeram e o sangue doado não era viável à doação, sendo esses doadores considerados não efetivos.

3.3 COMPARATIVO ENTRE AS MACRORREGIÕES PARA PARÂMETROS DE INSTALAÇÃO DE UNIDADES DA HEMOMINAS E OUTROS ASPECTOS

Outra reflexão possível, a partir de dados coletados no Hemocentro de Governador Valadares, refere-se aos parâmetros estabelecidos pela Fundação Hemominas (Tabelas 1 e 2 – capítulo 2), para a política de descentralização e interiorização dos serviços hemoterápicos com o estabelecimento de novas unidades da rede.

Desta vez, os dados coletados foram agrupados considerando as 16 regionais de saúde que são abastecidas pelo Hemocentro de Governador Valadares e que compõem as duas macrorregiões de referência (Leste e Nordeste). Os dados foram computados, levando-se em consideração os parâmetros estabelecidos pela Fundação Hemominas: o número de municípios, o número de leitos SUS, o número de doadores e de solicitações das respectivas regiões. O gráfico 5, abaixo, apresenta um comparativo entre as macrorregiões Leste e Nordeste de Minas, a partir desses dados.

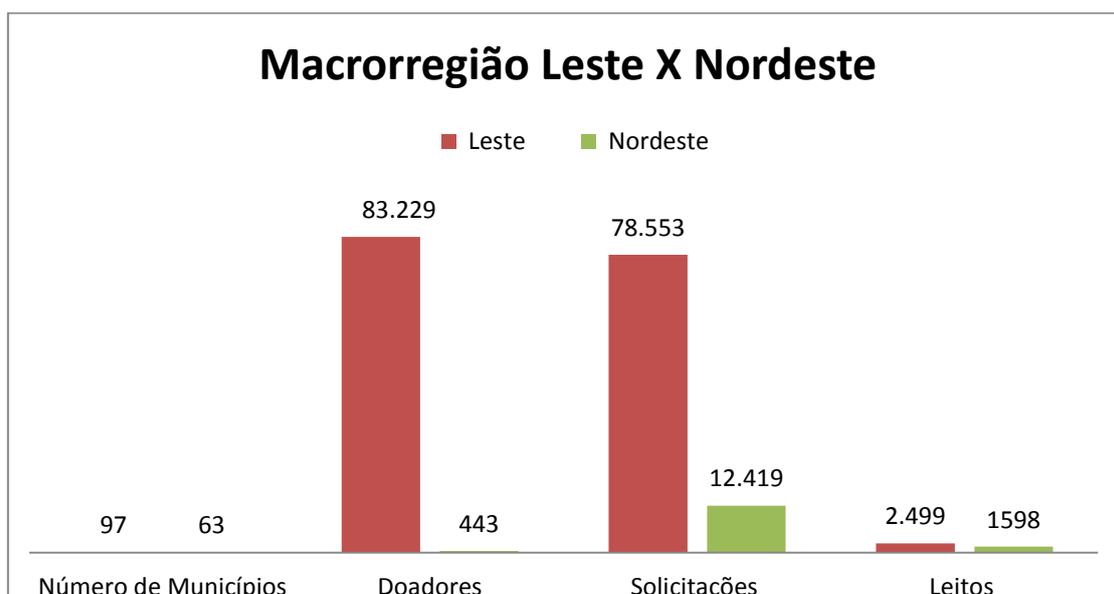


Gráfico 5. Comparativo entre as macrorregiões Leste e Nordeste de Minas em relação ao número de municípios, doadores, solicitações e número de leitos SUS. Período:2012-2016.

Em relação aos dados apresentados, podemos observar que a macrorregião de saúde leste representa 60,6% dos municípios da área de abrangência do Hemocentro de Governador Valadares; que 99,5% dos doadores que comparecem ao Hemocentro são da região; e que 86,3% das solicitações de sangue do Hemocentro são destinadas aos municípios da macrorregião leste de Minas, que conta com 61% dos leitos SUS. Esses dados possibilitam inferir que em relação à complexidade dos serviços de saúde, a macrorregião leste conta com uma maior gama de serviços de alta complexidade, em relação à nordeste.

Os dados coletados também foram agrupados por regionais de saúde considerando a população residente, os leitos SUS, o número de municípios, o número de doadores que compareceram ao hemocentro de Governador Valadares, o número de solicitações realizadas pela regional, o número de solicitações atendidas pelo Hemocentro de Governador Valadares e número de doadores efetivos. Esses dados foram dispostos nos gráficos 6 a 21 (anexo 2). Esses dados e gráficos podem contribuir, posteriormente, para uma análise dos parâmetros estabelecidos pela Fundação Hemominas, para verificar a possibilidade do estabelecimento de novas unidades da hemorrede, contribuindo com o processo ainda incompleto de descentralização e regionalização da hemorrede em Minas Gerais.

Em outra disposição dos dados coletados realizamos um comparativo entre a média para transfusão/ano definidas pela OMS, que estabelece que cada leito hospitalar gera 10 transfusões/ano; a média prevista para região que corresponde a 6 transfusões/ano e média de solicitações realizadas por cada macrorregião aqui representada, leste e nordeste, no período dos 5 anos da pesquisa. A comparação feita permite determinarmos a complexidade do atendimento à saúde em cada regional e estabelecermos parâmetros para analisar a possibilidade de expansão e regionalização da hemorrede em Minas Gerais.

De acordo com os dados coletados, obtivemos o gráfico abaixo:

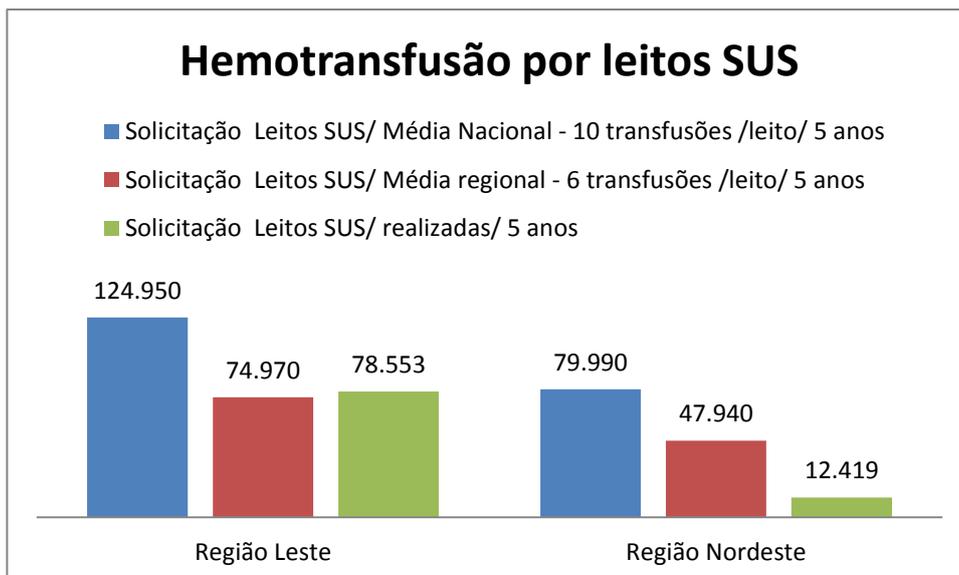


Gráfico 22. Hemotransfusão por leito SUS comparativo entre a média nacional, regional e realizadas pelas macrorregiões leste e nordeste no período de 5 anos.

De acordo com o gráfico 22, nesses cinco anos (2012-2016) a macrorregião Leste de Minas, de acordo com a média nacional, deveria ter realizado 124.950 transfusões nesse período, porém dentro da margem regional, de 6 transfusões/leito/ano, a região superou essa média, com 78.553 solicitações nesses 5 anos, representando 6,3 solicitações/leito/ano.

Já a macrorregião Nordeste, dentro da média nacional nesses 5 anos, deveria ter realizado cerca de 79.990 solicitações de hemocomponentes, mas podemos observar que essa região na realidade se encontra abaixo até mesmo da estimativa regional de 6 transfusões/leito/ano, uma vez que realizou apenas 12.419 solicitações nesse período, representando dentro dessa escala, uma média de 1,6 transfusões/leito/ano.

Diante dos dados apresentados, possibilita concluir que a macrorregião leste apresenta uma maior complexidade na rede de saúde, servindo não apenas como referência em relação aos hemocomponentes, mas também aos demais serviços de saúde.

Os dados indicam que dentro da macrorregião Leste, Governador Valadares e Ipatinga representaram juntas, em porcentagem do número de leitos/SUS e volume de solicitações de 48,1% e 58,6% respectivamente. Teófilo Otoni, dentro da macrorregião nordeste, representou em porcentagem do número de leitos/SUS e volume de solicitações 31,5% e 23% respectivamente. Observamos ainda que a macrorregião Leste

respectivamente 17 e 15 pontos teriam condição de instalação de um Núcleo Regional, e Teófilo Otoni, com 13 pontos, uma Unidade de Coleta/ Agência Transfusional. A cidade de Caratinga e a cidade de Coronel Fabriciano, embora com pontuação menor, estariam na mesma condição de Teófilo Otoni. As demais cidades indicadas atendem a especificação definida (≤ 09 pontos = Agência Transfusional/ unidade de coleta avançada) pela tabela 2.

Portanto, a leitura do gráfico permite ver que em relação aos parâmetros estabelecidos para abertura de unidades da hemorrede, os municípios não pontuaram positivamente para garantir o estabelecimento de um Hemocentro Regional, mas caberia um Núcleo Regional em um município de cada uma das macrorregiões: Leste e Nordeste de Minas.

A configuração atual, HR em Governador Valadares, explica-se, entretanto, pela forma da condução do processo de descentralização, via regionalização da saúde, no estado de Minas Gerais. Como vimos no capítulo 2, em Minas Gerais, o processo de interiorização foi norteado pela criação de regiões de saúde, representadas pelos aglomerados de municípios contíguos, formando uma rede de assistência à saúde. A hemorrede estadual também segue esse critério, estando o Hemocentro Regional de Governador Valadares abrangendo 16 regionais de saúde, com total de 160 municípios, 93 na região leste e 63 na região nordeste de Minas, como representado pelos gráficos 6 a 21.

3.4 CAMINHOS E TERRITÓRIOS PERCORRIDOS – JUNTANDO PONTOS

Diante dos dados expostos, torna-se evidente que a caracterização do perfil do território, não apenas como espaço geográfico, mas principalmente pelas suas territorialidades, considerando suas particularidades locais, como população, serviços oferecidos, facilidade de acesso, proximidade a grandes centros, além da situação política e econômica; torna-se imprescindível para uma agenda de regionalização da saúde.

Desta maneira, estamos caracterizando o território pelo seu uso, como citado por Milton Santos, “território usado”, que corresponde ao chão e à população residente, as

relações sociais, os fixos e fluxos, ordenado pelas firmas, pelas instituições e pelo próprio Estado (Milton Santos, 2003); com o intuito de avaliar a territorialização da hemorrede a partir de estratégias de análise de gestão do território, como proposto por Monkey e Barcelos.(2005).

Outra forma de definirmos o território, seria na perspectiva do território regido por normas, deveres e direito, representando uma área de expressão de poder, como indicado por Raffestin e também ressaltado por Monken e Barcelllos (2007), Moraes e Canôas. (2013).

Nessa perspectiva de território normado, convém destacar a portaria 158⁴² de 04 de fevereiro de 2016, que no artigo 1, parágrafos 1º e 2º, determina que as instituições de assistência à saúde que realizem cirurgias de grande porte, atendimentos de urgência e emergência ou que efetuem mais de 60 (sessenta) transfusões por mês e que realizem procedimentos obstétricos, devem contar com pelo menos uma AT; e as que realizem procedimentos de menor complexidade mas que se encontrem distantes de um Hemocentro, também devem contar com uma AT, para que seja garantido o tempo de viabilização do procedimento transfusional sem comprometer a assistência ao paciente; devendo-se buscar alternativas para minimizar esse risco e garantir o suporte hemoterápico necessário.

Ainda em relação ao território normado, a NOAS/SUS, estabelece requisitos mínimos para planejamento da regionalização da saúde, através do PDR, a fim de identificar prioridades, organização dos fluxos e do acesso da população aos serviços; redimensionando o território em macro e microrregiões de saúde, de acordo com nível de complexidade dos serviços, apresenta municípios pólos, representando referências no atendimento. Estabelece que as microrregiões de saúde apresentem uma população mínima de 150.000 habitantes, salvo quando a distância ou dificuldades de acesso ao pólo microrregional escolhido inviabilizassem esta escala operacional (SILVA e RAMIRES, 2010, p. 70).

O PDR também estabelece ainda, que municípios polos, não devem ficar a mais de 150 km de distância ou no máximo a duas horas de deslocamento sob condições viárias deficientes, dos demais municípios dentro de uma microrregião de saúde. Não há menção de distancia mínima para polos macrorregionais. (SILVA e RAMIRES, 2010, p. 71).

⁴²Disponível em: https://www.hemocentro.unicamp.br/dbarquivos/portaria_ms_n_158_de_04_de_fevereiro_2016.pdf

Tomando a questão da distância entre os municípios atendidos por um HR em relação à portaria 158 e a NOAS/ SUS, através do PDR, em termos práticos, teríamos que: um hospital, que não realize procedimentos de alta complexidade, mas que preste atendimento de média complexidade⁴³; como por exemplo, uma unidade de pronto atendimento (UPA), deve ter uma AT dentro da unidade de saúde. Entretanto, uma AT não coleta e não processa o sangue, ela apenas armazena o sangue coletado e processado do Hemocentro. Desta forma um novo problema seria garantir a disponibilidade de sangue em tempo viável para o paciente, considerando o volume estocado e o tempo de validade de estocagem dos hemocomponentes. Assim, um hospital distante do HR, mesmo que tenha uma AT, deve garantir a viabilização do procedimento transfusional para que a assistência ao paciente não seja comprometida.

Pelos dados coletados, observamos que a região Leste apresenta maior contingente populacional, com 63,5% de toda a população abastecida pelo Hemocentro de Governador Valadares e maior número de municípios, 97 dos 160, representando, 60,6% do total. Apresenta duas cidades mais populosas da região de abrangência do HR, Governador Valadares seguida de Ipatinga, que juntas correspondem a 50% da população total do macrorregião leste.

Levando em consideração os critérios indicados para interiorização dos serviços hemoterápicos (número de municípios, de doadores, de solicitações de hemocomponentes e número de leitos SUS), percebemos que a macrorregião leste apresenta uma rede de saúde com maior complexidade. As duas cidades mais populosas do leste, Governador Valadares e Ipatinga, são referências para serviços de alta complexidade; assim como a cidade mais populosa da macrorregião Nordeste, Teófilo Otoni, representa um polo dentro dessa região.

Além da constatação do menor número de doadores da macrorregião Nordeste ao Hemocentro de Governador Valadares, também destacamos o menor número de leitos SUS dessa região e o menor volume de solicitações de hemocomponentes; 1,6 transfusões /leitos, para uma média regional de 6 transfusões/ leitos. A situação explica a baixa complexidade dos serviços de saúde nessa macrorregião.

Em relação às regionais de saúde percebemos que as regionais de Governador Valadares, Ipatinga, Teófilo Otoni e Itaobim, se destacam nas regiões leste e nordeste de Minas, respectivamente. Este destaque leva em consideração a população residente,

⁴³ Cirurgias de pequeno porte, atendimento menos que sessenta transfusões/mês ou atendimento de urgência e emergência.

número de leitos/SUS e demanda por hemocomponentes. Dentre as regionais citadas, Governador Valadares é a sede do HR e referência para serviços de alta complexidade para a grande maioria dos municípios do leste e nordeste de Minas. Em relação à complexidade dos serviços oferecidos, a cidade de Ipatinga apresenta maior complexidade, considerando que entre todos os municípios é a única que realiza transplante de órgãos.

Dentre as regionais da macrorregião nordeste, Teófilo Otoni apresenta maior complexidade dos serviços oferecidos. Entretanto, a regional de Itaobim destaca-se no atendimento à região nordeste, especificamente no Vale do Jequitinhonha, pela maior proximidade com os municípios mais distantes ao nordeste de Minas, sendo assim muitas vezes, referência para atendimento.

Desta forma, conclui-se que muitos municípios distantes do Hemocentro de Governador Valadares, ficam descobertos em relação à assistência hemoterápica, prejudicando-se até mesmo a realização da assistência obstétrica, clínica e cirúrgica em muitos dos municípios mineiros. Sendo a distância a ser percorrida pela população, para atendimento na rede de saúde, inclusive para procedimento de doação de sangue, uma grande barreira ao acesso.

Como municípios distantes cerca de 390 Km de Governador Valadares (como Pedra Azul) podem prestar atendimento de urgência e emergência, sabendo que o paciente tem direito a uma qualidade do atendimento, que se inicia pela garantia da viabilização da transfusão de sangue, se necessária? Para esse município em questão, não havendo bolsas de sangue em estoque, a possibilidade de uma transfusão demandará cerca de 16 horas, uma vez que, o deslocamento de ida e volta até o HR de Governador Valadares, por via rodoviária, transcorrerá nesse período.

De outro lado, também em decorrência do direito do cidadão de garantia da viabilidade do atendimento, cidades com Ipatinga e Teófilo Otoni, que apresentam um serviço de alta complexidade hospitalar com transplante renal, cirurgias cardíacas, tratamento oncológico; reclamam por atendimento mais ágil, que é limitado devido ao volume e complexidade de atendimento proporcionado pelo HR às duas macrorregiões.

Outra questão preocupante diz respeito à demanda e oferta de hemocomponentes. Utilizando um conceito de Raffestin, essa questão pode ser representada por um campo operacional, onde prevalece uma problemática relacional. (Raffestin, 1993, p.32). Os municípios representam o demandante e o hemocentro o ofertante.

Assim, podemos relacionar a demanda com o maior número de leitos SUS nos municípios e a população residente, e, a oferta, representada pelas doações e disponibilidade dos hemocomponentes, que serão diretamente influenciadas pela distância entre os municípios e o Hemocentro, como constatado pelos dados apresentados na pesquisa.

Então temos uma problemática relacional: aumento do número de leitos implica em aumento da demanda dos serviços de hemoterapia: demandante x ofertante. Num processo de regionalização e expansão da assistência à saúde, com criação de novas unidades hospitalares, ocorreria, a expansão do número de leitos SUS para o interior de Minas, possibilitando que a população tivesse maior acesso aos serviços de saúde, como dimensionado pelo SUS. A expansão geraria demanda de novos serviços hemoterápicos para garantir a expansão com qualidade e com segurança para o paciente, via interiorização também da hemorrede.

Diante dos dados levantados e da situação avaliada, e considerando as territorialidades relacionadas à hemorrede do leste de Minas Gerais, quanto a disparidade entre o volume de doadores das macrorregiões e da distância entre os municípios ao HR de Governador Valadares; poderíamos facilmente supor que uma redefinição da hemorrede dentro desta região resolveria os problemas levantados. Entretanto, a questão não é algo assim tão simples.

Silva e Ramires (2010, p. 67) avaliam que o conceito de região, utilizado pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais, “privilegia a questão dos fluxos, e em menor escala, o perfil demográfico e epidemiológico dos diferentes municípios”. Por essa concepção a construção de uma rede, como a de saúde, “leva em consideração a economia de escala como forma de otimizar a oferta de serviços, sobretudo daqueles que requerem maior complexidade tecnológica”.

Os mesmos autores reconhecem que

Apesar do grande esforço no sentido de incorporar as categorias geográficas de espaço, região, território e redes, observa-se uma fragilização conceitual de algo que é fundamental nas políticas de saúde, ou seja, a sua geografização. Os aspectos subjetivos, as relações de poder, os interesses e conflitos políticos não aparecem na arena de discussão do processo de regionalização. Os objetivos do PDRS-MG, microrregiões com população mínima de 150.000 habitantes (muitas delas não possuem este mínimo) e o máximo de 150 km ou duas horas de distância para atendimento foram parcialmente alcançados, pulverizando-se polos microrregionais pelo Estado, privilegiando o acesso ao ganho de escala. (SILVA e RAMIRES, 2010, p. 72).

Concordando com a avaliação feita por Silva e Ramirez (2010) e tomando as marcações propostas pelos autores Unglert(1993), Monken e Barcellos(2005), de que o território definido pelo seu perfil é um espaço dinâmico em constante construção, com particularidades locais, condições econômicas e sociais, problemas de saúde e distribuição de serviços, dentre outros aspectos; defendemos nova pactuação política pela rede de saúde em Minas Gerais, especialmente no que diz respeito á impletação da hemorrede. Se, como apresentamos no capítulo 1, a regionalização na saúde supõe mudanças na distribuição do poder e o estabelecimento de uma co-gestão entre diferentes atores sociais (governo, agentes, instituições, cidadãos) no território (VIANA, 2010), será necessário que esses atores se disponham a uma pactuação que supere “a visão técnico-burocrática que permeia a maioria das políticas de saúde e a elaboração de planos diretores de regionalização.” (SILVA e RAMIREZ, 2010, pag. 77) .

Nesse sentido o projeto de regionalização dos serviços de saúde em Minas Gerais, e dentro dele, a melhoria de configuração da hemorrede (territorialização), cuja efetivação garantiria à população o acesso aos serviços de saúde, com maior grau de eficiência e efetividade, cumprindo os três princípios básicos do SUS: equidade, integralidade e universalidade; deve levar em conta critérios e cenários tanto políticos, técnicos e culturais. Este ainda é um desafio a ser enfrentado.

CONCLUSÃO

Ao projetar este estudo tinha em mente a defesa da instalação de um Hemocentro Regional em Ipatinga, cidade polo no Vale do Aço, e área de abrangência do HR de Governador Valadares. Minha defesa se baseava na experiência prática de lidar com as urgências médicas que dependiam do atendimento hemoterápico do HR, nem sempre agilizadas, embora a distância entre as duas cidades seja bastante razoável.

A coleta de dados realizada, sua disposição em gráficos e análise, trouxe-nos uma dimensão mais real da configuração da hemorrede mineira, e em especial do HR de Governador Valadares, diferente do que imaginávamos. Nossa defesa pura e simples da necessidade de implementação de um HR em Ipatinga esbarrou em critérios estabelecidos e pactuação política entre atores diversos, que demandariam ações mais complexas do que somente reivindicação bem intencionada.

O primeiro movimento para o entendimento da configuração da hemorrede mineira e do HR em Governador Valadares passou pela compreensão de sua relação com o processo de interiorização dos serviços de saúde, via SUS, não só em Minas, mas também no Brasil. Portanto, a reflexão inicial nos fez buscar o histórico e o encaminhamento do processo de regionalização dos serviços de saúde, no Brasil, via implementação do SUS.

A implementação da rede SUS, com base na descentralização e hierarquização, efetivada pela regionalização dos serviços, conferiu atribuições específicas a cada esfera do governo, pela pactuação entre os gestores e pelo estabelecimento de responsabilidades e respectivas competências.

Essa hierarquização de responsabilidades e atribuições (e também de poder) baseou-se numa concepção territorial de organização, implementação, funcionamento e gestão dos serviços públicos. Nesse sentido, os conceitos geográficos de território, territorialização e territorialidades, se tornaram apropriados para a definição de políticas públicas de saúde, tanto em termos nacionais, como estaduais e municipais. Como vimos no capítulo 1, a implementação do SUS sustentou-se em três pilares: a rede corresponde à disposição e integração entre os serviços de saúde, a regionalização representando as regiões de saúde dentro do processo de descentralização das ações e serviços em saúde e a hierarquização referente aos níveis de complexidade dos serviços.

Assim, retomando a discussão do capítulo 1, a descentralização via regionalização tem como diretriz norteadora a criação de regiões de saúde que são representadas por um aglomerado de municípios contíguos, com características culturais, sociais e demográficas, que formam a rede de atenção à saúde, integrando as ações destas regiões, garantindo a descentralização do SUS, com maior equidade na alocação dos recursos e no acesso à população, através da articulação dos municípios, estados e União.

Em Minas Gerais, o processo de interiorização e territorialização dos serviços de saúde pública atendeu a mesma lógica que conduzia o processo nacional, e não poderia ser de outro modo, pois são processos interdependentes.

Então, em Minas Gerais o processo de interiorização da rede de serviços de saúde também teve lógica territorial em que o conceito de região adotado pela SES/MG “refere-se a um espaço ou área geográfica definida por um conjunto de municípios circunvizinhos, normalmente ligados a um município cujos equipamentos, urbanos e de saúde, exercem força de atração (Polo).” (MINAS GERAIS, 2003, p.11). Essa concepção de região conduziu o processo de criação das regiões de saúde no estado, e hoje, pode-se avaliar o avanço da rede de serviços, mas também de problemas relacionados à condição de assistência à saúde prestada.

Foi nesse cenário que chegamos à rede hemoterápica estadual, coordenada pela Fundação Hemominas. E, por conseguinte ao perfil e funcionamento do HR de Governador Valadares.

A caracterização das territorialidades relacionadas ao HR de Governador Valadares, que entendemos como os registros do hemocentro quanto ao número de doadores, quantidade de hemocomponentes solicitados e dispensados no período de 2012 a 2016, a população de cada município, o número de leito SUS e da demanda de sangue de cada município, segundo a OMS por leito SUS/anual; permitiu-nos uma visão da macrorregião leste e nordeste de Minas em relação à hemorrede.

A identificação das territorialidades em relação à hemorrede nos possibilitou mais uma vez, ratificar a importância da complementaridade entre os municípios, entre as micro e macrorregiões, como definido por PAIM, 1998. Essa complementaridade é a representação do sistema de referência e contra-referência e dos níveis de complexidade dos serviços de saúde, garantindo o acesso e otimizando os recursos públicos.

Além da compreensão das territorialidades correlacionadas a nosso objeto de estudo – o HR de Governador Valadares, definimos também o território pelo seu uso,

com descrito por Milton Santos e o território normado, definido por Raffestin, regido por leis, normas relações de poder.

Assim, buscando responder ao objetivo da pesquisa, analisar a cobertura hemoterápica na hemorrede do leste de Minas Gerais e como se implementaram os serviços de hemoterapia no processo de regionalização da saúde pública a partir da posição e do papel dos hemocentros na rede de saúde pública – SUS, com foco no HR de Governador Valadares; acabamos por fazer um mapeamento do funcionamento do HR para o período compreendido entre os anos de 2012 e 2016.

Nossa intenção em avaliar a capacidade de abastecimento do HR de Governador Valadares, através da análise da oferta e demanda de hemocomponentes e identificação dos parâmetros estabelecidos pela Hemominas, para considerar a possibilidade de expansão da hemorrede; relacionava-se ao nosso anseio de sugerir uma expansão da rede considerando cidades dependentes do HR de Governador Valadares que seriam potenciais candidatas para expansão. Os resultados encontrados nos mostraram, entretanto, uma situação complexa.

Pela análise realizada, o HR de Governador Valadares, atendeu a 79,6% de todas as solicitações realizadas no período, o que não é pouco. Mas também encontramos uma série de problemas enfrentados pelo HR que são reflexo das dificuldades enfrentadas tanto pela hemorrede quanto pelos demais serviços de saúde no processo de regionalização. Desafios com baixos recursos para ampliação da rede, a grande diversidade cultural (que nem sempre é levada em conta), as diferentes territorialidades socioeconômicas e políticas, e a enorme extensão territorial; prejudicam o atendimento de forma universal, integral e equitativo da população referência, como preconizado pelo SUS.

Desse modo, entendemos que para o processo de interiorização da rede hemoterápica em Minas Gerais, uma nova pactuação política seria necessária, para implementação de novas unidades da hemorrede nas macrorregiões leste e nordeste.

Pela análise dos dados, seria estratégico uma unidade da hemorrede no nordeste de Minas; seja um hemocentro ou mesmo uma unidade de coleta avançada, para aumentar o número de doações dessa região e garantir estoque de hemocomponentes na tentativa de atender um maior número de solicitações. Embora, considerando que uma unidade de coleta avançada resolveria apenas no volume de doações, ficando ainda o nordeste de Minas prejudicado pela distância ao hemocentro de Governador Valadares, o que limita o avanço de outros serviços de saúde nessa macrorregião.

A região leste, também poderia contar com novas unidades da hemorrede. Um posto de coleta avançado na região do Vale do Aço contemplaria as regionais de saúde de Ipatinga, Coronel Fabriciano e Timóteo, aumentando assim o número de doações, devido à grande demanda dessa região e do menor número de doações em relação à demanda ou até mesmo um HR, pela complexidade dos serviços na região, o que novamente reduziria a sobrecarga sobre o hemocentro de Governador Valadares.

Percebemos assim, que a hipótese levantada nesse estudo, de que a capacidade de atendimento da Hemorrede Leste de Minas às demandas regionais estaria relacionada com os critérios de seu estabelecimento dentro da política de regionalização do SUS, foi parcialmente comprovada. No que diz respeito aos objetivos de interiorização, via regionalização dos serviços de saúde, podemos dizer que a implementação da hemorrede mineira responde aos objetivos gerais de atendimento mais equitativo e integral à população. Mas no que diz respeito à funcionalidade e configuração, o estabelecimento da hemorrede não seguiu exatamente os critérios estabelecidos pela NOAS, considerando a pontuação definida pela tabela de orientação da Hemominas. Nesse caso entendemos que é preciso levar em conta as pactuações e interesses políticos regionais e institucionais, para melhores esclarecimentos.

Enfim, nosso trabalho deixa questões em aberto, que se tornam desafios para futuras reflexões. Nossa expectativa é de que os processos, ainda incompletos, de interiorização e regionalização dos serviços de saúde pública (SUS), possam cumprir seus objetivos finais de universalidade, integralidade e equidade.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, E. P. Uso do território brasileiro e os serviços de saúde no período técnico-científico-informacional. São Paulo, 2005. 313 f. Tese (Doutorado em Geografia Humana) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC 151, de 21 de agosto de 2001. Aprova o Regulamento Técnico sobre níveis de complexidade dos serviços de Hemoterapia, que consta como anexo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2001c. Seção 1. p. 29-31.

_____. Conselho Nacional de Saúde Ministério da Saúde. Para entender o Controle Social na Saúde Brasília - DF 2013. Disponível em: >
www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 223 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 4). ISBN: 978-85-89545-641-8. 1. SUS (BR). 2. Média e Alta Complexidade. Disponível em: <
www.conass.org.br/biblioteca/assistencia-de-media-e-alta-complexidade.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 22 abr. 2017.

_____. Decreto n.º 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 Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil: 29 jun.2011.

_____. Departamento de Atenção Especializada, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Gestão de hemocentros: relatos de práticas desenvolvidas no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

_____. Gabinete do Ministério. Portaria Nº 158, de 04 de fevereiro de 2016. DOU de 05/02/2016 (nº 25, Seção 1, pág. 37). Disponível em https://www.hemocentro.unicamp.br/.../portaria_ms_n_158_de_04_de_fevereiro_2016.

_____. Gabinete do Ministério. Portaria Nº 3.409, de 05 de agosto de 1998. DO 149, de 6/8/98. Disponível em > www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_cg/GM_P3409_98_alta%.

_____. Gestão da Atenção Básica nas Cidades. In: NETO. E. R; BOGUS. C. M. Saúde nos

aglomerados urbanos: uma visão integrada. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/6580>>. Acesso em: 07 jan. 2017.

_____. Lei n.º 6.439, de 1º de setembro de 1977. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 02 dez. 1977.

_____. Lei n.º 8.080, 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: 20 set. 1990.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001. Brasília (DF), 2001.

_____. Ministério da Saúde. Guia implementar para avaliação dos serviços de hematologia e hemoterapia na perspectiva do Programa Nacional de Qualificação da Hemorrede. Brasília – DF, 2016. Disponível em: > www.bvsms.saude.gov.br/bvs/.../guia_implementar_avaliacoes_servicos_hematologia.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS SUS 01/2002. Brasília, (DF): 2002.

_____. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. PLANASHE: Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados: 1988/1991, s.d.78p. Disponível em : > www.pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-4940.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2. edição. Brasília, DF, 2002. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Manual de orientações para promoção da doação voluntária de

sangue / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. – 1. edição. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. Terminologia básica em saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. – Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Gestão ambiental: ecoeficiência e produção mais limpa nas práticas da hemorrede pública nacional: Curso de Especialização em Gestão Ambiental com Ênfase em Produção Mais Limpa para a Hemorrede Pública Nacional: artigos de conclusão do curso / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: instrumentos básicos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – 2. edição. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Painel de indicadores do SUS n^o8. Temático Regionalização da Saúde. Volume V. Brasília, DF, 2013.

_____. 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. 2. ed. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos.).

_____. Painel de Indicadores do SUS n^o8. Temático Regionalização da Saúde. Brasília – DF Novembro de 2013.

_____. SUS – Instrumento de Gestão em Saúde, Ministério da Saúde, secretaria executiva, Brasília, 2002.

CIOFFI, J. G. M.; MENICUCCI, T. M. G. Avaliação da Eficácia e da Eficiência da Fundação Hemominas na Execução da Política do Sangue no Estado de Minas Gerais. In.: 30^o Encontro da ANPAD – EnANPAD. Anais... Salvador, Setembro 23-27, 2006

COELHO, H.V.; DE MIRANDA, R. R. A Visão Contemporânea De Território Na Perspectiva Materialista. Ensaios de Geografia, v. 3, n. 6, p. 19-38, 2015.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. Physis, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.343-362. 2004.

CRESPO, M.P. Um estudo sobre o conceito de território na análise geográfica. Instituto Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes –RJ, 2010.

DE QUEIROZ, T. A. N. Espaço Geográfico, Território Usado E Lugar: Ensaio Sobre O Pensamento De Milton Santos. Para Onde!?, v. 8, n. 2, p. 154-161.2014.

DUARTE, L.S. et al. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. Saúde soc. [online]. 2015, vol.24, n.2, pp.472-485.

FARIA, R. M. de. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Uberlândia, Hygeia, v. 9, n. 16, p. 131-147, 2013.

FARIA, R. M. e BORTOLOZZI, A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil. Curitiba; Editora UFPR, n. 17, p. 31-41, 2009.

FERNANDES, D. Território e Territorialidade: algumas contribuições de Raffestin. Revista Perspectivas em Políticas Públicas, v. 2, n. 4, p. 59-68, 2009.

FUINI, L. L.. Território e territórios na leitura geográfica de Milton Santos. Brazilian Geographical Journal: Geosciences and Humanities research medium, v. 6, n. 1, p. 253-271.

MINAS GERAIS. (Estado). Plano mineiro de desenvolvimento integrado 2007-2023. Rona, 2007.

_____. Secretaria Estadual da Saúde. Conselho Estadual de Saúde. Plano diretor de regionalização: PDR Minas Gerais 2003-2006. Belo Horizonte, 2003. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br:8180/saude/Downloads/AGE/novoPDR.pdf>. Acesso em: Dezembro 2017

_____. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Plano Estadual de Saúde 2008-2011. Belo Horizonte, MG, 2008. 164 p. Disponível em: <http://www.marcuspestana.com.br/upload/publicacao/2650085f8580af7bde2f01da06010cea.pdf>. Acessado em janeiro. 2018.

GONDIM, G. M.M. et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 237-255, 2008.

GONDIM, G. M. M e MONKEN, M. Territorialização em Saúde. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>>. Acesso em: 16 nov. 2016.

HAESBAERT, R. O Mito da Desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

JUNQUEIRA, P.C; ROSENBLIT, J.; HAMERSCHLAK, N. Historia da Hemoterapia no Brasil. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia 2005; 27(3):201-207.

KOGA, Sunaó Leonardo. Avaliação do desempenho das unidades da Fundação Hemominas por meio da análise envoltória de dados. 2013. 113 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2013.

LIMA, Nízia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões. In: Finkelman J, organizador. Caminhos da Saúde Pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 23-106.

MALACHIAS, I. et al. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MATTA, G.C; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. 2009. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio. César Franca. Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau>. Html. Acesso em: 13 JUL. 2017.

MENDES, E. V. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário. Brasília: OPS. Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde. 10: 7-19, 1993.

_____. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, 2010.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 35-39, abr. 2014. ISSN 1984-4840. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597> Acesso em: 19 jan. 2018.

MENEZES, A. G. Comportamento do doador de sangue: aspectos experienciais e motivacionais [dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade Novos Horizontes; 2013.

MERCADANTE, O.A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: Finkelman J, organizador. Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p.235-313.

MONKEN, M.;BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas, 2005.

MONKEN, M. et al. O território em saúde: construindo referências para análises em saúde e

ambiente. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.

MORAES, D. E; CANÔAS, S. S. O conceito de “território” e seu significado no campo da atenção primária à saúde. Revista de Desenvolvimento Social. n. 9, v. 1, 2013.

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z.M.A; VIEIRA DA SILVA, L.M. Avaliação em saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de saúde. Rio de Janeiro, Salvador: Editora Fiocruz, EDUFBA; 2005. 9 - 10 p. Disponível em: < <http://static.scielo.org/scielobooks/3zcf/pdf/hartz-8585676361.pdf>>. Acesso em: 04 jan. 2017.

_____. Gestão da atenção básica nas cidades. In: NETO, E.R.; BÓGUS, C.M. Saúde nos aglomerados urbanos: uma visão integrada. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003b. p.183-210.

_____. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil – Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília – Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44.

_____. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. SCIELO-EDUFBA, 2006.

PEREIRA, M. P. B.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. Hygeia: Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde, v. 2, n. 2, 2006.

PIRES, E.LS; MÜLLER, G.; VERDI, A. R. Instituições, territórios e desenvolvimento local: delineamento preliminar dos aspectos teóricos e morfológicos. Geografia, Rio Claro, v. 31, n. 3, p. 437-454, 2006.

PROIETTI, Anna Bárbara de Freitas Carneiro; MEDEIROS Cláudio; CIOFFI Júnia Guimarães Mourão; GUERRA Kelly Nogueira; FONTANEZ Rita. Hemominas. In: MARQUES [org.] Antônio Jorge de Souza O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte : Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

RABELLO, A.M.V. Organizações públicas da área da saúde: os desafios da Fundação Hemominas / Ana Maria Valle Rabello. Belo Horizonte, 2006. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas. Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

RAFFESTIN, C. Por uma Geografia do Poder. São Paulo: Ática, 1980.

RODRIGUES, R.S.; REIBNITZ, K.S. Estratégias de captação de doadores de sangue: Uma revisão integrativa da literatura. Enferm, Florianópolis, 2011 Abr-Jun; 20(2): 384-91.

RODRIGUES, R.S.M.; LINO, M.M; REYBNITZ, K.S. Estratégias de captação de doadores de sangue no Brasil: um processo educativo convencional ou libertador? Sau. & Transf. Soc.,

ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.1, n.3, p.166-173, 2011.

SANTOS, M. Por uma Geografia nova: Da crítica da Geografia a uma Geografia crítica. SP: Edusp, 1978.

_____. A revolução tecnológica e o território: realidades e perspectivas. Terra Livre, AGB, São Paulo, 9, p. 7-17, jul.-dez 1991.

_____. O retorno do território. In: SANTOS, Milton; SOUZA, Maria A. A.; SILVEIRA, Maria L., Território: Globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec/Anpur, 1993.

_____. A natureza do espaço: Técnica e tempo, razão e emoção. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. Por uma outra globalização: Do pensamento único à consciência universal. SP/RJ: Record, 2000a.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M. L. O Brasil: Território e sociedade no início do século XXI. São Paulo/Rio de Janeiro: Record, 2001.

SAQUET, M. A.; DA SILVA, S.S. Milton Santos: Concepções de Geografia, Espaço e Território. Geo UERJ, v. 2, n. 18, p. 24 à 42, 2011.

SILVA, C.B; RAMIRES, J.C.L. Regionalização da saúde em Minas Gerais: algumas reflexões críticas. Hygeia 6(11):60 - 79, Dez/2010.

SILVA, E. C.; GOMES, M. H.A. Regionalização do sus no grande abc: compreendendo a relação entre oferta e demanda de serviços de saúde. Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS Vol. 3, N. 1. Janeiro/Junho. 2014. Pag.70-81.

SOUZA, M.A.A. Uso do território e saúde: refletindo sobre “municípios saudáveis”. In: Sperandio AMG, organizadora. O processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas: IPES Editorial; 2004. p. 127-159.

SOUZA, M.A. et al. Fundação Hemominas 1985-2007/ Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais - Belo Horizonte: Fundação Hemominas, 2007.

SOUSA, R.R. O Sistema Público de Saúde Brasileiro, Seminário Internacional. Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002.

TEIXEIRA CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Cadernos de Saúde Pública. 2002;18 [suplemento]:S153-S62.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Inf. Epidemiol. Sus* [online]. 1998, vol.7, n.2, pp.7-28.

TRAVASSOS, C. et al. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):133-149, 2000.

UNGLERT, C.V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 24, n. 6, p. 445-452, 1990.

_____. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES (org) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das praticas sanitárias do SUS*. São Paulo/ Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

VIANA, A.L.A; LIMA, L.D; FERREIRA, M.P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência & Saúde Coletiva* 15: 2317-26; 2010.

VIEIRA, F. S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, Oct. 2009.

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 19 Janeiro de 2018.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000800030>.

WEIGERT, D. M.; CORDEIRO, E. A. L.; KTONISKI G. Educação em saúde e doação de sangue. In: VII JORNADA DE SOCIOLOGIA DA SAÚDE - Saúde como objeto do conhecimento: história e cultura. Curitiba, 08 de novembro de 2013.

ANEXOS

Anexo 1

Tabela de Modalidades de atendimento a estabelecimentos de saúde

(Elaborada cf. informações do site oficial: <http://www.hemominas.mg.gov.br/unidades-e-contratantes/rede-hemominas/hemocentro/governador-valadares>)

Modalidade: AT - Agência Transfusional
1. Associação de Caridade Nossa Senhora do Carmo - Hospital Imaculada Conceição – Guanhães
2. Associação Beneficente Hospital Santa Rita - Medina
3. Associação dos Amigos do Hospital Itanhomi - AAHI - Hospital São Vicente de Paulo de Itanhomi - Itanhomi
4. Associação Hospital São Miguel - Jequitinhonha
5. Associação Hospitalar Nossa Senhora dos Anjos - Itambacuri
6. Associação Hospitalar São Sebastião de Tarumirim - Tarumirim
7. Associação Mineira de Assistência à Saúde – AMINAS - Bom Jesus de Galho
8. Associação Prefeito Hélcio Valentim de Andrade – Conselheiro Pena
9. Beneficência Social Bom Samaritano – Governador Valadares
10. Fundação Hospitalar Bom Pastor - Jacinto
11. Fundação Deraldo Guimarães - Hospital Deraldo Guimarães - Almenara
12. Fundação Hospitalar Mendes Pimentel – Mendes Pimentel
13. Fundação Municipal de Saúde de São João Evangelista – São João Evangelista
14. Hospital da UNIMED Vale do Aço – Coronel Fabriciano
15. Associação de Proteção à Maternidade e à Infância de Felisburgo - Hospital de Felisburgo - Felisburgo
16. Hospital e Maternidade Gecy R. Gomes S/A - Nanuque
17. Hospital e Pronto Socorro Municipal Renato Azeredo - Nanuque
18. Hospital Evangélico de Mantena - Mantena
19. Hospital Jesus Menino – Central de Minas
20. Hospital Lourenço Westin - Carlos Chagas
21. Hospital Municipal Antônia Grapiúna - Joáima
22. Hospital Municipal Dr. Carlos Marx - Prefeitura Municipal de Malacacheta
23. Hospital Nossa Senhora Auxiliadora - Caratinga
24. Hospital Nossa Senhora Mãe da Igreja – Padre Paraíso
25. Hospital Santo Antônio - Peçanha
26. Hospital São Lucas de Governador Valadares Ltda – Governador Valadares
27. Hospital São Lucas de Itabirinha – Itabirinha
28. Hospital São Vicente de Paulo de Águas Formosas - Águas Formosas
29. Hospital Vale do Jequitinhonha - Itaobim

30. Hospital Municipal de Ipatinga - Ipatinga
31. Sociedade Beneficente do Hospital São Sebastião de Inhapim - Inhapim
32. Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital e Maternidade Vital Brazil - Timóteo
33. Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital Nossa Senhora do Carmo - Resplendor
34. Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital São Camilo – Coronel Fabriciano
35. Sociedade Beneficente São Camilo - Hospital São José e São Camilo - Aimorés
36. Hospital São Vicente de Paulo de Mantena - Mantena
37. Hospital São Vicente de Paulo de Araçuaí - Araçuaí
38. Hospital Metropolitano UNIMED - UNIMED vale do Aço Cooperativa de Trabalho Médico – Coronel Fabriciano
39. Hospital Santa Maria Eterna – Santa Maria do Suaçuí
40. Fundação Educacional de Caratinga - FUNEC
41. Município de Coronel Fabriciano - Hospital Dr. José Maria Morais

Modalidade: AH - Assistência Hemoterápica
--

1. Associação de Proteção e Assistência à Maternidade e à Infância e Hospital São José – Virginópolis
2. Associação Protetora da Infância de Itambacuri - Hospital Tristão da Cunha - Itambacuri
3. Casa de Saúde Divino Espírito Santo S/A - Caratinga
4. Hospital Nossa Senhora das Graças Ltda. - Casa de Saúde Maternidade Nossa Senhora das Graças – Governador Valadares
5. UNIMED de Governador Valadares Cooperativa de Trabalho Médico Ltda – Governador Valadares
6. Clirenal Ltda - Caratinga
7. Município de Governador Valadares - Hospital Municipal de Governador Valadares

Modalidade: EV - Eventual

1. Fundação Francisco Xavier - Hospital Márcio Cunha - Ipatinga

Anexo 2

Gráficos das 16 regionais de saúde das macrorregiões do leste e nordeste de Minas, áreas de abrangência do hemocentro regional de Governador Valadares.

Fonte dos dados: DATASUS (ano 2012) e dados coletados do bando de dados do hemocentro regional de Governador Valadares nos anos de 2012-2016.

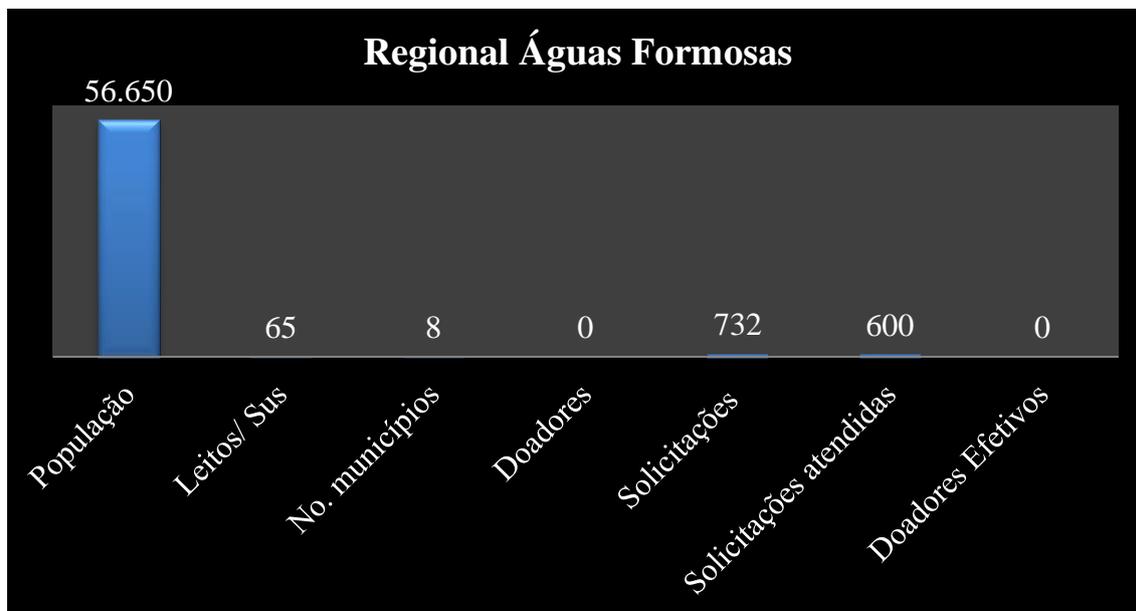


Gráfico 6. Representação da regional de saúde de Águas Formosas.

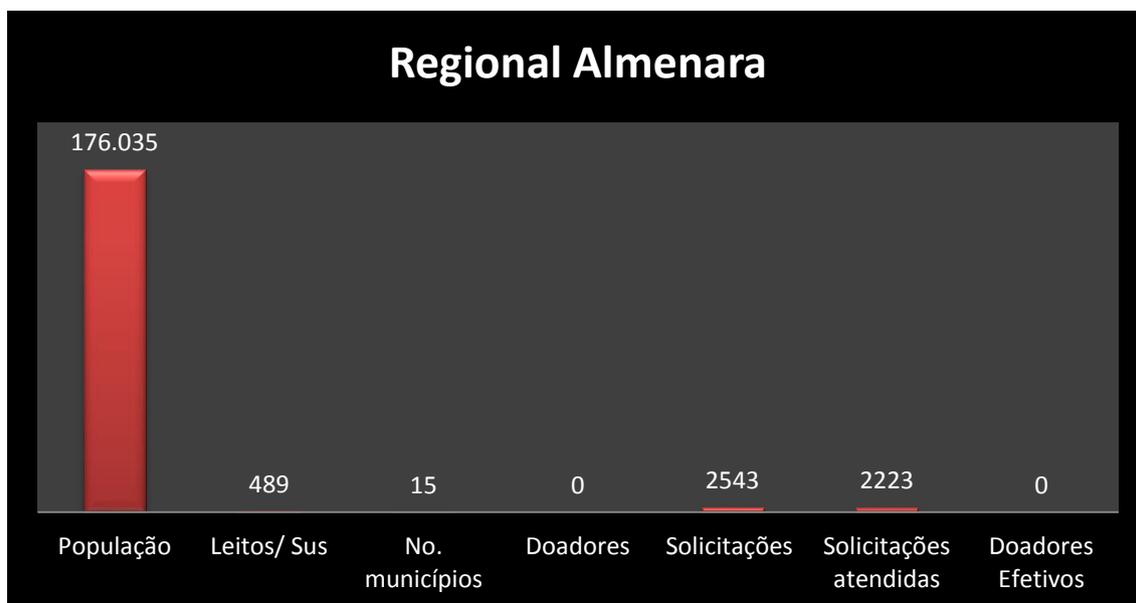


Gráfico 7. Representação da regional de saúde de Almenara.

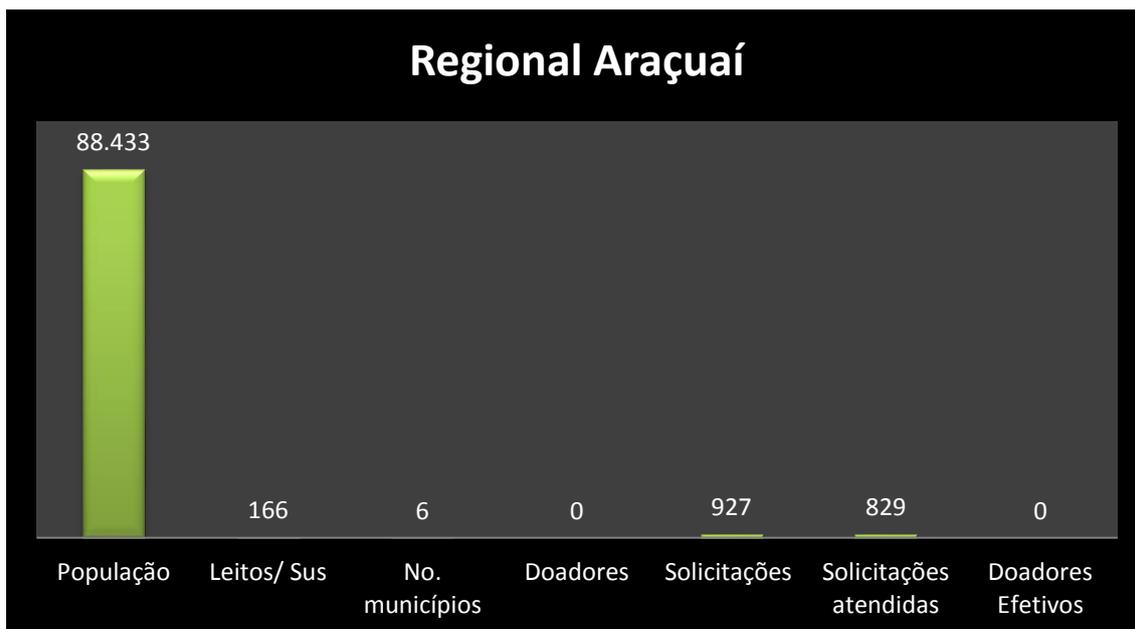


Gráfico 8. Representação da regional de saúde de Araçuaí.

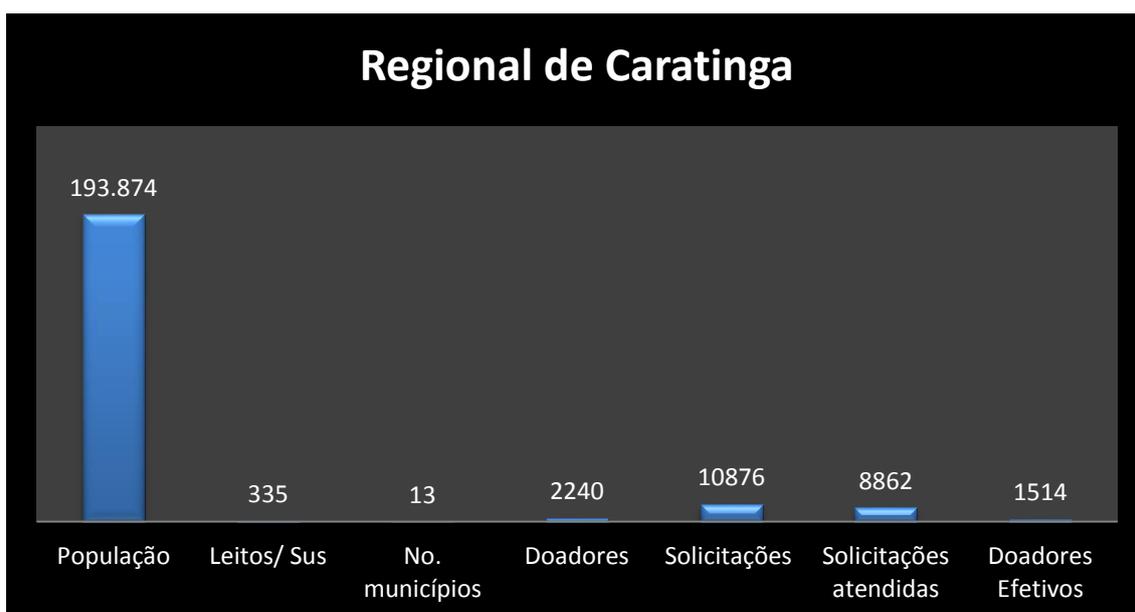


Gráfico 9. Representação da regional de saúde de Caratinga.

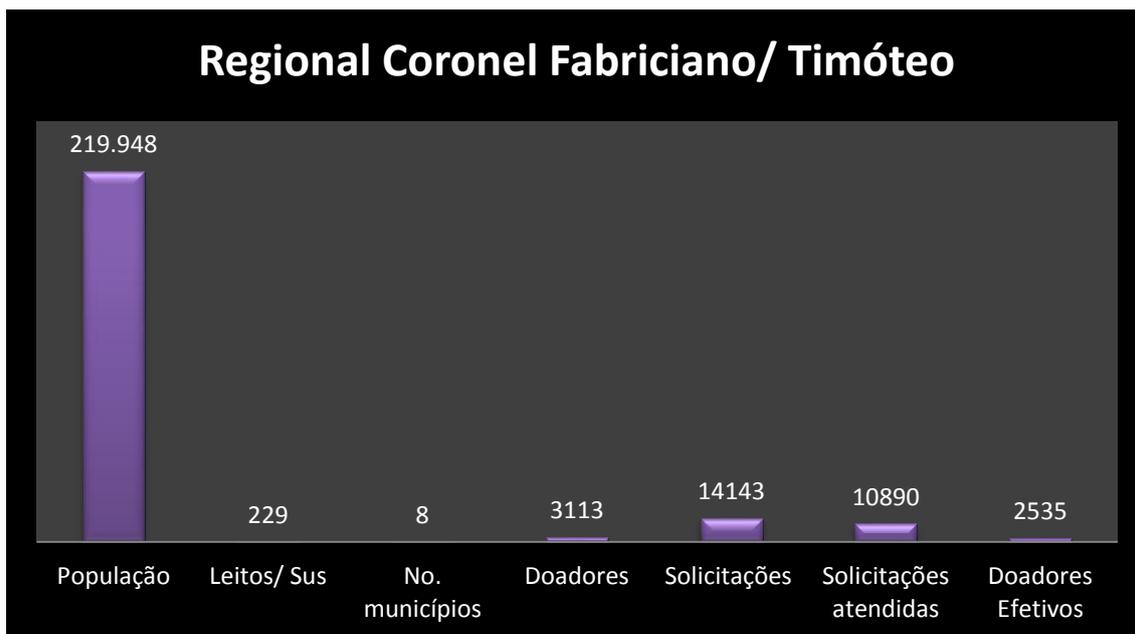


Gráfico 10. Representação da regional de saúde de Coronel Fabriciano e Timóteo.

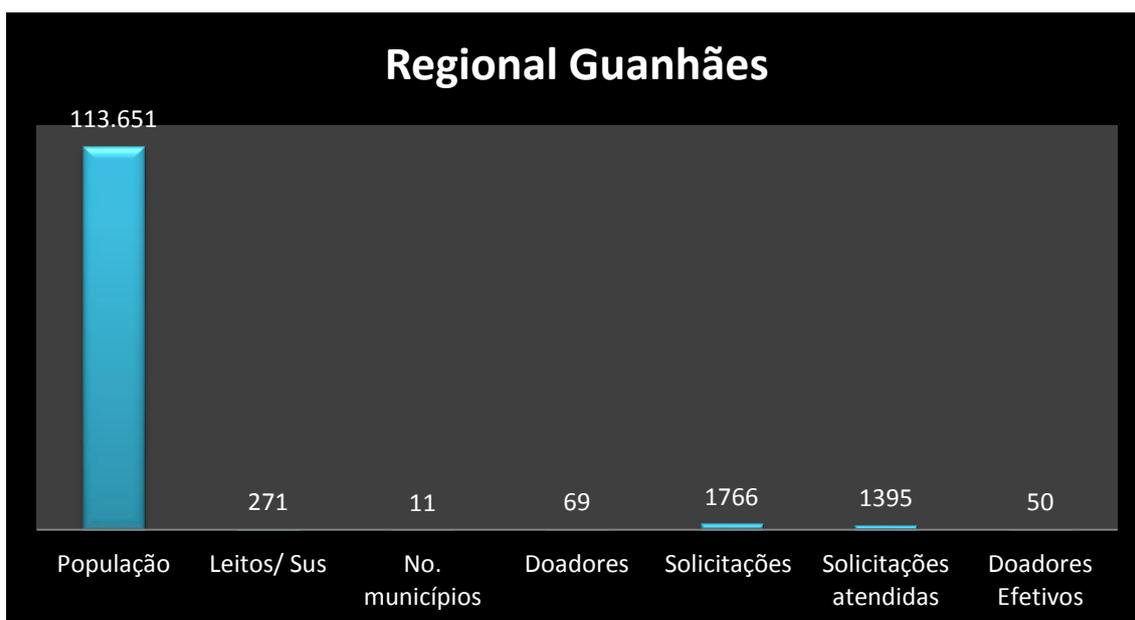


Gráfico 11. Representação da regional de saúde de Guanhães.

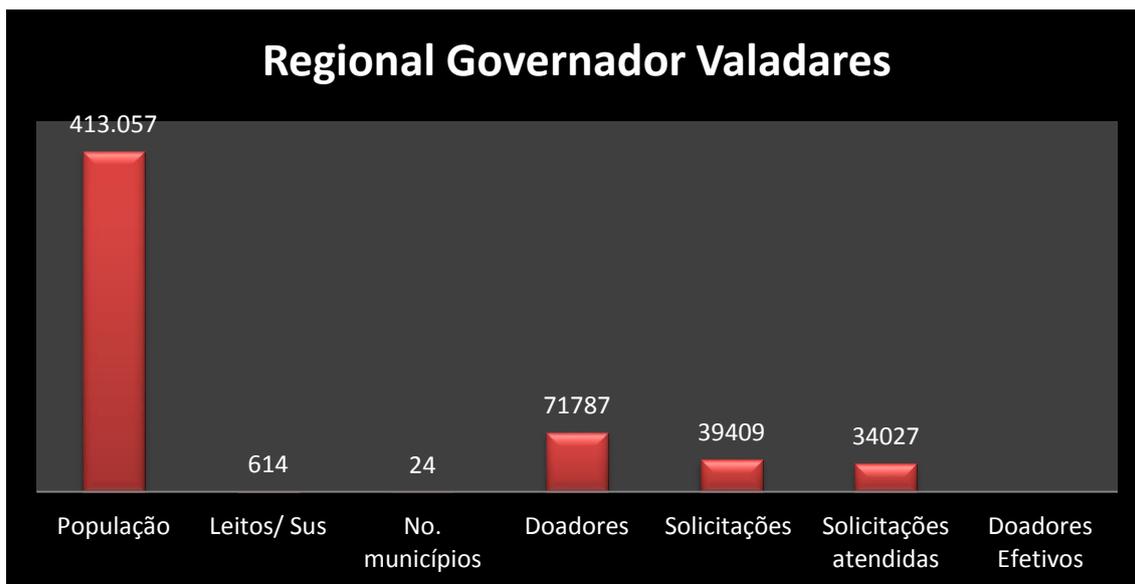


Gráfico 12. Representação da regional de saúde de Governador Valadares.

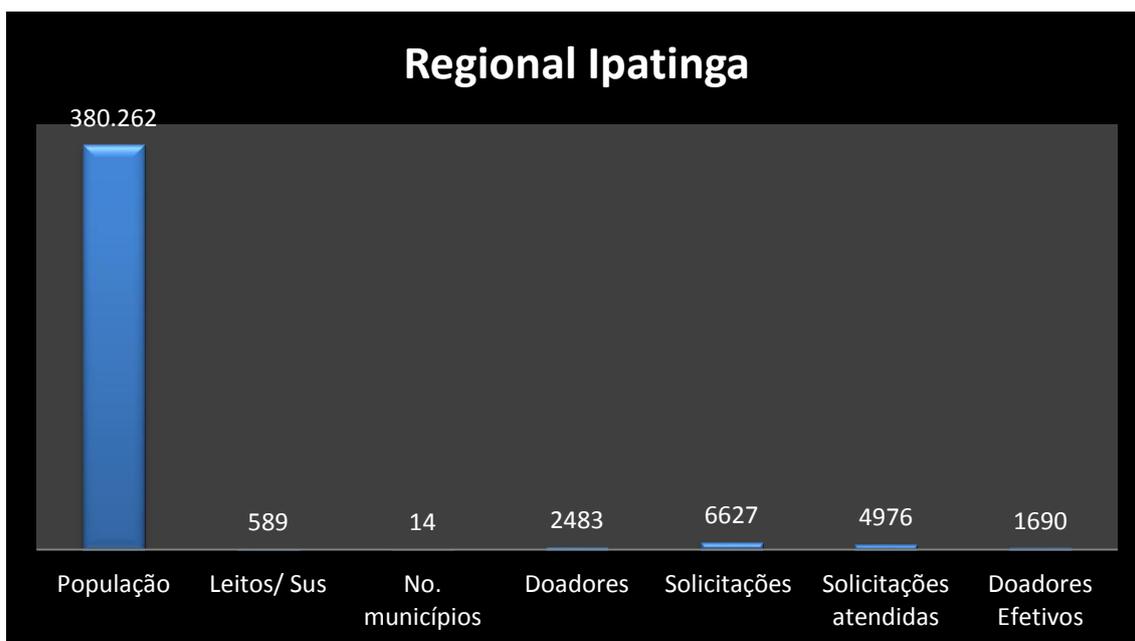


Gráfico 13. Representação da regional de saúde de Ipatinga.

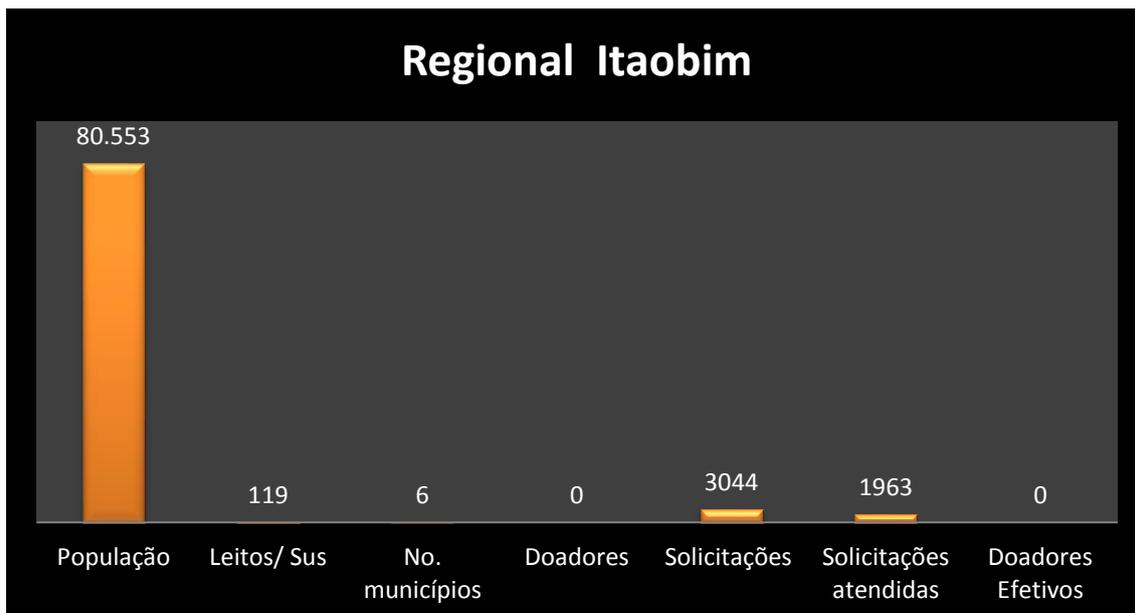


Gráfico 14. Representação da regional de saúde de Itaobim.

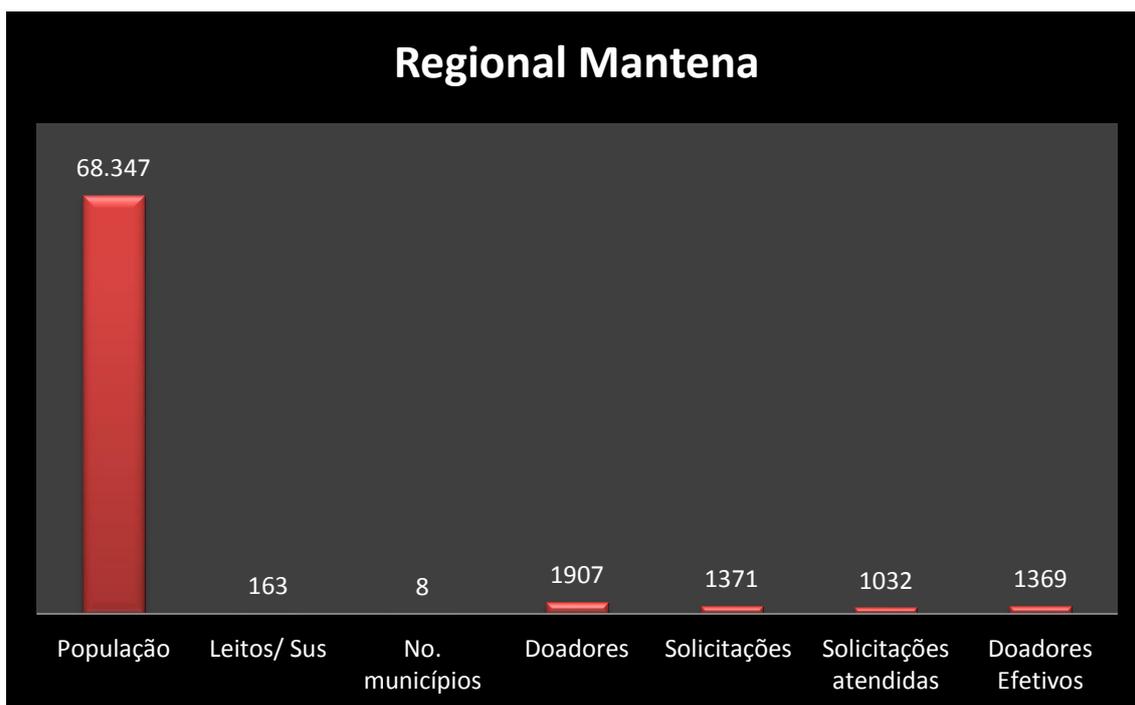


Gráfico 15. Representação da regional de saúde de Mantena.

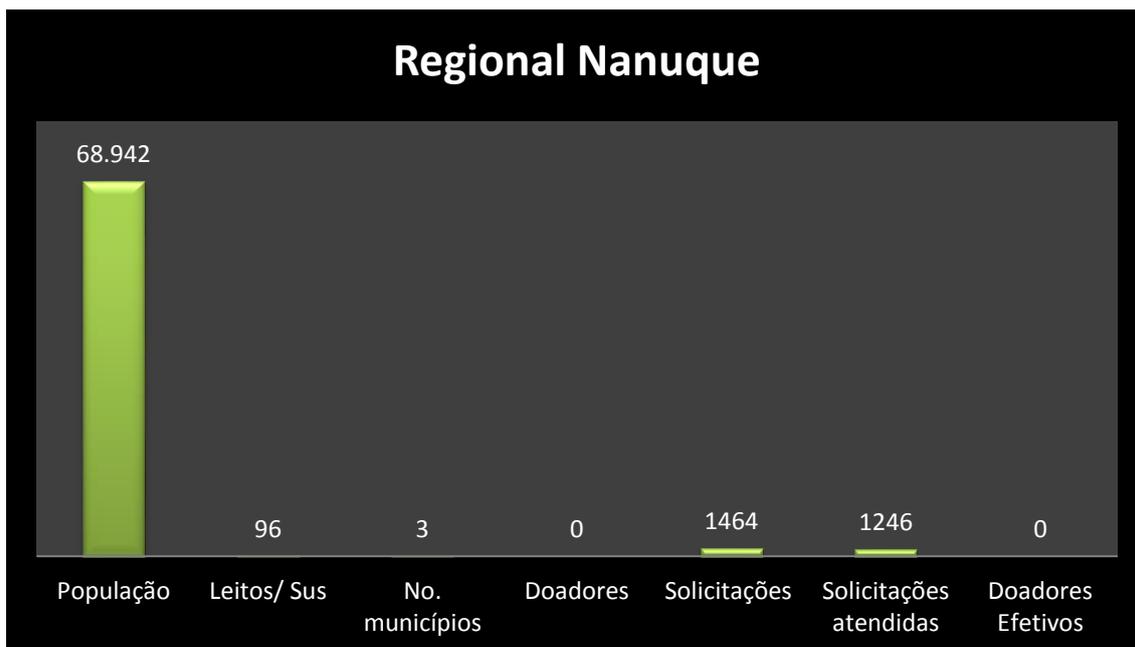


Gráfico 16. Representação da regional de saúde de Nanuque.

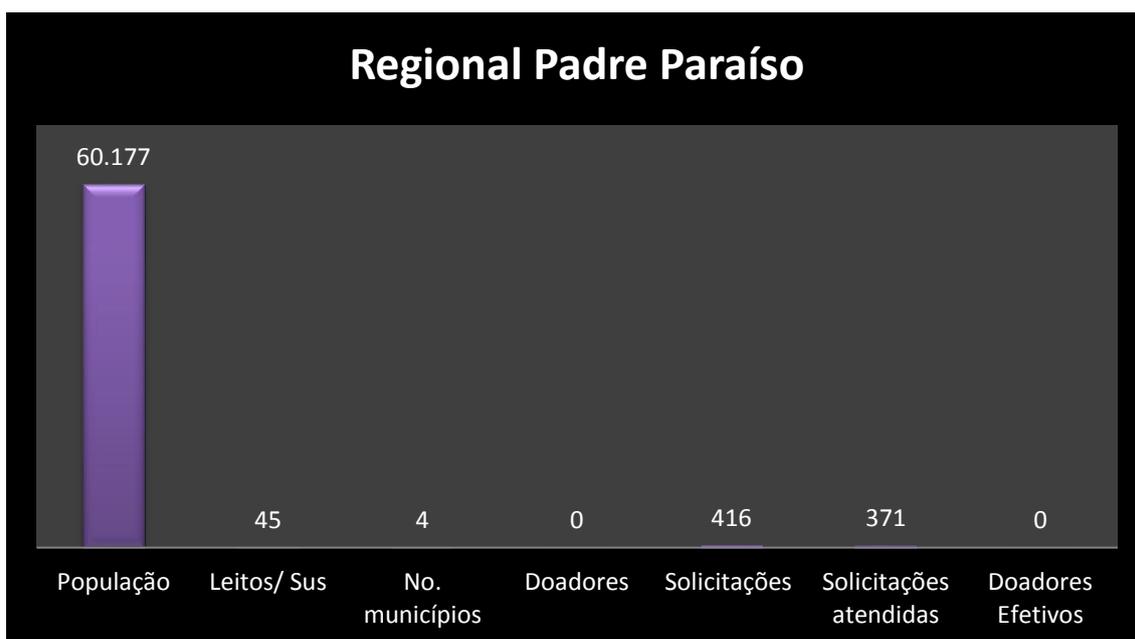


Gráfico 17. Representação da regional de saúde de Padre Paraíso.

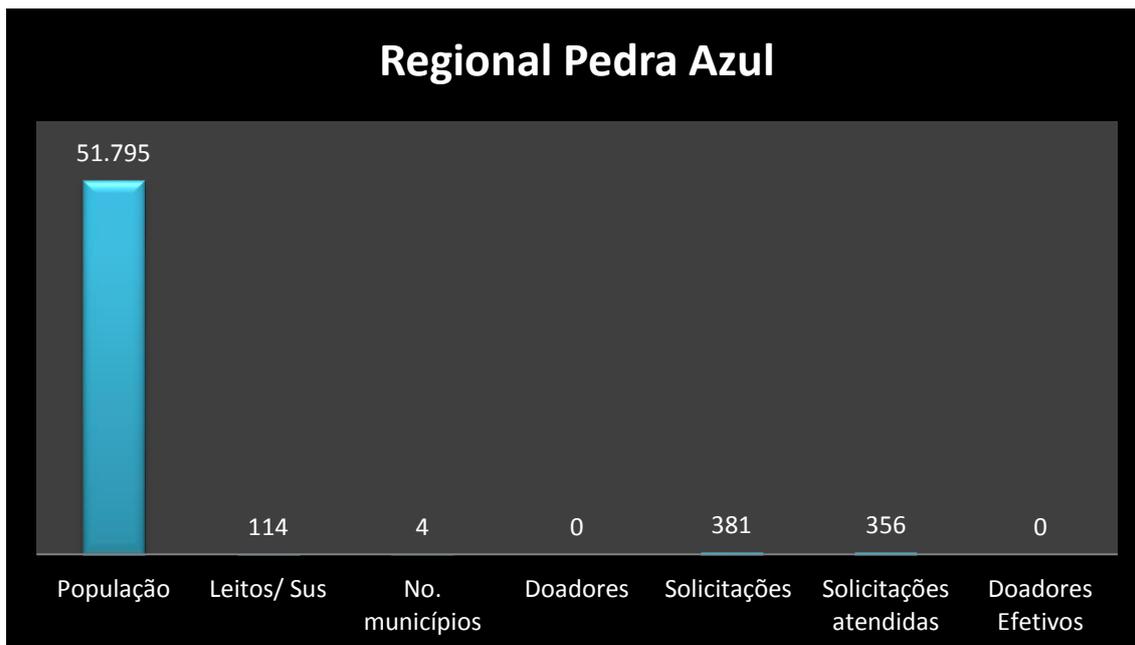


Gráfico 18. Representação da regional de saúde de Pedra Azul.

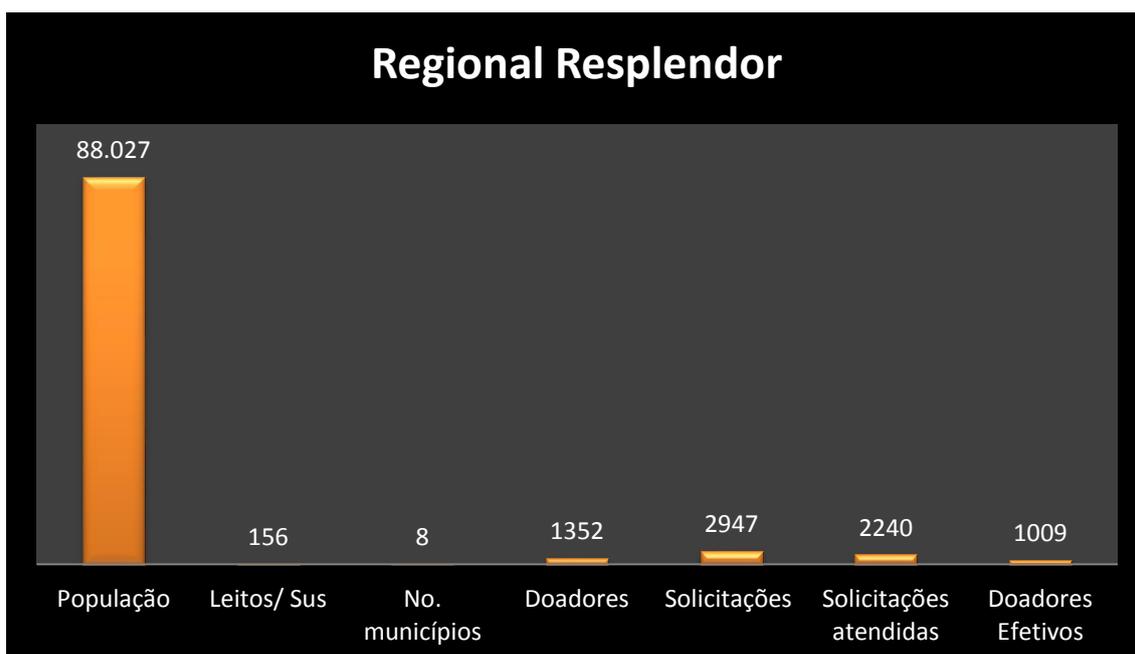


Gráfico 19. Representação da regional de saúde de Resplendor.

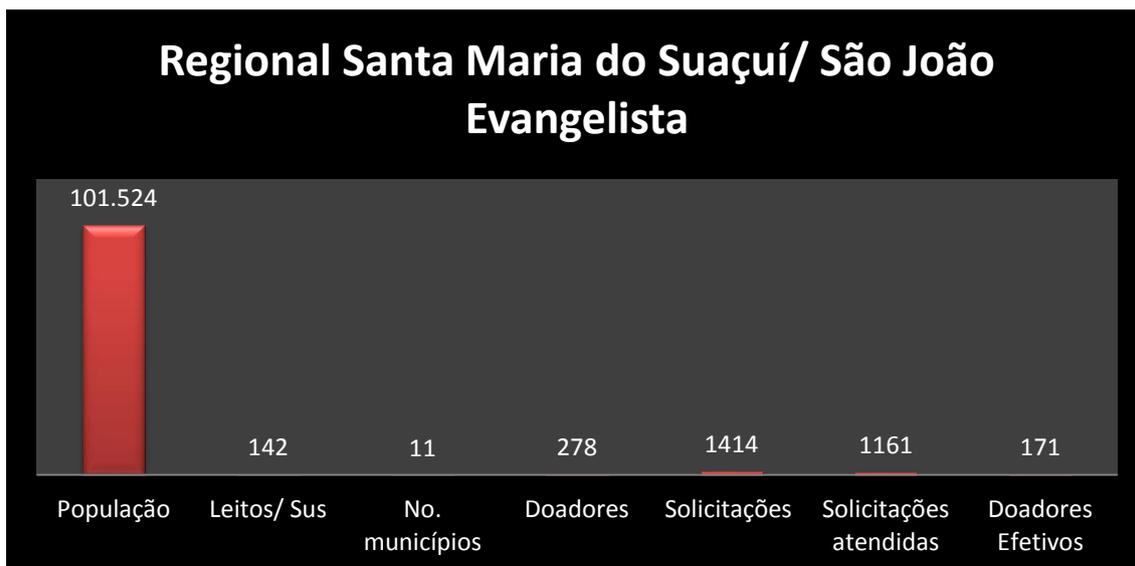


Gráfico 20. Representação da regional de saúde de Santa Maria do Suaçuí e São João Evangelista.

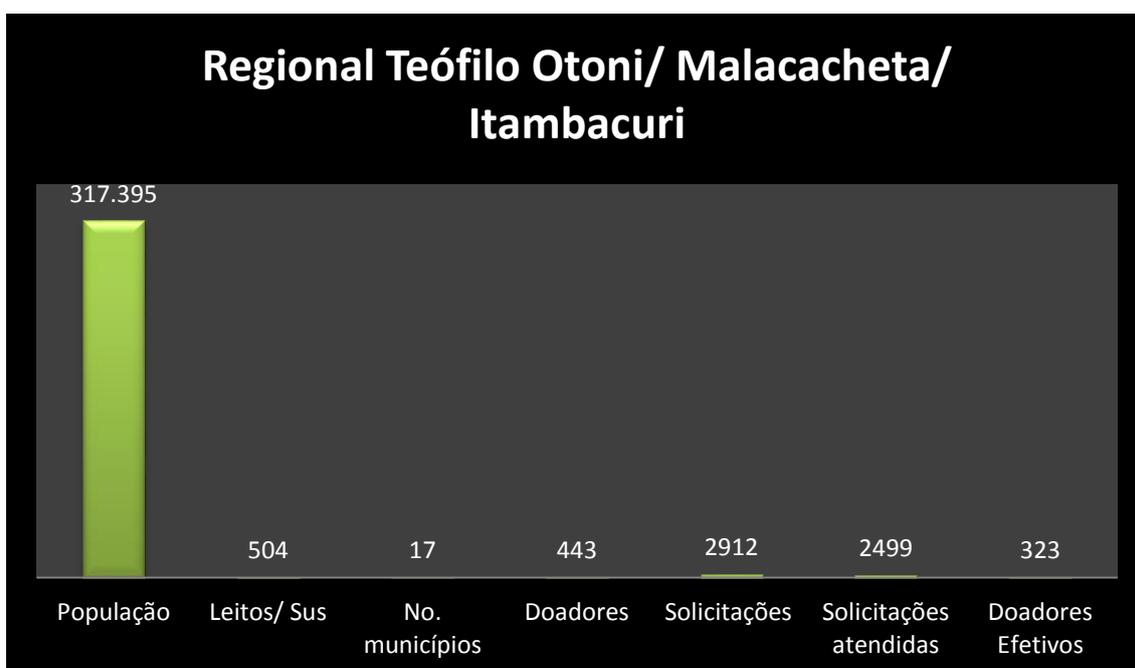


Gráfico 21. Representação da regional de saúde de Teófilo Otoni, Malacacheta e Itambacuri

Anexo 3

Autorização prévia do serviço de pesquisa da Fundação Hemominas.

 FUNDAÇÃO HEMOMINAS	AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DO SERVIÇO DE PESQUISA	CCD:
--	--	------

I.1. Título da pesquisa:

A regionalização da saúde, a política de sangue e Hemoderivados e a Hemorrede do Leste de Minas Gerais
--

I.2. Pesquisador responsável

Nome: Sylvia Fátma Gomes Rocha	
Endereço: Rua 15 de novembro n.35 apto 202, Centro, Timóteo, Minas Gerais. CEP: 35.180-010	
Telefone: (31) 98735-1545	E-mail: sylvinha_rocha@yahoo.com.br
Instituição à qual pertence: Universidade do Vale do Rio Doce - UNIVALE	
Unidade/setor: Mestrado - GIT	

I.3. Local e cronograma de execução

Unidades/setores da Fundação Hemominas onde a pesquisa será realizada: Hemocentro Regional de Governador Valadares	
Data apresentada para o início da pesquisa: 01/09/17	Data apresentada para a conclusão: 01/03/18

I.4. Análise prévia

(X) Pesquisa autorizada Data: 18/08/17
 () Pesquisa não autorizada Data: / /

OBSERVAÇÕES:


Daniel Gonçalves Chaves
 Chefe do Serviço de Pesquisa
 *ASP: 1263172-7 CRB 04932-6
 Fundação Hemominas

Serviço de Pesquisa - Fundação HEMOMINAS
 Alameda Ezequiel Dias, 321 – Belo Horizonte/MG – CEP: 30130-110
 Fone: (31) 3768-4587 – e-mail: daniel.chaves@hemominas.mg.gov.br

FPOP-T.GDT.PQS-02 VERSÃO 04 JULHO/2015