



RELATO DE

BOAS PRÁTICAS

DA SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

RELATO DE

BOAS PRÁTICAS

DA SUPERINTENDÊNCIA DE
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



SECRETARIA DE
SAÚDE



GOVERNADOR DE ESTADO
Fernando Damata Pimentel

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Nalton Sebastião Moreira da Cruz

SECRETÁRIO ADJUNTO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
Daniel Guimarães Medrado de Castro

CHEFE DE GABINETE
Lisandro Carvalho de Almeida Lima

ASSESSORA-CHEFE DE COMUNICAÇÃO SOCIAL
Romyna Lara Valadares Almeida Lanza

SUBSECRETÁRIO DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
Homero Cláudio Rocha Souza Filho

SUBSECRETÁRIA DE GESTÃO REGIONAL
Márcia Faria Moraes Silva

SUBSECRETÁRIA DE REGULAÇÃO EM SAÚDE
Wandha Karine dos Santos

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA E PROTEÇÃO À SAÚDE
Rodrigo Fabiano do Carmo Said

SUBSECRETARIA DE INOVAÇÃO E LOGÍSTICA EM SAÚDE
Adriana Araújo Ramos

SUPERINTENDENTE DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
Lara Farah Valadares

DIRETORIA DE AÇÕES ESPECIALIZADAS
Karina Rocha de Oliveira Taranto

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL
Cristiane Barbosa Marques

COORDENAÇÃO DE ALTA COMPLEXIDADE
Daiana de Carvalho Souza

COORDENAÇÃO DE SAÚDE BUCAL
Fernanda Vilarino Jorge

DIRETORIA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Kelly Barros da Silva Fortini

COORDENAÇÃO DE GESTÃO HOSPITALAR
Joyce Valéria Amaral

COORDENAÇÃO ESTADUAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Erika de Oliveira Santos

DIRETORIA DE REDES DE AÇÕES TEMÁTICAS E ESTRATÉGICAS
Claudia Carvalho Pequeno

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
David Mello de Jesus

COORDENAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS MULHERES E CRIANÇAS
Karla Adriana Caldeira

COORDENAÇÃO DE SAÚDE MENTAL (EM EXERCÍCIO)
Claudia Carvalho Pequeno



APRESENTAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Com o objetivo de garantir o cuidado à saúde da população seguindo os princípios de integralidade, universalidade e equidade, estimulou-se a organização de redes integradas de atenção à saúde no sistema estadual de saúde de Minas Gerais, por meio da constituição da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS).

A SRAS tem por finalidade implementar, coordenar e avaliar as ações de saúde, redes e programas assistenciais no âmbito do SUS/MG, competindo-lhe elaborar a política estadual e as estratégias de atenção secundária e terciária à saúde, estabelecer os componentes e monitorar a implantação das Redes de Atenção à Saúde.

Com o intuito de otimizar as ações da Superintendência, foi realizado um esforço visando planejar e organizar a estrutura organizacional, o planejamento das entregas e a organização dos macroprocessos no curto, médio ou longo prazo, buscando impactar positivamente a atenção aos beneficiários das políticas sob gestão da Superintendência ou aquelas que busquem eficiência e qualidade na dinâmica de trabalho interno das Diretorias e Coordenações.

Deve ser mencionado que foi redesenhada a estrutura organizacional da Superintendência e suas equipes, realizado o planejamento estratégico das ações e sistematizados entregas e processos relevantes para melhoria da gestão e das entregas da área. Além disso, novos protocolos foram criados, conferências, realizadas, e tomadas deliberações e resoluções que instituem novos programas ou os tornem mais eficazes possibilitando o reconhecimento das políticas que foram formuladas e implementadas com dedicação, que abrangem distintos públicos-alvo.

Parte desse esforço de organização e proposição de políticas é sistematizado neste compêndio. Os textos a seguir foram, em sua grande maioria, elaborados com a colaboração das áreas que estão à frente das políticas e organizados pela Coordenação de Assessoramento de Entregas.

Esperamos, com esse esforço, auxiliar outros estados e executores de políticas públicas em saúde e registrar avanços e boas práticas que possam contribuir com a melhoria da assistência em saúde das populações.

Lara Farah Valadares
Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

A SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Lara Farah Valadares

Superintendente de Redes de Atenção à Saúde

A nova estrutura da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS), que tem por finalidade implementar, coordenar e avaliar as ações de saúde, redes e programas assistenciais no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG), passou a ser organizada e composta pela Redes de Ações Temáticas e Estratégicas, Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e a Diretoria de Ações Especializadas.

A Diretoria de Redes de Ações Temáticas e Estratégicas tem a finalidade de promover, elaborar, implementar, coordenar e monitorar políticas para organizar as Redes de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças, Saúde Mental e Reabilitação, bem como de demais ações temáticas e/ou estratégicas no âmbito do SUS/MG, assim como ordenar os recursos financeiros para realização dessas ações.

A Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência tem por finalidade coordenar, supervisionar, monitorar e acompanhar as ações de saúde no âmbito hospitalar, viabilizar e monitorar o acesso dos usuários do SUS/MG aos serviços hospitalares (portas hospitalares, leitos de retaguarda), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Suporte Aéreo Avançado de Vida (SAAV) e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), assim como ordenar os recursos financeiros para realização dessas ações.

A Diretoria de Ações Especializadas tem por finalidade elaborar, implementar, coordenar e monitorar políticas para organizar a média complexidade ambulatorial e a alta complexidade por clínicas especializadas no âmbito do SUS/MG, assim como ordenar os recursos financeiros para realização dessas ações.

Por meio do processo colegiado de construção do planejamento estratégico, foi formulada a missão e a visão da SRAS, quais sejam:

MISSÃO SRAS

Formular, coordenar e implementar políticas e ações estratégicas no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, com ênfase na atenção hospitalar e especializada, de forma articulada e integrada, respeitando os princípios e diretrizes do SUS.

VISÃO SRAS

Ser referência na consolidação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo acesso, excelência e a integralidade do cuidado ao cidadão mineiro.

E para atingir o impacto positivo de atenção aos beneficiários das políticas sob gestão da Superintendência, proposto em seu planejamento, além de redesenhado a estrutura organizacional da Superintendência e suas equipes, e o planejamento estratégico das ações, foram sistematizados as entregas e processos relevantes para melhoria da gestão. Sistematizamos as principais entregas propostas pelas Diretorias e Coordenações; conforme elencado abaixo.

No âmbito da Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência, foram estabelecidas como principais entregas:

Coordenação de Urgência e Emergência

- Garantir a manutenção do Componente da RUE – SAMU 192 Regional já implantado nas seis regiões ampliadas de saúde no estado de Minas Gerais: Acompanhamento, avaliação e monitoramento em processos de habilitação, qualificação, ampliação e renovação de frota junto ao Ministério Público (MS); acompanhamento e monitoramento em processos de cessão/doação e distribuição de ambulâncias, além de apoio técnico às Unidades Regionais de Saúde (URS).
- Garantir a manutenção dos Componentes da RUE – Portas de Entrada Hospitalar e Leitos de Retaguarda já implantados nas seis regiões ampliadas de saúde do estado de Minas Gerais: monitoramento dos indicadores das

167 instituições hospitalares para verificar a eficácia das atividades propostas e subsidiar o pagamento; apoio técnico às URS e acompanhamento das situações críticas; realização da gestão financeira e orçamentária das resoluções e emissão de pareceres técnicos para habilitação/qualificação de portas estratégicas estaduais e federais.

- Garantir a participação no custeio das UPA habilitadas pelo MS em 25% do valor de participação do MS: monitoramento das 55 UPA habilitadas em custeio, apoio técnico às URS; realização da gestão orçamentária e financeira das resoluções; atualização constante dos dados das UPA 24h custeadas; acompanhamento da situação das UPA irregulares e em construção – interface com MS.
- Alterar resolução das Portas de Entrada Hospitalar e revisar indicadores com a finalidade de contribuir para a regulamentação das portas irregulares.
- Viabilização dos aspectos técnicos para implementação do SAMU 192 Regional na região Triângulo do Norte.

Coordenação de Gestão Hospitalar

- Integração Urgência e Emergência e Hospitalar: promover a integração da equipe e dos processos de execução das políticas a fim de entregar um melhor serviço ao cidadão.
- Nova Política Estadual Hospitalar: discutir com o município as devolutivas referentes à análise da SES sobre as solicitações de revisão da Denominação da Tipologia Hospitalar; definição de critérios para implementação das novas tipologias, integração com outras políticas de saúde; redefinição da forma de financiamento e contratualização; pactuação com os regionais e implementação.

No âmbito da Diretoria de Redes e Ações Temáticas e Estratégicas, foram estabelecidas como principais entregas:

Coordenação Estadual de Saúde mental

Manutenção dos 438 pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): convocar, coordenar reuniões mensais e atender as demandas do grupo condutor de saúde mental; organizar, executar e encaminhar decisões do Colegiado Estadual de Saúde Mental; discutir casos graves e intervir na rede de saúde mental dos municípios; organizar Fóruns Estaduais de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; apoiar as regionais na organização dos Fóruns Regionais/locais.

Coordenação de Atenção à Saúde das mulheres e crianças

- Projeto Zero Morte Materna: promover intervenções exitosas de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno para reduzir as mortes por hemorragias obstétricas, através do contínuo de cuidados que vai do lar e da comunidade para os serviços de saúde.
- Política Estadual de Saúde das Mulheres: participação nas reuniões dos grupos de trabalho de elaboração do Plano Decenal Estadual de Políticas para as Mulheres, a fim de garantir a construção do Plano Estadual de Saúde das Mulheres. O objetivo é criar diretrizes estaduais para as políticas públicas de saúde das mulheres, a fim de promover acesso equânime, integral, inclusivo e humanizado às mulheres, conforme suas especificidades.

Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência – CASPD

- Oficialização das Juntas Reguladoras, que são a porta de entrada do beneficiário na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Nelas, os pacientes de risco ou já diagnosticados são recebidos por uma equipe

multissetorial (as juntas são compostas por membros da Saúde, Educação e Desenvolvimento Social), e encaminhados para um dos Centros Especializados em Reabilitação ou serviços de Modalidade Única existentes na região. Tendo em vista que a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.003, de 9 de dezembro de 2014, que institui as atribuições e diretrizes de funcionamento das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do SUS/MG e deixa posto que deve ser implantada uma Junta Reguladora por município sede de serviço da Rede. A meta final é 100% de cobertura. Até o fim do mês de março de 2018, a cobertura está em 80%.

- Manter distribuição de bolsas de ostomia e adjuvantes sem interrupção: receber os pedidos dos Serviços de Atenção ao Paciente Ostomizado (SASPO), analisar demanda comparando com orçamento disponível, realizar trâmites dos processos de compras bimestrais da ata de registros de preço vigente e elaborar termo de referência para edital de nova licitação.

No âmbito da Diretoria de Ações Especializadas, foram estabelecidas como principais entregas:

Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial

- Reformulação da Política do Sistema Estadual de Transporte (SETS): substituição da frota com mais de seis anos de uso e doação de veículos novos, garantindo cobertura de 100% em transporte eletivo de saúde no estado.

- Reformulação dos Centros Estaduais de Atenção Especializada: revisão dos critérios de encaminhamento, metas de serviço, metodologia de acompanhamento e pagamento desses centros.
- Manutenção dos Centros de Especialidades Médicas e dos Centros Estaduais de Atenção Especializada: monitoramento quadrimestral e realização do pagamento desses centros.

Coordenação de Alta Complexidade

- Revisão da Linha de Cuidado da Oncologia.
- Revisão do Plano Estadual de Oncologia finalizada em 2018.
- Reestruturação do MG Transplantes: definição das competências do MG Transplantes e repasse dos recursos para a FHEMIG por meio de Termo de Descentralização de Conta Orçamentárias (TDCO).

Coordenação de Saúde Bucal

- Resolução da Política de Odontologia Hospitalar: reformulação e implementação da Política de Odontologia Hospitalar, com as diretrizes estaduais para o atendimento odontológico em ambiente hospitalar.

A SRAS irá trabalhar algumas dessas ações ao longo desse compêndio, visando demonstrar a relevância de alguns trabalhos no âmbito do SUS/MG e buscando sistematizar ações positivas que possam contribuir para que os programas e ações de Redes de Atenção à Saúde se tornem mais eficazes e melhores para as populações.



SUMÁRIO

01	A experiência da Coordenação de Acompanhamento de Entregas da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde	10
	<i>Amanda Guias Santos Silva, Camila Moreira de Castro, Izabella Andrade Torres e Raquel Guieiro Cruz</i>	
02	Cálculo da necessidade de leitos hospitalares e complementares (UTI) para Minas Gerais segundo macrorregião de saúde	20
	<i>Monique Fernanda Félix Ferreira e Kelly Barros da Silva Fortini</i>	
03	A estratégia de implantação do Plano de Ação Regional em Minas Gerais	30
	<i>Silvana Rossi, Felipe Leandro, Barbara Viegas, Diovana Paiva, Erika de Oliveira Santos, Kelly Barros da Silva Fortini, Cinara Rocha, Philipe Ayslan e Dayana Caroline Freire da Silva</i>	
04	Implementação do Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar: análise e reflexão	46
	<i>Karina Pereira da Silva, Leticia Fernanda Cota Freitas, Camila Catia Vilela, Josiana Aparecida de Lima e Cotta e Erika de Oliveira Santos</i>	
05	Serviço de Atenção Domiciliar – Diretrizes e funcionamento em Minas Gerais	52
	<i>Natalia Côlem; Priscila Ursine; Diovana Paiva; Erika de Oliverira Santos; Kelly Barros da Silva Fortini</i>	
06	Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA)	56
	<i>Raquel Siqueira Viana e Bruna Ferreira Cícero Lima</i>	
07	Implantação do SAMU 192 Regional em Minas Gerais	64
	<i>Paola Alves Ferreira, Suelen Livia Novy Santos, Stefânia Ferreira, Valderez Camargos Borba, Denilson Silva, Sinara Naiane Cruz, Erika de Oliveira Santos, Kelly Barros da Silva Fortini</i>	
08	O modelo de financiamento do SAMU 192 Regional em Minas Gerais e suas implicações para o fortalecimento do serviço	70
	<i>Izabella Andrade Torres</i>	
09	Proposta de intervenção: cartilha informativa – Profissionalização da pessoa com deficiência	80
	<i>Cíntia Rodrigues Santos</i>	
10	Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal: Uma ferramenta estruturante da gestão estadual de saúde em Minas Gerais	88
	<i>Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar, Ana Renata Moura Rabelo, Ane Karine Alkmim de Sousa, Karla Adriana Caldeira, Dayane Aparecida Alves, Sônia Clemente Oliveira e Ana Flavia Sentirelli de Carvalho</i>	

A EXPERIÊNCIA DA COORDENAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DE ENTREGAS DA SUPERINTENDÊNCIA DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Amanda Guias Santos Silva¹

Camila Moreira de Castro²

Izabella Andrade Torres³

Raquel Guieiro Cruz⁴

¹ Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Graduada em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro (EG-FJP/MG). E-mail: amanda.guias@gmail.com.

² Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental e coordenadora da Coordenação de Acompanhamento de Entregas/ SRAS. Mestra em Gestão Pública pela Universidade de Brasília (UnB). E-mail: castrocamila50@gmail.com.

³ Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Graduada em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro (EG-FJP/MG). E-mail: izabella.atorres@gmail.com.

⁴ Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Graduada em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro (EG-FJP/MG). E-mail: guieiroraquel@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Buscando aprimorar a forma como se organizava e executava suas atividades, a Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) tem promovido, desde setembro de 2017, uma reestruturação em sua equipe e em seus processos de trabalho. Nesse contexto, pautou-se, como finalidade da Superintendência, a implementação, coordenação e avaliação de ações de saúde, redes e programas assistenciais no que se refere à atenção secundária e terciária à saúde em Minas Gerais.

Para compor esse cenário de inovação estrutural, as Diretorias subordinadas à SRAS foram renomeadas e tiveram suas competências revistas. Como resultado, tem-se a Diretoria de Redes de Ações Temáticas e Estratégicas (DRA-TE), com o papel de elaborar, implementar, coordenar e monitorar políticas para organizar as Redes de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças, Saúde Mental e Saúde da Pessoa com Deficiência, bem como de demais ações temáticas e/ou estratégicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS/MG). A Diretoria de Ações Especializadas (DAE) responde pela implementação e acompanhamento de políticas para organizar as Redes de Atenção à Saúde no âmbito da média complexidade ambulatorial e da alta complexidade por clínicas especializadas, incluindo os processos referentes às Doenças Raras, Saúde Bucal, Saúde do Idoso, Sistema de Transporte em Saúde Eletivo e a linha de Cuidado das Doenças Crônicas. E em seguida, a Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência (DAHU) tem por

finalidade coordenar e acompanhar as ações de saúde no âmbito hospitalar, além das Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Suporte Aéreo Avançado de Vida (SAAV) e Serviço de Atenção Domiciliar (SAD).

Tendo em vista o cenário anterior de pouca clareza nas metas para a Superintendência, de problemas na execução orçamentária, irregularidades em instrumentos contratuais e necessidade de hierarquização das atividades por prioridades, foi criada uma Coordenação de Acompanhamento de Entregas (CAE) com o objetivo de contribuir para a realização das diversas políticas públicas contempladas pela SRAS e melhoria dos processos de trabalho. O presente trabalho buscou compreender como se deu a implementação dessa Coordenação, considerando sua missão, configuração, metodologia de trabalho e desafios enfrentados para se consolidar como uma unidade de entrega no âmbito do setor público. Assim, foram analisados conceitos sobre a cultura de entregas (*deliverology*), o contexto de implantação da CAE, exemplos das entregas acompanhadas e os desdobramentos dessa iniciativa.

SOBRE O CONCEITO DE UNIDADE DE ENTREGA

A concepção de Unidade de Entrega tem sua origem no início do século XXI, no Governo do primeiro-ministro do Reino Unido, Tony Blair, quando aumentava a preocupação do Governo em gerar maiores resultados para a sociedade. Nesse contexto, foi criada a Unidade de Entrega do Primeiro-Ministro (Prime Minister's Delivery

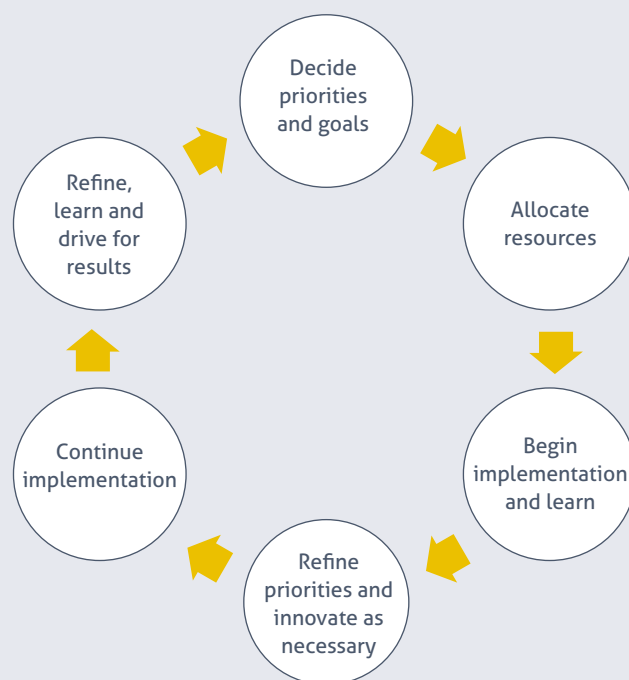
Unit – PMDU), chefiada por Michael Barber, que junto a Blair e aos principais líderes do Governo criaram conceitos, metodologias, técnicas e processos para a definição do papel dessa unidade e sua forma de atuação.

Dessa criação surgiu a abordagem de Entregas (Delivery), que, de acordo com Barber (2015a), foi considerada pela PMDU como um “[...] processo sistemático através do qual os líderes do sistema público poderiam maximizar as chances de alcançar resultados valorizados pelos cidadãos” (p. 253). A concepção de entrega tem como essência a ideia de que a capacidade do Governo de entregar está diretamente relacionada à geração de resultados para a sociedade. Segundo o autor, onde o Governo era eficaz e responsável, o crescimento econômico foi reforçado, a sociedade foi fortalecida e a qualidade de vida dos cidadãos aumentou. Por outro lado, onde os Governos não conseguiram chegar, recursos valiosos foram desperdiçados,

a qualidade de vida da população foi reduzida e o processo político foi posto em questão.

Com o sucesso da abordagem de entregas no Governo britânico, a criação de unidades de entrega e aplicação da abordagem tornou-se tendência em todo o mundo. Isso se deve ao fato de a raiz do problema ser compartilhada por Governos em geral: o fato de existir na Administração Pública, segundo Barber (2015a), uma lacuna entre o desenho e a implementação de políticas públicas, o que tem como consequência o fracasso de propostas políticas bem intencionadas em alcançar o impacto desejado na sociedade. Para preencher essa lacuna, a concepção de entregas propõe a adoção de um diferente modelo mental que seja rigorosamente focado na implementação. As principais características desse modelo incluiriam ênfase na priorização, ação rápida, aprendizado e adaptação em ciclos contínuos de *feedback*, conforme ilustrado na figura a seguir:

Figura 1 - The delivery mental model



Fonte: Barber (2015a, p. 35).

Nessa perspectiva, as unidades de entrega são:

[...] um pequeno grupo de indivíduos dedicados focados exclusivamente em alcançar impacto e melhorar os resultados. A Unidade de Entrega desafia constantemente o desempenho e faz perguntas difíceis, tirando qualquer desculpa da mesa. Enquanto uma unidade de entrega deve reconhecer prioridades concorrentes e situações inesperadas, deve também consistentemente empurrar para o progresso mais rápido, sabendo muito bem que a tendência de qualquer sistema é em direção à inércia (BARBER, 2011b).

As Unidades de Entrega implementadas em países de todo o mundo apresentam especificidades que variam de acordo com seus arranjos estruturais específicos, mas possuem uma base em comum. Existiriam três componentes principais na criação dessas unidades: “estabelecer uma pequena equipe focada no desempenho, reunir dados de desempenho para definir metas e trajetórias e ter rotinas para orientar e garantir o foco no desempenho” (BARBER, 2011b). Pormenorizando, Barber define que as Unidades de Entrega normalmente compartilhavam as seguintes funções:

- Definição de direção e contexto, ajudando a criar uma visão clara e compartilhada do que é o sucesso.
- Estabelecer métricas e responsabilidades claras, traduzindo metas em indicadores de desempenho concretos (e conectando-os em níveis de gerenciamento, quando apropriado) e atribuindo a propriedade de metas a indivíduos específicos.
- Criar planos, orçamentos e metas realistas (mas ainda ambiciosos), ligando os recursos às prioridades do Governo e traduzindo a estratégia em ações específicas no terreno;
- Acompanhamento eficaz do desempenho, informando sobre as

principais métricas com o nível apropriado de detalhes e em tempo hábil.

- Manter diálogos de desempenho robustos, implementando rotinas para revisar o progresso, resolver problemas emergentes e criar impulso em um ambiente desafiador, mas de apoio.
- Garantir aprendizado e inovação contínuos, através de ações persistentes, fornecendo recompensas e consequências para melhorar o desempenho nas áreas de implementação. (BARBER, 2011b).

O Banco Mundial é uma das instituições mundialmente conhecidas que estabeleceu sua Unidade de Entrega, denominada President Delivery Unit (PDU), que é o local onde as prioridades são definidas, monitoradas e comunicadas. De acordo com a instituição, as atividades da PDU incluem reunir “especialistas no assunto em toda a instituição para estabelecer metas temporais, desenvolver os fluxos de dados subjacentes necessários para acompanhar o desempenho e esclarecer nosso progresso através de um site interativo, a fim de acelerar o progresso”.¹

Com base na discussão sobre a abordagem de entregas, Joelson Vellozo Jr. (2015) elenca, a partir da análise de vários autores, 13 aspectos críticos para o bom funcionamento de uma Unidade de Entrega, quais sejam: 1) liderança; 2) patrocínio político e capacidades técnicas; 3) foco em poucas prioridades essenciais; 4) exercer um papel de apoio sem tomar os papéis dos demais setores para si; 5) transparência; 6) criação de rotinas muito bem estruturadas e documentadas; 7) mandato claro; 8) postura resolutiva e motivadora; 9) levantamento e publicização de dados claros, atuais e relevantes; 10) acompanhamento sistemático do desempenho no sentido de contribuição para

¹ www.pdu.worldbank.org

proposição de soluções; 11) determinação de uma pessoa responsável por cada meta prioritária acompanhada; 12) foco no resultado; 13) publicização dos dados.

Por fim, cabe destacar ainda que, na concepção de Barber (2015b), “a importância da lógica de entregas independe das preferências ideológicas de um governo ou de seu tamanho. Grandes ou pequenos, os governos precisam fazer uso responsável do dinheiro do contribuinte” (p.1), retomando a importância de se discutir metodologias para o aprimoramento na execução e implementação das políticas públicas *per se*.

A COORDENAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO DE ENTREGAS

Partindo dessa compreensão, foi estruturada em 2017 uma Coordenação de Acompanhamento de Entregas (CAE) como um núcleo de assessoria da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde (SRAS) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), com o objetivo de maximizar os resultados da Superintendência por meio de acompanhamento sistemático do desempenho de suas ações. O principal desafio era encontrar formas de definir e implementar os objetivos prioritários para que esses alcançassem os maiores impactos possíveis (BARBER; MOFFIT; KIHN, 2011a).

Na sua concepção inicial, tratava-se de um grupo focado em entregas prioritárias e estruturantes de cada área. Era responsável por monitorar intensivamente os projetos mais importantes, com impacto direto na qualidade dos serviços ofertados pela média e alta complexidade da SES-MG, participando da definição de planos e metas, bem como acompanhando o desempenho da sua execução. Seguindo a lógica preconizada na literatura de Unidade de Entrega de que a estrutura deveria funcionar através de um pequeno grupo de pessoas

dedicadas exclusivamente a realizar as entregas e atingir resultados relevantes (BARBER; MOFFIT; KIHN, 2011a), a equipe da CAE foi composta por cinco profissionais qualificados, divididos por área temática de atuação. A busca por competências como responsividade, habilidade interpessoal, capacidade de solucionar problemas e fazer diagnósticos analíticos foram diferenciais para atingir uma equipe tecnicamente relevante. Além das habilidades diretamente ligadas à gestão, o time também foi composto por uma profissional formada em Direito, com o objetivo de auxiliar a solução dos nós críticos relacionados à área jurídica, seus instrumentos e principais dúvidas.

A forma de definição das prioridades a serem acompanhadas pelas referências técnicas da CAE também devem ser destacadas. Além de serem validadas pela Superintendência, sua escolha baseou-se em discussões colegiadas compostas por todos os servidores e seguindo os seguintes critérios: 1) valor orçamentário; 2) pactuação no Plano Estadual de Saúde (PES) – segundo preconiza a Lei Complementar nº 141/2012 – definido em parceria com o Conselho Estadual de Saúde; 3) critérios assistenciais e de impacto, conforme percepção dos técnicos das áreas e objetivos legais de cada Coordenação. Ao fim de determinado período, a carteira de prioridades era tal, que cada gestor e trabalhador deveria ser capaz de identificar um legado com real impacto e melhoria para os usuários do SUS. Nesse sentido, foram elencadas algumas entregas, tais como reestruturação da política hospitalar na Coordenação de Gestão Hospitalar, estruturação da linha de cuidado para obesidade na Coordenação de Alta Complexidade, redução da mortalidade materna na Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças, entre outros. Cada prioridade tinha um instrumento de monitoramento pactuado com os gestores, em formato de um plano de ação. Os planos de ação deveriam ser capazes de estruturar o planejamento de execução e

delimitar um caminho a ser seguido para cada entrega, com prazos e responsáveis bem definidos. Além da execução tempestiva, seu acompanhamento sistemático deveria ser capaz de produzir informações gerenciais para a tomada de decisão rápida e com qualidade, de acordo com as dificuldades encontradas. Nesse ponto, a proximidade da CAE com a Superintendência e o senso de urgência de cada referência deveriam encurtar o caminho para evitar paralisia decisória, garantir o fluxo contínuo das ações e a tomada de decisão.

Importante ressaltar que a diretriz que norteou esse acompanhamento não era de simples comando e controle, mas de parceria, base de apoio e assessoria para auxiliar na resolução de problemas e operacionalização de atividades. Em síntese, cada referência técnica da CAE foi direcionada para efetivamente mobilizar atores e ativos para que as ações prioritárias fossem concluídas no prazo e com efetividade. Assim, dificuldades de gestão, especialmente nos aspectos burocráticos e operacionais da máquina estatal, que antes demandavam um grande tempo para solução das áreas, foram facilitados por cada referência técnica com estratégias de atuação focadas na colaboração e acessibilidade. A proximidade das referências técnicas da CAE com cada Coordenação sem ser direta e hierarquicamente subordinada a ela, por um lado, garantiu que cada uma fosse capaz de conhecer de perto os problemas e gargalos de cada ação e, por outro, conseguisse descolar-se das dificuldades e dos incêndios do dia a dia. A Coordenação conseguia, assim, concentrar seus esforços nas prioridades estruturantes e na instituição de rotinas com foco na performance.

O grupo da CAE, além disso, deveria estar coeso entre si, para que fosse capaz de trocar experiências e aprendizados de cada uma das áreas. Foi fundamental sistematizar e organizar informações para que os acompanhamentos, na medida do possível, contassem sempre com

as melhores práticas e instrumentos padronizados. Gargalos de realização de compras, licitações, contratos, orçamento, resoluções de repasse e indicadores, por exemplo, são comuns em quase todas as áreas da SRAS e os aprendizados adquiridos durante sua realização, quando compartilhados, aumentariam a chance de soluções mais efetivas e eficientes.

Somado a isso, o conhecimento foi disseminado e propagado para toda a equipe da Superintendência. O apoio se deu, assim, também com a qualificação do grupo técnico das Coordenações, para que esses fossem capazes de melhorar os processos diários de trabalho, realizando suas atividades de forma mais autônoma e com cada vez mais qualidade. Observa-se, dessa forma, outra diretriz importante da CAE em buscar capacitações para os trabalhadores, diagnosticadas de acordo com as dificuldades encontradas.

Como exemplo das ações acompanhadas pela Coordenação de Acompanhamento de Entregas, cabe analisar algumas entregas priorizadas para cada diretoria da SRAS. A Diretoria de Redes e Ações Temáticas e Estratégicas (DRATE) é responsável pela promoção, elaboração, implementação, coordenação e monitoramento de políticas para organizar as Redes de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças, Saúde Mental e Saúde da Pessoa com Deficiência, bem como demais ações temáticas ou estratégicas no âmbito do SUS/MG. Nela, encontra-se a Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças da SRAS (CASM), que tem por finalidade a promoção, elaboração, coordenação e monitoramento da Rede de Atenção à Saúde da Mulher. A CASM elencou como entregas estruturantes a Política Estadual de Saúde das Mulheres, o monitoramento das atividades da Rede Cegonha e do Programa Zero Morte Materna por hemorragia pós-parto. Para que as entregas estruturantes saíssem do papel, foram designados técnicos responsáveis pelo acompanhamento de cada processo e elaborado

um plano de ação com prazos e atividades bem definidos. Ainda, para estreitar o acompanhamento e identificar possíveis entraves ao cumprimento do plano de ação, são realizadas reuniões colegiadas semanal ou quinzenalmente pela diretora e seus coordenadores.

Dentro da CASMC, o maior exemplo da atuação da CAE refere-se ao Projeto Zero-Morte Materna por hemorragia pós-parto, que se trata de um projeto desenvolvido juntamente com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) desde 2015 e pretende reduzir o número de óbitos por hemorragia pós-parto, hoje tida como a segunda maior causa de morte materna. Um dos eixos principais do projeto é o fortalecimento das capacidades dos profissionais da área da saúde no uso de equipamentos que interrompam o sangramento, assim como em outras habilidades para controle das emergências obstétricas. Em 2015, ocorreram as primeiras capacitações realizadas pela CASMC e OPAS no município de Montes Claros e o repasse à Coordenação dos Trajes Anti-choque Não Pneumático, que fazem parte da estratégia do projeto. No entanto, pela falta de recursos financeiros e agenda política, o projeto perdeu prioridade e acabou por ser interrompido. Coube à CAE, quando de sua constituição, por vontade da coordenação, transformá-lo em entrega estruturante, e sua maior contribuição se consiste na criação de agenda para possibilitar a retomada dos trabalhos, além da desobstrução de questões burocráticas e do acompanhamento sistemático que permita a retomada do projeto mesmo em ano eleitoral.

No que se refere ao acompanhamento das ações da DAE, responsável pela elaboração, implementação e monitoramento de políticas de saúde de média complexidade ambulatorial e alta complexidade por clínicas especializadas, foram definidas entregas estruturantes para cada Coordenação. Para a Coordenação de Alta Complexidade (CAC), uma das entregas pactuadas foi a reestruturação do Sistema Estadual

de Transplantes. Para isso, seria necessário fortalecer os repasses financeiros ao Complexo MG Transplantes, vinculado diretamente à Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG) e responsável por coordenar a política de transplantes de órgãos e tecidos no estado, regulando processos de notificação, captação e distribuição dos órgãos, além de avaliar os resultados e capacitar equipes profissionais. Entre as atividades necessárias para a reestruturação proposta, estariam a elaboração de um plano de trabalho para a utilização do recurso e a posterior formalização de termo de descentralização de cota orçamentária, considerando despesas de investimento e custeio em melhorias para as unidades regionais e para a central de regulação de órgãos, além de um programa de capacitações continuadas para os profissionais que realizam transplantes em Minas Gerais. Inclui-se ainda o auxílio no aumento do número de servidores da estrutura administrativa do MG Transplantes, para executar e acompanhar os objetivos do termo a ser celebrado.

Sendo assim, trata-se de uma ação de grande relevância para o aprimoramento do sistema estadual de transplantes de órgãos e tecidos, sendo entendida como estratégica e de alta prioridade. Para apoiar a consolidação da entrega mencionada, foram definidos responsáveis técnicos de referência tanto na Coordenação de Alta Complexidade como no MG Transplantes, com a realização de reuniões frequentes para acompanhar o andamento das atividades anteriormente traçadas em um plano de ação. Citam-se ainda as reuniões semanais ou quinzenais entre diretora e superintendente para identificação e solução dos pontos críticos na implementação das ações.

Também foram definidas ações estruturantes referentes à DAHU, que é composta pela Coordenação Estadual de Gestão da Política Hospitalar e pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência, e é responsável por elaborar, implementar e coordenar ações e

políticas hospitalares e de urgência e emergência no âmbito do SUS em Minas Gerais. Uma das ações estruturantes pactuadas pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência foi a viabilização dos aspectos técnicos para implementação do SAMU 192 Regional na região Triângulo do Norte de Minas Gerais, por meio do Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo do Norte (CISTR). A ação foi escolhida em consonância com o objetivo de ampliação da cobertura do serviço para 100% da população até 2019, contida no PES, sendo entendida, portanto, como estratégica e de alta prioridade. A proposta é a cobertura de 26 municípios, o que contribui para ampliar a assistência em Urgência e Emergência para os cidadãos mineiros. As ações necessárias para o desenvolvimento dessa ação também são acompanhadas pela CAE por meio de plano de ação junto à superintendente, para identificação e solução dos pontos críticos.

ADAPTAÇÕES OBSERVADAS DURANTE A IMPLEMENTAÇÃO

A despeito de sua concepção inicial, a CAE constituiu-se como uma equipe tecnicamente voltada para a gestão, e altamente qualificada para desobstruir os entraves burocráticos típicos da máquina pública que muitas vezes impediam o funcionamento eficiente da SRAS, a fim de garantir que as entregas estruturantes fossem realizadas dentro do prazo e com excelência. Após algumas semanas da instituição da Coordenação, a Superintendência solicitou o apoio em demais ações críticas, demandas de gabinete, solicitações urgentes e o auxílio na elaboração de documentos para setores estratégicos, como a Assessoria de Planejamento (ASPLAN), auditorias do Ministério da Saúde, o Conselho Estadual de Saúde, imprensa, etc. Com o passar dos meses, o que se observou foi que outros nós críticos de gestão tomaram

proporções maiores e passaram também a exigir monitoramento sistemático. A partir dessa definição, a CAE também passou a funcionar como uma espécie de central de informações rápidas, estruturadas, sobre temas críticos que exigiam acompanhamento pela Superintendência. Demandas diversas de planejamento, débitos, pagamentos e indenizações existentes em cada Coordenação passaram a fazer parte dos pontos de apoio e assessoria.

Para esse novo objetivo, foi estruturado um plano de ação com o compilado dos nós considerados críticos que deveriam ser acompanhados semanalmente pela superintendente. E, nessa esteira, caberia à referência técnica da CAE acompanhar esse plano de ação diariamente, de forma a garantir seu seguimento e cumprimento satisfatório. Se, por um lado, essa configuração relativizou o acompanhamento mais profundo e tempestivo de entregas estruturantes, por outro, facilitou a organização de outras informações exigidas pelo gabinete e também consideradas prioritárias para o momento. Devido à qualidade técnica de gestão, a CAE funcionou, assim, como uma assessoria da SRAS que não se reduziu a projetos e programas prioritários, mas agregou funções relativas à resolução de diversos tipos de problemas críticos de gestão. Pode-se dizer, portanto, que a CAE tem enfrentado o desafio de continuar acompanhando as entregas estruturantes em meio às outras demandas assumidas pela Coordenação.

Contudo, o que se observa é que o modelo preconizado pela Unidade de Entrega não foi exercido em sua completude, especialmente no que se refere ao foco em poucas prioridades-chave. Se inicialmente o mote era a priorização de entregas estruturantes pontuais e escolhidas para se garantir um legado em meio às diversas outras demandas tidas como urgentes na Superintendência, com o passar do tempo as prioridades se constituíram de forma cada vez mais abrangente em número e complexas em sua forma.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A equipe da CAE foi mobilizada em um contexto de busca por maior desempenho e a escolha dos perfis profissionais foi crucial para que a CAE assumisse o papel que ocupa hoje. A aproximação com as coordenações assistenciais e a falta de *expertise* em gestão por parte das equipes da Superintendência, principalmente por se constituírem em sua maioria de profissionais da área de saúde, acabou fazendo com que recorressem cada vez mais à CAE com demandas cada vez mais diversas. Em muitos momentos, o excesso de demandas impede que a Coordenação se aprofunde nas temáticas, além de ficar sobrecarregada com o volume de atividades. Em outro aspecto, a existência de ferramentas de acompanhamento e de reuniões colegiadas com os coordenadores e diretoras

em conjunto com a Superintendência permite que as entregas estruturantes não deixem de ser acompanhadas de forma sistemática.

Por fim, se a CAE afasta-se do conceito de Unidade de Entrega por não conseguir focar apenas nas entregas estruturantes tidas como prioridade em sua concepção, as habilidades e o perfil profissional do time permitem que a Coordenação assuma também um importante papel de apoio e suporte às equipes da superintendência. Por se tratar de uma estrutura que ainda não assumiu uma forma definida e ainda se ajusta ao contexto da Superintendência, com o tempo se saberá com maior clareza como a coordenação se consolidará e qual o modelo de atuação se apresentará como o mais adequado à ampla realidade da SRAS.

REFERÊNCIAS

BARBER, Michael; MOFFIT, Andy; KIHN, Paul. *Deliverology 101: A Field Guide For Educational Leaders*. Thousand Oaks: Corwin, 2011a.

BARBER, Michael; MOFFIT, Andy; KIHN, Paul. *Deliverology: From idea to implementation*. Nova York: McKinsey & Company, 2011b. Disponível em: <<https://www.mckinsey.com/industries/public-sector/our-insights/deliverology-from-idea-to-implementation>>. Acesso em: 17 maio 2018.

BARBER, Michael. *How to Run a Government: So that Citizens Benefit and Taxpayers Don't Go Crazy*. Londres: Penguin, 2015a.

BARBER, Michael; RODRIGUEZ, Nick; ARTIS, Ellyn. *Deliverology in Practice: How Education Leaders Are Improving Student Outcomes*. Thousand Oaks: Corwin, 2015b.

VELOZZO JR, Joelson. *The Role of Delivery Units in the Implementation Of Public Policies and Services*. Washington, DC: George Washington University, 2015.

WORLD BANK PRESIDENT DELIVERY UNIT. Disponível em: <www.pdu.worldbank.org>. Acesso em: 17 maio 2018.



CÁLCULO DA NECESSIDADE DE LEITOS HOSPITALARES E COMPLEMENTARES (UTI) PARA MINAS GERAIS SEGUNDO MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Monique Fernanda Félix Ferreira¹
Kelly Barros da Silva Fortini²

¹ Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. Mestre em Demografia pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: moniquefelix@outlook.com.

² Enfermeira pelo Centro Universitário UNA e diretora estadual de Atenção Hospitalar e Urgência. E-mail: kbf1423@yahoo.com.br.

Trata-se de um estudo desenvolvido no âmbito da Coordenação de Gestão Hospitalar (CGH) que tem por finalidade estimar o número necessário de leitos para atendimento à população mineira por Macrorregião de Saúde (Região Ampliada).

O estudo é norteado pela metodologia de cálculo disponibilizada pelo Ministério de Saúde. Para tanto são utilizados os seguintes dados: a) população projetada por faixa etária e município de residência (estimativas fornecidas pela UFMG/FACE/CEDEPLAR); b) dados de internação por residência e internação apresentados e processados no SIHD; c) número existente de leitos atualmente (CNES).

PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo tem como ano base o ano 2017 e foi subsidiado pela metodologia proposta pelo Ministério da Saúde. Em suma, a necessidade de leitos por especialidade é dada por:

$$NL^e = \frac{NI^e \cdot TMP^e}{365.p^e \cdot DF^e} Fnr^e$$

Onde:

- NL^e = Número necessário de leitos por especialidade.
- NI^e = Número esperado de internações segundo especialidade.
- TMP^e = tempo médio de permanência segundo especialidade.

- p^e = Taxa de ocupação hospitalar para aquele tipo de leito-especialidade.
- DF^e = Percentual de leitos efetivamente disponíveis segundo especialidade.
- DF^e = Fator de reajuste para internações não residentes em determinado tipo-especialidade.
(taxa de referência)

$$NL^e = \frac{NI^e \cdot TMP^e}{365.p^e \cdot DF^e} Fnr^e$$

$$NI^e = Pop^e \cdot TI^e \cdot FR^e$$

O número esperado de internações da especialidade e (NI^e) corresponde à multiplicação da população exposta ao risco de ser internado para a especialidade e (Pop^e), a taxa de internação esperada (TI^e) e fator de ajuste de recusa de internações para a especialidade e (FR^e).

A Pop^e é calculada a partir de informações sobre: a) o número de nascidos vivos no último ano; b) população residente por grupos etários (0 a 14 anos; 15 a 59 anos e 60+); c) população beneficiária de planos de saúde; d) fator de correção para subregistro dos nascidos vivos (1,05), conforme Tabela 1.

A Taxa Esperada de Internação (TI^e) (na especialidade e adotada corresponde à média do Limite Inferior e Limite Superior dos parâmetros na Portaria GM nº 1631/2018, conforme Tabela 2.

Tabela 1: População de referência para as internações em leitos gerais, por tipo-especialidade.

TIPO-ESPECIALIDADE	POPULAÇÃO DE REFERÊNCIA
Obstetrícia	Nº estimado de gestantes SUS = Nº de nascidos vivos SINASC por residência da mãe * Fator de Correção do sub-registro * Proporção mulheres 15-49 sem plano de saúde com cobertura de obstetrícia
Neonatologia	Nº de nascidos vivos SUS = Nº de nascidos vivos SINASC * Fator de Correção do sub-registro * Proporção de menores de 1 ano sem plano de saúde
Pediatria	
Pediatria clínica	População < 15 anos SUS = População < 15 anos * Proporção < 15 anos sem plano de saúde
Pediatria cirúrgica	População < 15 anos População < 15 anos * Proporção < 15 anos sem plano de saúde
Adulto	
Clínica – 15 a 59 anos	População 15 a 59 anos * Proporção 15 a 59 anos sem plano de saúde
Clínica – 60 anos e mais	População 15 a 59 anos * Proporção 15 a 59 anos sem plano de saúde
Cirurgia – 15 a 59 anos	População 60 anos e mais * Proporção 60 anos e mais sem plano de saúde
Cirurgia – 60 anos e mais	População 60 anos e mais * Proporção 60 anos e mais sem plano de saúde

Fonte: Portaria GM/MS nº 1631/2015

Tabela 2: Taxa de internação esperada

TAXA DE INTERNAÇÃO (POR MIL) ESPERADA*			
Clínica	Limite inferior	Limite superior	Média
Obstetrícia	1.000	1.000	1.000
Neonatologia	82,4	168	125,2
Pediatria clínica	27,8	48,8	38,3
Pediatria cirúrgica	8,4	19,4	13,9
Clínica 15 - 59 anos	13,8	24,6	19,2
Clínica 60+	72,4	116,8	94,6
Cirúrgica 15 - 59 anos	44,9	72,6	58,75
Cirúrgica 60 +	21,8	35,7	28,75

Fonte: Portaria GM/MS nº 1631/2015

A proporção de pacientes que não conseguem internação (FR^e) é uma variante da taxa de recusas. Em síntese, é um fator de ajuste para a taxa de recusa esperada para aquele tipo de leito/especialidade. O fator é dado por:

$$NR^e = \frac{\text{Internações negadas} + \text{Internações aceitas}}{\text{Internações negadas}}$$

O TMP é dado pelo permanência no leito e no período e o número total de internações para a especialidade

$$e \left(TMP^e = \frac{\text{Permanência total}^e}{\text{Total de internações}} \right)$$

O estudo adota a média do Limite Inferior e Limite Superior dos parâmetros na Portaria GM nº 1631/2018, conforme Tabela 3.

Tabela 3: Tempo Médio de Permanência

TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA (DIAS)			
	Limite inferior	Limite superior	Média
Obstetrícia	2,4	3,1	2,75
Neonatologia	6,5	8,2	7,35
Pediatria clínica	4,6	5,7	5,15
Pediatria cirúrgica	2,4	3,9	3,15
Clínica 15 - 59 anos	6,5	8,5	7,5
Clínica 60+	7,4	9,5	8,45
Cirúrgica 15 - 59 anos	4,6	6,5	5,55
Cirúrgica 60 +	3,6	4,3	3,95

Fonte: Portaria GM/MS nº 1631/2015

A Taxa de Ocupação adotada no estudo é de 78,2% para todas as especialidades. A taxa corresponde à Media Ponderada do Parâmetro proposto GM 1631/15 para TxOH com Tx. de recusa de 3%.

A proporção de leitos efetivamente disponíveis (DF^e) depende de informações sobre os leitos existentes e leitos operacionais. É um dado dinâmico e depende de informações do Censo Hospitalar diário. Dessa forma, na ausência dessa informação, o MS recomenda utilização de $DF^e=1$.

O fator de ajuste para internações de não residentes em determinado tipo-especialidade é calculado como o inverso da proporção de internações de residentes no mesmo tipo de leito-especialidade.

$$\left(\frac{\text{Internações Residentes} \cdot \text{Não residentes}}{\text{Internações Residentes}} \right)$$

Em síntese, utilizaram-se no estudo dados referentes ao ano 2017. Para a população utilizou-se, nas estimativas, a interpolação da população projetada para Minas Gerais por sexo e faixa etária em 2015 e 2020 elaborada pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR/UFMG). Especificamente para o número de nascidos vivos em 2017 utilizaram-se dados do TABNET da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Os dados de internação de 2017 por Macrorregião de Saúde são provenientes do Sistema de Internação Hospitalar (SIHD). As informações sobre o número de leitos refere-se ao mês de dezembro de 2017 obtidas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.

Para os parâmetros referentes: I) à taxa de ocupação; II) tempo médio de permanência, III) taxa de internação esperada e IV) proporção esperada de internações que demandam UTI, foram utilizadas medidas teóricas – equivalente à média do Limite Inferior e Limite Superior dos parâmetros propostos pelo Ministério da

Saúde (proposto Portaria GM 1631/15). Para os parâmetros: I) Proporção de pacientes que não conseguem internação – recusas e II) Proporção de Leitos Efetivamente disponíveis, foi utilizada recomendação do MS (=1, na ausência de dados).

Observação: O cálculo da Necessidade de Leitos de UTI difere quanto às variáveis que compõem o número esperado de internações (NI^e). No caso dos leitos de UTI, o número de internações esperadas de determinado tipo-especialidade é dado por:

$$NI^{UTIe} = \sum - (\bar{NI}^e * p_{UTI}^e)$$

$\bar{NI}^{UTIe}$: número de internações esperadas em leitos gerais das especialidades que correspondem àquele tipo de UTI (neonatologia, no caso da UTI neonatal; pediatria clínica e pediatria cirúrgica, no caso da UTI pediátrica; e internações nos demais leitos gerais, no caso da UTI adulto).

p_{UTI}^e : é a proporção esperada de internação com UTI em determinada especialidade.

RESULTADOS

Leitos Hospitalares

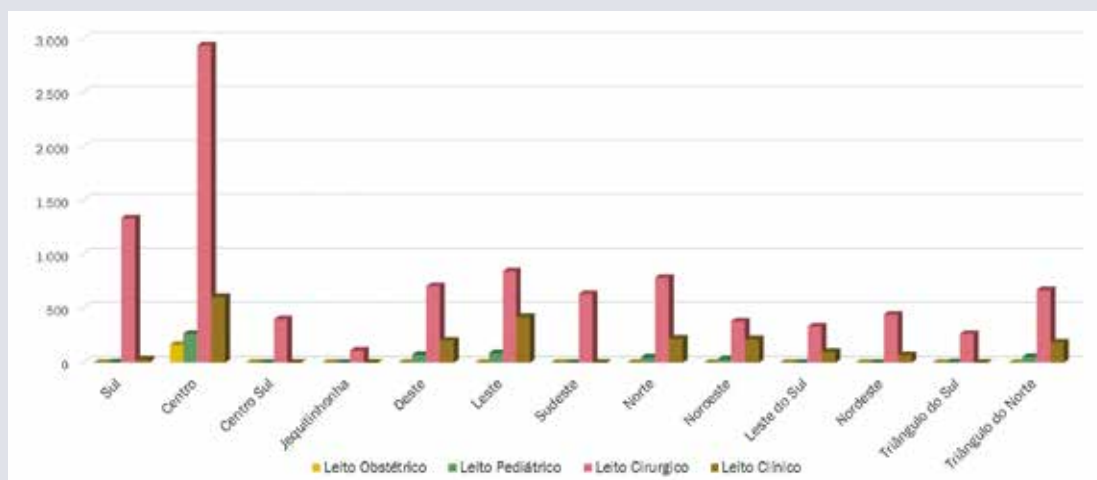
Após cálculo da necessidade de leitos e comparação com o número existe, foi calculado o déficit de leitos (Tabela 4, Tabela 5 e Gráfico 1).

Tabela 4: Déficit de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde – Minas Gerais (2017)

MACRO	LEITO OBSTÉTRICO	LEITO PEDIÁTRICO	LEITO CLÍNICO	LEITO CIRÚRGICO	TOTAL
Sul	0	3	29	1.334	1.366
Centro	165	267	604	2.936	3.972
Centro Sul	0	0	0	399	399
Jequitinhonha	0	0	0	112	112
Oeste	0	74	204	704	982
Leste	0	88	422	841	1.351
Sudeste	0	0	0	634	634
Norte	0	49	221	782	1.051
Noroeste	0	33	216	380	629
Leste do Sul	0	0	100	334	434
Nordeste	0	0	71	444	515
Triângulo do Sul	0	5	0	268	273
Triângulo do Norte	0	54	187	668	908
Minas Gerais	0	346	1.149	9.837	11.331

Fonte: Elaboração dos autores

Gráfico 1: Déficit de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde – Minas Gerais (2017)



Fonte: Elaboração dos autores

Tabela 5: Consolidado de Leitos Hospitalares – Leitos Necessários, Existentes e Déficit – Minas Gerais 2017

MACRO	LEITO OBSTÉTRICO			LEITO PEDIÁTRICO			LEITO CLÍNICO			LEITO CIRÚRGICO		
	Necessários	Existentes	E-N	Necessários	Existentes	E-N	Necessários	Existentes	E-N	Necessários	Existentes	E-N
Sul	336	500	164	477	474	-3	2.097	2.068	-29	2.244	910	-1.334
Centro	846	681	-165	1.198	931	-267	4.686	4.082	-604	5.387	2.451	-2.936
Centro Sul	88	120	32	135	150	15	585	817	232	639	240	-399
Jequitinhonha	35	96	61	55	126	71	196	320	124	238	126	-112
Oeste	151	181	30	224	150	-74	926	722	-204	1.039	335	-704
Leste	191	226	35	275	187	-88	1.112	690	-422	1.223	382	-841
Sudeste	187	244	57	283	322	39	1.293	1.771	478	1.345	711	-634
Norte	222	318	96	316	267	-49	1.133	912	-221	1.345	563	-782
Noroeste	94	98	4	126	93	-33	485	269	-216	565	185	-380
Leste do Sul	84	123	39	121	126	5	517	417	-100	556	222	-334
Nordeste	109	193	84	166	262	96	671	600	-71	727	283	-444
Triângulo do Sul	100	113	13	141	136	-5	553	622	69	632	364	-268
Triângulo do Norte	171	179	8	233	179	-54	933	746	-187	1.052	384	-668
Minas Gerais	2.616	3.072	456	3.749	3.403	-346	15.185	14.036	-1.149	16.993	7.156	-9.837

Fonte: Elaboração dos autores

Leitos Complementares (UTI)

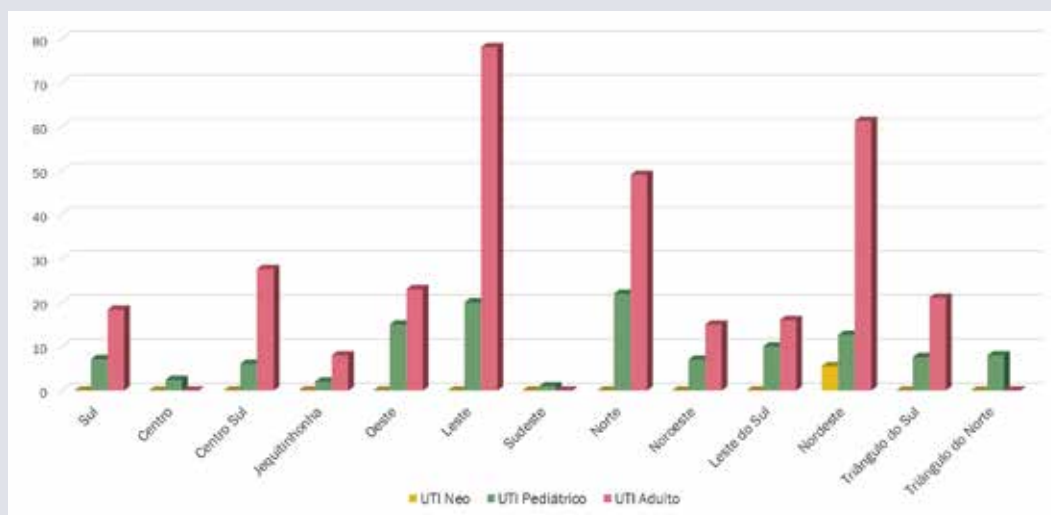
Após cálculo da necessidade de leitos e comparação com o número existente, foi calculado o déficit de leitos (Tabela 6 e Gráfico 2).

Tabela 6: Déficit de Leitos Complementares por Macrorregião de Saúde – Minas Gerais (2017)

MACRO	UTI NEO	UTI PEDIÁTRICO	UTI ADULTO	TOTAL
Sul	0	7	18	25
Centro	0	2	0	2
Centro Sul	0	6	28	34
Jequitinhonha	0	2	8	10
Oeste	0	15	23	38
Leste	0	20	78	98
Sudeste	0	1	0	1
Norte	0	22	49	71
Noroeste	0	7	15	22
Leste do Sul	0	10	16	26
Nordeste	6	13	61	80
Triângulo do Sul	0	8	21	29
Triângulo do Norte	0	8	0	8
Minas Gerais	0	122	173	295

Fonte: Elaboração dos autores

Gráfico 2: Déficit de Leitos Complementares por Macrorregião de Saúde – Minas Gerais (2017)



Fonte: Elaboração dos autores

**Tabela 7: Consolidado de Leitos Complementares –
Leitos Necessários, Existentes e Déficit – Minas Gerais 2017**

MACRO	UTI NEO			UTI PEDIÁTRICO					
	Necessários	Existentes	E-N	Necessários	Existentes	E-N	Necessários	Existentes	E-N
Sul	48	97	49	39	32	-7	287	269	-18
Centro	120	180	60	98	96	-2	654	713	59
Centro Sul	13	15	2	11	5	-6	81	53	-28
Jequitinhonha	5	8	3	4	2	-2	28	20	-8
Oeste	22	23	1	18	3	-15	128	105	-23
Leste	27	31	4	23	3	-20	153	75	-78
Sudeste	27	57	30	23	22	-1	176	255	79
Norte	32	36	4	26	4	-22	160	111	-49
Noroeste	13	33	20	10	3	-7	68	53	-15
Leste do Sul	12	18	6	10	0	-10	71	55	-16
Nordeste	16	10	-6	14	1	-13	92	31	-61
Triângulo do Sul	14	22	8	12	4	-8	77	56	-21
Triângulo do Norte	24	53	29	19	11	-8	130	136	6
Minas Gerais	372	583	211	308	186	-122	1.932	1932	-173

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo representa um início sutil do estudo sobre necessidade de leitos, portanto os parâmetros carecem de maior refinamento.

Para maior aproximação da realidade mineira, tem-se como opção:

- Parâmetros teóricos e proporção de internações de residentes: utilizar valores observados para Minas Gerais ou utilizar uma Macrorregião como “padrão ouro”.
- Parâmetro “proporção de pacientes que não conseguem internação”: utilizar a *expert opinion* das Centrais de Regulação.
- População alvo: estudar possíveis *proxys* da população beneficiária de planos de saúde, uma vez que os dados sobre beneficiários de planos de saúde divulgados pela ANS não refletem verdadeiramente o número de pessoas com planos de saúde.

- d. Proporção de leitos efetivamente disponível: consultar as Unidades Regionais ou utilizar a literatura para propor parâmetro. Alternativa interessante é o Censo Hospitalar – Desafio: dinamicidade das informações.
- e. Para maior robustez metodológica, sugere-se criação de quatro cenários:



REFERÊNCIAS

- CEDEPLAR. Estimativas de população para o Brasil: total do país, unidades federativas e municípios, 2010-2030. set. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/uvvWyQ>>. Acesso em: 6 jun. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Leitos por especialidade. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cnes>>. Acesso em: 6 jun. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS nº 1631, de 01 de outubro de 2015. *Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS*. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 6 jun. 2018.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Acesso em: 06 jun. 2018
- TABNET SES/MG. Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos. Disponível em: <<http://tabnet.saude.mg.gov.br/deftohtm.exe?def/nasc/nascr.def>>. Acesso em: 1 mar. 2018.



A ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL EM MINAS GERAIS

Silvana Rossi¹

Felipe Leandro²

Barbara Viegas³

Diovana Paiva⁴

Erika Oliveira Santos⁵

Kelly Fortini⁶

Cinara Rocha⁷

Philipe Ayslan⁸

Dayana Caroline Freireda Silva⁹

¹ Técnica em Patologia Clínica. E-mail: silvanar.sr44@gmail.com.

² Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. Graduado em Enfermagem pela PUC Minas. E-mail: batistafel@hotmail.com.

³ Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. Graduada em Enfermagem pela PUC Minas. E-mail: bmviegas@hotmail.com.

⁴ Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. Graduada em Enfermagem pela PUC Minas. E-mail: diovana.paivaf@gmail.com.

⁵ Enfermeira pelo Centro Universitário UNA e diretora estadual de Atenção Hospitalar e Urgência. E-mail: kbf1423@yahoo.com.br.

⁶ Graduada em Gestão em Serviços de Saúde pela UFMG. E-mail: cinararocha.f@gmail.com.

⁷ Graduando em Gestão Pública pela Unopar. E-mail: philipe-ayslan@hotmail.com.

⁸ Graduada em Enfermagem pela PUC Minas. E-mail: daya-cfs@gmail.com.

INTRODUÇÃO

Os serviços de urgência e emergência constituem um importante componente da assistência à saúde. Nos últimos anos, houve um crescimento da demanda por atendimento de urgência e emergência, devido, principalmente, ao aumento do número de acidentes e violência urbana e também ao modelo de enfrentamento das condições crônicas na lógica das condições agudas. Esse aumento da demanda, acrescido à insuficiente estruturação da rede assistencial, tem contribuído de forma substancial para a sobrecarga dos serviços de urgência e emergência disponibilizados à população.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as condições crônicas têm aumentado em ritmo acelerado em todo o mundo. A tendência de crescimento das condições crônicas nos países em desenvolvimento é agravada pela persistência das condições agudas. O declínio das taxas de natalidade, o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população são fatores demográficos importantes nas últimas décadas e contribuem consideravelmente para o crescimento das condições crônicas. Em 2003 foi instituída a Política Nacional de Atenção às Urgências. Esta política é pautada, sobretudo na necessidade de estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros.

O grande marco dessa política é a organização de redes loco-regionais de atenção às urgências e emergências. Cada nível de atenção

deve acolher e atender adequadamente a parcela da demanda que lhe ocorre e se responsabilizar pelo encaminhamento dessa clientela quando a unidade não tiver recursos necessários para o atendimento.

CARACTERIZAÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Em Minas Gerais, em torno de 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde eficientes e de qualidade. Por isso, as redes terão que se organizar com autossuficiência na média complexidade nas Regiões de Saúde e com autossuficiência em alta complexidade nas Regiões Ampliadas de Saúde.

Essas situações colocam, para a Secretaria de Estado de Saúde (SES) e para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), a necessidade de, solidariamente, desenvolver e implantar um novo modelo de atenção à saúde no estado, voltado para o atendimento das necessidades da população. Para dar conta dessa missão, é necessário que gestores e técnicos estejam embasados teórica e conceitualmente, como também possam, a partir das realidades epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas, coordenar a conformação das Redes de Atenção à Saúde nas microrregiões sanitárias.

PLANO DE AÇÃO REGIONAL (PAR)

O Ministério da Saúde, em 2011, reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção às Urgências no SUS,

estabelecendo as diretrizes para a organização da rede de atenção às urgências de forma regionalizada, visando garantir aos usuários resolução integral da demanda dos quadros agudos.

Esse modelo de organização vem possibilitar ao estado avançar na conformação das redes que estão sendo implantadas nas Regiões Ampliadas de Saúde, reforçando a implantação do Plano Diretor de Regionalização e assim justificando-se esse projeto macrorregional. Um projeto que envolvesse somente a região metropolitana fragmentaria a conformação da rede e dificultaria aos usuários uma atenção qualificada, ágil e resolutiva.

A importância da conformação da Rede de Urgência Regional contribui para viabilizar a redução das mortes e sequelas evitáveis.

A organização da Rede de Atenção às Urgências e Emergências dá-se pelos seguintes pontos de atenção à saúde:

1. Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde.
2. Atenção Básica em Saúde.
3. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências.
4. Força Nacional de Saúde do SUS.
5. Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas.
6. Hospitalar.
7. Atenção Domiciliar.

COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR FIXO

O componente pré-hospitalar fixo é aquele no qual o atendimento é prestado num primeiro nível de atenção aos pacientes portadores de quadros agudos de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica que possa levar a sofrimento, sequelas ou até a morte. Fazem parte do componente pré-hospitalar fixo:

- Unidades Básicas de Saúde (UBS).
- Unidades do Programa Saúde da Família (PSF).
- Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS).
- Ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapia.
- Unidades de Pronto Atendimento Municipal.
- Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

A responsabilização pelo acolhimento dos pacientes com quadros agudos ou crônicos agudizados da população da área de abrangência é atribuição e prerrogativa das Redes de Atenção Primária à Saúde em todos os municípios brasileiros.

UPA 24 HORAS – UNIDADES DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS

A Portaria GM/MS nº 10, de 3 de janeiro de 2017, estabelece as diretrizes para a implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 Horas) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas que irão compor a Rede de Atenção às Urgências.

As UPA 24 Horas são classificadas em oito diferentes opções, de acordo com a cobertura populacional da região assistida, a capacidade instalada (área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e a capacidade diária de realizar atendimentos médicos).

Essas unidades devem funcionar durante 24 horas, todos os dias da semana, e ter o Acolhimento com Classificação de Risco implantado para organização da porta de entrada, a fim de estabelecer a prioridade do atendimento de acordo com a gravidade clínica, devendo o processo de trabalho ser orientado por protocolos clínicos e operacionais.

As UPA 24 Horas devem articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica,

SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema loco-regional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência, e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados.

Tabela 1: Distribuição das UPA 24 Horas em Minas Gerais

MUNICÍPIO	TOTAL
Sabará	1
Ribeirão Das Neves	1
Vespasiano	1
Sete Lagoas	1
Teófilo Otoni	1
Divinópolis	1
Juiz de Fora	3
Passos	1
Varginha	1
Poços de Caldas	1
Brumadinho	1
Campo Belo	1
Ibirité	1
Igarapé	1
Ipatinga	1
Belo Horizonte	7
Betim	4
Contagem	5
Congonhas	1
Nova Lima	1
Itabirito	1
Manhuaçu	1
Mateus Leme	1
Nova Serrana	1

MUNICÍPIO	TOTAL
Patos de Minas	1
Santa Luzia	1
São João Del Rei	1
Governador Valadares	1
Uberaba	2
Uberlândia	1
Carmo do Paranaíba	1
Lagoa da Prata	1
Santo Antônio do Monte	1
Araguari	1
São Joaquim de Bicas	1
Francisco Sá	1
Formiga	1
Pará de Minas	1
Salinas	1
São Sebastião do Paraíso	1
Abaeté	1
TOTAL	57

Fonte: Elaboração dos autores

OBJETIVOS E DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS

Em conformidade com a Portaria de Consolidação GM/MS nº 1, de 27 de setembro de 2017, são objetivos do Componente Hospitalar da Rede Atenção às Urgências:

- I - Organizar a atenção às urgências nos hospitais, de modo que atendam à demanda espontânea e/ou referenciada e funcionem como retaguarda para os outros pontos de atenção às urgências de menor complexidade;
- II - Garantir retaguarda de atendimentos de média e alta complexidade; procedimentos diagnósticos

e leitos clínicos, cirúrgicos, de longa permanência e de terapia intensiva para a rede de atenção às urgências; e

III - Garantir a atenção hospitalar nas linhas de cuidado prioritárias, em articulação com os demais pontos de atenção.

6.1 DIRETRIZES DO COMPONENTE HOSPITALAR DA REDE DE ATENÇÃO ÀS URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Nas Diretrizes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências são estabelecidas:

- 1 - Universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências.
- 2 - Humanização da atenção, garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde.
- 3 - Atendimento priorizado, mediante acolhimento com Classificação de Risco, segundo o grau de sofrimento, urgência e gravidade do caso.
- 4 - Regionalização do atendimento às urgências, com articulação dos diversos pontos de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde.
- 5 - Atenção multiprofissional, instituída por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseada na gestão de linhas de cuidado.

O componente hospitalar é estruturado pelas Unidades Hospitalares de Atendimento em Urgência e Emergência. A assistência no componente hospitalar deve compor a rede com um sistema de referência e contrarreferência estruturadas, mediante estabelecimento de fluxos e transferência claros, previamente acordados e pactuados, mediados pela

central de regulação, visando à continuidade do cuidado, seja em serviços de maior complexidade tecnológica, seja com as UBS, ESF e UPA para a continuidade do tratamento, a fim de promover ações de prevenção e promoção da saúde.

Quanto às características específicas, conforme a Portaria MS/GM nº 2048, as Unidades de Referência em Atendimento às Urgências e Emergências são instaladas em hospitais gerais ou especializados, aptos a prestar assistência de urgência e emergência correspondente ao nível de média complexidade e de alta complexidade, de acordo com a capacidade instalada, especificidade e perfil assistencial. Com recursos do próprio hospital, essas unidades garantem o acesso aos recursos tecnológicos e humanos necessários ao atendimento.

Os hospitais participantes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências são definidos de acordo com classificação e função na Rede de Atenção às Urgências, observadas as seguintes tipologias:

- Hospital Geral;
- Hospital Especializado Tipo I;
- Hospital Especializado Tipo II;
- Linha do Cuidado ao:
 - ▶ IAM – Infarto Agudo do Miocárdio,
 - ▶ AVC – Acidente Vascular Cerebral,
 - ▶ Trauma-ortopedia (Trauma).

No estado de Minas Gerais, atualmente existem seis Regiões Ampliadas de Saúde, aprovadas pelo Ministério da Saúde:

- RAS Norte.
- RAS Centro.
- RAS Centro Sul.
- RAS Nordeste/Jequitinhonha.
- RAS Sul.
- RAS Sudeste.

Tabela 2: Componentes Contemplados em Minas Gerais

Região Ampliada de Saúde - RAS	Porta de urgência	Leitos de UTI Adulto	Leitos de UTI pediátrico	Leitos clínicos	Leitos cuidados prolongados	Unidade Coronariana UCO	Unidade de cuidado Acidente Vascular Cerebral AVC
Centro	9	483	188	638	132	30	43
Centro Sul	1	37			25		
Jequitinhonha	1						
Nordeste	1						
Norte	5	76		162			
Sudeste	5	117		58			30
Sul	5	150					
TOTAL	27	863	188	858	157	30	73

Fonte: Elaboração dos autores

SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR (SAD)

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) é definido como o serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), de acordo com a Portaria Ministerial nº 825, de 25 de abril de 2016. Deriva da Atenção Domiciliar (AD), que é a modalidade de atenção à saúde integrada as Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizada por um conjunto de ações de prevenção e tratamento de doenças, reabilitação, palição e promoção à saúde prestadas em domicílio, garantindo continuidade de cuidados.

Objetivos do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD)

1. Redução da demanda por atendimento hospitalar.
2. Redução do período de permanência de usuários internados.
3. Humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários.
4. Desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

A indicação do SAD segue a seguinte diretriz:

A AD é indicada para pessoas que, estando em estabilidade clínica, necessitam de atenção à saúde em situação de restrição ao leito ou ao lar, de maneira temporária ou definitiva, ou em grau de vulnerabilidade em que a atenção domiciliar é considerada a oferta mais oportuna para tratamento, palição, reabilitação e prevenção

de agravos, tendo em vista a ampliação de autonomia do usuário, família e cuidador.

O serviço em questão é dividido em três modalidades, como disposto abaixo, sendo que a determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos.

1. Atenção Domiciliar 1 (AD 1).
2. Atenção Domiciliar 2 (AD 2).
3. Atenção Domiciliar 3 (AD 3).

Tabela 3: Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) em Minas Gerais

MUNICÍPIO	EQUIPE EMAD	EQUIPE EMAP
Belo Horizonte	12	1
Nova Lima	1	1
Sabará	1	1
Betim	4	1
Contagem	6	1
Ibirité	1	1
Sarzedo	1	1
Lagoa Santa	1	1
Vespasiano	1	1
Barbacena	1	1
Juiz de Fora	3	1
Poços de Caldas	1	1
Varginha	1	1
Bom Despacho	1	1
Caratinga	1	1
Francisco Sá	1	1
Jaíba	1	1
Pará de Minas	1	1
São Lourenço	1	1
Taiobeiras	1	1
Uberaba	2	2
Uberlândia	7	3

MUNICÍPIO	EQUIPE EMAD	EQUIPE EMAP
Monte Carmelo	1	0
Montes Claros	4	1
Itaobim	1	1
Jequitinhonha	1	1
TOTAL	57	28

Fonte: Elaboração dos autores

DO COMPONENTE PRÉ-HOSPITALAR MÓVEL – SAMU 192

O componente pré-hospitalar móvel visa ao atendimento precoce à vítima após ter ocorrido um agravo à saúde. É composto pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e os serviços associados de salvamento e resgate. O atendimento pré-hospitalar móvel é considerado primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão; ou secundário, quando a solicitação partir de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento necessário à estabilização do quadro de urgência apresentado, mas que necessite ser conduzido a um serviço de maior complexidade para continuidade do tratamento.

O atendimento do SAMU é vinculado a uma Central de Regulação Médica, à qual a população tem acesso através do número único e gratuito, o 192. Técnicos recebem o chamado e o encaminham para o médico regulador, que escuta a queixa e já dá início ao atendimento, orientando quem faz o chamado quanto aos primeiros socorros, e fazendo a escolha de qual veículo encaminhar ao local. O atendimento no local é monitorado pelo médico regulador, que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos a serem tomados em cada caso, e também faz o contato com a unidade para a qual o paciente será encaminhado.

As ambulâncias são definidas como um veículo (terrestre, aéreo ou aquaviário) que se

**Tabela 4: Cobertura do SAMU 192 –
Serviço Atendimento Móvel de Urgência em Minas Gerais**

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	MUNICÍPIO	POPULAÇÃO ESTIMADA PDR (2016)	USB - UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO	USA - UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO	TOTAL DE AMBULÂNCIAS
Nordeste	63	935.587	21	5	26
Jequitinhonha	23	298.645			
Norte	86	1.678.958	40	7	47
Sudeste	94	1.669.802	31	8	39
Centro Sul	50	788.353	18	4	22
Sul	153	2.622.702	34	9	43
Oeste	54	1.276.557	24	7	31
TOTAL	523	9.270.604	144	33	177
TOTAL DO ESTADO	853	20.997.560			
Cobertura SAMU 192 Regional	61,31%	44,15%			

Fonte: Elaboração dos autores

destine exclusivamente ao transporte de enfermos. O SAMU conta hoje com as ambulâncias de suporte básico (USB), as de suporte avançado de vida (USA), aeronave de transporte médico, embarcação de transporte médico, veículos de intervenção rápida (VIR) e motolância.

O papel do SAMU 192 vai muito além da interligação logística da Rede de Atenção às Urgências e Emergências, pois ele, através da sua central de regulação, garante escuta médica qualificada 24 horas por dia; integra o complexo regulador, atuando, portanto, como ente de governança da rede; funciona como um ponto de apoio resolutivo, solucionando a demanda da população através da telemedicina ou através do envio de equipe de suporte básico ou avançado; realiza atendimento primário e transporte inter-hospitalar dos pacientes graves; integra e regula os demais serviços de urgência

da rede; atua como ponto de classificação e gestão de risco (fazendo diagnóstico sintromico das demandas agudas dos usuários), quando define o acesso regulado do paciente ao local certo, no tempo certo e com a qualidade certa; dispõe-se como um ponto de apoio operacional do sistema de urgência, funcionando como uma rede virtual de urgência e emergência, através do banco de dados atualizado da situação das portas de entrada de urgência; é o observatório do sistema de saúde.

Para que o SAMU 192 Regional possa obter êxito em sua atuação, é preciso garantir, principalmente, tempo de resposta adequado. Assim, é necessário utilizar critérios de distribuição das equipes, além do populacional. Para isto foi realizado um estudo diagnóstico da situação em cada macrorregião do estado com estabelecimento de vários critérios para

a definição da necessidade de cobertura pelo serviço móvel de urgência buscando garantir o tempo de resposta adequado. Os critérios estabelecidos foram:

1. Distribuição das ambulâncias por município, considerando área de abrangência e população.
2. Definição do município que sediará a Central de Regulação de Urgência (geralmente, o município polo).

No estado de Minas Gerais, atualmente, estão implantados sete SAMU 192 – Regional: RAS Norte; RAS Centro Sul; RAS Nordeste/Jequitinhonha; RAS Sul; RAS Sudeste; RAS Oeste.

No estado de Minas Gerais, atualmente, estão implantados doze SAMU 192 – Municipais:

RAS Belo Horizonte, com cobertura para os municípios de Caeté, Nova Lima e Ribeirão das Neves; RAS Betim; RAS Contagem, com cobertura para os municípios de Ibirité e Sarzedo; RAS Governador Valadares; RAS Ipatinga; RAS Itabira; RAS Mariana; RAS Ouro Preto; RAS Patos de Minas; RAS Poços de Caldas; RAS Sete Lagoas; RAS Uberaba; RAS Oeste.

SUPORTE AÉREO AVANÇADO DE VIDA EM MINAS GERAIS (SAAV)

Em 2012, foi criado o Suporte Aéreo Avançado de Vida (SAAV), entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e o Corpo de Bombeiros Militar de Minas Gerais (CBMMG). Um dos seus objetivos foi a aquisição de aeronaves de asas fixas e rotativas para a prestação de suporte aeromédico: atendimento primário (resgate), atendimento secundário (transporte inter-hospitalar), transporte de órgãos e tecidos para transplantes e apoio à Força Estadual de Saúde em caso de catástrofes no território mineiro.

As operações do SAAV têm as seguintes finalidades:

- a. Reduzir o tempo-resposta na prestação de socorro às vítimas de urgência e emergência em todas as regiões de Minas Gerais.
- b. Reduzir as mortes e complicações evitáveis como resultado regional.
- c. Aperfeiçoar a prestação de serviços assistenciais pré-hospitalares.
- d. Organizar o sistema de urgência e emergência no que se refere à alocação do paciente certo, no lugar certo, no tempo certo.
- e. Garantir economia de escala e volume ótimo aos hospitais de referência de acordo com sua função e tipologia na rede.
- f. Incrementar a cooperação e trabalho participativo para que ocorra o aumento da sinergia das equipes e eficiência nos atendimentos.

O SAAV constitui uma solução de transporte que otimiza a alocação dos usuários do SUS nos recursos de saúde adequados a cada caso. Para tanto, foi prevista em sua concepção a instalação de seis bases aéreas no estado, com a aquisição de seis aeronaves biturbina e dois aviões turbo-hélice. A primeira aeronave da SES, helicóptero biturbina, homologado para voos em condições não visuais (IFR), modelo EC 145, matrícula PR-UEA, juntou-se, em fevereiro de 2015, aos dois helicópteros já existentes, modelo AS350 B2 – matrículas PP-BBM e PR-BOA (ARCANJOS) – pertencentes e operados pelo CBMMG em parceria com o SAMU/BH, para atender ao SAAV. Em abril de 2016, foi inaugurada a primeira base destacada do Batalhão de Operações Aérea (BOA) em Varginha, sendo um dos Arcanjos realocados nesse município. Seu funcionamento ocorre nos mesmos moldes do implantado na capital mineira, contando também com a parceria do SAMU 192 da Região Ampliada de Saúde Sul.

Visando dar prosseguimento ao Projeto Aeromédico do Estado de Minas Gerais, foram adquiridos duas aeronaves de asa rotativa

(Helicóptero), dois aviões, três caminhões de abastecimento do combustível de aviação, três veículos utilitários e dez tanques sobre rodas para apoio nas operações das aeronaves do SAAV: RAS Governador Valadares; RAS Ipatinga; RAS Itabira; RAS Mariana; RAS Ouro Preto; RAS Patos de Minas, RAS Poços de Caldas; RAS Sete Lagoas; RAS Uberaba; RAS Oeste.

ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO REGIONAL EM MINAS GERAIS

Os Planos de Ações Regionais deverão enfatizar as análises das situações dos serviços de atendimento às urgências, com dados primários, incluindo dados demográficos e epidemiológicos, dimensionamento da demanda às urgências, da oferta dos serviços de urgência existentes, análise da situação da regulação, da avaliação, do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte para as urgências. O Plano de Ação Regional necessita do detalhamento técnico de cada componente da rede, contemplando o desenho da Rede Atenção às Urgências, metas a serem cumpridos, cronograma de implantação, mecanismos de regulação, monitoramento e avaliação, o estabelecimento de responsabilidades e o aporte de recursos pela União, estado, Distrito Federal e municípios envolvidos.

a) Dados demográficos e epidemiológicos;

É indispensável a apresentação dos municípios que compõem a região ou macrorregião de saúde, seguida da estimativa de população residente.

A distribuição populacional da região deverá ser apresentada por faixas de idade e sexo, e dados socioeconômicos como educação, trabalho e renda, PIB, saneamento, infraestrutura e desenvolvimento regional. Deveremos selecionar os elementos que descrevem melhor

características determinantes da ocorrência e distribuição dos eventos de saúde. Apresentação do percentual de mortalidade específico por Capítulos do CID-10, com objetivo de identificar as principais causas das mortes da população da região de saúde, apresentando as fontes e o período de coleta das informações encaminhadas no diagnóstico situacional:

- Número de Municípios;
- Número e nomes das Regiões de Saúde e Macrorregiões (se houver).
- Dados demográficos: estimativa de população residente dos municípios que fazem parte do PAR (IBGE).
- Dados epidemiológicos.
- Percentual de mortalidade específica por Capítulos do CID-10 (por região de saúde) – causas externas e doenças do aparelho circulatório.
- Outras informações que se julgarem necessárias.

b) Dimensionamento das demandas das urgências e da oferta dos serviços de urgências existentes (por município da região)

- Prevenção e Promoção da Saúde: apresentando detalhamento técnico das ações de prevenção e promoção.
- Número total de atendimento de classificação de risco e atendimento médico de UPA 24H por mês (Fonte: SIA/SUS), no período de um ano, quando possível.
- Número total de atendimentos de urgência realizados nas Portas de Entrada Hospitalar pleiteadas e o percentual de atendimentos oriundos de outros municípios.

c) Oferta de serviços de Urgência SUS

- Quantidade de hospitais de referência regional, perfil assistencial, número de leitos

SUS (clínicos, cirúrgicos, UTI, UCO, U-AVC) e habilitações em alta complexidade.

- Quantidade de Unidades de Pronto Atendimento (sendo UPA 24h ou outros PAs).

d) Indicadores

- Número de leitos hospitalares SUS por estabelecimento;
- Percentual da população SUS dependente (dado por região – site da ANS).
- Percentual de internações hospitalares (SUS) por região.
- Taxa de ocupação de leitos de UTI e clínicos.
- Média de permanência hospitalar.
- Percentual de referência regional (número de atendimentos realizados de pacientes oriundos de outros municípios, conforme registro do SIH), dos estabelecimentos relacionados como referência regional.

e) Detalhamento técnico de cada componente da rede

- UPA 24h: propostas de novas construções, propostas de habilitações de UPA 24h concluídas ou em construção, ou construídas com recursos próprios e previsão de início de funcionamento. Justificar a necessidade de novas unidades.
- SAMU 192: propostas aprovadas (ou não) de implantação, ampliação e expansão no SAIPS. Justificar a necessidade de novas unidades.

- Componente Hospitalar:

► Portas de Entrada Hospitalares de Urgência:

- Solicitar incentivo de custeio diferenciado das portas de entrada estratégicas, com apresentação da grade de referência pactuada, mostrando as especialidades que darão retaguarda e apresentação do percentual de atendimentos oriundos de outros municípios conforme registro no Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

► Leitos de retaguarda:

- Apresentar a necessidade de leitos conforme Portaria 1631/2015 e a proposta de ampliação.
- Apresentar a taxa de ocupação atual para leitos clínicos dos estabelecimentos que solicitam ampliação.
- Calcular o número de novos leitos de Cuidados Prolongados de acordo com parâmetros de necessidade definidos em ato específico. (incluído pela PRT GM/MS nº 2809, de 7 de dezembro de 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise primária das ações implementadas remetem-nos à avaliação de que serão necessários esforços contínuos de todos os atores envolvidos, para que seja possível a efetivação de medidas que em absoluto possam contribuir para a melhoria dos processos de trabalho. No entanto, cabe ressaltar o avanço do estado de Minas Gerais ao viabilizar junto as regionais, a elaboração do plano de ação regional como ferramenta de gestão com consequente impacto assistencial e financeiro.

ANEXO - MODELO DA ESTRUTURA DO PLANO DE AÇÃO EM MINAS GERAIS

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

a) Dados demográficos:

Relação dos municípios, regiões de saúde e estimativa de população residente e flutuante*

MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE	EXTENSÃO TERRITORIAL (KM²)	POPULAÇÃO ESTIMADA (IBGE/TCU 2016)	POPULAÇÃO FLUTUANTE

Fonte: PDR-SUS/MG – Pop. ESTIMATIVA/IBGE/TCU-2016

*População flutuante: É o conjunto de indivíduos presentes no território na data de referência, por um período de curta duração, por motivos recreativos, de turismo, visita a familiares ou de negócios.

Quando houver população flutuante, descrever a quantidade, motivos e período.

Distribuição populacional da região por faixas de idades e sexo por região de saúde e região ampliada de saúde

POPULAÇÃO RESIDENTE POR FAIXA ETÁRIA E SEXO		
Faixa Etária	Masculino	Feminino
0 a 4 anos		
5 a 9 anos		
10 a 14 anos		
...	...	...

População residente por situação por município (rural e urbana)

POPULAÇÃO RESIDENTE POR SITUAÇÃO		
SITUAÇÃO		
Urbana		
Rural		

População indígena por município

POPULAÇÃO INDÍGENA
Sim ou Não e estimativa da população

População quilombola por município

POPULAÇÃO QUILOMBOLA
Sim ou Não e estimativa da população

População em situação de rua por município

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
Sim ou Não e estimativa da população

População privada de liberdade por município

POPULAÇÃO PRIVADA DE LIBERDADE
Sim ou Não e estimativa da população

b) Dados socioeconômicos

Taxa de analfabetismo por faixa etária por região ampliada de saúde

TAXA DE ANALFABETISMO POR FAIXA ETÁRIA		
Faixa Etária	2000	2010
15 a 24 anos		
25 a 39 anos		
...		

IDH por município

IDH DO MUNICÍPIO – 2010	IDH DE MINAS GERAIS – 2010

PIB per capita por município

RENDA MÉDIA DOMICILIAR PER CAPITA	
2000	2010
R\$	R\$
Minas Gerais	Minas Gerais
R\$	R\$

Fator de alocação por município

FATOR DE ALOCAÇÃO	
-------------------	--

c) Dados epidemiológicos:

Taxa de Mortalidade Infantil por Município

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS E NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS	2016	2017

Taxa de Mortalidade Infantil por Região Ampliada de Saúde

TAXA DE MORTALIDADE INFANTIL POR 1.000 NASCIDOS VIVOS E NÚMERO DE ÓBITOS INFANTIS	2016	2017

Fonte: TABNET/DATASUS

Taxa de Mortalidade Geral por Capítulos CID-10 por Município

TAXA DE MORTALIDADE GERAL POR CAPÍTULOS CID-10	2012	2013	2014	2015	2016
I. Algumas doenças infecciosas					
II. Neoplasias (Tumores)					
...					

Taxa de Mortalidade Geral por Capítulos CID-10 por Região Ampliada de Saúde

TAXA DE MORTALIDADE GERAL POR CAPÍTULOS CID-10	2012	2013	2014	2015	2016
I. Algumas doenças infecciosas					
II. Neoplasias (Tumores)					
...					

Internações por Hospital Segundo Lista de Morbidade CID-10 (Top 10)

HOSPITAL	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PROCEDIMENTOS
Hospital X	A		
	B		
	... Até 10		

Fonte: DATASUS/SIH

Internações por Macrorregião de Saúde Segundo Lista Morbidade CID-10 (Top 10)

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	PROCEDIMENTO	QUANTIDADE	PERCENTUAL EM RELAÇÃO AO TOTAL DE PROCEDIMENOS
Região X	A		
	B		
	... Até 10		

Fonte: DATASUS/SIH

d) Dimensionamento das demandas das urgências e da oferta dos serviços de urgências existentes (por município da região)

- Prevenção e Promoção da Saúde: apresentar detalhamento técnico das ações de prevenção e promoção: Verificar com Atenção Primária e Vigilância.

Número Total de Atendimento de Classificação de Risco e Atendimento Médico de UPA 24h por mês

UPA	ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	ATENDIMENTO DE URGÊNCIA C/ OBSERVAÇÃO ATÉ 24 HORAS EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	ATENDIMENTO MÉDICO EM UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO	ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA

Fonte: SIA/SUS

- Número total de atendimentos de urgência realizados nas Portas de Entrada Hospitalar pleiteadas

Taxa de referência de outro município

HOSPITAL	TAXA DE REFERÊNCIA

Fonte: DATASUS/SIH

Taxa de referência de outras regiões de saúde

HOSPITAL	TAXA DE REFERÊNCIA

Fonte: DATASUS/SIH

e) Oferta de serviços de Urgência SUS

Cobertura da Estratégia da Saúde da Família

Verificar com a Atenção Primária a melhor forma de explicitar os dados

Quantidade de hospitais de referência regional

HOSPITAL	QUANTIDADE DE LEITOS				HABILITAÇÃO ALTA COMPLEXIDADE
	Clínicos	Cirúrgicos	UTI Adulto	UTI Pediátrica	

Quantidade de unidades de pronto atendimento ou outras instituições não hospitalares de urgência

UPA	INFORMAÇÕES ADICIONAIS

f) Indicadores

- Taxa de Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP);
- Percentual da população SUS dependente (Fonte: ANS);
- Taxa de ocupação de leitos de UTI e clínicos (Fonte: DATASUS/SIH);
- Média de permanência hospitalar (Fonte: DATASUS/SIH).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portarias ministeriais*. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudelegis>. Acesso em: 18 maio 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. *Curso de capacitação em suporte básico e avançado de vida SAMU 192 Regional*. 1. ed. Belo Horizonte, 2016. 275 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais – CIB-SUS/MG*. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cib>>. Acesso em: 20 maio 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 20 maio 2017.



IMPLEMENTAÇÃO DO NÚCLEO DE ACESSO E QUALIDADE HOSPITALAR: ANÁLISE E REFLEXÃO

Karina Pereira da Silva¹

Leticia Fernanda Cota Freitas²

Camila Catia Vilela³

Josiana Aparecida de Lima e Cotta⁴

Erika Oliveira Santos⁵

¹ Graduanda em Enfermagem – Faculdade de Minas (FAMINAS-BH) – E-mail: karina_cmd2@hotmail.com

² Bacharel em Enfermagem – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC MINAS). Especialista em Enfermagem em Urgência Emergência e Trauma – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MINAS). Mestre em Enfermagem – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) E-mail: cotaleticia@gmail.com.

³ Bacharel em Enfermagem – PUC MINAS. Especialista em Gestão de Serviço de Saúde e Auditoria – Centro Universitário UMA. Especialista em Terapia Intensiva – PUC MINAS. E-mail: camilamtzenfe@yahoo.com.br

⁴ Bacharel em Enfermagem – Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC). Bacharel em Gestão de Serviços de Saúde (UFMG) e Especialista em Gestão, Auditoria e Qualidade em Instituições Públicas de Saúde – Pitágoras. E-mail: josianalimacotta@gmail.com.

⁵ Bacharel em Enfermagem – Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH). Especialista em Trauma e Terapia Intensiva – Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. MBA Executivo em Saúde – Fundação Getúlio Vargas. Especialista em Oncologia – UFMG. Acreditação em Serviços de Saúde – Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais – E-mail: erikotta3@gmail.com

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a superlotação nos serviços de urgência e emergência é um problema mundial, caracterizando-se como desafio para a gestão do sistema de saúde. Nesse sentido, para garantir o acesso de forma equânime e assistência segura, faz-se necessário adotar estratégias de gestão que minimizem eventos adversos e otimize a utilização dos recursos públicos. Assim, esta pesquisa tem como objeto o Núcleo de Acesso e Qualidade Hospitalar (NAQH), previsto na Portaria de Consolidação nº 01 de 28 de setembro de 2017 (Origem: GM/MS nº 2.395 de 11 de outubro de 2011), que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (RAU) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com intuito de fortalecer a implantação do NAQH nos hospitais integrantes do Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais, a Coordenação Estadual de Urgência e Emergência optou por transformá-lo em indicador, atrelando-o ao alcance da meta proposta para recebimento de recurso financeiro do Programa Leitos de Retaguarda. Este indicador tem o papel de instrumentalizar e fortalecer a gestão, qualificar a assistência, ampliar o acesso aos usuários em situações de urgência e gerenciar a utilização dos leitos hospitalares.

Entre as competências do NAQH, encontra-se a garantia do uso dinâmico dos leitos hospitalares, articulação entre a unidade de urgência e as unidades de internação, monitoramento do tempo de espera para atendimento na emergência e para internação, a propositura de mecanismos de avaliação e o acompanhamento da

adoção de Protocolos Clínicos e o processo de cuidado do paciente. Assim, para que o NAQH execute as competências de forma apropriada, faz-se necessário a atuação de diversos atores. Nesse contexto, o artigo 27º da portaria supracitada estabelece a composição dos membros do NAQH, a saber: "Coordenador da Urgência/Emergência, Coordenador da UTI; Coordenador das Unidades de Internação; Coordenador da Central de Internação do hospital; e Representante do gestor local".

Apesar da implementação do NAQH estar prevista desde 2011, a avaliação efetiva do indicador pela Gestão Estadual procedeu-se em 2016 por meio da incorporação do indicador na avaliação do Programa de Leitos de Retaguarda, o qual foi publicizado por meio da Resolução SES-MG nº 5233 de 13 de abril de 2016, e alterada pela Resolução SES-MG nº 6.196, de 18 de abril de 2018, que se encontra vigente atualmente, e também por meio de Nota Técnica específica que preconizou os prazos estabelecidos para encaminhamento da documentação o detalhamento do conteúdo destes, além da padronização de alguns dos documentos.

OBJETIVO

Avaliar por Região Ampliada de Saúde (RAS) a implementação do NAQH em 34 hospitais da RAU no estado de Minas Gerais.

DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de caso realizado por meio de análise documental.

AMOSTRA

Documentos dos hospitais relacionados à Constituição do NAQH:

- **Ata de constituição:** Trata-se de um documento em que as instituições discorrem sobre a constituição do Núcleo, discute-se a composição dos membros, são estabelecidas estratégias para o funcionamento do Núcleo como também outros plexos que as instituições julgam necessários para discussão a respeito do indicador.
- **Termo de nomeação e posse:** Documento contendo o nome dos funcionários e sua assinatura consentindo com a função destinada.
- **Regimento Interno:** Documento que descreve as principais diretrizes do Núcleo, desde que seja redigido em conformidade com o Art. 36 da Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017 (Origem: GM/MS nº 2.395, de 11 de outubro de 2011, art 28º).

AÇÕES DE MELHORIA NA GESTÃO DE ACESSO

- **Plano de Ação:** Este documento deverá ser elaborado de acordo com o modelo estabelecido pela Coordenação de Urgência e Emergência que foi instituído por meio de Nota Técnica específica. Deve conter as **ações**, os **objetivos** pelos quais as ações serão realizadas, os nomes dos **responsáveis** com a respectiva função no hospital, o **prazo** para execução das ações e os **resultados** esperados.
- **Atas de Reuniões Periódicas:** As Atas de Reuniões Periódicas devem ser encaminhadas de forma legível, contendo assinatura de todos os participantes, cargo e setor de trabalho e conteúdo abordado. As reuniões deverão acontecer de acordo com as necessidades locais, sendo que os

assuntos abordados devem estar em consonância com as prerrogativas do NAQH.

- **Relatório constando tempo médio, mínimo e máximo de espera para internação:** O relatório consiste em um documento que contém informações imprescindíveis que visam possibilitar a reflexão de cada instituição no que tange à gestão dos leitos. Assim, o objetivo desse relatório é propiciar que o hospital faça uma análise crítica e reflexiva sobre o tempo de espera para que o paciente que esteja nas unidades de urgência e emergência acesse o leito de retaguarda clínico ou UTI. Dessa forma, o cerne da avaliação a ser realizada pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência é a proposição de que cada instituição obtenha por meio deste documento o controle interno do tempo de espera do paciente, incentivando a melhoria na gestão dos leitos.

ADOÇÃO DE PROTOCOLOS CLÍNICOS E OS RESULTADOS ALCANÇADOS

- **Registro de Capacitação Multiprofissional dos Protocolos Clínicos Institucionalizados ou Registro de Discussão de Casos Clínicos Relacionados Aos Protocolos –** Consiste no envio de um documento comprobatório com as assinaturas dos participantes nas capacitações referente aos protocolos clínicos. Além deste, há também o envio de um relatório padronizado pela Coordenação Estadual de Urgência e Emergência por meio de Nota Técnica específica.
- **Relatório Descritivo dos Resultados Alcançados, após as ações de melhoria propostas pelo NAQH:** Consiste no envio de um documento, que deve ser redigido de forma a evidenciar todos os resultados das ações de melhorias propostas pelo NAQH no decorrer do ano anterior.

MÉTODOS

Análise das Atas de Constituição, Termo de Posse do Regimento Interno do NAQH, Plano de Ação, Atas de Reuniões Periódicas, Relatório constando o tempo médio, mínimo e máximo de espera para internação, Registro de Capacitação Multiprofissional dos Protocolos Clínicos, Modelo de Relatório de Capacitação, Relatório Descritivo dos Resultados Alcançados, após as ações de melhoria propostas pelo NAQH.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Procedeu-se à análise de conteúdo, que permite a sistematização do teor dos documentos analisados.

RESULTADOS

No que tange ao encaminhamento da documentação para Coordenação Estadual de Urgência e Emergência em conformidade com o preconizado, referente ao 3º quadrimestre de 2016 (Atas de Constituição, Termo de Posse e Regimento Interno do NAQH), evidenciam-se os seguintes resultados:

Tabela 1: Resultados Alcançados 3º quadrimestre de 2016

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	RESULTADOS ALCANÇADOS
Centro	100%
Norte	100%
Nordeste/Jequitinhonha	100%
Leste	100%
Sudeste	67%

Fonte: Elaboração dos autores

A RAS Sudeste alcançou 67% de êxito quanto à documentação proposta, no entanto, quanto aos 33% que não alcançaram, a irregularidade consiste no não envio da

documentação no prazo e as inconformidades quanto à composição dos membros do NAQH.

Os resultados obtidos após encaminhamento da documentação referente ao 1º quadrimestre de 2017 (Plano de Ação, Atas de Reuniões Periódicas, Relatório constando o tempo médio, mínimo e máximo de espera para internação) indicam que todas as RAS do estado alcançaram êxito quanto ao cumprimento do indicador.

Com relação à documentação solicitada para o 2º quadrimestre de 2017 (Registro de Capacitação Multiprofissional dos Protocolos Clínicos, Modelo de Relatório de Capacitação e Relatório Descritivo dos Resultados Alcançados, após as ações de melhoria propostas pelo NAQH), notam-se os seguintes resultados:

Tabela 2: Resultados Alcançados 2º Quadrimestre de 2017

REGIÃO AMPLIADA DE SAÚDE	RESULTADOS ALCANÇADOS
Centro	100%
Norte	100%
Nordeste/Jequitinhonha	100%
Leste	100%
Sudeste	92%

Fonte: Elaboração dos autores

A RAS Sudeste alcançou 92% de êxito quanto à documentação preconizada, no entanto, quanto aos 8% que não alcançaram, a irregularidade consiste no não envio da documentação solicitada.

Considerando que a publicação que insere os Leitos de Retaguarda de UTI Adulto da RAS Sul na Rede de Atenção às Urgências procedeu-se em dezembro de 2016, e que o monitoramento efetivo desta região deveria ser realizado após o período de quatro meses da inserção no programa, estabeleceu-se que esta região enviasse a documentação no quadrimestre posterior ao

prazo acordado com as demais RAS do estado. No entanto, a documentação referente ao 1º e 2º quadrimestre de 2017 deveria ser encaminhada simultaneamente, a fim de instituir um cronograma único para todo o estado que abrangesse também a RAS Sul.

Com relação, portanto, à primeira documentação solicitada (Atas de Constituição, Termo de Posse e Regimento Interno do NAQH), a RAS Sul alcançou 100% de êxito no envio. Entretanto, no que tange à documentação solicitada do 1º e 2º quadrimestre (Plano de Ação, Atas de Reuniões Periódicas, Relatório constando o tempo médio, mínimo e máximo de espera para internação, Registro de Capacitação Multiprofissional dos Protocolos Clínicos, Modelo de Relatório de Capacitação e Relatório Descritivo dos Resultados Alcançados após as ações de melhoria propostas pelo NAQH), a RAS alcançou 75% de êxito nos documentos encaminhados, e a irregularidade consiste no não envio da documentação, bem como inconformidades em atender ao modelo de documento padronizado por esta Coordenação.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, é imprescindível que os gestores locais em parceria com os municípios

e estados reflitam sobre a atuação do NAQH, principalmente no gerenciamento dos leitos hospitalares. Assim, faz-se necessário a melhor compreensão sobre as competências do NAQH e o desenvolvimento de interface entre as instituições e a gestão municipal no que concerne à composição do Núcleo, à reflexão sobre a definição dos pontos a serem abordados no relatório descritivo e ao fato de a implementação do NAQH agregar ou não mudanças nos processos de trabalho e melhoria assistencial. É necessário também verificar implementações das ações de melhoria proporcionaram desenvolvimento de interface entre as instituições, gestão municipal e gestão estadual, tendo como objetivo encaminhamentos pautados nos desafios encontrados e construção conjunta de novas possibilidades para o fortalecimento da assistência ao usuário na Rede de Atenção às Urgências e Emergências.

Portanto, considera-se que a elaboração deste estudo possibilitou o levantamento de fragilidades atreladas aos processos de trabalho das instituições quanto à composição do Núcleo e implementação das ações de melhoria. Este estudo não teve objetivo de esgotar o assunto, e sim, apontar a necessidade da realização de novas pesquisas.



SERVIÇO DE ATENÇÃO DOMICILIAR DIRETRIZES E FUNCIONAMENTO EM MINAS GERAIS

Natalia Cólem
Priscila Ursine
Diovana Paiva
Érika Santos
Kelly Fortini

05

A transição epidemiológica e demográfica é caracterizada por um aumento da carga de doenças crônico-degenerativas e envelhecimento populacional, cenário que tem sido descrito como um dos principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento da assistência à saúde no domicílio (MENDES, 2001).

O cuidado domiciliar à saúde é uma prática que remonta à própria existência das famílias como unidade de organização social. Com a crise do modelo médico hegemônico liberal, a atenção domiciliar surge como alternativa ao cuidado hospitalar, provocando a possibilidade de retomar o domicílio como espaço para produção de cuidado e despontando como um “dispositivo para a produção de desinstitucionalização do cuidado e novos arranjos tecnológicos do trabalho em saúde” (SILVA *et al.*, 2010).

Na década de 2000, no Brasil, existiam diversas experiências e projetos direcionados para a atenção no âmbito do domicílio com variadas características e modelos de atenção. No entanto, a maioria das experiências brasileiras em atenção domiciliar, nessa época, foram iniciativas das Secretarias Municipais de Saúde ou de hospitais que não contavam com políticas de incentivo ou regulamentação de financiamento (CARVALHO, 2009).

Em meados de 2006, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Portaria nº 2.529, que instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a internação domiciliar como um conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para esse fim. Apesar de ter se constituído como avanço, no sentido em que retomou a discussão de forma mais ampla e estabeleceu o repasse federal fundo a fundo para custeio das equipes, a Portaria nº 2.529 foi revogada em agosto de 2011. Nesse mesmo ano, a Atenção Domiciliar integra-se à Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) e torna-se um dispositivo potente na

produção de cuidados efetivos no domicílio (BRASIL, 2011).

Em abril de 2016, a Portaria GM/MS nº 825 redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS e define o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) como serviço complementar aos cuidados realizados na atenção básica e em serviços de urgência, substitutivo ou complementar à internação hospitalar e responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP). A referida portaria estabelece como objetivos do SAD a redução da demanda por atendimento hospitalar; redução do período de permanência de usuários internados; humanização da atenção à saúde com a ampliação da autonomia dos usuários; e a desinstitucionalização e otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS. Assim, um dos eixos centrais do SAD é a “desospitalização”, proporcionando a desinstitucionalização de pacientes que se encontram internados nos serviços hospitalares, além de evitar hospitalizações desnecessárias a partir de serviços de pronto-atendimento e de apoiar as equipes de atenção básica no cuidado a esses pacientes que necessitam de um cuidado mais intensivo no domicílio.

Pode-se afirmar, ainda, que o SAD visa à redução de custos por meio do uso mais adequado dos recursos, pois o leito, ao ser desocupado devido à possibilidade de o paciente ser cuidado no domicílio, não é desativado, sendo imediatamente ocupado por outro que realmente necessita dessa modalidade de atenção. Além disso, para garantir a integralidade e a resolutividade na atenção, a EMAD deve articular-se com os outros pontos de atenção da

rede e partilhar saberes visando à superação de um modelo de produção em saúde centrado na lógica médico-hegemônica (SILVA *et al.*, 2010).

O serviço em questão é dividido em três modalidades (AD1, AD2, AD3), sendo que a determinação da modalidade está atrelada às necessidades de cuidado peculiares a cada caso, em relação à periodicidade indicada das visitas, à intensidade do cuidado multiprofissional e ao uso de equipamentos. Nas três modalidades de AD, as equipes responsáveis pela assistência têm como atribuição:

- I. trabalhar em equipe multiprofissional integrada à RAS;
- II. identificar, orientar e capacitar o(s) cuidador(es) do usuário em atendimento, envolvendo-o(s) na realização de cuidados, respeitando seus limites e potencialidades, considerando-o(s) como sujeito(s) do processo;
- III. acolher demanda de dúvidas e queixas dos usuários, familiares ou cuidadores;
- IV. promover espaços de cuidado e de trocas de experiências para cuidadores e familiares;
- V. utilizar linguagem acessível, considerando o contexto;
- VI. pactuar fluxos para atestado de óbito, devendo ser preferencialmente emitido por médico da EMAD ou da Equipe de Atenção Básica do respectivo território;
- VII. articular, com os demais estabelecimentos da RAS, fluxos para admissão e alta dos usuários em AD, por meio de ações como busca ativa e reuniões periódicas;
- VIII. participar dos processos de educação permanente e capacitações pertinentes.

Os municípios podem pleitear o SAD através do Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), com postagem de projeto contendo as informações e documentos

exigidos pela Portaria nº 825. O MS fará a análise do projeto de criação ou ampliação do SAD, considerando-se as diretrizes e os critérios previstos nesta portaria e a disponibilidade orçamentária, além de providenciar o devido encaminhamento interno com vistas à publicação de ato normativo de habilitação dos entes federativos beneficiários. Publicada a portaria de habilitação, o gestor local deverá implantar a(s) equipe(s) solicitada(s), promovendo o cadastramento delas no SCNES em até três meses, a contar da data de publicação dessa portaria.

Atualmente, o SAD é custeado e monitorado exclusivamente pelo MS e municípios, com o fornecimento federal dos seguintes valores:

1. R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) por mês para cada EMAD tipo 1.
2. R\$ 34.000,00 (trinta e quatro mil reais) por mês para cada EMAD tipo 2.
3. R\$ 6.000,00 (seis mil reais) por mês para cada EMAP.

Em âmbito estadual, a gestão do SAD estava concentrada até 2016 na Atenção Primária a Saúde (APS), ocorrendo posteriormente a descentralização de respostas às requisições administrativas para as áreas técnicas. Atualmente, as demandas relacionadas à dietoterapia e oxigenoterapia são de responsabilidade da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência (CEUE), que desempenha as seguintes atribuições:

- Emissão de resposta a documentos gerais referentes ao Programa.
- Emissão de Parecer Técnico a requisições de materiais, equipamentos e suporte profissional, provenientes principalmente da Defensoria Pública.
- Fomento e auxílio no processo de implantação do programa nos territórios.

Entretanto, para 2018, foi definida como uma das prioridades da CEUE o aprimoramento da atuação estadual sobre o SAD, com os seguintes pontos de destaque:

- Atualização dos dados dos Coordenadores do SAD em cada Região Ampliada de Saúde (RAS), devido à defasagem e à desatualização dessas informações.
- Disseminação das diretrizes e funcionamento do SAD na CEUE, para que as referências técnicas, mesmo que não atuem diretamente no programa, possam conhecê-lo.
- Verificação do custo efetivo do programa por equipe em cada município contemplado, englobando os profissionais, transporte, telefone, equipamentos, materiais, insumos, serviço diagnóstico, despesas correntes (gráfica, material de escritório, material de limpeza, etc.), e demais gastos. Essa verificação permitirá a análise se o recurso federal repassado for suficiente para a manutenção da equipe, o percentual de contrapartida financeira municipal, a comparação dos custos das equipes nas diferentes RAS, entre outras análises que se fizerem necessárias.
- Discussão do fluxo de atendimento e disponibilização de equipamentos de ventilação mecânica aos usuários do SAD, aos moldes do que hoje ocorre no Hospital Júlia Kubitschek. É necessário conhecer o fluxo dessa instituição, a quem ele é destinado e verificar a possibilidade de expansão do modelo nos demais territórios.
- Definição de indicadores para monitoramento estadual do SAD, uma vez que atualmente somente é realizado monitoramento federal.
- Elaboração e sugestão de modelo de financiamento estadual do SAD, considerando que atualmente o custeio do programa é apenas federal e municipal.
- Organização de Encontro Estadual para discussão do papel do SAD na Rede de Assistência à Saúde de Minas Gerais, apresentação de experiências exitosas na área e fomento à implantação do programa nos municípios.

Alguns desses pontos estão em execução no momento e serão apresentados posteriormente nas instâncias de discussão e pactuação estadual.

A análise primária das ações implementadas remetem-nos à avaliação de que serão necessários esforços contínuos de todos os atores envolvidos para que seja possível a efetivação de medidas que possam contribuir em absoluto para a melhoria dos processos de trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1600*, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 8 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.529*, de 19 de novembro de 2004. Institui o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, define competências para os estabelecimentos hospitalares, a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, cria a Rede Nacional de Hospitais de Referência para o referido Subsistema e define critérios para qualificação de estabelecimentos. Brasília, DF, 23 nov. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 825*, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes. Brasília, DF, 26 abr. 2016.

CARVALHO, Luis Claudio de. *A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar*. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

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

SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

06

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE AVANÇADO (PIPA)

Raquel Siqueira Viana¹
Bruna Ferreira Cícero Lima²

¹ Especialista em Políticas e Gestão em Saúde. Enfermeira graduada pela UFMG e servidora da Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. E-mail: raquel.viana@saude.mg.gov.br

² Estagiária da Coodenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais. E-mail: bruna.ferreira@saude.mg.gov.br

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência define deficiência como “aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 2010, p.9).

Pormenorizando, o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012) conceitua a deficiência intelectual como um estado de desenvolvimento incompleto ou estagnado, resultando em dificuldades no processo de aprendizagem, de entendimento, nos aspectos mnemônicos (memória) e no uso de recursos aprendidos frente a situações do cotidiano. A deficiência intelectual resulta de uma variedade de fatores, como condições síndrômicas, lesões cerebrais, enfermidades que provocam alterações de âmbito físico, sensorial e/ou neurológico, entre outros. Todo esse conjunto de situações tem como fator resultante comum disfunções cognitivas e de linguagem, resultando em dificuldades nos processos de comunicação e aprendizagem. A intervenção precoce, nesses casos, é essencial, evitando maiores atrasos no desenvolvimento do indivíduo.

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (2013), estima-se que cerca de 192.000 crianças (0-9 anos), no Brasil, possuem deficiência intelectual. A prevalência de deficiência intelectual (DI) no Sudeste brasileiro possui como resultado uma média 57 a cada 1.000 crianças, de 0 a 9 anos que apresentam deficiência intelectual. Este resultado mostra

uma necessidade de intervenção precoce em crianças nessa região. “Assim, os trabalhos de prevenção de deficiências e incapacidades, de reabilitação e também os que facilitam a participação e a quebra dos processos de segregação social fazem-se necessários.” (VAN SCHAIK; SOUZA; ROCHA, 2014, p. 234).

Com a finalidade de proporcionar assistência à saúde às pessoas com deficiência, o Ministério da Saúde (MS) inicia ações em direção às políticas públicas de saúde para esse público em 1993, com o lançamento do documento Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no SUS: Planejamento e Organização de Serviços trata-se de um guia direcionado a gestores estaduais e municipais, para implantação de ações e serviços de reabilitação descentralizados, visando alcançar todos os níveis de atenção, aplicando-se o sistema de referência e contrarreferência, em concordância com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). (SOUZA; ROCHA, 2010, p. 231).

Em 2012, para proporcionar a inclusão das pessoas com deficiência no SUS através de atendimentos integrados e especializados, o Ministério da Saúde implantou através da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) em âmbito nacional, que tem por objetivo ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS, promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção, bem como garantir a articulação e a

integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

O estado de Minas Gerais estruturou os atendimentos em saúde organizados em redes devido a sua organização integrada com os diversos pontos de atenção à saúde. Mendes conceitua que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações democráticas e representativas referentes aos serviços de saúde, unidos pela mesma missão, objetivos, por meio de uma cooperação para a atenção integral de uma população e seu atendimento de forma humanizada, holístico, descentralizado e com sistema de referência e contrarreferência nos níveis de atenção de forma precisa, gerando benefício para os cidadãos (MENDES, 2011, p. 82). Dessa forma, a organização de uma Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, em conformidade com a estrutura estatal de saúde, é necessária.

Tendo em vista o direcionamento do MS e a organização em Redes, o estado de Minas Gerais institui a RCPD por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.272, de 24 de outubro de 2012. Esta legislação deu início à reorganização da proposta de atendimentos realizados no estado de Minas Gerais, construindo uma rede com atendimentos especializada em reabilitação.

Ao pensar no cuidado, o desenho da rede deve contemplar a assistência como um todo e em toda a fase da vida do indivíduo. Os primeiros anos de vida de uma criança compreendem um período em que ocorrem diversas modificações importantes e apresentam-se características de desenvolvimento de habilidades cognitivas e sensório-motoras. É nesta etapa de maturação que aparecem os marcos do crescimento e desenvolvimento que possibilitam, às crianças, o processo linear de seu crescimento global. Por outro lado, a carência da estimulação nos primeiros anos de vida de uma criança diminui o ritmo do processo

evolutivo e aumenta as chances de transtornos psicomotores, sócio-afetivo, cognitivo e da linguagem, sendo o período de 0 a 3 anos o mais vulnerável para a criança (LIMA; MEIJA, 2015).

Com o objetivo de compor a RCPD de maneira a organizar em pontos de atenção que realizem a assistência integral ao deficiente intelectual, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) institui, por meio da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.403, de 19 de março de 2013, os Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual (SERDI), que têm como finalidade exclusiva o atendimento em saúde das pessoas com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). O objetivo é oferecer atenção integral em saúde com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos, recursos humanos adequados ao atendimento terapêutico especializado e acompanhamento com equipe interdisciplinar. Esta deliberação propõe um pacote de atendimentos necessários à reabilitação do indivíduo estratificado por faixas etárias, no qual preconiza uma equipe mínima para executar este objetivo, composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, médico e assistente social. O propósito que se deseja alcançar é a maior integração interdisciplinar e multiprofissional para desenvolvimento e assistência integral do usuário, contrapondo o modelo de repasses de recursos por procedimentos executados.

Este ponto de atenção tem como finalidade avaliação diagnóstica e atendimento, atuando interdisciplinarmente, bem como elaboração do Projeto Terapêutico Individualizado (PTI), instrumento que permite uma assistência direcionada para as necessidades de cada indivíduo. Para contemplar e incentivar as instituições no que se refere à importância de um atendimento precoce para essa população, a SES-MG instituiu o Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA), através da Deliberação CIB-SUS MG nº 1.404, de 19 de março de 2013.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO PRECOCE AVANÇADO (PIPA)

O Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA) foi concebido diante da necessidade de se planejar e priorizar o foco da assistência à saúde, no acompanhamento dos neonatos de risco e na intervenção precoce, visando à prevenção de deficiências, ao diagnóstico e ao tratamento precoce. Ao identificar sinais iniciais de problemas de desenvolvimento na criança, será possível a instauração imediata de intervenções extremamente importantes, uma vez que os resultados positivos em resposta a terapias são mais significativos quanto mais precocemente instituídos. (MINAS GERAIS, 2012)

O PIPA é um programa que pode ser aderido por SERDI e Centros Especializados de Reabilitação (CER) com modalidade de atenção ao deficiente intelectual. Quase a totalidade da rede aderiu ao programa.

Este programa tem como objetivo incentivar o acompanhamento dos neonatos de risco (NR), realizar diagnóstico precoce, promover a Intervenção Precoce (IP) nos usuários com deficiência intelectual, prevenir agravos, melhorar o prognóstico e a qualidade de vida das pessoas com deficiência, capacitar os profissionais do SERDI e CER e qualificar os atendimentos em saúde.

O NR é aquele que preenche os critérios de classificação de risco estabelecidos na Linha Guia de Assistência Hospitalar ao Neonato, 2ª edição/2008. Nessa publicação, é observado o critério de risco associado ao neonato, bem como critérios maternos que podem acarretar em algum comprometimento no crescimento e desenvolvimento. O acompanhamento precoce dessas crianças favorece o acompanhamento e assistência prematuros, minimizando alterações que a criança possa desenvolver. São acompanhados dois indicadores: Acompanhamento de NR de 0 a 24 meses; Intervenção Precoce I (0 a 3 anos) ; Intervenção Precoce II (4 a 6 anos).

OBJETIVO

Medir a evolução, dos anos 2015 a 2017, em relação ao cumprimento de metas dos SERDI.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analisar os dados do acompanhamento de neonatos de risco de 0 a 24 meses de vida (Indicador 1) do PIPA.
- Analisar os dados do atendimento em reabilitação intelectual, de usuários de 0 a 6 anos (Indicador 2) do PIPA.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva, retrospectiva, quantitativa, sendo esta uma avaliação quanto ao cumprimento de metas do PIPA no período de novembro de 2014 a outubro de 2017, ocorrendo a análise nos meses de abril a maio de 2018. A pesquisa inicialmente ocorreu por meio do estudo de Autodeclarações enviadas pelas instituições componentes da rede mensalmente, constituindo-se no Anexo III da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.403, de 19 de março de 2013.

A pesquisa se deu de maneira a analisar o cumprimento de metas do PIPA por meio de dados compilados do Anexo III da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.403, de 19 de março de 2013, enviados mensalmente à Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência de Minas Gerais (CASPD-MG), com sede em Belo Horizonte, na Cidade Administrativa do Estado de Minas Gerais (CAMG) de cada instituição de saúde que aderiu ao PIPA. Esse documento contém o quantitativo de pacientes em saúde atendidos no SERDI quanto a Neonato de Risco acompanhado, IP-I de 0 a 3 anos, IP-II de 4 a 6 anos, atendidos de 7 a 13 anos, 14 a 27 anos e acima de 28 anos, além da assinatura e carimbo do Secretário de Saúde do município, do(a) presidente(a) ou diretor(a) da unidade e do(a) membro da Junta Reguladora do município.

Utilizaram-se os dados quanto a Neonato de Risco acompanhado, IP-I de 0 a 3 anos, IP-II de 4 a 6 anos. Dessa forma, foi realizado o cálculo de aumento de atendimento IP-I e IP-II, no qual soma-se o valor de usuários atendidos desses dois tipos de IP (do mesmo mês) e subtrai-se este valor do padrão estabelecido no Anexo Único da Resolução SES/MG nº 3685, de 19 de março de 2013. Se o resultado desta subtração der um número negativo ou zero, avalia-se colocando o número 0; se o resultado der um número positivo (acima de 0), coloca-se o valor deste aumento. Se houve algum aumento, considera-se que o SERDI cumpriu a meta, o que foi disposto, neste estudo, como Indicador 2. Além disso, o número de Neonatos de Risco acompanhados mensalmente informado pela instituição é analisado proporcionalmente ao mínimo de usuários acompanhados (padrão presente na Resolução SES/MG nº 3685, de 19 de março de 2013). Realizou-se uma média quadrimestral quanto ao valor informado nos meses. Uma quantidade de acompanhamento igual ou maior ao mínimo estabelecido é disposto como Indicador 1. Foram aceitos os dados obtidos de 2014 a 2017. Esse período temporal foi delimitado considerando a adesão dos SERDI ao PIPA, que teve início em 2014. O critério de inclusão definido foi: instituições (SERDI) que aderiram ao PIPA em qualquer período de novembro de 2014 a outubro de 2017. Foram excluídos os dados do início de 2014, por ser o início da implementação do programa e, assim, apresentou-se um número discrepante de instituições cadastradas em relação aos outros quadrimestres.

Para coleta dos dados, foi elaborada uma tabela em Excel 2010, constando os seguintes itens: município, Região ampliada de saúde, Região de Saúde, Gestão, Meta de Neonato de Risco a ser atingido, Meta de 0-6 anos a ser atingindo, Manutenção de usuários (%), Acompanhamento de Neonatos de Risco – Indicador 1 PIPA (%) e Usuários de 0-6 anos – Indicador 2 PIPA (%). Os três últimos quesitos relatados

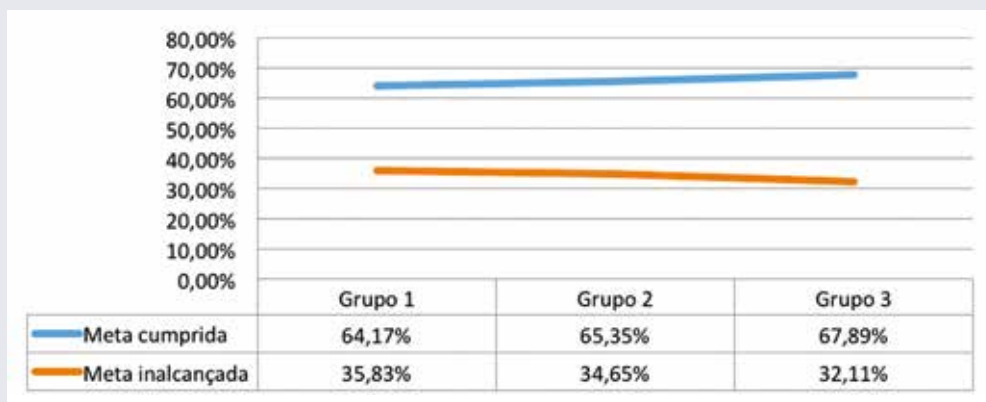
acima foram repetidos a cada quadrimestre analisado, que foram: novembro de 2014 a fevereiro 2015; março a junho de 2015; julho a outubro de 2015 (Grupo 1); novembro de 2015 a fevereiro 2016; março a junho de 2016; julho a outubro de 2016 (Grupo 2); novembro de 2016 a fevereiro 2017; março a junho de 2017; julho a outubro de 2017 (Grupo 3). Ou seja, cada grupo integrou-se com três quadrimestres avaliados.

Os dados obtidos foram avaliados por meio de gráficos e tabelas construídos no software Excel 2010. Realizaram-se os seguintes cálculos na pesquisa: frequência relativa, média, desvio padrão e desvio padrão relativo (% DPR). A análise e a interpretação dos dados foram realizadas de forma organizada e sintetizada, sendo agrupados por ano (Grupo 1 – 2015; Grupo 2 – 2016; Grupo 3 – 2017); avaliaram-se as etapas nas categorias: acompanhamento de neonatos de risco (Indicador 1) e cumprimento de metas do atendimento de usuários de 0 a 6 anos (Indicador 2). A análise por quadrimestre é mantida, por ser a avaliação realizada pela CASPD de acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.404, de 19 de março de 2013.

RESULTADOS ALCANÇADOS

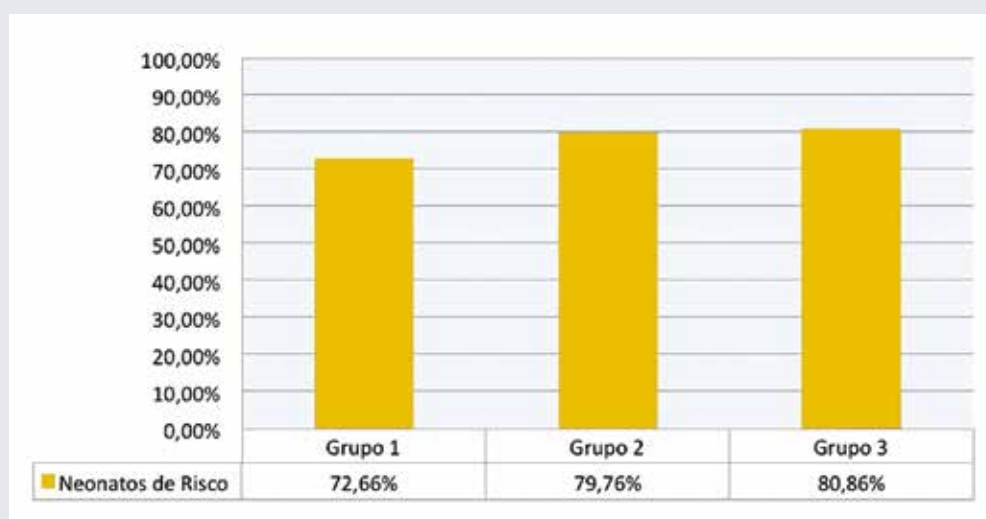
A média de instituições participantes foi de $126 \pm 2,42$. No quadrimestre de novembro de 2014 a fevereiro de 2015, havia 120 instituições cadastradas no PIPA; a partir dessa data, sete instituições aderiram, e em março de 2017, mais 1. Dessa forma, foi necessário realizar uma média quanto ao cumprimento de metas e percentual de neonatos de risco atendidos quanto aos grupos (1, 2, 3) considerando o número de instituições somadas em cada quadrimestre pertencente a cada grupo de análise e dividido pela quantidade de cumprimento de metas somados, realizando-se, assim, uma média dessas duas somas. Seguiu-se da mesma forma quanto à porcentagem de acompanhamento

Gráfico 1 - Cumprimento de metas 0 a 6 anos - PIPA Indicador 2 (%)



Fonte: Dados do autor.

Gráfico 2 - Acompanhamento Neonatos de Risco - PIPA Indicador 1 (%)



Fonte: Dados do autor.

de neonato de risco, avaliando-se primeiro os quadrimestres de cada grupo e unindo-se os resultados por meio de média.

No gráfico sobre Cumprimento de Metas no Atendimento em Intervenção Precoce (0 a 6 anos) nas instituições cadastradas no PIPA (Gráfico 1), encontrou-se uma média anual de aumento de $1,86\% \pm 0,67$ (% DPR). Dessa forma, percebe-se que a partir de 2017 (Grupo 3), houve um

aumento anual acima da média de atendimento de usuários pelas instituições (2,53%).

No gráfico sobre Acompanhamento de Neonatos de Risco (0 a 24 meses) nas instituições cadastradas no PIPA (Gráfico 2), encontrou-se uma média anual de aumento de $4,10\% \pm 3,01$ (% DPR). Dessa forma, percebe-se que em 2016 (Grupo 2), houve um aumento anual acima da média de acompanhamento de neonatos de

risco pelas instituições (7,11%). Em 2017 (Grupo 3), o aumento foi abaixo da média anual no valor de 1,09%.

DISCUSSÃO

Conforme observado durante a pesquisa, o desempenho das instituições quanto ao aumento do número de usuários atendidos de 0 a 6 anos, inicia-se com um valor acima da média (50%), o que evidencia um preparo das instituições aderidas ao PIPA em relação às diversas normas construídas no programa, articuladas como essenciais para a estimulação precoce na assistência em reabilitação intelectual. Ao longo dos anos, nota-se um aumento percentual quanto ao cumprimento do Indicador 2 e pode-se inferir que com a evolução do programa e a experiência adquirida, as instituições estão em processo de transformação e adequação para PIPA. Esses dados apontam para uma inserção de crianças nas instituições, promovendo a reabilitação precoce dos pacientes atendidos nas instituições da rede.

Ao analisar as instituições quanto ao acompanhamento dos neonatos de risco, percebeu-se um aumento significativo de cumprimento de meta a 2015 (Grupo 1) em relação a 2016 (Grupo 2), porém com um aumento abaixo da média em 2017 (Grupo 3). Compreende-se que o aumento ponderal entre 2015 a 2016 pode ser devido a uma mobilização das instituições sobre a importância do diagnóstico precoce em 2016, decorrido de uma estabilização em ações em 2017. Assim, verifica-se que o Indicador 1 do PIPA continua com uma avaliação positiva e crescente, alcançando ainda um número de atendidos próximo ao esperado em quase todas as instituições (aproximadamente 80%).

CONCLUSÃO

A implementação do Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA) ocorreu de forma rápida, crescente e está em processo de

transformação e consolidação. Evidencia-se que, com as orientações quanto à estimulação precoce, as instituições cumpriram com o objetivo do programa, que é a inserção mais precocemente do usuário. Espera-se que, a partir dos anos a frequência de cumprimento de metas chegue próxima a sua totalidade (100%), fazendo com que os serviços consigam atender a população de sua região de saúde de forma precoce.

A rede organizada beneficia a população por criar uma articulação entre os pontos da rede e garantir a referência e contrareferência, possibilitando a identificação de crianças que necessitam de atendimento especializado e/ou a reabilitação intelectual a intervenção precoce (IP), minimizando os impactos em seu desenvolvimento global.

Este estudo apresenta limitações nos seguintes aspectos: é uma avaliação do programa quanto ao desempenho, porém não apresenta as dificuldades encontradas pelas instituições em cumprir as metas; apesar de observado um aumento quanto ao número de usuários atendidos, existe ainda vazios assistenciais no estado de Minas Gerais. Além disso, não é avaliada a qualidade da assistência prestada, sendo analisada apenas a presença de certos profissionais e sua carga horária.

Políticas Públicas que fortaleçam essa intervenção propiciam uma melhor qualidade de vida aos pacientes e familiares. A indução proporcionada pela política, com o apoio das referências regionais, no suporte técnico, assistencial, burocrático e financeiro é essencial para o fortalecimento dos serviços e melhoria da qualidade de assistência. Ainda existem desafios a serem enfrentados, principalmente quanto ao matriciamento dos serviços, criação de aparatos técnicos de educação em saúde pertinentes ao PIPA para as instituições e maior divulgação do programa no cenário da Atenção Primária e maternidades a fim de referenciá-los precocemente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 2 maio 2018.

LIMA, Jonara Fátima de Souza Fernandes Almeida; MEJIA, Dayana Priscila Maia. *Benefícios da estimulação sensório-motora precoce em crianças com paralisia cerebral*. Londrina: FASAM, 2015. 12 f. Monografia (Especialização em Fisioterapia) - Curso de Pós-Graduação em Fisioterapia em Pediatria e Neonatologia, Faculdade Sul-Americana, Londrina, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/vnfV9c>>. Acesso em: 17 maio 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.272*. Belo Horizonte, 24 out. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/eBh1MV>>. Acesso em: 2 maio 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Resolução SES/MG nº 3685*. Belo Horizonte, 11 mar. 2013a. Disponível em: <<https://goo.gl/7qogK3>>. Acesso em: 2 maio 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.404*. Belo Horizonte, 19 mar. 2013b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/noticias_e_eventos/000_2016/2-abr-mai-jun/pessoa-comdeficiencia-intelectual/16-06-Del1404.pdf>. Acesso em: 2 maio 2018.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.403*. Belo Horizonte, 19 mar. 2013c. Disponível em: <<https://goo.gl/xRVbtd>>. Acesso em: 2 maio 2018.

PNS. PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE. *Total de pessoas com deficiência intelectual, por grupos de idade, com indicação do intervalo de confiança de 95%, segundo as Grandes Regiões e a situação do domicílio*. 2013. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013_vol3/default_xls.shtm>. Acesso em: 4 maio 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Relatório Mundial Sobre a Deficiência*. Tradução de Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: SEDPcD, 2012. 334 p.

SOUZA, Camila Cristina B. Ximenes de; ROCHA, Eucenir Fredini. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região Sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 230-239, 1 dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14109>>. Acesso em: 4 maio 2018.

VAN SCHAIK, Evelien Emmy; SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, Eucenir Fredini. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-241, 19 dez. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/74413>>. Acesso em: 4 maio 2018.

IMPLANTAÇÃO DO SAMU 192 REGIONAL EM MINAS GERAIS

Paola Alves Ferreira
Suelen Livia Novy Santos
Stefânia Ferreira
Valderez Camargos Borba
Denilson Silva
Sinara Naiane Cruz
Érika Oliveira Santos
Kelly Fortini

07

A organização dos serviços de saúde para as urgências e emergências no âmbito nacional atualmente é feita no modelo de rede, com articulação e hierarquização dos pontos de atenção local de acordo com sua complexidade, e tendo uma Central de Regulação que organiza a relação entre os vários serviços, qualificando o fluxo dos pacientes no sistema. Sabe-se, também, que a resposta adequada no atendimento em situações de urgência tem como premissa garantir a melhor resposta, no tempo adequado, para situações de gravidade com potencial de deterioração rápida, baseando a decisão em três princípios: gravidade (risco) estimada, tempo máximo definido para a resposta à situação e recurso mais adequado (MINAS GERAIS, 2011).

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) constitui-se em importante pilar da estrutura formada com a implantação das Redes de Urgência e Emergência no estado de Minas Gerais, as quais são compostas pela Atenção Primária em Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, pontos de atenção hospitalar classificados de acordo com sua complexidade e função na rede, podendo ser classificados em: Hospital de Urgência Nível IV, Hospital Geral de Urgência Nível III, Hospital Geral de Urgência Nível II, Hospital de Referência ao Trauma Nível I, Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I, Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I e Hospital de Urgência Polivalente Nível I (MINAS GERAIS, 2011). O SAMU 192 não se caracteriza apenas por ser um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel, mas por ser um serviço complexo, onde uma central de regulação de urgência e emergência composta por médicos reguladores

atende toda a demanda do sistema telefônico 192 e define uma hipótese diagnóstica e a complexidade, assim como a prioridade do atendimento. Pode ser fornecida apenas uma orientação médica ou, se necessário, um recurso mais complexo, liberando-se as diferentes viaturas – suporte básico ou suporte avançado (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, o SAMU 192 atua como ponto de atenção dessa rede e o Complexo Regulador atua como centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com a função de coordenação dos seus fluxos e contrafluxos.

Assim, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) adotou, como forma de operacionalização estratégica, a implantação do SAMU 192 por meio da regionalização, utilizando os consórcios públicos como figura gestora do processo sob acompanhamento do Estado.

Os consórcios, em conjunto com a SES-MG, realizam o gerenciamento do SAMU 192 Regional e todos os seus serviços, de forma sistematizada, garantindo a eficiência do trabalho desenvolvido pela Central de Regulação das Urgências, os atendimentos pré-hospitalares e transportes inter-hospitalares, bem como as ações desenvolvidas pelo Núcleo de Educação Permanente, para capacitação dos profissionais e educação em saúde para a população (MINAS GERAIS, 2011).

Embora seja o Consórcio Público o instituto responsável pela gerência do SAMU 192 Regional, é a SES-MG o agente responsável por determinar os critérios técnicos e os indicadores a serem seguidos pelo contratado. Para tanto, a SES-MG formaliza, em instrumento contratual, as obrigações dos consórcios que

gerenciam o SAMU 192 em todo o estado. É nesse documento, construído em observância aos ditames legais, que se oficializam todos os fatores de importância inerentes à prestação do serviço. Cabe à SES-MG, de forma a assegurar a prestação de um serviço de qualidade à população residente na área de vinculação dos consórcios, o monitoramento dos serviços relativos ao SAMU 192. Tal modelo enfatiza o papel do Governo Estadual como o responsável por normatizar a prestação dos serviços SAMU 192 à população e o consórcio, nos termos contratuais, como o ente competente por proceder com a execução dos serviços, em observâncias às diretrizes ora estabelecidas (BRASIL, 2007).

Além das normas e critérios a serem seguidos pelos consórcios quando do gerenciamento do componente SAMU 192, os Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) devem seguir e fazer cumprir as metas e os indicadores estabelecidos que impactam diretamente no repasse dos incentivos financeiros para custeio do serviço. Nessa lógica, a SES-MG publicou a Resolução SES nº 2.884, de 20 de julho de 2011 (MINAS GERAIS, 2011), que estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação de programas estaduais diversos, entre eles o SAMU 192.

Para a implantação da Rede de Urgência e Emergência (RUE) em uma região de saúde, é um pré-requisito o componente SAMU 192 do Plano de Ação Regional das Urgências e poderá ocorrer das seguintes formas:

- I. Regionalização do SAMU 192 com proposta de agrupamento de Centrais de Regulação das Urgências municipais ou regionais já existentes.
- II - Regionalização do SAMU 192 com proposta de incorporação de novos Municípios às Centrais de Regulação das Urgências já existentes.
- III. Implantação de novas Centrais Regionais de Regulação das Urgências.

As despesas de custeio desse componente serão de responsabilidade compartilhada, de forma tripartite, entre a União, Estados e Municípios, na seguinte proporção: I - União: 50% (cinquenta por cento) da despesa; II - Estado: no mínimo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa; e III - Município: no máximo, 25% (vinte e cinco por cento) da despesa (BRASIL, 2011).

O SAMU 192 é um serviço gratuito, que funciona 24 horas, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número 192 e acionado por uma Central de Regulação das Urgências.

O SAMU realiza os atendimentos em qualquer lugar: residências, locais de trabalho e vias públicas, e conta com equipes que reúne médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e condutores socorristas.

As ambulâncias do SAMU 192 são distribuídas estrategicamente, de modo a otimizar o tempo-resposta entre os chamados da população e o encaminhamento aos serviços hospitalares de referência. A prioridade é prestar o atendimento à vítima no menor tempo possível, inclusive com o envio de médicos conforme a gravidade do caso. As unidades móveis podem ser ambulâncias, motolâncias, ambulanchas ou aeromédicos, conforme a disponibilidade e necessidade de cada situação, sempre no intuito de garantir a maior abrangência possível (BRASIL, 2002).

Atualmente existem seis SAMU 192 Regionais, que permitem que 523 dos 853 municípios mineiros tenham acesso ao serviço. Isso equivale a 61,3% de cobertura do estado, atendendo cerca de 9,33 milhões dos 20,7 milhões habitantes do estado, alcançando uma cobertura de 45% da população. O SAMU 192 Regional está implantado nas Regiões Ampliadas de Saúde Norte, Nordeste/Jequitinhonha, Centro-Sul, Sudeste, Sul e Centro-Oeste.

O primeiro SAMU 192 Regional foi implantado na Região Ampliada de Saúde Norte, em

2009, cobrindo 86 municípios e uma população de 1.661.130 habitantes. Ele conta com uma equipe de dois médicos reguladores, três Telefonistas Auxiliares de Regulação Médica (TARM) e dois operadores de frota por plantão 24 horas na Central de Regulação, 40 USB (Unidade Suporte Básico) e 7 Unidade USA (Suporte Avançado), distribuídas em bases descentralizadas.

Em 2012, as Regiões Ampliadas de Saúde Nordeste/Jequitinhonha foram contempladas pelo SAMU 192 Regional cobrindo também 86 municípios e uma população de 1.228.816. A equipe da Central de Regulação é composta por dois médicos reguladores, dois operadores de frota por plantão 24 horas, três TARM durante o dia e dois no período noturno. Possui 5 USA e 21 USB, também distribuídas em bases descentralizadas.

Destaca-se que a SES-MG, seguindo diversos princípios para a organização das redes, entre eles o de economia de escala e escopo, optou por vincular as duas RAS em uma única Central de Regulação e, consequentemente, a um único consórcio. No mesmo ano, a RAS Centro-Sul iniciou o serviço cobrindo 50 municípios e 780.011 habitantes. Na Central de Regulação, há dois médicos reguladores, três TARM e rádios operadores por plantão 24 horas e possui 4 USA e 18 USB. A Região Ampliada de Saúde Sudeste deu início ao SAMU 192 Regional em 2014, cobrindo os 1.651.433 residentes nos 94 municípios. Conta com uma equipe de três médicos reguladores durante o dia e dois à noite, cinco TARM durante o dia e três à noite, além de um rádio operador por plantão 24 horas na Central de Regulação. Sua frota é composta por 8 USA e 31 USB.

A penúltima Região Ampliada de Saúde que teve o SAMU 192 Regional inaugurado foi a Sul, em fevereiro de 2015, sendo atualmente a maior cobertura em termos populacionais e de território, abrangendo 153 municípios e uma população de 2.745.220. Conta com 9 USA e 34 USB. Na Central de Regulação há seis médicos reguladores no plantão diurno e cinco no noturno, oito TARM de dia e sete à noite, além de dois rádios operadores por plantão 24 horas.

Em junho de 2017 foi inaugurado o SAMU 192 Regional Oeste, abrangendo uma cobertura populacional de 1.195.499 e 54 municípios. Conta com 7 USA e 24 USB. Na Central de Regulação, há 3 médicos reguladores, 4 TARM, além de dois rádios operadores por plantão 24 horas.

Tendo em vista a inauguração do SAMU 192 Regional Triângulo do Norte, prevista para o 2º semestre de 2018, a cobertura de atendimento é ampliada para 859 municípios, equivalendo a 64,4% da população do estado.

O estado de Minas Gerais, por meio da SES-MG, vem concentrando esforços no sentido de implementar a Política de Atenção às Urgências, da qual o SAMU 192 é componente fundamental. Tal política prioriza os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada, de forma a proporcionar o SAMU 192 a toda a população, com qualidade, segurança e agilidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 18 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM Nº 1010, de 21 de maio de 2012. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Ministério da Saúde, 2012. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, n. 64, 25 ago. de 2011. Seção 1, p. 87.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MG nº 1.600, de 7 de novembro de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 de novembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, DF, 5 nov. 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES-MG nº 2607, de 7 de dezembro de 2010. Aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 8 de dezembro de 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES-MG, nº 2.884, de 20 de julho de 2011. Estabelece as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento controle e avaliação dos Programas Estaduais PRO-URGE, Unidades de Pronto Atendimento/UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência/ SAMU, Rede de Resposta Hospitalar, viva vida, Hiperdia Minas, Mais vida e Farmácia de Minas. Belo Horizonte, MG, 21 de julho de 2011.



O MODELO DE FINANCIAMENTO DO SAMU 192 REGIONAL EM MINAS GERAIS E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DO SERVIÇO

Izabella Andrade Torres¹

08

¹ Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Graduada em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro (EG-FJP/MG). E-mail: izabella.atorres@gmail.com.

INTRODUÇÃO

O financiamento das despesas de custeio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional ocorre de forma tripartite, por meio da responsabilidade compartilhada entre a União, os estados e os municípios. No caso de Minas Gerais, a gestão do serviço é feita pela associação entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) e consórcios intermunicipais de saúde, com personalidade jurídica de direito público, por meio da celebração de contrato. Como se trata de um serviço com recorte regionalizado, o território é dividido em Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) e, em cada região, os municípios interessados se consorciavam aderindo a um Protocolo de Intenções. Depois de formalizado o consórcio e celebrado o contrato com a SES-MG, o serviço é implantado na Região Ampliada de Saúde e custeado conforme os valores definidos em instância deliberativa e em contrato.

O repasse dos valores acordados para cada consórcio que gerencia o SAMU 192 Regional ocorre, então, pela transferência da contrapartida federal do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para o Fundo Estadual de Saúde (FES), e a SES-MG, por sua vez, tem a responsabilidade de repassar, além dos valores federais recebidos, os valores referentes à contrapartida estadual para as contas específicas dos consórcios. Já os municípios transferem os valores correspondentes à contrapartida municipal diretamente ao consórcio de sua Região Ampliada, através de um Contrato de Rateio – do qual somente os municípios e o consórcio participam. A definição dos valores mensais a serem recebidos pelo consórcio para executar o serviço se dá

pela pactuação na Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), tendo como resultado a publicação de deliberações de custeio para cada consórcio. Atualmente, o serviço encontra-se implantado em seis regiões, a saber: Norte, Nordeste/Jequitinhonha, Centro Sul, Sudeste, Sul e Oeste (implantado em julho de 2017). Para fins de análise, este trabalho debruçou-se sobre os SAMU 192 implantados anteriormente a 2017.

Apesar de ter sido iniciado em Minas Gerais em 2009, o SAMU 192 Regional é entendido como política pública a ser continuada e, de acordo com o Programa de Governo 2015-2018, a atual gestão apresenta como objetivo a ampliação do serviço para a cobertura em todo o estado. Dessa forma, buscando compreender se as ações de execução do serviço estão alinhadas aos propósitos dessa gestão, tem-se a seguinte pergunta norteadora do presente trabalho: *como tem sido a participação do estado no financiamento do SAMU 192 Regional em Minas Gerais e quais as possíveis implicações desse modelo de financiamento?*

A importância da investigação proposta relaciona-se à relevância das atividades do SAMU 192 Regional, que abrange 469 municípios mineiros, atendendo a cerca de 40% da população do estado. Além disso, o serviço exerce papel fundamental no fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde, principalmente em relação ao atendimento de urgências e emergências. A consolidação da rede faz com que as instituições de saúde de Minas Gerais possam garantir uma assistência resolutiva, segura e eficaz aos

usuários, visto que o tratamento correto em tempo oportuno possibilita uma menor média de permanência de internações, com a otimização de leitos e recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim:

[...] para a maioria dos gestores e profissionais que atuam na oferta de serviços pré-hospitalares às vítimas de lesões e traumas por acidentes e violências, o SAMU é hoje um bem que o setor da saúde oferece à sociedade brasileira. Esse tipo de serviço veio oficializar, padronizar e regular um subsistema fundamental para salvar vidas, tendo já sido comprovada sua eficácia em vários países do mundo. Portanto, é preciso que os administradores do SUS invistam na sua continuidade, no aperfeiçoamento de sua implantação e implementação e no seu monitoramento, buscando excelência e integração com todo o sistema de urgência e emergência (MINAYO; DESLANDES, 2008, p. 1885).

Nesse contexto, o objetivo primordial deste estudo é analisar a participação do estado de Minas Gerais, representado pela SES/MG, no custeio do SAMU 192 Regional. Trata-se, portanto, de um estudo de caso, em que os procedimentos de coleta de dados utilizados incluíram pesquisa bibliográfica e pesquisa documental de portarias referentes ao SAMU 192, além da legislação estadual específica para o serviço, com destaque para as deliberações da CIB-SUS/MG, que aprovam o financiamento para cada região com o serviço implantado.

DESENVOLVIMENTO

A Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) foi instituída pela Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 (BRASIL, 2011), que reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências, definindo os componentes dessa rede de atenção e os incentivos financeiros a serem

disponibilizados aos estados e municípios para sua implementação em seus territórios. Entre seus preceitos estão a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção às situações de urgência e emergência, buscando a ampliação do acesso e a regionalização dos serviços de saúde de forma articulada e integrada. Assim, o SAMU 192 constitui um dos componentes da Rede de Atenção às Urgências (MINAS GERAIS, 2016).

O SAMU 192, sendo o componente assistencial pré-hospitalar móvel da rede, opera mediante o envio de veículos tripulados por equipes de socorro capacitadas, de acordo com a complexidade avaliada, acionadas por uma Central de Regulação das Urgências e acessadas gratuitamente pela discagem do número 192. O modelo de assistência padronizado trabalha com a regulação médica regionalizada e descentralizada, com protocolos de atendimento e ferramentas operacionais regulares (MINAYO; DESLANDES, 2008). Além disso, conforme a Portaria GM/MS nº 2.048/2002, considera-se como atendimento pré-hospitalar móvel na área de urgência o atendimento que procura chegar precocemente à vítima, após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, inclusive as psiquiátricas), que possa levar a sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, portanto, prestar-lhe atendimento e/ou transporte adequado a um serviço de saúde devidamente hierarquizado e integrado ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

As diretrizes para a implantação do SAMU 192 no território nacional estão dispostas na Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, e na Portaria GM/MS nº 1.473, de 18 de julho de 2013, que altera a Portaria GM/MS nº 1.010. Elas estabelecem as normas para a regionalização, a fim de expandir o acesso às populações dos municípios brasileiros, bem como tratam dos incentivos financeiros para viabilizar a execução do serviço (BRASIL, 2013).

De modo complementar, a Deliberação CIB-SUS/MG nº 747, de 7 de dezembro de 2010,

estabeleceu que a implantação do SAMU 192 em Minas Gerais tivesse abrangência regional, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização¹ (PDR). A deliberação determina ainda outros parâmetros para a implementação do serviço, destacando-se a prerrogativa de gerenciamento do SAMU 192 Regional por entes públicos regionais de natureza jurídica pública, ou seja, pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS). Assim, o PDR define a divisão do estado em 13 Regiões Ampliadas de Saúde, existindo um Consórcio Intermunicipal de Saúde para gerenciar o SAMU 192 Regional em cada uma delas. Até meados de 2017, o serviço encontrava-se operando em cinco regiões, sendo elas: a Norte, com sede em Montes Claros; a Nordeste/Jequitinhonha, com sede em Teófilo Otoni; a Centro Sul, com sede em Barbacena; a Sudeste, com sede em Juiz de Fora; e a Sul, com sede em Varginha. Atualmente, acrescenta-se a região Oeste, com sede em Divinópolis, além de estar em andamento a implantação do serviço na região Triângulo do Norte, com sede em Uberlândia. A análise, contudo, restringe-se aos cinco primeiros implantados.

Pode-se dizer que, além da Deliberação CIB-SUS/MG nº 747 de 2010, o que motivou a escolha por consórcios públicos como modelo de gerência do SAMU 192 Regional foi a tradição cooperativista de Minas Gerais, aliada à complexidade territorial do estado, que conta com 853 municípios e, portanto, apresenta diferenças regionais no que diz respeito ao perfil demográfico, econômico, político e assistencial dos municípios (MINAS GERAIS, 2016). Há que se considerar também a insuficiente

capacidade administrativa dos entes federados em gerenciar um serviço de saúde supramunicipal do porte do SAMU 192 Regional.

Dessa forma, o CIS configura-se como um pacto entre os municípios com o objetivo de garantir a prestação conjunta de serviços de saúde aos seus residentes, “[...] buscando a otimização de seus recursos e a ampliação da capacidade de atendimento de cada município em um acordo para responder a demandas comuns de uma região” (AMM, 2013, p. 32). E, para formalizar a relação que organiza e fomenta a prestação do SAMU 192 Regional, o estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Saúde, celebra contratos com os CIS.

Como apontado por Carvalho Filho (2015), contratar é uma conduta socialmente difundida e esperada. O contrato, embora a princípio se refira somente às partes pactuantes, também gera repercussões jurídicas para a própria sociedade, de forma difusa. Assim, “[...] o substrato básico dos contratos é o acordo de vontades com objetivo determinado, pelo qual as pessoas se comprometem a honrar as obrigações ajustadas. Com o Estado não se passa diferentemente” (CARVALHO FILHO, 2015, p. 175).

De acordo com a Lei Federal nº 8.666/93, um contrato constitui “[...] todo e qualquer ajuste entre órgãos ou entidades da Administração Pública e particulares, em que haja um acordo de vontades para a formação de vínculo e a estipulação de obrigações recíprocas, seja qual for a denominação utilizada” (BRASIL, 1993). Isso quer dizer que a Administração Pública, na figura de seus órgãos e entidades, emprega o instrumento contratual para celebrar acordos que viabilizem ações e serviços de interesse público. O capítulo III da lei supracitada trata especificamente dos contratos. Em seu artigo 54, a Lei nº 8.666/93 esclarece que os contratos administrativos estão sujeitos aos preceitos do direito público, podendo ser utilizados, de forma complementar, os princípios da teoria geral de contratos e regras do direito privado.

¹ O Plano Diretor de Regionalização (PDR) constitui “[...] um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial”. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 5 jun. 2018.

Portanto:

[...] em última análise, é o *regime jurídico* que marca a diferença entre os contratos administrativos e os contratos privados da Administração. Nesse ponto, é de toda a conveniência observar que nem o aspecto *subjetivo* nem o *objetivo* servem como elemento diferencial. Significa que só o fato de ser o Estado sujeito na relação contratual não serve, isoladamente, para caracterizar o contrato como administrativo. O mesmo se diga quanto ao objeto: é que não só os contratos administrativos, como também os contratos privados da Administração, hão de ter, fatalmente, um objetivo que traduza interesse público. Assim, tais elementos têm que ser sempre conjugados com o regime jurídico, este sim o elemento marcante e diferencial dos contratos administrativos (CARVALHO FILHO, 2015 p. 177).

Além disso, como aponta Santos (2014), os contratos administrativos têm uma característica exclusiva, a cláusula exorbitante, que decorre do princípio da supremacia do interesse público, dando várias prerrogativas à Administração Pública. Entre elas, podemos citar: a possibilidade de alteração unilateral do contrato pela Administração, a rescisão unilateral; a fiscalização do contrato; a aplicação de penalidades por inexecução. Di Pietro (2014) complementa que as cláusulas exorbitantes têm como finalidade garantir a posição de supremacia da Administração em relação ao particular, o que denota a verticalidade nessa relação jurídica para assegurar a prevalência do interesse público sobre o privado. Ainda assim, “[...] o fato de a Administração estabelecer unilateralmente as condições do ajuste não lhe retira a natureza contratual. Enquanto não se produz o acordo de vontades, nenhum efeito resulta do ato unilateral da Administração” (DI PIETRO, 2014, p. 267).

Outra peculiaridade importante do contrato administrativo em relação ao contrato de direito privado refere-se ao objeto:

O contrato administrativo visa à prestação de serviço público, não no sentido restrito de “atividade exercida sob regime jurídico exorbitante”, mas no sentido mais amplo, que abrange toda atividade que o Estado assume, por lhe parecer que a sua realização era necessária ao interesse geral e que a iniciativa privada era insuficiente para realizar adequadamente. Abrange os serviços públicos comerciais e industriais do Estado que, embora exercidos, em geral, sob regime de direito privado, podem ter execução transferida ao particular por meio do contrato de concessão de serviço público, que é o contrato administrativo por excelência (DI PIETRO, 2014, p. 270).

Ou seja, o contrato administrativo viabiliza algo de utilidade pública. No caso de Minas Gerais, a relação contratual entre a SES/MG e os consórcios que gerenciam o SAMU 192 Regional pressupõe a celebração de Contrato de Programa e Contrato de Prestação de Serviço, conforme doutrina e previsão legal. Nos termos do inciso XVI do art. 2º do Decreto 6.017/07:

[...] contrato de programa é o instrumento pelo qual devem ser constituídas e reguladas as obrigações que um ente da Federação, inclusive sua administração indireta, tenha para com outro ente da Federação, ou para com consórcio público, no âmbito da prestação de serviços públicos por meio de cooperação federativa (BRASIL, 2007).

Por ocasião da assinatura do Contrato de Prestação de Serviço, é estabelecida a relação, ou equação, econômico-financeira entre as partes, que deverá ser mantida durante todo o período de vigência do contrato e sua execução. A ocorrência de fatos imprevisíveis pode

acarretar a necessidade de ajustes com vistas à manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato. Sobre esse aspecto, cabe ressaltar que os ajustes e/ou alterações nos contratos do SAMU 192 Regional são discutidos e aprovados na Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais (CIB-SUS/MG), que representa a instância deliberativa com legitimidade para tal, ainda que não se configure como parte signatária dos contratos. Sua importância deve-se ao fato de ser reconhecida como foro de “[...] articulação, negociação, pactuação e deliberação entre gestor estadual e os gestores municipais, quanto aos aspectos operacionais e de regulamentação das Políticas de Saúde no âmbito da Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado” (MINAS GERAIS, 2017), tendo sido instituída pela Resolução nº 637, de 25 de junho de 1993. Os temas referendados em plenária são ratificados em forma de deliberações, seguidas de publicação na Imprensa Oficial de Minas Gerais (IOF/MG).

Sendo assim, para se entender o sistema de financiamento do SAMU 192 Regional em Minas Gerais, é necessário proceder com a análise das deliberações CIB-SUS/MG que dispõem sobre o custeio do serviço em cada RAS, por seu respectivo CIS. Cabe ressaltar que nos valores pactuados em quatro dos cinco consórcios atualmente implantados em Minas Gerais, houve reajustes e, portanto, neste trabalho são analisadas somente as deliberações mais recentes que dispõem sobre o custeio desses consórcios.

Além disso, para encerrar a compreensão sobre a composição da parcela mensal recebida por cada CIS, é importante observar que a contrapartida federal obedece aos valores definidos pela Portaria GM/MS nº 1.473 de 2013, que determina valores fixos por ambulância – distinguindo Unidade de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA) – e valores para a Central de Regulação conforme a faixa populacional da região. A portaria define ainda que cabe à União cobrir

50% da despesa. Em relação à contrapartida dos municípios, a referida portaria determina que estes serão responsáveis por, no máximo, 25% da despesa. Em Minas Gerais, o que se observa é uma tendência de que o cálculo para a parcela municipal seja feito com base na população coberta, aplicando-se o valor de R\$ 0,25 (vinte e cinco centavos) *per capita*. Finalmente, ao Estado cabe repassar, no mínimo, 25% da despesa e, no caso mineiro, o valor estadual a ser repassado para o custeio do serviço resulta da diferença entre o valor total considerado na Justificativa Técnica de Preço e os valores repassados pelo Ministério da Saúde e pelos municípios – que são valores fechados. Ou seja, o valor estadual não é prefixado por parâmetros de cálculo dos custos, restando ao Estado cobrir a diferença resultante.

Isso posto, prosseguindo com a análise do cenário atual dos consórcios de saúde implantados em Minas Gerais para o gerenciamento do SAMU 192 Regional, há que se examinar as deliberações mais recentes de ajuste do custeio para os cinco consórcios.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte (CISRUN), com sede em Montes Claros, deu início ao gerenciamento do serviço em 2009. Desde então, houve reajustes nos valores repassados, sendo amparado atualmente pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.282, de 17 de fevereiro de 2016, que altera o Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.103, de 18 de abril de 2012, que aprova o financiamento tripartite do SAMU 192 no âmbito da Macrorregião de Saúde Norte do Estado de Minas Gerais. Para atender a região Norte, com a cobertura de 1.670.268 habitantes (conforme PDR 2015), o consórcio dispõe de 47 unidades de atendimento móvel, atendendo 86 municípios. Conforme apontado pela deliberação, do total repassado, os municípios ficam responsáveis por apenas 6% do valor mensal, enquanto o Ministério da Saúde repassa 40% e o Estado, 54%.

Em seguida, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Centro Sul (CISRU), com sede em Barbacena, dispõe de 22 ambulâncias e atende 51 municípios, o que corresponde a uma população aproximada de 784.283 habitantes (conforme PDR 2015). A normativa que rege seu custeio é a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.109, de 14 de abril de 2015, que altera o Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.542, de 21 de agosto de 2013, que aprova o financiamento tripartite do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), no âmbito da Região Ampliada de Saúde Centro Sul. Segundo a deliberação, os municípios repassam 10% do valor mensal, enquanto o recurso federal equivale a 37% e a contrapartida estadual responde por 53% do repasse total ao consórcio.

Para o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Nordeste e Jequitinhonha (CISNORJE), com sede em Teófilo Otoni, tem-se a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.108, de 14 de abril de 2015, que altera o Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.689, de 10 de dezembro de 2013, que aprova o financiamento tripartite do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), no âmbito da Região Ampliada de Saúde Nordeste/Jequitinhonha. O CISNORJE gerencia o serviço que atende 86 municípios, com população de cerca de 1.228.816 habitantes, segundo o PDR 2015, e conta com 26 ambulâncias. De acordo com essa deliberação, os municípios consorciados repassam o equivalente a 9% do custeio mensal, ao passo que o Ministério da Saúde financia 41% e o Estado, 50% do valor total.

Já o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Sudeste (CISDESTE), com sede em Juiz de Fora, atende 94 municípios, o que equivale a 1.660.844 habitantes segundo o PDR 2015, dispondo de 39 unidades de atendimento móvel. Seu custeio encontra-se aprovado pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.107, de 14 de abril de 2015, que altera o Anexo Único

da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.754, de 18 de fevereiro de 2014, que aprova o financiamento tripartite do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), no âmbito da Região Ampliada de Saúde Sudeste. Nessa região, os municípios contribuem com 14% do valor mensal, enquanto o recurso federal equivale a 28% e o estadual atinge 58% do custeio.

Por fim, no caso da região Sul, em que o serviço é gerido pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas (CISSUL), a Deliberação CIB-SUS/MG nº 2.069, de 6 de março de 2015, precisa ser conjugada com Portaria GM/MS nº 3.147, de 28 de dezembro de 2016, que habilita o Município de Varginha (MG) a receber a Central de Regulação das Urgências (CRU), Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA), bases descentralizadas da região MacroSul, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), e autoriza a transferência de custeio mensal à SES/MG. Isso ocorre porque o SAMU 192 Regional Sul foi implantado em 2015, sendo o mais recente entre os consórcios em funcionamento, e sua habilitação pelo Ministério da Saúde foi publicada somente no final de 2016. O consórcio conta com 43 ambulâncias para atender 152 municípios, o que corresponde a cerca de 2.745.220 habitantes, segundo o PDR 2015. Dessa forma, analisando-se as duas normativas específicas ao CISSUL, constata-se que os municípios contribuem com 20% da parcela mensal, na medida que o repasse federal equivale a 28% e a contrapartida estadual atinge 52% do valor total.

É possível perceber, portanto, que o Estado se configura como a parte majoritária no aporte de recursos no SAMU 192 Regional nas regiões onde o serviço se encontra em funcionamento. Seus repasses mensais variam entre 50% e 58% do valor total recebido pelos consórcios, o que evidencia uma provável sobrecarga para o ente estadual. A contrapartida municipal

mantém-se bem abaixo dos 25% previstos pela Portaria GM/MS nº 1.473/2013, alcançando o valor máximo de 20% na região Sul. Aliado à baixa contribuição dos municípios para o custeio do serviço, há que se considerar ainda a perspectiva de inadimplência pelos gestores municipais no pagamento do que lhes compete. No entanto, isso demanda um exame detalhado das contas dos municípios consorciados. Finalmente, quanto ao repasse de recursos pelo Ministério da Saúde, pode-se verificar que, de fato, os valores destinados aos consórcios não correspondem a 50% do montante para a manutenção do serviço, conforme previsto na Portaria GM/MS nº 1.473/2013. Assim, por se tratar de uma normativa com última atualização em 2013, têm-se valores defasados quando comparados às quantias reais de custeio do serviço em Minas Gerais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou a reflexão sobre o modelo de financiamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional em Minas Gerais. Pela análise das deliberações mais atuais de custeio dos cinco consórcios implantados até meados de 2017 em Minas Gerais, é possível observar que a parcela sob responsabilidade do Estado representa uma parte majoritária na composição do financiamento, já que é percentualmente maior que a contribuição dos demais entes.

Quando se analisa o financiamento de políticas públicas, faz-se necessário ressaltar que

a atuação da Administração Pública ocorre por meio dos Governos eleitos e seus programas, que são custeados com recursos públicos. Além disso, os projetos públicos não são motivados pela possibilidade de retorno financeiro, já que buscam um fim social, envolvendo riscos, dificuldades e múltiplos agentes interessados. Portanto, ainda que sejam financeiramente inviáveis ou apresentem complicadores, esses projetos são realizados e necessitam de tratamento diferenciado no que tange à gestão. No caso do SAMU 192 Regional de Minas Gerais, os resultados indicaram a necessidade de maior investimento neste componente da Rede de Urgência e Emergência pelos demais entes, principalmente se considerarmos o disposto no Programa de Governo da atual gestão, que se propõe a expandir a cobertura do serviço para 100% do estado.

Dessa forma, é importante que os municípios e a União, por meio do Ministério da Saúde, possam destinar maiores parcelas do valor total recebido por cada consórcio, para que o financiamento não recaia tanto sobre o Estado e isso possibilite a implantação do serviço nas outras Regiões Ampliadas de Saúde que ainda não dispõem do atendimento regionalizado. Nesse sentido, o fortalecimento e a expansão do SAMU 192 Regional em Minas Gerais depende da responsabilização dos entes, destacadamente os municípios e a União, para que o modelo de financiamento tripartite se consolide efetivamente de forma mais proporcional, conforme prevê a legislação específica.

REFERÊNCIAS

AMM. ASSOCIAÇÃO MINEIRA DE MUNICÍPIOS. Manuais de Gestão Pública Municipal. São Paulo: Abril Educação, 2013. v. 4 (Saúde).

BRASIL. Casa Civil. *Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007*. Regulamenta a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, que dispõe sobre normas gerais de contratação de consórcios públicos. Brasília, 2007.

BRASIL. Casa Civil. *Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993*. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.048, de 05 de novembro de 2002*. Institui o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.600, de 7 de julho de 2011*. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 1.473, 18 de julho de 2013*. Altera a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 3.147, de 28 de dezembro de 2016*. Habilita o Município de Varginha (MG) a receber a Central de Regulação das Urgências (CRU), Unidades de Suporte Básico (USB) e Unidades de Suporte Avançado (USA), bases descentralizadas da região MacroSul, destinadas ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), e autoriza a transferência de custeio mensal à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Brasília, 2016.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. *Manual de Direito Administrativo*. 28. ed. São Paulo: Atlas, 2015.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. *Direito administrativo*. 27. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Coordenação Estadual de Urgência e Emergência. *Curso de capacitação em suporte básico e avançado de vida SAMU 192 Regional*. 1. ed. Belo Horizonte, 2016. 275 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Deliberações da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais – CIB-SUS/MG*. Belo Horizonte, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cib>>. Acesso em: 20 maio 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização (PDR)*. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2>>. Acesso em: 20 maio 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, ago, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/yG5Zo5>>. Acesso em: 20 maio 2017.

SANTOS, Lucimar Rizzo Lopes dos. *Gestão e fiscalização de contratos administrativos*. Brasília: ENAP/DDG, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.enap.gov.br/1/1906>>. Acesso em: 20 maio 2017.



PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CARTILHA INFORMATIVA - PROFISSIONALIZAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Cíntia Rodrigues Santos¹

09

¹ Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Graduada em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro (EG-FJP/MG). E-mail: cintiarodriguesdv2@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As Políticas Públicas brasileiras, principalmente aquelas formuladas após a Constituição Federal (BRASIL, 1988), têm seus esforços centrados na promoção da inclusão das pessoas com deficiências em todos os âmbitos da vida em sociedade. Entretanto, observa-se, ainda, a manutenção da conduta do encaminhamento para programas de benefícios de prestação continuada, que fazem exatamente o contrário do que o pensamento de inclusão social difunde: a independência e o empoderamento da Pessoa com Deficiência (PCD).

Predominantemente, tem-se percebido que o fato ocorre devido ao desconhecimento dos profissionais da área da reabilitação no que concerne à profissionalização do deficiente. Portanto, este projeto aborda a construção de uma cartilha Informativa que oriente os profissionais dos serviços de reabilitação credenciados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais quanto às políticas relativas à profissionalização da PCD, ofertadas pelo Estado, bem como os encaminhamentos necessários para fazer jus a elas.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA PCD

Conjuntamente com a Revolução Burguesa, acontecimento histórico que marcou a transição da Idade Média para a Moderna, trazendo consigo um conjunto de fatos que corroboraram para grandes mudanças no que tange à interpretação do homem em sociedade, a visão unicamente assistencialista da pessoa com deficiência começa a ceder lugar à postura profissionalizante e integrativa. A busca

racional da sua integração passa a se fazer por várias leis promulgadas neste sentido. A partir de 1789, surge uma série de inventos, tais como a cadeira de rodas, bengalas, bastões, muletas, coletes, próteses, macas, móveis, etc.

Conforme estudo de Ferreira (2004), a Organização Internacional do Trabalho (OIT, 1983), a partir dos anos 1950, passou a se preocupar com a questão do trabalho das PCDs e destinou ao tema, as Recomendações de nº 99/55 e 168/83, decorrendo daí a aprovação da Convenção nº 159 de 1983, que dispõe sobre o assunto.

A Convenção nº 159/83 estabelece que é dever dos países signatários se engajarem em atividades de integração e de fornecerem instrumentos que viabilizem o exercício das atividades profissionais para as pessoas que deles necessitam (FERREIRA, 2004).

A Convenção 159 da OIT foi ratificada por meio do Decreto nº 129, de 22 de maio de 1991, sendo, portanto, lei no Brasil desde esta data (BRASIL, 1991).

Em relação ao Brasil, o que se verificou foi que somente com a aceleração dos processos de industrialização e de urbanização nos anos 1950 começaram a surgir políticas específicas para os deficientes, seja no âmbito da assistência, reabilitação, inserção ou inclusão. Isso se deve ao consequente aumento do número de acidentes, fato que explica o motivo de tais políticas terem sido pensadas tardiamente se comparadas às existentes em outros países cujo desenvolvimento do processo industrial se dera no fim do século XVIII.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) aborda a PCD em distintos aspectos da vida em sociedade. Em seu artigo XXIII inciso II, afirma que a União, estados e municípios devem zelar pela saúde e assistência pública, bem como pela proteção das pessoas com deficiência; no artigo VII inciso 30, veda qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão dos trabalhadores com deficiência; no artigo XXIV inciso 14, deixa explícito que as três esferas governamentais devem legislar sobre a integração da PCD. Finalmente, no artigo 203 propõe-se a prestar assistência social a todos aqueles que necessitarem dela, inclusive no que concerne às ações de habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência.

Constata-se, então, que o processo de inclusão da PCD decorre das mudanças, que, embora lentas, começaram a ocorrer com o passar do tempo e com a consequente evolução do pensamento da sociedade e do poder público sobre sua atenção. Os avanços verificados nesse processo e que refletem no momento atual são, sem dúvida, positivos, embora ainda haja muito a construir e desconstruir, a fim de viabilizar este processo de maneira plena. Por meio da devida implementação das ações inclusivas no que tange às diversas vertentes da vida em sociedade, tais como habilitação e reabilitação, escolarização, prática esportiva, lazer e vida social e qualificação profissional, a pessoa com deficiência estará “em condições de alcançar e manter uma situação funcional ótima do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico ou social, de modo que conte com meios para modificar sua própria vida e ser mais independentes” (ONU, 1975).

REDE DE CUIDADOS À PCD EM MINAS GERAIS

Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE/2014, abrigada nos 853 municípios do território do estado de Minas Gerais,

está uma população de mais de 20 milhões de habitantes, dos quais 30,04% possuem algum tipo de deficiência, sendo que 3.339.740 alegam possuir deficiência visual, 1.011.344 afirmam alguma ou nenhuma capacidade de ouvir, 1.378.216 apresentam comprometimento motor e 300.676 possuem deficiência intelectual, tal qual expresso na tabela abaixo.

Para atender essa população, foi instituída, em âmbito estadual, a Deliberação CIB-SUS-MG nº 1272/2012, que estabelece e regulamenta a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, fundamentada pela Portaria GM/MS nº 793/2012, que instituiu a Rede em âmbito nacional. Seu principal objetivo é criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua.

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER) sendo CER II aquele que atende duas modalidades de deficiências, CER III os que atendem três modalidades e CER IV aquele que atende todas as modalidades de deficiências, bem como os serviços de modalidade única, que atendem apenas uma deficiência são responsáveis pelo diagnóstico, avaliação multiprofissional, concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) e habilitação e reabilitação das pessoas com deficiências.

Esta Deliberação, ainda, compromete-se a promover a devida inclusão da PCD, articulando-se com diversos setores governamentais, que atuem junto a essas pessoas:

Art. 28º A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde deverão estabelecer ações permanentes de articulação intersetorial, especialmente, junto às Secretarias Municipais e Estaduais de Educação, Trabalho, Esportes, Ciência e Tecnologia e de Desenvolvimento Social para que seja garantido o apoio necessário à inclusão

Diante dos alarmantes dados apurados pelo IBGE no senso de 2010, que apontam que mais de 30% da população mineira é deficiente ou possui mobilidade reduzida, a Deliberação nº 1545, de 21 de agosto de 2013, que aprova o plano de ação da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência do SUS-MG, pautada pela difícil definição de quem exatamente são as pessoas que apresentam algum tipo de deficiência permanente, temporária ou intermitente, define que o público alvo dos serviços do componente especializado da Rede de Cuidados, é, prioritariamente, as pessoas que declararam “grande” ou “total” dificuldade visual, auditiva ou motora.

Hoje, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência conta com pontos de atenção em todo o estado, sendo que 132 de atenção ao deficiente intelectual e autista, 29 de atenção ao deficiente físico, 48 pontos de atenção ao estomizado, 36 serviços de triagem auditiva neonatal, 7 de atenção ao deficiente visual. Entre estes, 16 são centros especializados em reabilitação, com atendimento a duas, três ou quatro modalidades de deficiências.

IDENTIFICAÇÃO, EXPLICAÇÃO E ANÁLISE DO PROBLEMA

Em 2013, a Secretaria de Estado de Saúde, representada pela Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD), pautada pelos instrumentos legais citados acima, percebendo a necessidade de se aproximar dos setores responsáveis pelas políticas destinadas às pessoas com deficiências, situados em outras Secretarias de Estado, realizou uma série de reuniões envolvendo funcionários e chefia direta da CASPD, superintendente e técnicos da agora extinta Secretaria de Estado de Trabalho e Emprego (SETE) e representantes de

alguns serviços de atenção à saúde da pessoa com deficiência, credenciados da Secretaria Estadual de Saúde (SES), visando desenvolver, em conjunto, um projeto de capacitação profissional que pudesse, primeiramente, captar deficientes inseridos na Rede de Cuidados. Contudo, durante as reuniões, surgiu uma série de questionamentos que dificultaram o diálogo.

Os profissionais de saúde presentes alegavam que, para que um curso de capacitação profissional realmente incluísse a PCD no mercado de trabalho, seria necessária uma série de adaptações na grade curricular. Quanto ao processo de contratação por empresas, esses profissionais alegaram que, na maioria das vezes, a empresa contratava a PCD apenas para cumprir cotas estipuladas por lei, deixando os funcionários ociosos, ou destinando-lhes tarefas de menor grau de dificuldade, pré-julgando que eles não teriam capacidade de lidar com as especificidades dos cargos para os quais foram contratados. Este quadro também era bastante recorrente nos casos em que, para o deficiente executar a tarefa de forma satisfatória, adaptações tais como instalação de softwares de leitura de telas, construção de rampas, diminuição no uso de papel dando lugar à informatização, necessitavam ser feitas. Os empregadores optavam por ter um funcionário subaproveitado ou ocioso do que despendar de recursos financeiros para tais fins.

Por sua vez, os representantes da SETE alegaram que os cursos de capacitação faziam parte de uma política pré-definida do Ministério do Trabalho, seguindo um cronograma único, e que, naquele momento, essas mudanças eram inviáveis. Informaram, ainda, que o programa contava com contrapartida estadual, porém, era insuficiente para suprir tais demandas.

Observados todos esses entraves e também a extinção da SETE, motivada por uma reforma administrativa, sofrida pelo funcionalismo público do Estado de Minas Gerais, em que, a partir de janeiro de 2014, o número de

Secretarias de Estado foi reduzido de 23 para 17, o projeto foi paralisado. A Secretaria de Trabalho e Emprego foi fundida à Secretaria de Desenvolvimento Social, e suas atribuições passaram para a Subsecretaria de Trabalho e Emprego (SUBTE).

Com isso, a SES segue sem ofertar o atendimento intersetorial que se propõe nas Deliberações 1.272 e 1.545. Por sua vez, os profissionais de saúde dos serviços de modalidade única e dos centros especializados em reabilitação permanecem sem quaisquer informações sobre o mercado de trabalho para a PCD, e dão continuidade à conduta do encaminhamento para programas de benefícios de prestação continuada, que fazem exatamente o contrário do que o pensamento de inclusão social difunde: a independência e o empoderamento da PCD.

Nesse sentido, Bessa (2006) cita Abranches (2000, p. 11) ao mencionar que “trabalho é uma necessidade, uma maneira de o ser humano se reconhecer como tal e é por ele que se dá o reconhecimento do homem como sujeito”. Isso não é diferente para a pessoa com deficiência, que, como está explícito em Ribeiro (2008) e Soares (2011), historicamente foi excluída do convívio social por ser considerada prejudicial à evolução da espécie ou por ser enxergada como improdutiva, e portanto necessita se reafirmar diariamente como cidadão, construindo sua identidade social e reconhecendo seus talentos e habilidades.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Este projeto aborda a construção de uma cartilha destinada aos profissionais dos serviços de reabilitação credenciados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado de Minas Gerais, contendo informações concernentes às políticas de profissionalização da PCD existentes em âmbito estadual. O desenvolvimento poderá ser feito como se segue:

No primeiro momento, será realizada uma busca ativa junto à SUBTE, objetivando coletar todas as informações concernentes à empregabilidade da PCD. Serão agendadas reuniões entre técnicos da CASPD e dessa Subsecretaria, e consultadas leis, portarias, deliberações, resoluções, federais e estaduais vigentes sobre o assunto.

Para execução dessas tarefas, serão observados os seguintes prazos: – um mês para consulta de legislação pertinente e agendamento de reuniões para o mês subsequente; um mês para realização das reuniões. No segundo momento, deverá ser realizada uma consulta junto aos serviços credenciados na Rede de Cuidados abordando as principais dúvidas dos profissionais de saúde relacionadas à inclusão da PCD no mercado de trabalho. Para isso, será enviado um e-mail padrão às gerências Regionais de Saúde (GRS), que, por sua vez, deverão encaminhar e-mail imediatamente aos prestadores da área da pessoa com deficiência contendo informações sobre o novo projeto e solicitando, no final, que no máximo em 15 dias, os responsáveis pelos serviços encaminhem perguntas sobre o assunto para a CASPD, com cópia para as GRS. Em terceiro lugar, durante mais uma quinzena, será feita uma análise das perguntas enviadas, com supressão ou exclusão das que apresentarem o mesmo conteúdo, gerando um questionário conciso, para se utilizar no quarto momento, uma nova rodada de reuniões com os técnicos da SUBTE e nova consulta às legislações, que se distribuirá ao longo de dois meses. Por fim, a quinta parte do projeto, que se sugere aconteça no período de um mês, será a elaboração da cartilha propriamente dita, respondendo a todos os questionamentos e dando outras informações pertinentes.

Devido à grande quantidade de serviços de atenção a PCD existentes no território de Minas Gerais e credenciados na Rede de Cuidados, a cartilha será disponibilizada apenas em meio eletrônico. Contudo, os Centros Especializados

em Reabilitação, os serviços que conforme legislação pertinente trabalham na lógica da integralidade do atendimento, serão escolhidos para uma ou mais videoconferências, (que terão como finalidade explicar os fundamentos da cartilha), para que seus profissionais tornem-se multiplicadores desse conhecimento, e, conseqüentemente, venham a ser referências para os demais prestadores. Os prazos para realização dessas vídeo-conferências serão definidos após finalização da cartilha.

PROPOSTA DE AVALIAÇÃO DAS AÇÕES PLANEJADAS

A efetividade desse documento será avaliada anualmente, por meio de um questionário aplicado em meio eletrônico, cujo texto conterá perguntas que possibilitem saber se, após a leitura da cartilha, houve maior interesse, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto das pessoas atendidas nos serviços, nas políticas de capacitação profissional e inclusão no mercado de trabalho.

CONCLUSÃO

Através da implementação dessa cartilha, pretende-se levar ao conhecimento dos profissionais vinculados aos serviços de atenção à Pessoa com Deficiência da Rede de Cuidados de Minas Gerais todas as políticas relativas à profissionalização da PCD ofertadas pelo Estado, bem como os encaminhamentos necessários para fazer jus a elas. Espera-se, assim, contribuir para a continuidade do debate sobre a inclusão da pessoa com deficiência na vida em sociedade, especialmente no que se refere à sua empregabilidade, cumprindo com a proposta de intersetorialidade disposta no Plano Nacional da Pessoa com Deficiência (Plano Viver Sem Limites) e no Plano de Ação Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Pretende-se dar andamento ao processo de substituição do pensamento de que a

pessoa com deficiência necessita apenas de proteção e assistencialismo. Portanto, o único caminho a ser seguido pelos profissionais de saúde é o encaminhamento para benefícios de prestação continuada, reforçando a visão de que estas pessoas, com a devida habilitação ou reabilitação, podem se tornar tão funcionais e produtivas quanto pessoas que não possuem deficiências.

Os entraves são muitos, desde a elaboração da cartilha, até a condição ótima, onde a PCD chegue ao centro de reabilitação, passe por todos os procedimentos necessários para sua reabilitação, seja encaminhada para um curso de capacitação profissional e, por fim, conquiste um espaço no mercado de trabalho.

Por parte das PCD, há o medo de não se adaptar ao ambiente de trabalho, seja por causa das barreiras arquitetônicas ou pela discriminação proveniente de colegas e chefiaria, receio de perder o benefício de prestação continuada, ou até mesmo incerteza quanto às suas próprias aptidões, dado que muitas destas pessoas adquiriram uma deficiência ao longo da vida e desconhecem sua própria capacidade de readaptação às diversas vertentes do convívio social.

Quanto à relação familiar, o desconhecimento das especificidades da deficiência e do nível de empoderamento que o deficiente pode alcançar faz com que os pais e/ou cuidadores tenham atitudes de superproteção, o que acarreta em um quadro de extrema dependência e difícil adaptação sociocultural.

No que concerne aos empregadores, as alterações necessárias em um ambiente de trabalho para receber uma PCD, tais como adaptação de banheiros e substituição de degraus por rampas para benefício de pessoas com deficiência física, compra de softwares para pessoas com deficiência visual, ou, ainda, capacitações visando promover a plena comunicação de deficientes auditivos, são vistas como um peso, pois, dada a comum associação do vocábulo

“deficiência” com “incapacidade”, é pré-julgado que esse funcionário não cumprirá com os objetivos da organização e, portanto, não recompensará ter tais gastos.

É certo que apenas o conhecimento das políticas públicas vigentes sobre o assunto não é suficiente para alterar o quadro instalado. Contudo, em um sistema em que as diferenças são vistas como incapacidades e os diferentes, como imperfeitos, essas políticas têm o papel

de promover igualdade de oportunidades, acessibilidade, a não discriminação e o respeito às diversidades. Assim sendo, este projeto, que parte do princípio de que primeiro faz-se necessário conhecer o que já existe para depois formular o que ainda precisa existir, é mais um passo na longa caminhada que é o histórico da luta da PCD no decorrer das décadas, para ser vista como cidadã, digna dos mesmos direitos e deveres, peculiares a todos.

REFERÊNCIAS

BESSA, Maria Clara. *A empregabilidade para a pessoa com deficiência (PCD)*. Belo Horizonte: FJP, 2006. Monografia (Especialização em Administração Pública) - Curso de Administração, Gestão Estratégica de Recursos Humanos, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2006.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 6 jun. 2018.

BRASIL. Decreto Nº 129, de 22 de maio de 1991. Promulga a convenção Nº 159 da Organização Internacional do Trabalho OIT, sobre reabilitação profissional e reabilitação de pessoas deficientes. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1990-1994/d0129.htm>. Acesso em: 15 jun. 2018.

MINAS GERAIS. *Deliberação CIB/SUS-MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012*. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2012.

MINAS GERAIS. *Deliberação CIB-SUS-MG nº 1.545, de 21 de agosto de 2013*. Institui o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Resolução nº 30*. Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências. Nova York, 9 de dezembro de 1975.

OIT. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Convenção nº 159*. Dispõe sobre as oportunidades de trabalho para as pessoas com deficiência. Genebra, 1º de junho de 1983.

RIBEIRO, Marco Antônio. *A inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho: estudo de casos na circunscrição do Ministério Público do Trabalho de Belo Horizonte sob uma análise neoinstitucional*. Belo Horizonte: FJP, 2008. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Programa de Mestrado em Administração Pública, Fundação João Pinheiro/ Escola de Governo, Belo Horizonte, 2008.

SOARES, José Humberto Pinheiro. *Políticas de reserva de vagas de trabalho para as pessoas com deficiência no provimento de cargos públicos no Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: FJP, 2011. Monografia (Especialização em Gestão Pública) - Fundação João Pinheiro, Escola de Governo Prof. Paulo Neves de Carvalho, 2011.



COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, INFANTIL E FETAL: UMA FERRAMENTA ESTRUTURANTE DA GESTÃO ESTADUAL DE SAÚDE EM MINAS GERAIS

Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar¹

Ana Renata Moura Rabelo²

Ane Karine Alkmim de Sousa³

Karla Adriana Caldeira⁴

Dayane Aparecida Alves⁵

Sônia Clemente Oliveira⁶

Ana Flavia Sentirelli de Carvalho⁷

¹ Médica Ginecologista e Obstetra, doutora em Perinatologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: regina.alpa@gmail.com.

² Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. Mestre em Enfermagem pela UFMG. Graduada em Enfermagem pela UFMG. E-mail: anarmrabelo@gmail.com.

³ Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. E-mail: karine.anek@gmail.com.

⁴ Servidora da FHEMIG, graduada em enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: kaacal@hotmail.com.

⁵ Graduada em Gestão em Serviços de Saúde pela UFMG. E-mail: dayaneaalves@hotmail.com

⁶ Graduada em Ciências Atuariais pela PUC Minas. E-mail: oliveiracsoninha@gmail.com

⁷ Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. Graduada em Enfermagem pela Universidade José do Rosário Vellano. E-mail: anasentirelli@gmail.com.

INTRODUÇÃO

As razões e as taxas de mortalidade materna e infantil são alguns dos indicadores mais sensíveis do desenvolvimento de uma sociedade. Suas altas taxas configuram-se como uma violação dos direitos humanos de mulheres e crianças e representam um grave problema de saúde pública. A redução destes indicadores é um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade como um todo.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2015) na agenda 2013 para o desenvolvimento sustentável definiu 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável e 169 metas. No objetivo número 3, “Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”, a ONU determina como metas:

[...] 3.1 Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;

3.2 Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para, pelo menos, 25 por 1.000 nascidos vivos [...] (ONU, 2015).

Nesse prisma, o governo brasileiro assume tal compromisso federal nos instrumentos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2014, os óbitos infantil e materno foram incorporados à lista de agravos de notificação compulsória, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.271 (atual normatização vigente presente na Portaria de Consolidação GM/MS nº 4, de 28

de setembro de 2017), representando, também, o esforço em dar visibilidade a esses eventos.

No Brasil, o *modus operandi* da vigilância dos óbitos materno e infantil ganhou espaço com a criação dos comitês de prevenção. Tais instâncias consistem em espaços de controle social e apoio à gestão, imprescindíveis para a redução desses eventos através do conhecimento de sua magnitude e determinantes e proposição de ações para a qualificação da atenção à saúde (MELO *et al*, 2017). Os comitês têm sua atuação baseada em manuais do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2009a; 2009b) e se organizam nos níveis estadual, regional, municipal e hospitalar.

Nesse sentido, a obrigatoriedade de vigilância dos óbitos maternos e infantis pelos municípios vem sendo pautada como prioridade das ações da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), em especial pelas ações desenvolvidas pela Vigilância do Óbito e do Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal (CEPMMIF-MG).

Dados do IBGE mostram que a mortalidade infantil no Brasil passou de 69,1% em 1980 para 13,8% em 2015, enquanto a mortalidade materna enfrenta maiores desafios para quedas consideráveis. No estado de Minas Gerais, em 2012, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) apurada foi de 12,07, enquanto em 2016 o valor encontrado é de 11,05 (SIM/DATASUS). Apesar dos avanços globais no indicador, a análise da causalidade dos óbitos aponta a necessidade real de investir em estratégias e intervenções específicas, papel desempenhado cotidianamente pelo CEPMMIF-MG.

Já analisando os óbitos maternos Gráfico 1, identifica-se que em 2013 a Razão de Morte Materna (RMM) de Minas Gerais era de 46,74 para cada 100.000 nascidos vivos e em 2016 este indicador passou para 41,44.

A queda da mortalidade materna, embora esteja ocorrendo, apresenta uma tendência de declínio lento, abaixo do esperado pelos organismos nacionais e internacionais. Em Minas Gerais, observa-se maior declínio a partir de 2013. Um dos fatores que favoreceram essa queda foi a reativação do CEPMMIF e a contratação de profissionais específicos para vigilância do óbito. Ainda hoje, quando se analisa o perfil da mortalidade materna e infantil no estado, percebe-se que grande parte dos casos poderia ter sido evitada considerando as ferramentas do SUS. Destaca-se que óbitos maternos, fetais e infantis, além de expressar os níveis de saúde, refletem também as condições de vida, as desigualdades sociais, a ausência ou a fragilidade de políticas sociais e leis que garantam os direitos de cidadania e participação social (BITTENCOURT *et al*, 2013)

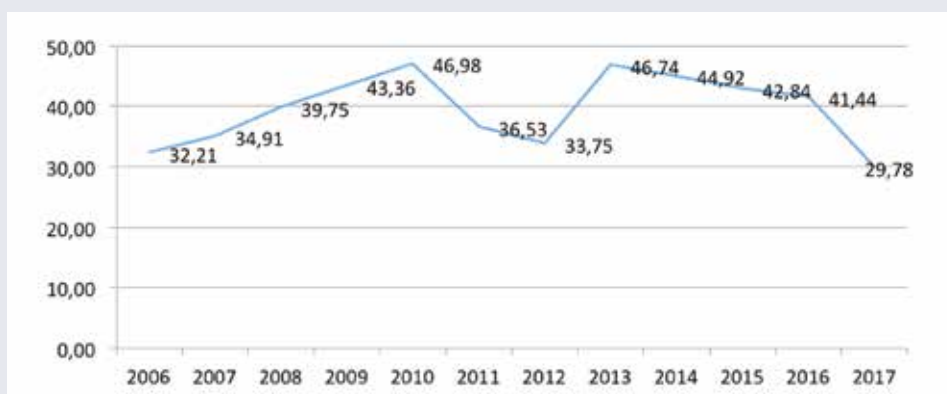
Estudo realizado por Leal *et al* (2017) identificou que o risco de morte infantil é mais

elevado em regiões nas quais existe maior concentração de pobreza e barreiras de acesso aos serviços de saúde, como o Vale do Jequitinhonha, sobretudo os municípios de pequeno e médio porte. Esses autores identificaram que os fatores que se associaram positivamente com o óbito infantil foram o fato de a família trabalhar na agricultura, a não realização de pré-natal, a baixa qualidade do pré-natal e a falta de vinculação com maternidade durante o pré-natal.

Os óbitos fetais, que sinalizam de forma muito consistente para as fragilidades do cuidado em saúde durante a gestação e o parto, não têm recebido a mesma atenção no Brasil, sendo negligenciados pelos serviços de saúde e tampouco recebem investimentos específicos para sua redução. Entretanto, são também, em grande parte, considerados potencialmente evitáveis (BRASIL, 2009a).

O Ministério da Saúde do Brasil cita que as principais causas da mortalidade materna são a hipertensão arterial, as hemorragias, a infecção puerperal e o aborto, todas com alto potencial de evitabilidade. Tem sido destacado que baixo grau de informação e escolaridade,

Gráfico 1: Série histórica RMM em Minas Gerais - 2006 a 2017*



Fonte: TABNET - DATASUS

*Os dados de 2016 e 2017 são preliminares, portanto estão sujeitos a alterações.

além de precárias condições socioeconômicas, dinâmicas familiares com a presença da violência e dificuldades no acesso a serviços de saúde de qualidade são determinantes no risco de morte da mulher durante a gravidez, parto e puerpério. (BRASIL, 2009c).

Uma das formas bem-sucedidas para o enfrentamento desses óbitos é a efetivação do trabalho realizado pelos comitês de prevenção à mortalidade materna, infantil e fetal. Os comitês, por sua constituição interinstitucional, multiprofissional, além da participação do controle social, conseguem realizar uma análise muito adequada dos fatores predisponentes e/ou determinantes de cada óbito e, baseados nessa análise, é possível construir recomendações que objetivem mudanças nos processos de trabalho em saúde com foco final na redução da ocorrência de novos casos semelhantes e evitáveis.

Frente a esse cenário, o presente artigo consiste em um relato de experiência sobre a trajetória do CEPMMIF-MG desde sua reestruturação em 2014. Mais do que discutir sobre os efeitos nos indicadores de mortalidade estaduais, este artigo pretende apresentar nuances do funcionamento do comitê como uma ferramenta estruturante para a gestão estadual, cuja atuação permite a divulgação de análises epidemiológicas, que subsidiam a execução das atividades de informação, planejamento, monitoramento e avaliação em saúde.

O COMITÊ ESTADUAL DE PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA, FETAL E INFANTIL (CEPMMIF-MG)

O CEPMMIF-MG é um organismo de natureza interinstitucional, multiprofissional, de caráter confidencial, não coercitivo ou punitivo, que visa analisar os óbitos maternos, infantis e fetais do Estado de Minas Gerais, com o objetivo de identificar fatores de evitabilidade e

elaborar propostas de medidas de intervenção para redução desses óbitos.

Incorporada ao CEPMMIF, a Secretaria Executiva é um grupo interno à SES-MG, eminentemente técnico, composto pelas Subsecretarias de Políticas e Ações de Saúde e de Vigilância e Proteção à Saúde. Esse grupo analisa semanalmente os óbitos maternos, fetais e infantis por meio de reuniões técnicas, preservando a confidencialidade dos dados e o sigilo das informações. Ademais, as reuniões da Secretaria Executiva subsidiam, por meio de relatórios técnicos, as reuniões ordinárias do CEPMMIF para que este exerça suas funções propositivas e mobilizadoras. Além das reuniões da Secretaria Executiva, as reuniões ordinárias do comitê possuem um caráter de educação permanente, monitoramento dos resultados do estado e divulgação da atuação do CEPMMIF-MG.

Desde 2014, vive-se um processo intenso de reorganização desses comitês de prevenção, tendo como principal ação a unificação dos comitês materno, fetal e infantil, e o apoio e monitoramento dos comitês regionais, municipais e hospitalares para qualificação da análise dos óbitos e elaboração de recomendações. Nesse sentido, são realizadas visitas técnicas às regionais de saúde e municípios, bem como videoconferências e visitas de representantes das regionais de saúde no nível central.

Outra mudança importante na reorganização foi a possibilidade de os municípios de uma mesma região se agruparem e constituírem um comitê compartilhado, com enfoque nas vulnerabilidades dos diferentes grupos sociais. As alterações foram realizadas com o propósito de facilitar a implementação, atuação e os processos de trabalho dos comitês nos diversos níveis.

O monitoramento realizado no primeiro trimestre de 2018 pela Coordenação de Atenção à Saúde das Mulheres e Crianças da SES mostrou que existem 25 Comitês Regionais de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e

Fetal (CRPMMIF) implementados, sendo que 17 destes são atuantes e 8 estão em processo de estruturação para atuação. Através desse monitoramento, também foi possível identificar que três Unidades Regionais de Saúde não possuem CRPMMIF.

Importa destacar a legitimidade para manutenção e avanço nesse processo de consolidação do comitê que se encontra fundamentado em publicação de resolução estadual (Resolução SES/MG nº 5.016, de 18 de novembro de 2015) e até mesmo sistematizado no Plano Estadual de Saúde 2016-2019 e nos instrumentos de Programação Anual de Saúde mais recentes do estado.

São membros formais do CEPMMIF-MG: Faculdade de Medicina e Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG); Hospitais Públicos do estado; AHMG; Hospitais Universitários ou de Ensino; ONGs relacionadas a Saúde da Mulher, Saúde da Criança; CRMMG; COREN-MG; SOGIMIG; SMP; ABENFO-MG; FEDERASANTAS; Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte; Conselho Estadual de Saúde; Conselho Estadual da Mulher; MP-MG; Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa MG; COSEMS-MG; SES-MG: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar; Diretoria de Políticas de Atenção Primária à Saúde; Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde; Diretoria de Regulação Assistencial.

PRINCIPAIS RESULTANTES DA ATUAÇÃO DO COMITÊ: UMA ANÁLISE PRELIMINAR E TEMPORAL QUE APONTA AVANÇOS E DESAFIOS

No processo de reestruturação e trabalho intenso, em um estado extenso e de diversidade territorial como é o caso de Minas Gerais, alguns amadurecimentos da equipe envolvida e, conseqüentemente, avanços do uso dessa ferramenta na gestão devem ser destacados,

assim como os desafios que permanecem – objetivo desta seção.

Diante do perfil técnico e científico da atuação de um comitê de prevenção da mortalidade, é importante salientar a composição do CEPMMIF-MG, sendo integrado por diversos órgãos da sociedade, incluindo: academia, serviços de saúde, Organizações Não-Governamentais (ONGs), conselhos de classe, membros do controle social e da gestão pública. Percebe-se que essa composição favorece um olhar mais amplo das condições e fatores que favorecem a ocorrência desses óbitos, permitindo, assim, ir além de uma compreensão puramente biológica dos fatos.

Em parceria com o MS, com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e com a UFMG, o Projeto Zero Morte Materna por Hemorragia Pós-Parto em Minas Gerais é um dos frutos da atuação do CEPMMIF-MG.

Tal projeto prevê a qualificação dos profissionais de maternidades do SUS e aborda os cuidados perinatais para prevenção e tratamento dos casos de hemorragia puerperal.

Dentro desse projeto, o MS introduziu uma nova tecnologia para casos graves de choque hemorrágico em obstetrícia. Os denominados trajes antichoque não pneumáticos (TAN) favorecem a estabilização de mulheres em condições hemorrágicas e hemodinamicamente instáveis em áreas de difícil acesso ou em instituições de pequeno porte, permitindo uma transferência mais segura para instituição com melhor capacidade de resolução dos casos. O CEPMMIF de Minas Gerais definiu que a distribuição dos trajes estaria vinculada não apenas à realização de capacitações dos profissionais para seu uso, mas também à elaboração de protocolos institucionais para manejo dos casos de hemorragia puerperal.

Para subsidiar a construção dos protocolos institucionais, a SES-MG publicou em 2017 as Diretrizes para o Manejo da Hemorragia Pós-Parto. Esse documento é fruto

da parceria do CEPMMIF-MG com diversas entidades como a Faculdade de Medicina da UFMG, Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG), Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras – seccional Minas Gerais (ABENFO-MG) e Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemominas).

A primeira oficina do projeto foi realizada em novembro de 2016 na Região Ampliada de Saúde (RAS) Norte, especificamente no município de Montes Claros, selecionado inicialmente por apresentar a maior razão de morte materna por hemorragia do estado, e por ser uma região propícia para a avaliação do uso do TAN, devido à organização local da rede assistencial.

Na oportunidade, foram capacitados(as) profissionais do SAMU e de 12 instituições da RAS Norte. A capacitação foi realizada para profissionais da obstetrícia que trabalham diretamente na cena do parto, ou seja, médicos(as), enfermeiros(as) e obstetras. Com duração de dois dias, a oficina teve carga horária de 16 horas, distribuídas em parte teórica e parte prática com simulação realística. A simulação realística foi o diferencial de capacitação abordado pelo projeto, visto que os profissionais vivenciaram a problemática estabelecida e tinham que agir de imediato utilizando o protocolo de hemorragia puerperal e fazendo o uso do TAN conforme o recomendado.

Considerando a importância de continuidade do projeto e de modo que ocorra a expansão para outras regiões do estado, algumas estratégias para formalização da parceria entre SES-MG, OPAS e UFMG estão sendo levantadas e avaliadas. O objetivo é a realização da referida oficina e distribuição dos trajes antichoque em outras regiões do estado, preservando a mesma qualidade e potencialidade da oficina piloto realizada no norte de Minas.

Outra ação relevante do CEPMMIG foi a realização regular de eventos com a finalidade de favorecer a qualificação profissional. No

período de 2015 até os dias atuais, foram organizados alguns eventos que merecem destaque por sua potencialidade.

Em 2016, em parceria com a Vigilância do Óbito, foi realizada uma oficina de capacitação sobre investigação e análise de óbitos maternos, infantis e fetais com participação das referências técnicas da vigilância epidemiológica do óbito e de representantes dos comitês regionais.

Em junho de 2017 foi realizado o 1º Simpósio Colaborativo: Morte Materna e Responsabilidade Social, como uma parceria entre SES-MG e Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Tal evento foi direcionado para profissionais da saúde e referências técnicas das Regionais de Saúde envolvidos na assistência à saúde da mulher e na vigilância do óbito no SUS. Nesse evento um dos temas abordados foi a relação da mortalidade materna com a situação social de exclusão e opressão à qual as mulheres estão submetidas. Apesar de alguns avanços, as desigualdades sexuais ainda constituem uma das principais marcas no Brasil. O panorama e as diretrizes nacionais para redução da mortalidade materna foram apresentadas pela coordenadora geral da saúde das mulheres, representando o MS no evento. Também houve a abordagem sobre a representação social da morte materna, que instigou os participantes a refletir sobre as situações que tornam o parto um evento ameaçador à vida das mulheres, seu medo em relação ao evento e o significado da morte.

Em processos de refinamento operacional do CEPMMIF-MG, em abril de 2018, em reunião com os dirigentes das URS, foi identificada a necessidade de criação de Procedimento Operacional Padrão (POP) para fomentar a criação dos comitês regionais e municipais de prevenção do óbito materno, fetal e infantil, de modo a organizar e orientar esse processo, sendo os comitês compartilhados ou não. Esse encaminhamento do comitê corrobora com o estudo

de Melo *et al* (2017), que afirma que os comitês municipais, em especial aqueles localizados em municípios pequenos ou médios, enfrentam desafios para sua constituição e manutenção.

Durante a confecção desse instrumento, surgiu a necessidade da criação de outro POP para orientar o processo de elaboração de recomendações para a prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, que são elaboradas juntamente com a vigilância do óbito. Esse POP orientará sobre a descrição de todo o processo analisado, desde o momento que ocorreu o óbito até o levantamento dos fatores de evitabilidade e elaboração de propostas.

Além disso, em maio de 2018, foi realizado o encontro para a redução da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal, evento direcionado para as referências técnicas da vigilância do óbito e da saúde das mulheres e crianças das Unidades Regionais de Saúde (URS), membros do comitê estadual e municípios estabelecidos como prioritários para o evento. Nesse ano o evento contou com a discussão das questões jurídicas e éticas da investigação dos óbitos e, também, apresentou uma discussão sobre as causas não obstétricas de morte de mulheres durante a gravidez e puerpério, com ênfase nas questões do feminicídio e violência contra a mulher, além de apresentar o tema do ressurgimento de doenças imunizáveis. A participação e as interfaces com os diversos setores da SES-MG (atenção básica, atenção especializada, regulação, vigilância sanitária, atenção farmacêutica) foram temas amplamente debatidos no evento. Valorizando a participação do controle social e a necessidade de encarar o tema da mortalidade como uma questão que envolve toda a sociedade a conferência de abertura abordou o impacto social da mortalidade materna, infantil e fetal.

Os eventos realizados e aqui citados contaram com participação de cerca de 100 pessoas (em cada evento). Uma avaliação superficial destes eventos conduzem a uma percepção de que

as discussões tem alcançado patamares cada vez mais profundos de reflexão e retroalimentam as decisões cotidianas do CEPMMIF-MG.

A Secretaria Executiva do CEPMMIF-MG tem, ainda, como proposta para esse ano, a divulgação de um relatório sobre os dados da mortalidade materna, fetal e infantil no estado no triênio 2015-2017, dentro da perspectiva do comitê. Espera-se que esse relatório possa ser utilizado pelos gestores não apenas da Saúde como subsídio para definição as políticas estaduais da mulher e criança.

Por fim, destacam-se as nuances e as relações de trabalho do CEPMMIF-MG com as demais ações da SES-MG e que se destinam à saúde de mulheres e crianças. O trabalho desempenhado pelo CEPMMIF-MG permite-se olhar para as diversas regiões do estado e planejar ações direcionadas para os principais problemas, nos permite rever constantemente o planejamento (até mesmo orçamentário) definindo qual estratégia será tomada, em que proporção, quais os vazios assistenciais, quais as necessidades de capacitação, quais atores precisam ser envolvidos em cada caso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante deste relato de experiência, pelos elementos de avanços e desafios vividos cotidianamente, concluímos que o CEPMMIF-MG constitui-se em Minas Gerais, como uma potente ferramenta de gestão e, mais do que isso, no seu aspecto mais sutil, um espaço de encontro de pessoas de diferentes níveis de atuação, de ideias, um espaço de educação permanente em saúde. Ele se constitui em ainda uma ação estruturante que apoia e conduz diversas outras condutas e decisões no que tange à atenção à saúde das mulheres e crianças mineiras.

Cita-se a constatação do grupo atuante neste espaço de que o percentual de casos avaliados pelo comitê e classificados quanto à evitabilidade, bem como à proporção de mortes

maternas evitáveis, são indicadores tão importantes para a avaliação diagnóstica do estado de saúde da população e mesmo das políticas de saúde de tal esfera federativa, quanto às taxas e razões de morte materna, fetal e infantil. Isso nos faz refletir que indicadores que

mensuram diretamente a atuação do comitê também precisam ser incorporados aos instrumentos de avaliação das gestões estaduais e municipais do país, como uma forma de induzir ainda mais o funcionamento (e efetiva atuação) dos comitês.

REFERÊNCIAS

BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; DIAS, Marcos Augusto Bastos; WAKIMOTO, Mayumi Duarte (Orgs.). *Vigilância do óbito materno, infantil e fetal e atuação em comitês de mortalidade*. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2013. 268 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas, Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Coordenação Geral de Informação e Análise Epidemiológica. *Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal*. Brasília, 2009a. 77 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno*. Brasília, 2009b. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF; 2009c. Extraído de [http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf], acesso em 25 de maio.

LEAL, Maria do Carmo; BITTENCOURT, Sonia Duarte de Azevedo; CARDOSO TORRES, Raquel Maria; PEREIRA NIQUINI, Roberta; BORGES DE SOUZA JR, Paulo Roberto. Determinantes do óbito infantil no Vale do Jequitinhonha e nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 51, p. 1-9, 2017.

MELO, Cristiane Magalhães de; AQUINO, Talita Iasmin Soares; SOARES, Marcela Quaresma; BEVILACQUA, Paula Dias. Vigilância do óbito como indicador da qualidade da atenção à saúde da mulher e da criança. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, out.2017.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Transformando nosso mundo: A Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*. 2015. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>> Acesso em: 11 maio 2018.



SECRETARIA DE
SAÚDE

