

A AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS

Aprendizados, Legados e Desafios

VOLUME 3

Bruno Reis de Oliveira
José Geraldo de Oliveira Prado
Tiago Lucas da Cunha Silva [Org.]

A AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS

Aprendizados, Legados e Desafios

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS
Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Organização

Bruno Reis de Oliveira
José Geraldo de Oliveira Prado
Tiago Lucas da Cunha Silva

A AGENDA DA SAÚDE PÚBLICA EM MINAS GERAIS

Aprendizados, Legados e Desafios

Volume 3



Governador do Estado de Minas Gerais

Alberto Pinto Coelho Júnior

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

José Geraldo de Oliveira Prado

Secretário Adjunto

Wagner Eduardo Ferreira

Chefe de Gabinete

Gilberto José Rezende dos Santos

Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde

Tiago Lucas da Cunha Silva

Subsecretária de Regulação em Saúde

Maria Letícia Duarte Campos

Subsecretário de Vigilância e Proteção à Saúde

Luiz Felipe Almeida Caram Guimarães

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde

João Luiz Soares

Subsecretário de Gestão Regional

Rasível dos Reis Santos Júnior

Assessora de Comunicação Social

Gisele Maria Bicalho Resende

Revisão

*Bruno Reis de Oliveira**

() Exceto Capítulo 7.*

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Produção Gráfica

Autêntica Editora Ltda.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde.

M663a A agenda da saúde pública em Minas Gerais: aprendizados, legados e desafios./ Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Bruno Reis de Oliveira (org.); José Geraldo de Oliveira Prado (org.); Tiago Lucas da Cunha Silva (org.). - Belo Horizonte: ESP-MG, 2014.

336p.

ISBN: 978-85-8408-005-2

1. Redes de atenção à saúde. 2. Gestão em saúde. I. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. II. Oliveira, Bruno Reis de. III. Prado, José Geraldo de Oliveira. IV. Silva, Tiago Lucas da Cunha. V. Título

NLM WA540

Sumário ■

- 7** **Introdução** | O Sistema Único de Saúde em Minas Gerais: uma agenda em construção
- 11** **Capítulo 1** | Análise situacional de saúde de Minas Gerais
- 27** **Capítulo 2** | O Estado em Rede e a Gestão para Cidadania: principais avanços na saúde em Minas Gerais

As Redes de Atenção à Saúde em Minas Gerais

- 49** **Capítulo 3** | A Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais
- 77** **Capítulo 4** | O Programa Mães de Minas: uma proposta inovadora no Brasil para a gestão da informação em saúde angariada na Rede Viva Vida
- 93** **Capítulo 5** | Resposta de Minas Gerais para a hipertensão arterial e *diabetes mellitus*: a Rede Hiperdia Minas
- 105** **Capítulo 6** | A rede de cuidados à pessoa com deficiência de Minas Gerais
- 117** **Capítulo 7** | A rede de atenção à saúde bucal em Minas Gerais

Os Pontos de Atenção das Redes de Atenção à Saúde

- 133** **Capítulo 8** | O Programa Saúde em Casa: estratégia para o fortalecimento da atenção primária à saúde em Minas Gerais
- 149** **Capítulo 9** | Resultados e desafios da política hospitalar do Estado de Minas Gerais

Os Sistemas de Apoio às Redes de Atenção à Saúde

- 169** **Capítulo 10** | Avanços e desafios da assistência farmacêutica em Minas Gerais
- 181** **Capítulo 11** | Ferramentas de gestão para a tomada de decisão informada em Regulação em Saúde

Os Sistemas Logísticos das Redes de Atenção à Saúde

- 189** **Capítulo 12** | A Tecnologia da Informação para atenção primária à saúde em Minas Gerais
- 199** **Capítulo 13** | A regulação da assistência à saúde e o desafio do acesso
- 215** **Capítulo 14** | O Sistema Estadual de Transporte em Saúde em Minas Gerais

Gestão, Governança e Participação

- 225** **Capítulo 15** | O processo de governança regional em saúde no SUS/MG: desafios e reflexões
- 243** **Capítulo 16** | A experiência da mobilização social em saúde: abordagens que vão além das ações assistenciais
- 251** **Capítulo 17** | O fortalecimento da participação social na saúde em Minas Gerais
- 261** **Capítulo 18** | Os desafios da contratualização como instrumento de gestão nos serviços de saúde pela SES/MG
- 267** **Capítulo 19** | Regulação, financiamento da saúde e a lógica de redes de atenção em Minas Gerais

Práticas e Inovações na Vigilância em Saúde

- 279** **Capítulo 20** | A vigilância em saúde em Minas Gerais
- 289** **Capítulo 21** | Promoção à saúde em Minas Gerais
- 301** **Capítulo 22** | A vigilância sanitária nas redes de atenção à saúde em Minas Gerais
- 313** **Os organizadores**
- 315** **Os autores**

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM MINAS GERAIS: UMA AGENDA EM CONSTRUÇÃO

Bruno Reis de Oliveira
José Geraldo de Oliveira Prado
Tiago Lucas da Cunha Silva

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), constitucionalmente previsto na Carta Magna promulgada em 1988, a saúde passou a ser um direito de cidadania no Brasil, cabendo ao Estado o dever de provê-la universal e integralmente, sem distinções ou restrições de qualquer ordem.

Para lograr êxito com esse objetivo inaugural, o SUS veio sendo submetido a uma vasta normatização ao longo dos anos – que se iniciou com a edição da Lei Orgânica da Saúde em 1990, passou pelas diversas Normas Operacionais do Ministério da Saúde, pelo Pacto pela Saúde, pelo Decreto Federal nº 7.508/2011, até se destrinchar nos detalhes da incontável gama de leis e normas infraconstitucionais publicada por todos os entes da Federação.

Paralelamente ao esforço normativo, no âmbito da gestão da saúde pública houve um grande trabalho realizado. A necessidade de lidar com o cenário de recursos limitados e escassos, pressionado pelas demandas mais diversas que os princípios do sistema fazem rogar, impôs aos gestores do SUS a habilidade criativa de soluções cada vez mais planejadas, eficientes e que proporcionassem os melhores resultados à população. Na análise do percurso histórico, evidencia-se que a experiência e os (des)acertos vêm trazendo maior maturidade ao sistema e consistência no desenho das políticas públicas implementadas.

Um exemplo claro desse amadurecimento é a opção pelo modelo de Redes de Atenção à Saúde como base de ordenação da saúde pública no Estado de Minas Gerais e, posteriormente, estendido para todo o Brasil. O sistema de saúde, como resposta deliberada às necessidades da população, não se mostrava mais coerente com a realidade de “tripla carga de doenças” – termo

e reflexões aqui reproduzidas para fazer justiça ao grande inspirador desse modelo no Estado, Dr. Eugênio Vilaça Mendes – em que o Brasil se encontra: crescimento das causas externas e da violência, bem como das doenças cônicas, e a agenda não superada das doenças infecciosas e parasitárias. Esse cenário pôde ser detalhado no Estudo de Carga de Doenças realizado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) em parceria com a Fiocruz, mas já seria esperado como decorrência da acelerada transição demográfica por que passa o Brasil, com o envelhecimento da população.

Esse modelo de organização pressupõe a mudança da lógica de um enfrentamento aos problemas de saúde de forma fragmentada, episódica, reativa e hospitalocêntrica – como vinha acontecendo no país –, para outra lógica, que prevê a conjugação coordenada de esforços dos diversos pontos de atenção, os quais mantêm papéis bem definidos na estrutura de serviços, sob a coordenação central da atenção primária. Essa, por sua vez, assume a responsabilidade sobre (e conhece) a sua população, permitindo uma racionalização no emprego das ferramentas de gestão da clínica e o aprofundamento do protagonismo dos cidadãos como sujeitos ativos do seu cuidado, via ações de promoção e prevenção.

A proposta deste livro é compartilhar a experiência acumulada no Estado de Minas Gerais com o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde, bem como de outras políticas consideradas exitosas, contribuindo com o fortalecimento do debate e das práticas de gestão da saúde no Brasil. Além dos aprendizados, procurou-se fazer uma reflexão sobre o que fica de legado, traduzido em resultados mensuráveis para a população, bem como sobre a agenda de desafios que as políticas implantadas apontam para a sequência da gestão do sistema estadual de saúde.

Os textos, por sua vez, foram escritos pelos próprios servidores que compõem as equipes de trabalho da SES/MG, o que os credencia em sua capacidade de transmitir a vivência desafiadora do planejamento, da execução e do monitoramento e avaliação das políticas de saúde, aumentando a sua consistência técnica.

A lógica de organização da obra obedece à lógica de organização das redes de atenção à saúde. Na parte inicial do livro, procurou-se abordar a análise da situação de saúde da população de Minas Gerais, que fundamenta a organização do sistema de saúde em redes de atenção, e o planejamento estratégico do Estado e da SES/MG, que dita as diretrizes e as prioridades a serem observadas. Em seguida, são exploradas algumas das redes de atenção implantadas no Estado e os pontos de atenção das redes, em seus Programas basilares, quais sejam: o Programa Saúde em Casa para a atenção primária

e o Pro-Hosp para a atenção secundária e terciária hospitalar. Logo após, as experiências relativas aos sistemas de apoio e aos sistemas logísticos das redes são apresentadas, seguindo as experiências relativas à governança, à participação social e à gestão da saúde. Por fim, são apresentadas inovações no âmbito da vigilância em saúde.

Essa agenda aberta sobre a história de construção do SUS em Minas Gerais é uma importante herança que a SES/MG propõe partilhar na arena das políticas públicas de saúde do Brasil. Acredita-se, enfim, que as contribuições contidas nesse livro possam colaborar com o aprimoramento cada vez mais protagonista e inovador do Estado na busca de soluções que concretizem o Sistema Único de Saúde na realidade de cada cidadão mineiro.

ANÁLISE SITUACIONAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Tiago Campos Silva
Aline Machado Caetano Costa
Deise Aparecida dos Santos

1. A caracterização do Estado de Minas Gerais

Caracterização do território

Minas Gerais é uma das 27 unidades federativas do Brasil, localizada na região Sudeste do país, sendo o quarto Estado com a maior área territorial e o segundo em quantidade de habitantes. Atualmente, possui a maior quantidade de municípios entre os Estados brasileiros, com 853 municípios numa área territorial de 586.522,122 km² e população residente total estimada para 2014 em 20.734.097 habitantes, o que implica uma densidade demográfica de 33,41 habitantes por km².

A topografia mineira é bastante acidentada, sendo que alguns dos picos mais altos do país encontram-se em seu território. O Estado também abriga a nascente de alguns dos principais rios do Brasil, colocando-o em posição estratégica no que se refere aos recursos hídricos nacionais. Seu clima é tropical, variando de mais frio e úmido no sul até semiárido em sua porção setentrional. Todos esses fatores aliados propiciam a existência de uma rica fauna e flora distribuídas nos biomas que cobrem o Estado, especialmente o cerrado (observado em 50% do território) e a ameaçada mata atlântica.

A capital mineira é Belo Horizonte, pertencente à Mesorregião Metropolitana de Belo Horizonte, região central do Estado, e possui a maior população, com 2.491.109 habitantes (estimativa para 2014) e área territorial de 331,401 km².

Figura 1: Localização territorial do estado de Minas Gerais

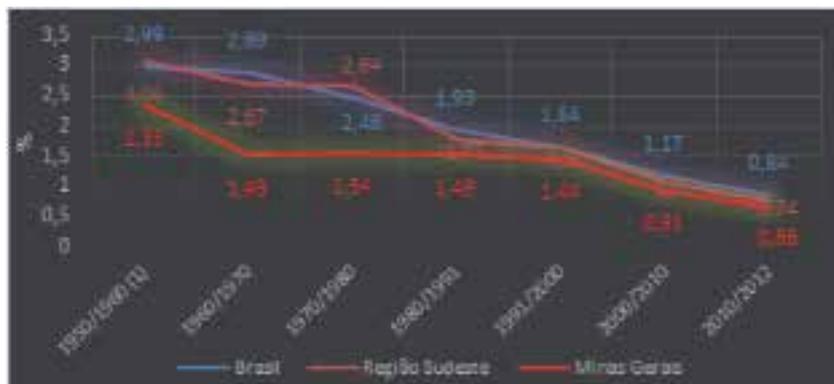


Fonte: IBGE (2014)

Mudanças no perfil e na dinâmica demográfica

O último censo demográfico do Brasil, realizado em 2010, registrou para Minas Gerais um total de 19.597.330 habitantes, dos quais 9.641.877 (49,2%) são mulheres e 9.955.453 (50,8%) são homens. Embora o Estado continue crescendo, a taxa de crescimento da população atual (0,66% ao ano) é bem menor do que a registrada no passado (2,33% ao ano, na década de 1950). Esse indicador também está em queda no Brasil e na região Sudeste.

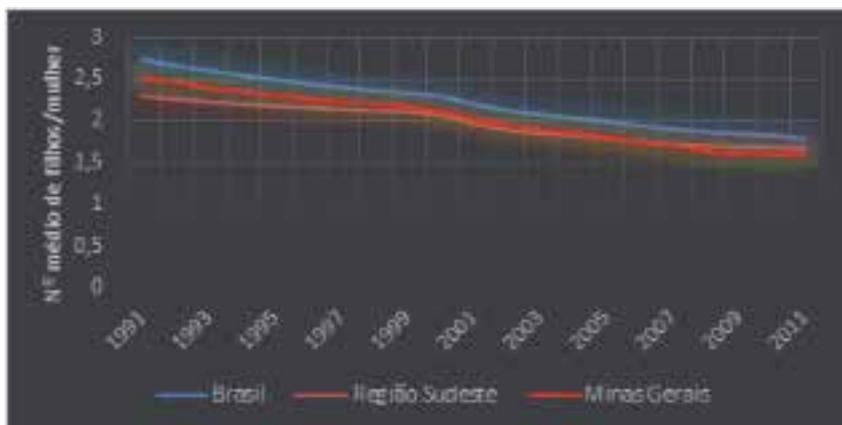
Figura 2: Taxa média geométrica de crescimento anual da população residente (%), Minas Gerais, região Sudeste, 1950-2012



Fonte: IBGE, Censos Demográficos

Em Minas Gerais, a taxa de fecundidade vem decaindo de forma continuada nas últimas décadas, passando de 2,53 em 1991 para uma média de 1,59 filhos nascidos vivos tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, em 2011. Taxas inferiores a 2,1 são sugestivas de fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional. Essa tendência também é observada em todo o país e na região Sudeste no mesmo período (figura 3).

Figura 3: Taxa de fecundidade total, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 1991-2011



Fontes: IBGE/Projeções demográficas preliminares (Estimativas) e MS/SVS/SINASC (Dados diretos)

Ao longo dos últimos anos, a população brasileira está vivendo cada vez mais. De acordo com os últimos dados, os mineiros estão vivendo, em média, 76 anos, porém com diferenças significativas entre os sexos. As mulheres vivem mais. Em geral, Minas Gerais apresenta valores superiores ao da região Sudeste e do país. Entre 2012 e 1991, houve um aumento absoluto de 7,16 anos, significando aumento relativo de 10,4% (tabela 1).

Tabela 1: Esperança de vida ao nascer, segundo sexo, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2012

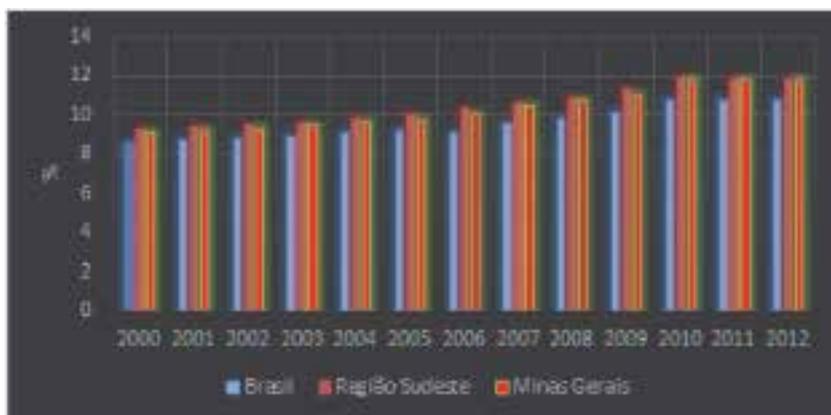
Sexo		Anos			
		1991	2000	2010	2012
Brasil	Masculino	63,15	66,01	70,21	70,91
	Feminino	70,9	73,92	77,6	78,22
	Geral	66,93	69,83	73,86	74,52

Região Sudeste	Masculino	64,46	66,96	72,06	72,87
	Feminino	73,42	75,57	79	79,57
	Geral	68,83	71,14	75,55	76,25
Minas Gerais	Masculino	65,31	68,36	72,47	73,14
	Feminino	72,82	75,34	78,62	79,17
	Geral	68,97	71,76	75,51	76,13

Fonte: IBGE/DPE/ Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Nas últimas décadas, a população mineira vem envelhecendo em função do aumento significativo da esperança de vida ao nascer e, principalmente, do declínio sustentado da fecundidade e natalidade. Em 2000, 9,1% da população de Minas Gerais era composta de idosos com 60 anos ou mais, e a cada ano a sua representatividade vem aumentando (figura 4).

Figura 4: Proporção de idosos na população (%), Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 2000-2012

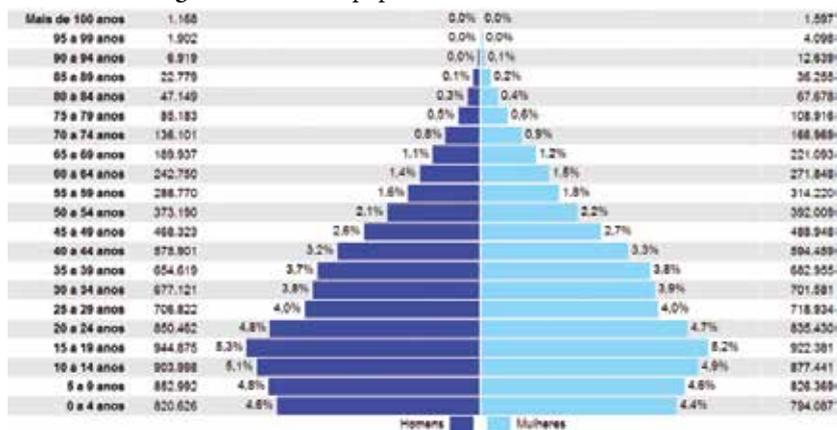


Fonte: IBGE, Censos Demográficos (1991, 2000 e 2010), Contagem populacional (1996) e projeções e estimativas demográficas (2001-2009).

Uma ilustração gráfica muito utilizada para visualizar a distribuição de diferentes grupos etários em uma população e mudanças demográficas ao longo do tempo é a pirâmide populacional, conhecida também como pirâmide demográfica. Há algumas décadas, o Brasil e Minas Gerais vêm passando por um estreitamento contínuo na base da pirâmide etária, decorrente do envelhecimento populacional e das reduções da mortalidade infantil e fecundidade.

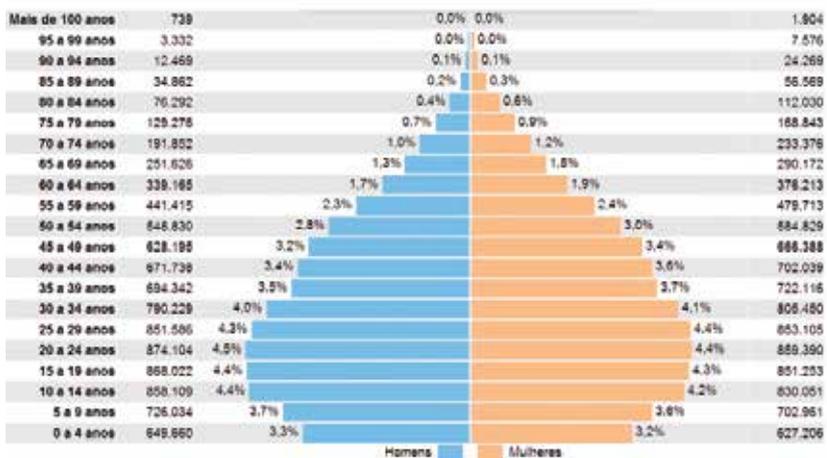
Ao se comparar as pirâmides populacionais dos Censos Demográficos de 2000 e 2010, observa-se que a população feminina de Minas Gerais é maior que a masculina e a distribuição populacional por faixas etárias migrou para estratos etários mais avançados (figuras 5 e 6).

Figura 5: Pirâmide populacional, Minas Gerais, 2000



Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2000)

Figura 6: Pirâmide populacional, Minas Gerais, 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2010)

Além de Minas Gerais contar com enorme quantidade de municípios, é importante salientar que mais da metade deles possui população de até 10.000 habitantes, e somente vinte e nove deles contam com população acima

de 100.000 residentes, representando, entretanto, cerca de 43,5% de toda a população do Estado (tabela 2).

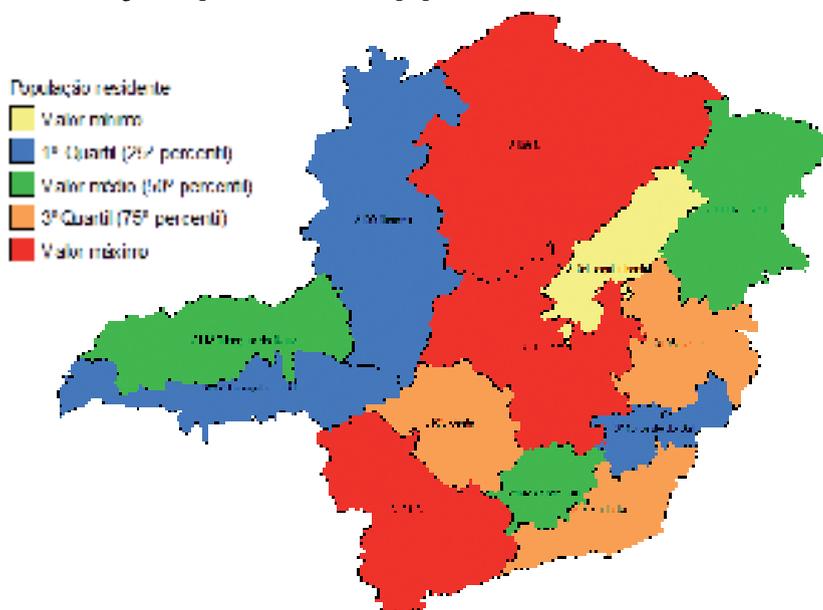
Tabela 2: Número de municípios de Minas Gerais, segundo porte populacional, 2012

Classes de tamanho populacional	Nº de municípios	População (habitantes)
< 5.000 habitantes	238 (27,9%)	846.832 (4,3%)
5.001-10.000 habitantes	251 (29,4%)	1.744.108 (8,8%)
10.001-20.000 habitantes	186 (21,8%)	2.584.468 (13,0%)
20.001-50.000 habitantes	112 (13,1%)	3.343.605 (16,8%)
50.001-100.000 habitantes	37 (4,3%)	2.687.840 (13,5%)
100.001-500.000 habitantes	25 (2,9%)	4.494.118 (22,6%)
Mais de 500.000 habitantes	4 (0,5%)	4.154.361 (20,9%)
Total	853 (100,0%)	19.855.332 (100,0%)

Fonte: IBGE/ Projeção populacional.

A grande maioria dos habitantes residentes no Estado concentra-se nas Macrorregiões de Saúde Centro, Norte e Sul, com mais da metade da população total (52,5%). Jequitinhonha é a que possui menor população (figura 7).

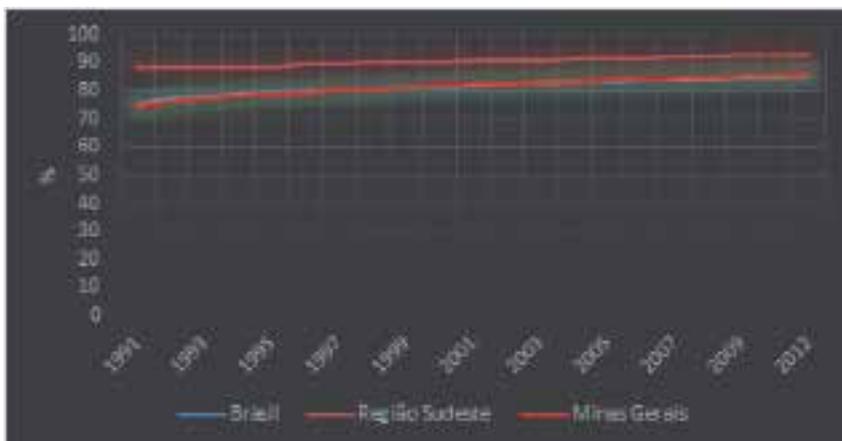
Figura 7: Distribuição da população residente nas Macrorregiões de Saúde, segundo quartis de tamanho populacional, Minas Gerais, 2012



Fonte: IBGE/ Projeção populacional.

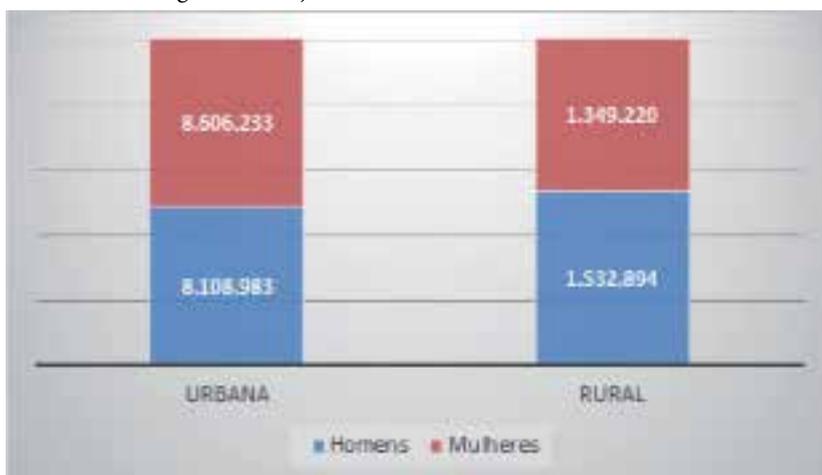
Em relação ao grau de urbanização, observa-se um aumento da proporção de pessoas residentes em áreas urbanas. Em 1991, o indicador foi de 74,87%, e em 2012, de 85,9%. No geral, o Estado apresentou valores superiores ao Brasil e inferiores à região Sudeste do país (figura 8). Os homens preponderaram mais que as mulheres no meio rural, diferentemente do verificado na população que vive no meio urbano (figura 9).

Figura 8: Taxa de Urbanização, Minas Gerais, Região Sudeste e Brasil, 1991-2012



Fonte: IBGE/Censos Demográficos 1991, 2000 e 2010 e Projeções populacionais.

Figura 9: Distribuição da população residente por sexo, segundo situação de domicílios, Minas Gerais, 2010



Fonte: IBGE/Censo Demográfico (2010)

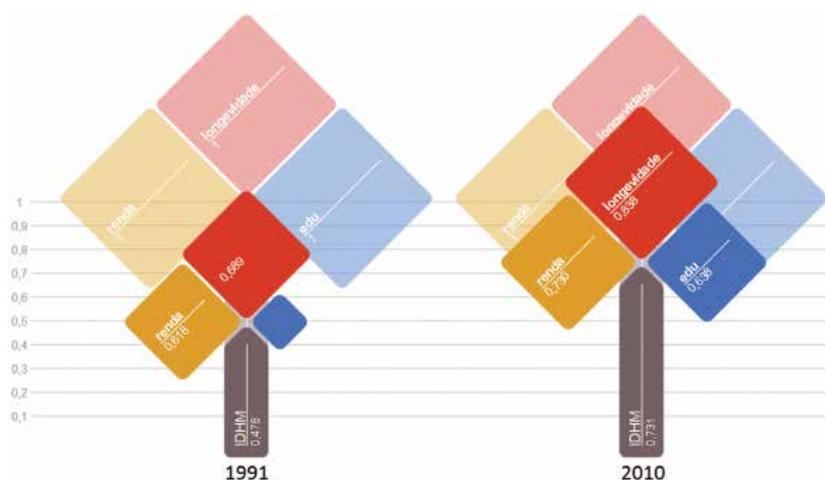
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

No período 1991-2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Minas Gerais cresceu 52,9%, passando de 0,478 em 1991 para 0,731 em 2010. A dimensão que mais contribuiu para este crescimento foi a Educação, com aumento relativo de 148,2%, seguida pela Longevidade, com 21,6%, e pela Renda, com 18,1% (figura 10).

Nesse período, o hiato de desenvolvimento humano (a distância entre o IDHM do Estado e o limite máximo do IDHM, ou seja, $1 - \text{IDHM}$) foi reduzido em 33,5%.

Em 2010, Minas Gerais apresentou uma situação boa, ocupando a nona posição no *ranking* de IDHM de todos os Estados brasileiros. Ademais, há que se destacar que, segundo a classificação do PNUD, o Estado está entre as regiões consideradas de alto desenvolvimento humano (IDHM entre 0,700 e 0,799).

Figura 10: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), Minas Gerais, 1991 e 2010



IDHM e seus componentes	1991	IDHM e seus componentes	2010
IDHM	0,478	IDHM	0,731
IDHM Renda	0,618	IDHM Renda	0,73
IDHM Longevidade	0,689	IDHM Longevidade	0,838
IDHM Educação	0,257	IDHM Educação	0,638

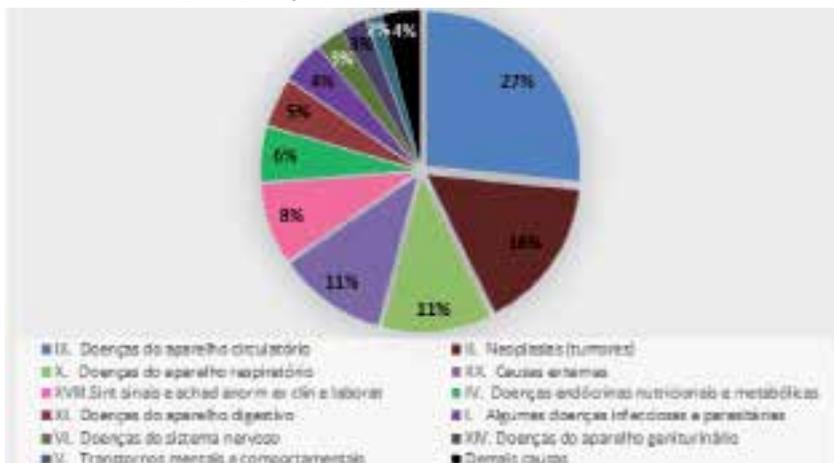
Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano (2013)

2. O perfil da mortalidade

As informações relativas à mortalidade, apresentadas a seguir, correspondem ao ano de 2013, decorrente de 125.668 óbitos de residentes registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) até o momento. O Coeficiente de Mortalidade Geral (CMG) no Estado foi de 6,1/1.000 habitantes.

Os principais grupos de causas de mortalidade na população residente estão apresentados na figura 11. As causas básicas mais incidentes de mortalidade são doenças e agravos não transmissíveis, sendo somente as doenças do aparelho circulatório e as neoplasias responsáveis por quase metade das mortes. Posteriormente, aparecem as doenças do aparelho respiratório e as violências e os acidentes (causas externas).

Figura 11: Mortalidade proporcional pelos principais grupos de causas, Minas Gerais, 2013



Fonte:SES-MG/SubVPS/SVEAST/DASS/CGSIS/SIM (Dados atualizados em 01 de set./2014).

A figura 12 ilustra o ranqueamento das principais causas de mortalidade em cada um dos estratos etários. As crianças menores de um ano morrem mais em decorrência de afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas. Chama bastante atenção que, entre as crianças, os adolescentes e adultos (de 1 a 49 anos), os acidentes e as violências ocupam a primeira posição, sendo responsáveis por 39,7% de todos os óbitos ocorridos nesses grupos.

A partir do final da vida adulta, as doenças crônicas não transmissíveis passam a incidir mais sobre a população, ocupando posição de destaque as doenças cardiovasculares. Outro fato que merece destaque são as causas

mal definidas de óbito – indicador negativo de qualidade dos atestados de óbitos – que em geral estão entre os quatro principais grupos, embora esteja reduzindo sua magnitude no Estado, principalmente nos últimos anos.

Figura 12: Ranking dos principais grupos de causas de morte, segundo faixa etária, Minas Gerais, 2013

Ranking	Faixas etárias											
	Menor de 1 ano	1 a 4 anos	5 a 9 anos	10 a 14 anos	15 a 19 anos	20 a 29 anos	30 a 39 anos	40 a 49 anos	50 a 59 anos	60 a 69 anos	70 a 79 anos	80 anos e mais
1ª	XVI	XX	XX	XX	XX	XX	XX	XX	IX	IX	IX	IX
2ª	XVII	X	II	II	XVIII	XVIII	IX	IX	II	II	II	X
3ª	XVIII	XVII	VI	VI	II	IX	II	II	XVIII	X	X	II
4ª	X	VI	XVIII	XVIII	VI	II	XVIII	XVIII	XX	XVIII	XVIII	XVIII
5ª	I	II	XVII	IX	IX	I	XI	XI	XI	IV	IV	IV
6ª	XX	XVIII	I	X	X	X	I	I	X	XI	XI	VI
7ª	IX	I	X	I	I	VI	X	X	IV	XX	I	XIV
8ª	VI	IX	IX	XVII	III	XI	V	IV	I	I	XX	I
9ª	XI	IV	III	III	XI	V	IV	V	V	XIV	XIV	XI
10ª	III	III	IV	XI	IV	IV	VI	VI	XIV	VI	VI	XX

Legenda: I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II. Neoplasias (tumores); III. Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários; IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas; V. Transtornos mentais e comportamentais; VI. Doenças do sistema nervoso; IX. Doenças do aparelho circulatório; X. Doenças do aparelho respiratório; XI. Doenças do aparelho digestivo; XIV. Doenças do aparelho geniturinário; XVI. Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII. Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte e XX. Causas externas de morbidade e mortalidade.

Fonte:SES-MG/SubVPS/SVEAST/DASS/CGSIS/SIM (Dados atualizados em 01 de set./2014).

Mortalidade infantil

A mortalidade infantil estima o risco dos nascidos vivos morrerem até antes de completar um ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

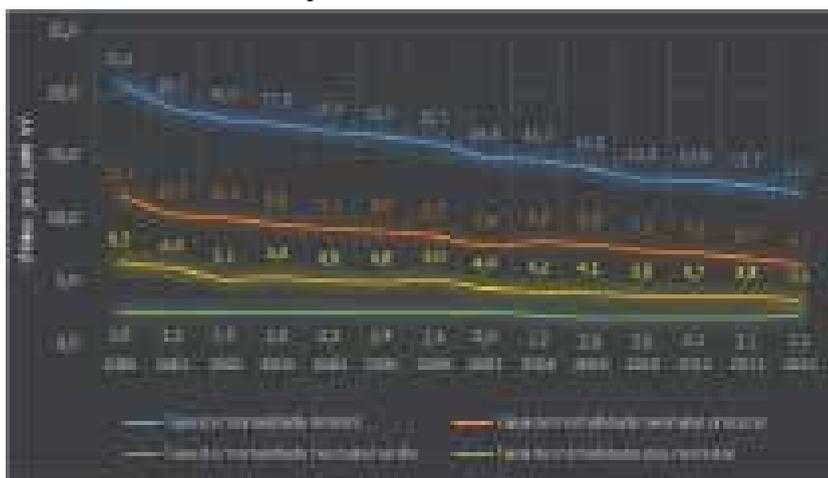
Por outro lado, o risco de óbito não é homogêneo durante o primeiro ano de vida e está relacionado a causas que, embora possam vir a ocorrer em todo o período, se distribuem de forma desigual nas fases da infância.

Por essa razão, para se identificar os fatores de riscos e intervenções que os minimizem, faz-se o desdobramento da mortalidade infantil em três períodos:

- menos de 7 dias, denominado neonatal precoce;
- de 7 a 27 dias, que corresponde ao período neonatal tardio; e
- de 28 dias a menos de 12 meses, e que é o período pós-neonatal.

As taxas de mortalidade infantil e de seus componentes neonatal (precoce e tardio) e pós-neonatal em uma série histórica de treze anos, 2000 a 2013, podem ser visualizados na figura 13.

Figura 13: Taxa de mortalidade infantil e dos seus componentes*, Minas Gerais, 2000 a 2013



Fontes: 1) MS/SVS/DASIS/SIM e SINASC – Anos 2000 a 2005.

2) SES-MG/SubVPS/SVEAST/DASS/SIM e SINASC/CGSIS – Anos 2006 a 2013 (Dados atualizados em 01 de set./2014).

Notas: * Indicador calculado pelo método direto, sem considerar possíveis sub-registros de eventos.

**Bases de dados de 2012 e 2013 não fechadas, portanto, sujeito a alterações nos valores do indicador.

Os óbitos dos menores de um ano vêm decrescendo acentuadamente desde as primeiras décadas do século passado em todo o país. Em Minas Gerais, constata-se uma redução contínua e sustentada da mortalidade infantil no período de 2000 a 2013. A variação proporcional relativa da taxa de mortalidade infantil foi de 41,8%, passando de 20,8 para 12,1 óbitos por mil nascidos vivos. Com algum diferencial, todos os componentes da mortalidade infantil também acompanharam essa tendência de declínio (diminuições relativas de 45,98%, 14,7% e 45,1% para as taxas de mortalidade neonatal precoce, neonatal tardia e pós-neonatal, respectivamente).

Em todos os anos da série histórica analisada, o risco de óbito, medido pela respectiva taxa, foi maior no período neonatal precoce, oscilando entre 52% e 56% da taxa de mortalidade infantil como um todo. Esse perfil é o observado em países com taxas de mortalidade infantil baixas, sendo atribuído à ampliação e melhoria da qualidade da atenção à saúde, sobretudo da atenção primária, ao aleitamento materno, à terapia de reidratação oral, à ampliação da oferta de novos imunobiológicos e concomitante crescimento da cobertura vacinal, além da queda da fecundidade. Os óbitos neonatais tardios, por sua vez, foram responsáveis por entre 12% e 18% do total de óbitos em menores de um ano.

Já a mortalidade no período pós-neonatal teve um peso relativo na mortalidade infantil como um todo, que variou entre 28% e 32% nos anos de 2000 a 2013. A mortalidade nesse período é geralmente mediada por condições relacionadas com o desenvolvimento socioeconômico e a infraestrutura ambiental que condicionam a desnutrição infantil e as infecções e que refletem nas condições de saúde do recém-nascido como no estado de saúde da mãe.

As causas evitáveis de óbitos infantis

Para melhor entendimento da dinâmica da mortalidade infantil, é necessário introduzir o conceito de causas evitáveis ou reduzíveis. São causas de mortes evitáveis, neste caso, aquelas preveníveis total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis à população. Essa definição incorpora dois pressupostos: a existência do conhecimento e da tecnologia e a sua acessibilidade. Atualmente, existe uma Lista Brasileira de Causas de Mortes Evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde (SUS) aplicada para menores de cinco anos e para indivíduos de 5 a 74 anos de idade.

Ao se adotar a lista de causas evitáveis compatível com o grupo de menores de um ano, 69,7% dos óbitos infantis do Estado decorreu de causas evitáveis (a estimativa desconsidera os óbitos por causas mal definidas – 5% dos óbitos infantis) entre 2011 e 2013, correspondendo a 8,3 óbitos por mil nascidos vivos. Entre as causas evitáveis, houve predominância das mortes reduzíveis por adequada atenção à mulher na gestação, seguidas das reduzíveis por adequada atenção ao recém-nascido.

Embora a mortalidade infantil por causas evitáveis ainda seja expressiva, o risco de mortalidade por essas causas vem apresentando redução no período de 2000 a 2013, com queda relativa de 45,7%, passando de 15,1 óbitos por mil nascidos vivos em 2000 para 8,2 em 2013. Destaca-se também que foi

observado o mesmo comportamento de decréscimo para todos os subgrupos de causas evitáveis da mortalidade infantil (tabela 2).

Tabela 3: Taxa de mortalidade infantil por grupos de causas evitáveis*, Minas Gerais, 2000-2013

Grupos de causas	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1. Causas evitáveis	15,1	13,3	13,0	12,6	12,2	11,7	11,1	10,1	10,2	9,5	8,8	8,8	8,1	8,2
1.1. Reduzível pelas ações de imunização	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1.2. Reduzível por atenção à gestação, ao parto, feto e recém-nascido	11,7	10,2	10,4	10,0	10,1	9,7	9,2	8,5	8,7	8,1	7,5	7,6	6,8	7,0
1.2.1 Reduzível por atenção à mulher na gestação	4,7	4,2	4,1	3,9	4,0	3,7	4,1	3,7	4,0	4,0	3,8	3,8	3,4	3,5
1.2.2 Reduzível por adequada atenção à mulher no parto	2,1	1,6	1,9	1,8	1,8	1,7	1,7	1,5	1,5	1,4	1,1	1,1	1,0	1,1
1.2.3 Reduzível por adequada atenção ao recém-nascido	4,9	4,4	4,3	4,3	4,4	4,2	3,5	3,3	3,1	2,7	2,6	2,6	2,4	2,4
1.3. Reduzível por ações de diagnóstico e tratamento adequado	1,9	1,8	1,6	1,5	1,2	1,1	1,2	0,9	0,9	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7
1.4. Reduzível por ações de promoção à saúde vinculadas a ações de atenção	1,5	1,2	1,1	1,1	0,9	0,9	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5

Fontes: 1) MS/SVS/DASIS/SIM e SINASC – Anos 2000 a 2005.

2) SES-MG/SubVPS/SVEAST/DASS/SIM e SINASC/CGSIS – Anos 2006 a 2013 (Dados atualizados em 01 de set./2014).

Notas: * Indicador calculado pelo método direto, sem considerar possíveis sub-registros de eventos.

**Bases de dados de 2012 e 2013 não fechadas, portanto, sujeito a alterações nos valores do indicador.

3. Morbidade hospitalar

No ano de 2013, foram processadas 1.190.011 internações de residentes de Minas Gerais no SUS, independentemente do Estado onde o indivíduo se hospitalizou. Como esperado, a maioria delas é proveniente de gravidez, parto e puerpério, visto que é uma condição fisiológica das mulheres e que necessita de procedimentos médicos no âmbito hospitalar. Em seguida, aparecem as doenças dos aparelhos circulatório e respiratório, consecutivamente. As violências e os acidentes (causas externas) ocupam a quinta posição entre as causas de morbidade hospitalar (figura 14).

Figura 14: Distribuição proporcional pelos principais grupos de causas de internações no SUS de residentes de Minas Gerais, ano de processamento 2013

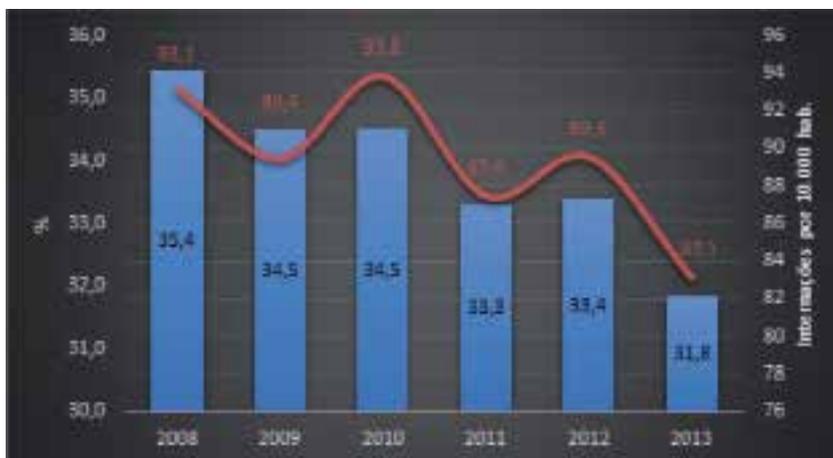


Fonte: MS/SIH-SUS (Dados atualizados em 23 de set./2014).

Um agrupamento específico em relação à morbidade hospitalar que merece ser avaliado é o das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) que foram estabelecidas como um indicador de efetividade. Trata-se de condições de saúde pelas quais a internação hospitalar deveria ser evitável caso os serviços ofertados pela atenção primária – promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, controle e acompanhamento de patologias crônicas – fossem efetivos e acessíveis para a população.

No Estado houve redução tanto do risco quanto do volume de internações por tais condições em relação ao total de internações clínicas no período de 2008 a 2013. A taxa declinou relativamente 10,7% ao longo da série histórica, passando de 93,1 para 83,1 internações para cada dez mil habitantes (figura 15).

Figura 15: Proporção de internações no SUS de residentes em Minas Gerais por condições sensíveis à Atenção Primária, anos de processamento 2008 a 2013



Fonte: SES-MG/SubPAS/SAPS/DPAPS (Dados atualizados em set./2014)

4. Considerações finais

De forma breve, o presente capítulo pretendeu destacar as mudanças demográficas observadas nos últimos anos no Brasil e em Minas Gerais, que determina um importante impacto das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas (acidentes e violências) no panorama da morbimortalidade dos cidadãos, impondo à saúde pública novos e crescentes desafios. Assim, faz-se necessário considerar tal cenário na agenda do setor saúde com articulação intra e interinstitucional a fim de fortalecer as políticas públicas no Estado de Minas Gerais, com a oferta de serviços qualificados, resolutivos e efetivos para a população. As necessidades de saúde atuais devem ser, em última instância, as grandes responsáveis pela orientação dos Programas e ações desenvolvidas no âmbito da SES-MG.

O ESTADO EM REDE E A GESTÃO PARA CIDADANIA: PRINCIPAIS AVANÇOS NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

Poliana Cardoso Lopes
Mariana Cristina Pereira Santos
Carla Carvalho Martins

1. Introdução

O empenho cometido pelo setor de saúde do Governo de Minas nos últimos dez anos de gestão fez com que resultados relevantes e avanços fossem alcançados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Durante esse período, diversos programas foram concebidos e executados com o intuito de proporcionar aos mineiros serviços de saúde mais acessíveis e de qualidade e, conseqüentemente, a melhoria dos indicadores finalísticos. Esses programas nasceram no contexto do chamado Choque de Gestão, que resultou em grandes avanços nos diversos setores e na mudança do modo de fazer a gestão em Minas Gerais, e na busca constante de se estabelecer uma administração pública cada vez mais eficiente e efetiva para os cidadãos mineiros (MARQUES, 2010).

O Choque de Gestão pode ser entendido como “o conjunto integrado de políticas de gestão públicas orientadas para o desenvolvimento” (VILHENA *et al.*, 2006) que pretende abandonar o modelo burocrático, centralizado e lento da administração pública, passando a adotar o gerenciamento orientado para o alcance de resultados de forma a atender aos anseios e necessidades da sociedade em geral. Este se tornou realidade em três gerações, a saber: Choque de Gestão, Estado para Resultados e Gestão para Cidadania, conforme figura abaixo.

Figura 1: A evolução da gestão no Governo de Minas



Fonte: <http://www.consad.org.br/consad/artigosInternas.aspx?menu=25720&id=146470>

2. O Choque de Gestão em Minas Gerais

A primeira geração do Choque de Gestão, compreendida no período de 2003 a 2007, foi marcada pela adoção de medidas de gestão voltadas ao saneamento das contas públicas que apresentavam déficit e, ao mesmo tempo, aumentar a capacidade de entrega do governo através da adoção de práticas de melhoria da gestão e de planejamento mais qualificado. A contratualização de resultados em Minas foi uma das medidas adotadas, juntamente com a integração do planejamento com o orçamento, a criação do Escritório de Projetos e diversas iniciativas de redução de gastos. O grande mantra aplicado era “gastar mais com o cidadão e menos com a máquina pública”.

Neste momento foi elaborado o planejamento de longo prazo do governo, denominado Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), para o período de 2003-2020, que definia como visão de futuro para o Governo de Minas “*tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver*” e estabelecia dez objetivos prioritários para o governo. Entre eles estava o objetivo de “melhorar e ampliar o atendimento ao cidadão, por meio da oferta de serviços públicos de qualidade, especialmente na educação, saúde e habitação”.

Quanto à saúde, as Orientações Estratégicas para suas ações referem-se, principalmente, à reorganização da oferta em relação à demanda,

promovendo equidade, qualidade e ordenamento dos fluxos assistenciais e a promoção de ações integradas entre as diversas áreas do governo, de modo a potencializar seus resultados. Foram definidas três grandes prioridades: reduzir a mortalidade infantil; ampliar e qualificar os serviços das equipes de saúde da família; e prosseguir na descentralização do atendimento nas várias regiões do Estado.

Dessa forma, o PMDI consubstanciou 13 iniciativas estratégicas na área da saúde, a saber:

- regionalizar a oferta de serviços de acordo com a demanda, proporcionando ganhos de escala (Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimentos);
- enfatizar as ações preventivas mediante expansão do Programa Saúde da Família;
- ampliar a assistência farmacêutica, com ênfase em doenças crônico-degenerativas;
- promover a redução da mortalidade infantil por meio do Programa Viva Vida;
- implantar a coordenação e a regulação dos serviços de saúde no espaço supramunicipal;
- reduzir a mortalidade infantil e materna por meio de ações estratégicas;
- fortalecer e melhorar a qualidade dos hospitais do SUS/MG;
- desenvolver um programa de educação permanente e de capacitação profissional para funcionários do SUS e da Secretaria de Estado de Saúde (SES);
- desenvolver um conjunto de ações voltadas para o conhecimento, prevenção e enfrentamento contínuo de problemas de saúde, selecionados e relativos aos fatores e às condições de risco;
- promover estudos diagnósticos e prospectivos para nortear a definição de prioridades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em saúde;
- integrar as Fundações (HEMOMINAS, FUNED, FHEMIG) à SES numa gestão participativa e colegiada;
- estimular a participação da sociedade civil por meio dos Conselhos Municipais e Estadual de Saúde;
- estabelecer parcerias com entidades de classe para a execução de campanhas e ações educativas de promoção da saúde (Minas Gerais, 2003).

Com base nestas diretrizes e com intuito de transformá-las em realidade foi definida a carteira estratégica de projetos do primeiro ciclo do Choque de Gestão, composta por 31 projetos. Estes projetos, segundo a metodologia criada pelo Governo de Minas, foram chamados de Projetos Estruturadores e

passaram a ser monitorados de forma intensiva em busca de um alto nível de desempenho. A Secretaria de Estado de Saúde era responsável pelo desenho e implantação de dois projetos desta carteira.

Um deles foi o *Saúde em Casa*, que tinha o objetivo de “ampliar a oferta e a qualidade de serviços de atenção básica a população com ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família” (PPAG 2004-2007). Esse projeto contemplava a melhoria de desempenho das Oficinas de Atenção Básica, com intuito de melhorar a capacitação dos profissionais de saúde deste setor e a recuperação física de unidades de saúde. Com ele, esperava-se aumentar a oferta de serviços e ações de saúde mais próximos do cidadão, promovendo a garantia do acesso, bem como reduzir o número de internações hospitalares por causas sensíveis à atenção básica. O outro projeto era denominado *Regionalização da Assistência à Saúde*, que tinha como objetivo “adequar a oferta de serviço à demanda de saúde da população, por região assistencial, possibilitando o atendimento ao cidadão o mais próximo de seu município de residência” (PPAG 2004-2007).

Esperava-se com este projeto alcançar a melhoria da qualidade da prestação de serviços de assistência à saúde e do acesso mais próximo do cidadão, bem como instituir maior capilaridade gestora do Estado junto aos municípios e proporcionar ganhos de economia de escala e escopo na prestação de serviços. Este tinha como desdobramentos:

- Implantação da Câmara de compensação Bipartite da Programação Pactuada Integrada – PPI;
- Desenho e implantação da Rede de Urgência e Emergência;
- Implantação de UTI adulto em hospitais da rede SUS;
- Implantação de UTI neonatal em hospitais da rede SUS;
- Desenho e Implantação da Rede de Assistência Perinatal;
- Definição de Plano Diretor de Investimento – PDI;
- Fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do Sistema Único de Saúde – PROHOSP;
- Implantação da Rede Estadual de Regulação em Saúde; e
- Fortalecimento da saúde em pequenos municípios.

A partir de 2007, passa a ser implantada a segunda geração do Choque de Gestão, denominada Estado para Resultados, que teve como principal objetivo elevar a capacidade do Estado de impactar os indicadores sociais, tendo como pilares a qualidade fiscal e a gestão eficiente. Este novo modelo de gestão perpassou o período 2008-2011, e se configurou como grande avanço, pois ia além do apregoado pelo modelo anterior, ao focar não apenas em entregas concretas para a sociedade, mas também no

impacto direto nos indicadores finalísticos, que compreendem um retrato real e fidedigno da situação em que se encontram os diversos setores de governo. Não importava mais apenas o que se estava entregando, mas principalmente os impactos provenientes destas entregas na vida dos cidadãos mineiros.

Neste contexto, foi revisado o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado para o período 2007-2023, mantendo a visão de futuro do PMDI anterior, mas definindo uma estratégia diferenciada a alcançar. A Estratégia de Desenvolvimento definida pode ser decomposta por sete sub-estratégias, que se complementam e formam o “diamante” da Estratégia de Desenvolvimento de Minas Gerais no horizonte 2007-2023, conforme figura a seguir.

Figura 2: Estratégia de Desenvolvimento de Minas Gerais no Horizonte 2007-2023.



Fonte: PMDI 2007-2023.

Para tornar a estratégia definida em realidade, o Estado foi dividido em 11 áreas de resultados, que podem ser compreendidas como núcleos que concentram os esforços e recursos, agregando os desafios, objetivos estratégicos, resultados finalísticos, com metas bem definidas para o espaço temporal, e também iniciativas traduzidas nos conhecidos projetos estruturadores, que concretizam a estratégia em resultados efetivos.

O setor de saúde estava compreendido na Área de Resultados Vida Saudável, que reunia os seguintes desafios, conforme colocado no PMDI 2007-2011:

- Mudança do perfil epidemiológico ocasionado pelo envelhecimento da população, aumentando a probabilidade de incidência de doenças crônicas, levando ao aumento do gasto *per capita* em atenção secundária e internações hospitalares;
- A incidência de doenças relacionadas a fatores de risco à saúde, como tabagismo, obesidade e drogas, já se configurava como realidade na população mineira, levando assim à necessidade de políticas específicas de prevenção e de tratamento dos doentes; e
- A manutenção da incidência de doenças infectocontagiosas, ocasionada principalmente pela ainda existência de gargalos no sistema de saneamento mineiro.

Para a superação destes desafios, foram elencados no âmbito do PMDI em questão os seguintes objetivos estratégicos:

- universalizar o acesso à atenção primária e reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde;
- reduzir a mortalidade materna e infantil;
- ampliar a longevidade da população com doenças do aparelho circulatório e diabetes;
- aumentar a eficiência alocativa e a otimização do sistema de atenção à saúde;
- promover hábitos de vida saudável;
- ampliar o acesso ao saneamento básico.

Esses objetivos estratégicos deviam ser traduzidos em resultados finalísticos, que foram definidos para possibilitar a mensuração do desempenho no alcance dos objetivos determinados pelo plano de longo prazo. O monitoramento desses indicadores permite a correção dos rumos ao longo do caminho em busca da visão de futuro, predita no PMDI. São eles:

- universalizar a atenção primária para a população SUS dependente (população coberta por programas de atenção primária, estimada em 75% do total);
- reduzir o APVP (Anos Potenciais de Vida Perdidos) por morte ou incapacidade;
- reduzir a taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos);

-
- reduzir internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial;
 - ampliar o percentual de domicílios com acesso à rede coletora de esgoto.

Para se alcançar estes resultados finalísticos, foi construída uma carteira de projetos estruturadores composta por cinco projetos, dos quais dois eram voltados para a área de saneamento básico e três eram de responsabilidade direta da Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG, que serão detalhados a seguir. O projeto *Regionalização - Urgência e Emergência* tinha como objetivo principal adequar a oferta e a qualidade de cuidados secundários e terciários, observada a distribuição territorial das redes de atenção à saúde, e representa a evolução do projeto *Regionalização da Assistência à Saúde* que compunha a carteira anterior. Este apresentava no seu escopo os seguintes itens:

- Assistência Hospitalar e Ambulatorial / Programação Pactuada Integrada – PPI;
- Implantação e gestão do Sistema Estadual e Transporte Sanitário – SETS;
- Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde - ProHosp;
- Implantação e Gestão do Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde; e
- Desenho e implantação da Rede de Urgência e Emergência.

O projeto *Saúde em Casa* foi mantido, porém teve seu escopo ampliado, tendo como objetivo universalizar a oferta para a população SUS dependente e ampliar a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde, com ênfase em:

- ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da família;
- ampliação da cobertura populacional do Programa de Saúde da Família;
- melhoria da qualidade da atenção primária à saúde; e
- financiamento de reforma, construção e equipamento das Unidades Básicas de Saúde do Programa de Saúde da Família – PSF.

O projeto *Viva Vida* foi a grande inovação da carteira da segunda geração do choque de gestão. Este visava à redução da mortalidade infantil por meio do incentivo ao planejamento familiar, da atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, ao recém-nascido e à criança até um ano de idade, e tinha como escopo:

- a qualificação da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde (garantir acesso oportuno e assistência qualificada aos cidadãos, principalmente gestantes e crianças menores de um ano);

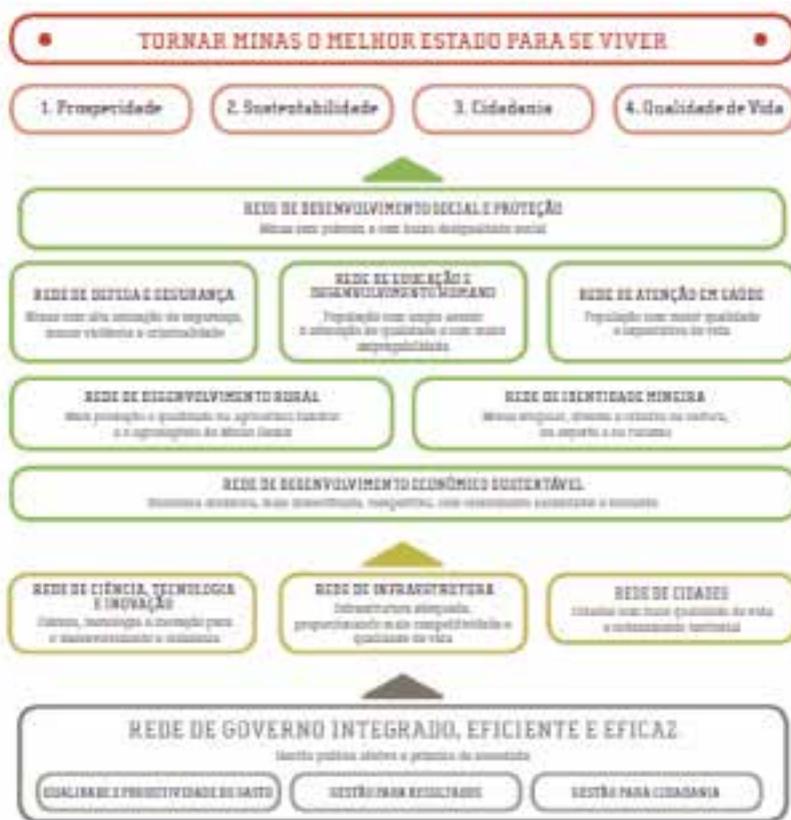
- implantação e manutenção de Centros Viva Vida de Referência Secundária – CVVRS (prestar assistência integral à saúde sexual e reprodutiva e à saúde da criança de risco);
- ações de mobilização social (estimular a participação social por meio de representantes de organizações governamentais, não governamentais e sociedade civil organizada); e
- implantação e manutenção de Casa de Apoio à Gestante – CAGEP (prestar assistência à gestante de alto risco e ao recém-nascido, facilitando o acesso ao atendimento).

A terceira geração do choque de gestão, denominada Gestão para Cidadania, prevê como pilares: a governança em rede, a regionalização da estratégia, a participação da sociedade civil e a descentralização do modelo de gestão. O Governo de Minas adotou, no momento atual, o modelo de gestão transversal de desenvolvimento, orientado pelas diretrizes de colaboração institucional e de intersetorialidade no âmbito governamental e extragovernamental, de transparência administrativa e participação social; de qualidade do gasto, eficiência e compartilhamento na gestão; e de melhoria dos indicadores institucionais, administrativos, econômicos, sociais e humanos, com ênfase nas prioridades estratégicas do Governo, regionais ou setoriais.

Neste contexto, “a busca por resultados transforma-se em Gestão para a Cidadania; os cidadãos, antes considerados apenas destinatários das políticas públicas implementadas pelo Estado, passam a ocupar também a posição de protagonistas na definição das estratégias governamentais” (VILHENA, 2012).

Com base nessa nova lógica de gestão, o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) foi revisado, sendo mantida a visão dos planos anteriores, qual seja: “Tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver”, lhe sendo acrescentados quatro atributos: Prosperidade, Qualidade de Vida, Cidadania e Sustentabilidade. Para viabilizar esta visão, o governo foi dividido em onze Redes de Desenvolvimento, que podem ser visualizadas no Mapa Estratégico do Governo de Minas, que está representado na figura abaixo:

Figura 3: Minas Gerais 2030 – Visão Integrada da Estratégia.



Fonte: PMDI 2011-2030

Entende-se como rede “um conjunto de objetos e pessoas interligados entre si” (PMDI 2011-2030), com o objetivo de potencializar os esforços e conhecimentos de cada um, de forma cooperativa e integrada, em busca de um objetivo comum. “Em rede, o Estado passa a atuar de forma transversal, estabelecendo laços com diferentes setores da sociedade, no sentido de responder às demandas, resolver problemas e propor estratégias customizadas de desenvolvimento” (PMDI 2007-2023).

A atuação da SES se insere predominantemente na **Rede de Atenção em Saúde**, cuja meta-síntese é garantir à população mineira maior qualidade e expectativa de vida. Os objetivos estratégicos não apresentaram grandes inovações em relação ao rol anterior; apenas merece atenção o acréscimo do objetivo voltado para a promoção ao auto-cuidado, em consonância com

a nova percepção do cidadão como parte ativa do processo de alcance dos resultados.

Para que o desafio da saúde em Minas Gerais seja alcançado, foram elencadas as seguintes premissas e diretrizes que serviram para nortear a formulação, implantação e acompanhamento das medidas e ações a serem desenvolvidas:

- Consolidação e aperfeiçoamento do processo de construção das redes de atenção à saúde, tendo como base a atenção primária, com atuação descentralizada e regionalizada, objetivando dar robustez e aumentar a eficiência do sistema de saúde;
- Maior ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças;
- Uso prioritário de tecnologias que tenham grande impacto na qualidade, cobertura e redução de custos e que permitam estruturar sistemas de informação robustos para melhorar o planejamento, controle e avaliação das atividades relacionadas;
- Consolidação dos papéis do Estado na formulação de políticas, fomento, regulação, monitoramento e avaliação dos serviços de saúde e na gestão de redes, e ênfase decrescente ao Estado executor;
- Qualificação da gestão da saúde através da implementação de um modelo orientado para resultados e de novas alternativas de gestão nas atividades finalísticas, com vistas à melhoria da governança, coordenação e exequibilidade das ações de atenção à saúde, em consonância com os princípios que regem o SUS.

Para alcance dessas estratégias, foram considerados os objetivos estratégicos a seguir, que representam alvos específicos a serem perseguidos pela SES e que ainda estão em vigência e sendo perseguidos:

- **Universalizar o acesso à atenção primária:** A atenção primária à saúde é considerada como a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde. O programa Saúde da Família é uma das formas de organização da APS nos municípios, campo no qual Minas Gerais tem alcançado níveis satisfatórios de cobertura populacional, chegando, em 2010, a 70,1% da população mineira. O número de equipes e a cobertura populacional do programa, entretanto, não significam necessariamente que os objetivos da Atenção Primária à Saúde estejam sendo alcançados.
- **Reduzir as disparidades regionais no atendimento à saúde¹:** A auto sustentabilidade das Regiões Ampliadas de Saúde, mensurada através

¹ Objetivo Estratégico compartilhado com a Secretaria de Estado de Desenvolvimento dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri e do Norte de Minas.

da taxa de resolubilidade, é desejável para um atendimento à saúde adequado aos usuários. O aumento desse indicador, de 87,4% em 2010, para 95,% em 2030, deverá impactar na melhoria da qualidade do atendimento à saúde e na redução das desigualdades entre as regiões sanitárias e de planejamento do Estado.

- **Consolidar as redes de atenção à saúde em todo o Estado:** A implantação de sistemas integrados, através da formação de redes de atenção à saúde, busca promover uma atuação de forma descentralizada, em todos os municípios, e a concentração dos serviços de atenção secundária e terciária em polos de Regiões e Regiões Ampliadas de Saúde. O êxito da implantação dessa lógica de funcionamento depende da eficiência da gestão da Saúde, de forma a possibilitar articulação entre os diversos níveis de atuação e o consequente aumento da qualidade do serviço prestado ao cidadão.
- **Melhorar os indicadores de morbimortalidade entre a população juvenil:** A morbimortalidade entre a população juvenil continua elevada: em 2008, fatores externos representaram 72,5% das causas de mortalidade entre os jovens mineiros, enquanto que, para não jovens, esse número foi de apenas 8,7%. Nesse sentido, merecem importância os problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva entre adolescentes e adultos jovens: no Estado de Minas, entre 1982 e 2008, os casos de AIDS entre jovens de 15 a 29 anos equivaleram a 28,9% do total dos casos em Minas Gerais. A melhoria dos indicadores de morbimortalidade deverá reduzir a proporção de óbitos por causas externas da população como um todo, alcançando o patamar 3,5% em 2030.
- **Estimular maior cuidado do cidadão com a própria saúde:** As ações de prevenção têm importância crescente para a melhoria dos indicadores de saúde. O incentivo ao autocuidado, além de estimular uma postura proativa na população e torná-la mais informada com relação a hábitos de vida saudável, constitui um eficiente instrumento de combate às doenças crônicas no Estado, as quais representam, na área da saúde, o maior dos desafios decorrentes do envelhecimento populacional verificado em Minas Gerais. Uma maior conscientização da população frente a comportamentos nocivos à saúde deverá, simultaneamente, elevar o percentual da população que realiza atividade física regular – dos atuais 14,9%, para 15,5% em 2015 – e reduzir a proporção daqueles declarados tabagistas – de 16,4%, em 2009, para 14,6% em 2015.

Estes objetivos foram traduzidos em oito indicadores finalísticos, visando assegurar o acompanhamento e monitoramento dos resultados para a saúde, quais sejam:

- Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos).
- Esperança de vida ao nascer (anos).
- Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natal.
- Taxa de APVP por doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias.
- Percentual da população que realiza atividade física regular (14 anos ou mais).
- Percentual da população declarada tabagista (15 anos ou mais).
- Proporção de óbitos por causas externas.

Além das marcas já citadas, a terceira geração do choque de gestão foi marcada pela evolução de diversas metodologias de gestão de forma a mantê-las atuais e coerentes com a estrutura governamental que passou por um processo de amadurecimento profundo ao longo do período em questão. Uma das metodologias revisadas foi a de gerenciamento de projetos estruturadores, para assimilar as necessidades atuais de gestão. Esta revisão não será aqui tratada de forma profunda, mas vale salientar a criação da figura de programa estruturador, formado por projetos e processos estratégicos relacionados e complementares entre si, gerenciados de forma integrada e sinérgica. Com isso, não apenas projetos, considerados como eventos com fim bem definido, mas também os processos, considerados como atividades rotineiras, passaram a compor a carteira estratégica de governo.

Para a definição da carteira da Rede de Atenção à Saúde, foram consideradas não só as diretrizes colocadas pelo PMDI, mas também um importante instrumento de diagnóstico que passou a ser o balizador das ações de saúde no Governo de Minas, qual seja, o Estudo de Carga de Doenças²

Com base nas evidências, cujo panorama de mortalidade se destaca para as condições crônicas, destacou-se a estratégia de operacionalização para as diretrizes de saúde no Estado: as Redes de Atenção à Saúde (RAS). A partir daí, foram definidas as cinco redes prioritárias de atenção à saúde de forma a atacar as principais causas de mortalidade no Estado de Minas Gerais. São elas:

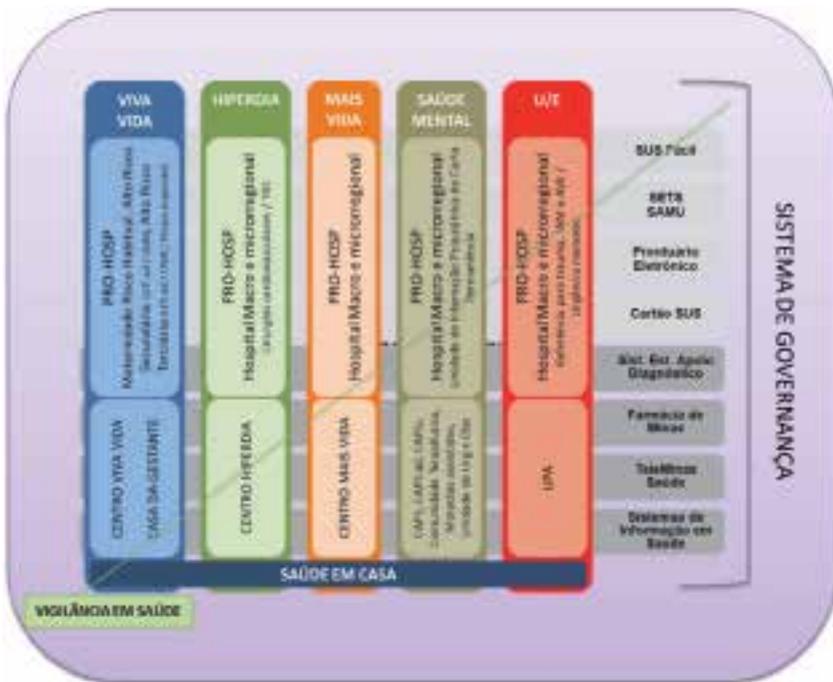
1. A Rede Viva Vida, focada na saúde da gestante e do neonato;
2. A Rede Hiperdia, voltada para o atendimento de hipertensos e diabéticos;
3. A Rede Mais Vida, específica para a atenção especial à população idosa;
4. A Rede de Urgência e Emergência, cuja proposta prevê atendimento tempestivo e eficiente dos eventos de urgência e emergência do Estado;

² A metodologia e os resultados desse estudo foram apresentados mais detalhadamente no capítulo 1 do presente livro.

5. A Rede de Saúde Mental, a grande novidade identificada através do estudo em questão, priorizada devido ao alto índice de depressão, uso de álcool e drogas que por muitas vezes levam à mortalidade, não por doenças psíquicas, mas outras causas-morte.

Além da eleição das redes prioritárias, foi construído um modelo de governança para tais redes. A atenção primária, representada na estratégia do Governo de Minas pelo Programa Saúde em Casa, é priorizada por se configurar como a “porta de entrada” do cidadão no Sistema Único de Saúde, uma vez que é através dela que é feito o contato direto e acompanhamento rotineiro da saúde. Além dessa definição, o modelo de governança prevê a instituição de um robusto sistema logístico e de apoio, que sustenta a operação das redes. Este modelo de governança é representado pela figura a seguir:

Figura 4: As redes prioritárias de atenção à saúde



Fonte: AGEI/SES-MG

Pela consideração de todos esses fatores foi definido um portfólio estratégico composto por três programas estruturadores de gestão direta da Secretaria de Estado de Saúde. O Programa *Saúde em Casa* que, por sua enorme relevância, compõe a carteira desde a primeira geração do choque

de gestão e com ele vem evoluindo. O *Programa Saúde Integrada*, que tem como escopo o citado Sistema Logístico e de Apoio, com projetos e processos que envolvem os seguintes objetos, entre outros:

- Sistema de Transporte Eletivo em Saúde – SETS.
- Sistema de Regulação em Saúde.
- Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde – Pro-Hosp.
- Atende Saúde: que envolve a implantação de um canal direto do Estado ao cidadão através de ferramenta de Call Center.
- TeleMinas Saúde: que compreende a implantação de modernos serviços de telemedicina para o apoio ao diagnóstico pelos profissionais de saúde.
- Processo de aquisição e distribuição de medicamentos.

Por fim, o programa *Redes Integradas de Serviço de Saúde*, que contempla a implantação das cinco redes prioritárias citadas acima, assim como a manutenção e gestão eficiente das redes já implantadas.

3. O modelo de monitoramento e avaliação

Na atualidade, o tema da gestão na saúde vem ganhando espaço e potência política. Nesse contexto, o monitoramento das ações de saúde por parte de cada ente federado se tornou imprescindível. Para isso, a perspectiva e a consolidação da gestão baseada em metas e indicadores são essenciais para garantir a maior transparência no contexto público. Construir e utilizar indicadores de monitoramento e avaliação, que expressem o passado, o presente e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS), visando à maior efetividade das ações de saúde a seus usuários, tornou-se um enorme desafio. Isso porque a saúde pública deve ser pensada como um todo, um “sistema único” e o SUS foi legalmente instituído para que se tenha uma relação interfederativa – ou seja, a gestão do sistema deve propor uma governança compartilhada, o que significa ter consenso de que a prestação de serviços públicos deve ter suas bases na interação entre os níveis de governo, órgãos públicos e privados, e sociedade civil. Torna-se, então, um grande desafio estabelecer indicadores que retratem a realidade da situação de saúde da população, assim como monitorar o desempenho do sistema.

Para o estabelecimento destas metas e indicadores que se propôs a realizar, o Estado de Minas Gerais adota, conforme já descrito anteriormente, um modelo de gestão em saúde voltado para resultados, de forma a estabelecer objetivos, metas e indicadores de curto, médio e longo prazo. Para tanto, Minas Gerais conta com, entre outros, dois instrumentos de planejamento fundamentais: o PMDI, que apresenta o planejamento estratégico de Minas Gerais para o longo prazo e o PPAG, que apresenta o planejamento estratégico

para o curto prazo, sendo que ambos devem estar alinhados ao planejamento em saúde do SUS estabelecido pelas Leis Orgânicas da Saúde.

Para exemplificar a complexidade de instrumentos de planejamento, foi estabelecido metodologicamente o diagrama abaixo.

Figura 5: A proposta de planejamento em saúde desenvolvida pelo Estado de Minas Gerais



Fonte: AGEI/SES-MG

Portanto, para se atingir uma gestão para resultados eficiente, foram desenhadas, a partir do Estudo de Cargas e Doenças, as Redes Prioritárias, e elencados os objetivos e metas de curto e longo prazo, com a proposição, execução, monitoramento e a avaliação dos programas governamentais, possibilitando estabelecer e conhecer os resultados da gestão em saúde. Daremos ênfase neste trabalho à explanação das metas pactuadas, destacando, a título de exemplo, as estratégias bem sucedidas que resultaram na redução da mortalidade infantil, e um destaque no indicador consolidado – Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) – proposto pelo Ministério da Saúde que avalia o desempenho do SUS – em relação à universalidade do acesso, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização de saúde nos Municípios, Regiões, Estados e no Brasil.

4. Resultados alcançados

Na perspectiva de avaliar o desempenho da gestão da saúde no Estado de Minas Gerais, os indicadores resultantes da estratégia (PMDI) são monitorados

e avaliados anualmente com o objetivo de checar a melhoria dos resultados e, em última análise, obter dados concretos que reflitam na qualificação dos serviços de saúde de toda a população mineira. A seguir, são demonstrados os resultados alcançados nos indicadores propostos, no ano de 2010.

É importante destacar que os chamados indicadores finalísticos são aqueles que, para uma melhoria do resultado, demandam várias ações – ou seja, apenas uma estratégia ou uma única política não é capaz de, de forma consequente e direta, resultar na melhoria do indicador.

Tabela 1: Resultados alcançados nos indicadores finalísticos pactuados no PMDI³

INDICADOR	FONTE	SITUAÇÃO ATUAL
1. Taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos)	SES-MG/ DATASUS	13,1 (2010)
2. Esperança de vida ao nascer (anos)	IBGE	75,1 (2009)
3. Proporção de nascidos vivos de mães com 7 ou mais consultas pré-natal	DATASUS	64,8% (2009)
4. Taxa de APVP por doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias ³	SES-MG	46,7% (2009)
5. Taxa de resolubilidade macrorregional	SES-MG	87,4% (2010)
6. Percentual da população que realiza atividade física regular (14 anos ou mais)	PAD/FJP	14,9% (2009)
7. Percentual da população declarada tabagista (15 anos ou mais)	PAD/FJP	16,4% (2009)
8. Proporção de óbitos por causas externas	SES-MG/ DATASUS	10,4% (2010)

Fonte: AGEI/SES/MG

Como já destacado, este estudo destacará os resultados alcançados no primeiro indicador: a taxa de mortalidade infantil. Devido à complexidade desse indicador, é importante ressaltar que, ao falar em redução da mortalidade infantil, deve-se considerar um conjunto de causas que vão além da proposição de políticas públicas essencialmente de saúde:

O nível de mortalidade resulta da interação de três conjuntos de fatores que afetam o bem-estar da população: serviços públicos de saúde, que influenciam a mortalidade independente de decisões individuais; serviços

³ Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) por doenças cardiovasculares, causas externas e neoplasias é um indicador que reflete os anos de vida perdidos por morte prematura, considerando a distância entre a idade em que o óbito ocorreu e a expectativa de vida ao nascer.

que podem levar à melhoria do nível de saúde, como, por exemplo, a disponibilidade da água potável; e, por fim, uma série de características diretamente ligadas ao indivíduo, tais como a renda, a qual afeta a saúde através da nutrição, a moradia e a educação, associadas à rapidez e eficiência com as quais os indivíduos respondem aos serviços de saúde e às ameaças ambientais. Uma vez que o nível de mortalidade infantil é determinado pelo efeito combinado de todos esses fatores, a taxa de mortalidade constitui medida sumária da qualidade de vida que prevalece em meio a uma população (TOME, 1999).

Feita tal ressalva, terão destaque algumas ações tomadas pelo Governo de Minas no âmbito das políticas de saúde pública.

Uma das ações principais para melhoria da taxa de mortalidade infantil foi a criação, desde 2003, da Rede Viva Vida. Essa Rede se organiza em três níveis de atenção e os pontos de atenção em cada um desses níveis foram conformados seguindo as linhas-guia de cuidados assistenciais. A rede foi concebida tendo o seu centro organizador no nível primário da atenção, que é o primeiro contato da população na rede. Nesse nível, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é o principal ponto de atenção assistencial e configura-se como agente coordenador do Sistema, sendo responsável pelas ações de referência e contrarreferência dos usuários para uma unidade de atendimento especializado, quando necessário. Para a organização da Rede Viva Vida, além da implantação dos pontos de atenção, é de extrema importância a qualificação da rede, implantando as linhas-guia e capacitando as Equipes de Saúde da Família (ESF).

Na Atenção Secundária, os pontos de atenção passam a ser mais especializados com maior grau de tecnologia incorporado ao cuidado. Na Rede Viva Vida, o atendimento ambulatorial fora das unidades hospitalares é realizado pelos Centros Viva Vida. Os pontos hospitalares na Atenção Secundária à Saúde são subdivididos por grau de risco. Os casos de menor risco – gestante de risco habitual - são encaminhados às Maternidades de Risco Habitual e Hospitais Pediátricos Microrregionais. Os casos de risco maior – gestante de alto risco – são encaminhados às Maternidades de Alto Risco Secundária e Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos, preferencialmente, havendo, anexa, uma Casa de Apoio à Gestante e Puérperas (CAGEP).

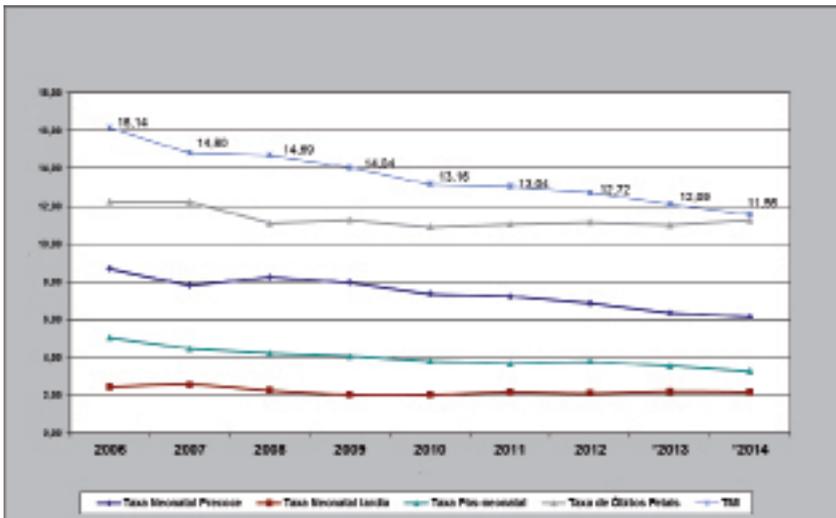
No terceiro nível estão os pontos de atenção ainda mais especializados, com intenso grau de tecnologia incorporado à assistência, que são os Hospitais Pediátricos Macrorregionais, as Maternidades de Alto Risco Terciária (com leitos de UTI Neonatal e Adulto), com as Casas de Apoio à Gestante associadas, além das Unidades de Cuidado Neonatal Progressivo.

Com os objetivos de estruturação, ampliação e qualificação dos serviços de saúde de atendimento a mulher e à criança, o Estado vem qualificando

e implantando mais e melhores Unidades Básicas de Saúde para atendimento integral e acompanhamento de todas as mulheres e crianças em todos os municípios do Estado, assim como implantando e capacitando os profissionais que atuam nos Centros Viva Vida de Referência Secundária. No nível terciário, vem ampliando as maternidades e implantando as UTIs neonatal e adulto.

Diante de todas estas ações, desde a implantação do Programa Viva Vida, a Taxa de Mortalidade Infantil vem apresentando queda sustentada. Observa-se que a redução da TMI passa por dois momentos distintos: nos primeiros quatro anos (2003 a 2006) a queda foi pouco acentuada, e, a partir de 2007, os índices apontam para uma queda acentuada, demonstrando que, uma vez organizada a Rede e qualificando os envolvidos, assim como dando visibilidade e conhecimento aos cidadãos das ações desenvolvidas, é de se esperar que os resultados melhorem substancialmente, conforme ilustrado no gráfico a seguir.

Gráfico 1: Taxa de Mortalidade Infantil, Neonatal Precoce, Neonatal Tardia, Pós-Neonatal e Taxa de Óbito Fetal. Minas Gerais 2006 – 2014 (dados parciais)



Fonte: SINASC e SIM/CGSIS/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG (2014)

Nota: 1. Dados de 2012 a 2014 atualizados em 29 de julho de 2014, portanto sujeitos a alterações.

Dessa forma, apesar da impossibilidade de fazer associações diretas entre a mortalidade infantil e o Programa Viva Vida, os avanços apresentados nos indicadores de processo e de resultado sugerem que o Programa apresentou impacto positivo para a mortalidade infantil e ainda melhorias na saúde da população mineira.

Outro indicador de destaque que deve ser ressaltado como de grande valia para a gestão na saúde é o consolidado de indicadores denominado IDSUS. Implantado pelo Ministério da Saúde, o Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) tem como objetivo avaliar o desempenho das unidades do SUS nos Estados da federação. Trata-se de um indicador-síntese, que faz uma aferição contextualizada do desempenho do SUS quanto ao acesso (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências; ou seja, representa um verdadeiro raio-X do SUS de todo o Brasil.

É importante destacar que, em função da grande diversidade (demográfica, cultural, socioeconômica, geográfica etc.) dos territórios do Brasil, não seria adequado realizar uma classificação que apenas posicionasse, em ordem crescente ou decrescente, os municípios brasileiros. Assim, para realizar uma avaliação mais isenta, a análise comparativa das notas do IDSUS deve ser feita por meio dos Grupos Homogêneos. Apenas dentro deles, por apresentarem características similares entre si, é possível traçar um paralelo comparativo.

Diante deste enorme apanhado de informações sobre o sistema de saúde, Minas aparece como destaque nacional, sendo posicionado como um dos melhores Estados brasileiros, ocupando a 4ª posição no *ranking*, com nota de 5,87 (pontuação superior à média brasileira, que foi de 5,4, em escala que varia de 0 a 10). Destaca-se que Minas Gerais superou todos os outros Estados da região Sudeste, sendo seguido pelo Espírito Santo (5,79), São Paulo (5,77) e Rio de Janeiro (4,58).

O IDSUS denota novamente a gestão por resultados no sentido de estabelecer parâmetros objetivos que devem nortear os investimentos no SUS, contribuindo para uma prestação de serviços públicos de saúde adequados e efetivos. Tornou-se, assim, um importante indicador para a formulação e execução de políticas públicas de saúde no Brasil.

5. Considerações finais

Diante de todas as evidências e resultados apresentados, torna-se imprescindível ressaltar a relevância da Gestão para Resultados na Saúde implantada pelo governo de Minas Gerais e demonstrar os resultados positivos já colhidos, visualizados nos indicadores monitorados.

O bom desempenho deve-se à forte atuação do Governo do Estado na proposição de políticas de saúde alinhadas à estratégia, na redução das desigualdades regionais e na promoção e prevenção da saúde, por meio de programas como Viva Vida, Mais Vida, Saúde em Casa, Farmácia de Minas, Mães de Minas, Hiperdia, entre outros, conforme será melhor explicitado ao longo desse livro.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde: texto base IDSUS. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_29-09-12.pdf>. Acesso em: ago. 2014.
- MARQUES, A. J. S.; MENDES, E. V.; LIMA, H. O. *O Choque de Gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010. 360p.
- MARQUES, A. J. S.; TAVARES JÚNIOR, F. A.; ALBIONTI, L. R. Balanced scorecard com foco na gestão para cidadania: a revisão do planejamento estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Congresso CONSAD de Gestão Pública*, 2012. Disponível em: <http://www.escoladegoverno.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/searh_eg/imprensa/pdf/071.pdf>. Acesso em: ago. 2014.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.portalconass.org.br/publicacoes/livro_redes_mendes.pdf>. Acesso em: ago. 2014.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Estudo de Carga de Doenças em Minas Gerais*. Belo Horizonte: SES-MG, 2006. Disponível em <http://www.amep.org.br/seminariomortalidade/Cargadoenca/Introd_Metod_Aplicacao.pdf>. Acesso em: ago. 2014.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2003-2020*. Belo Horizonte: SEPLAG, [s.d.].
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2007-2023*. Belo Horizonte: SEPLAG, [s.d.].
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2011-2030*. Belo Horizonte: SEPLAG, [s.d.].
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Plurianual de Ação Governamental 2004-2007*. Belo Horizonte: SEPLAG, [s.d.].
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Plurianual de Ação Governamental 2008-2011*. Belo Horizonte: SEPLAG, [s.d.].
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Plurianual de Ação Governamental 2012-2015*. Belo Horizonte: SEPLAG, [s.d.].
- TAVARES JÚNIOR, F.A. Os instrumentos de contratualização e a pactuação por resultados. *Congresso CONSAD de Gestão Pública*, Brasília, 2009. Disponível em: <http://www.seplag.rs.gov.br/upload/Painel_09_Francisco_Tavares_formatado.pdf>. Acesso em: ago. 2014.
- VILHENA, Renata. *Terceira Geração do Choque de Gestão em Minas Gerais, Gestão para a Cidadania: o fortalecimento da cidadania através de um Estado em rede*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.
- VILHENA, Renata *et al.* (org.). *O Choque de Gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

As Redes de Atenção à Saúde em Minas Gerais

A REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM MINAS GERAIS

Rasível dos Reis Santos Júnior
Hellen Fernanda de Souza

1. Introdução

O setor de urgência e emergência constitui-se como um importante componente da assistência à saúde. A crescente demanda nesse setor tem gerado uma pressão nos serviços de urgência e emergência disponibilizados para o atendimento da população, tornando-se um grande desafio para os gestores de saúde, “sendo [, ainda,] a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de serviços de saúde” (WHEATLEY, 2007 *apud* CORDEIRO JÚNIOR, 2014, p.18).

A sobrecarga de trabalho é traduzida pela superlotação dos prontos-socorros; dificuldades de internação dos pacientes; recusa no recebimento de ambulâncias; transporte fragmentado e desorganizado; ausência de atendimento especializado de urgência; atendimento e acúmulo nesses serviços de pacientes de baixo risco. Além disso, está presente a desorganização de alguns sistemas de atenção, como a estruturação insuficiente da atenção primária, a incapacidade de organização do setor hospitalar, a ineficiência do setor logístico e de apoio e a inoperância dos sistemas de governança (NITSCHKE, 2012).

A tripla carga de doenças presente no Brasil manifesta-se por uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva. O forte crescimento da violência e das causas externas e a imensa prevalência das condições crônicas e de seus fatores de risco, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física, uso excessivo de álcool e outras drogas e alimentação inadequada, têm gerado uma reengenharia na organização e no modo de atuar dos sistemas de saúde modernos, visando ao restabelecimento da coerência entre a situação de saúde e um sistema integrado de saúde voltado,

equilibradamente, para a atenção às condições agudas e crônicas, o que exige a implantação das Redes de Atenção à Saúde.

A rede de serviços de saúde organizada ultrapassa as fronteiras clássicas geopolíticas. Faz-se necessária a criação de estruturas supramunicipais e, concomitantemente, novas formas de governança.

Há uma grande tendência no SUS de regionalizar os serviços usando essas premissas, associando o desenvolvimento de processos de gestão da clínica focado em condições de saúde. O Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado de Saúde, tem envidado grandes esforços no intuito de constituir Redes Regionais de Atenção às Urgências e Emergências. Internacionalmente, observa-se que os sistemas de saúde potentes devem ser regionais, integrados, possuir comando único, estar inserido dentro dos princípios de economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade da assistência e sempre com foco no acesso.

2. As Redes de Atenção às Urgências e Emergências¹

A discussão de integração dos sistemas de saúde na literatura é antigo. O famoso relatório Dawson, produzido em 1920, já advogava a força da atenção primária e a necessidade de junção da medicina curativa e da preventiva como bases para um novo sistema de saúde. O pós-guerra fortaleceu o *welfare state* (estado de bem estar social) e foi a base para a organização dos sistemas de saúde até o período em que este modelo entrou em xeque. No início dos anos 80, após a chamada “crise do petróleo”, uma série de reformas sanitárias começou a ser proposta nos países do então chamado primeiro mundo. Toda a discussão das reformas no setor saúde deu-se como parte de uma grande reforma de posicionamento do Estado como prestador ou regulador dos diversos setores econômicos.

Nos anos 90, estas reformas foram inspiradas pelo chamado Consenso de Washington que propunha ideias como privatização, separação de funções, novos arranjos organizativos e introdução de mecanismos de competição na organização dos sistemas de saúde. Porém estas mudanças não foram capazes de gerar valores para os cidadãos comuns que utilizam o sistema de serviços de saúde (MENDES, 2009). Com isso, começa a surgir uma nova agenda coincidente com a revolução tecnológica da internet que tem alguns pressupostos:

1. Das tomadas de decisão, nas políticas públicas de saúde, baseadas em opinião, para a decisão baseada em evidências literárias, muito mais factíveis de serem procuradas através da rede internacional de comunicação;

¹ Essa sessão foi fundamentalmente escrita a partir da seguinte referência: CORDEIRO JÚNIOR, Welfane. *A gestão dos sistemas de urgência e emergência*. No prelo.

2. De sistemas fragmentados, resultantes de políticas voltadas para resposta a condições agudas, hospitalocêntricos e que logrou responder a um período em que o desenvolvimento tecnológico ainda se iniciava na área de saúde e grande parte da humanidade ainda não habitava centros urbanos, para sistemas integrados de serviços de saúde, escolha factível na medida em que o avanço da comunicação é crescente e que responde de forma muito mais potente tanto às condições agudas quanto às condições crônicas resultantes da fantástica urbanização acelerada no planeta;
3. A mudança da gestão de meios (materiais, recursos humanos, financeiros) predominante nas reformas anteriores para uma gestão finalística – a micro gestão da clínica;
4. Da visão estreita de intervenção sobre condições de saúde, estabelecidas através de ações curativas e reabilitadoras, para uma concepção integral que atue também sobre os determinantes sociais e genéticos, além das condições de saúde estabelecidas;
5. Por fim, do financiamento baseado no volume de recursos para o financiamento baseado na geração de recursos para as pessoas.

A literatura sobre este assunto vem crescendo e foi inicialmente mais focada na resposta às condições crônicas (SHORTELL *et al.*, 1993), que já significava o principal problema de saúde pública nos países desenvolvidos (cerca de 80% das pessoas). Um aspecto interessante nesse dado é que, paralelamente ao fato constatado de aumento das condições crônicas, os pontos de atenção às condições agudas começaram a ter dificuldades de gestão e organização pela pleora crescente na sua utilização, tornando-se a principal causa de insatisfação das pessoas com seus sistemas de saúde. Vários artigos publicados nas duas últimas décadas vêm demonstrando um problema crescente no sistema de atenção às urgências. As estratégias (ainda fragmentadas) utilizadas e recomendadas neste período foram sempre no sentido de desenvolvimento de tecnologias que auxiliassem a regulação do processo de atenção às urgências. Todos os sistemas modernos de triagem nasceram neste contexto.

Mas o fato é que, no momento em que se começa a estudar a correlação entre a presença de condições crônicas mal manejadas pelo sistema de saúde e o grande congestionamento dos prontos-socorros hospitalares, torna-se óbvio que a grande maioria dos pacientes que hoje entra pelas portas de urgência apresenta agudizações de condições crônicas.

A resposta adequada para a gestão das condições agudas também passa, necessariamente, pela mesma resposta às condições crônicas. Há necessidade premente de organização de redes integradas de serviços de saúde que respondam de forma sinérgica a essas duas condições de saúde.

2.1. As redes de atenção à saúde

Mendes (2009) propõe que as redes de atenção à saúde se estruturarem em cima de alguns parâmetros:

1. Uma população definida: que, no caso dos sistemas públicos, está normalmente vinculada a um território;
2. A definição dos pontos de atenção: os pontos de atenção de uma rede se relacionam de forma dialética na necessidade de concentração de algumas das respostas (as que demandam maior concentração de tecnologia dura, pois exigem maior especialização de recursos humanos do ponto de vista tecnológico e são sensíveis à economia de escala e escopo que, no caso dos sistemas de saúde, correlacionam-se também com melhores resultados) e dispersão dos pontos de menor concentração de tecnologia dura, com ênfase na proximidade dos “lares” das pessoas, onde as tecnologias de cognição predominam – o que não quer dizer que sejam de menor complexidade, como erroneamente as políticas de saúde os denominam. Quando não se consegue estabelecer uma relação adequada entre economia de escala e acesso aos pontos, deve ser priorizada a garantia de acesso.
3. A definição de pontos de apoio operacional: são os pontos que auxiliam no diagnóstico e na terapia, passando por laboratórios de bioquímica até estruturas de diagnóstico mais sofisticadas, além da política farmacêutica. Estes pontos têm profunda conexão com economia de escala.
4. Um sistema logístico: que interligue a rede, tanto do ponto de vista material (transporte), quanto do ponto de vista virtual (prontuário eletrônico). Na rede de atenção às condições agudas é este o ponto nevrálgico da resposta, pois ela está baseada principalmente em tempo.
5. Um modelo de governança: as redes se localizam em territórios assistenciais reais – e não político-administrativos –, com forte influência da economia de escala, necessitando, na maioria das vezes, de rearranjos no modelo de governança tradicional. No Brasil, este é um dos grandes desafios para a implantação de redes.
6. Um modelo de atenção: o modelo de atenção à saúde é o que nas redes sociais e biológicas se configura como o padrão que une os componentes diversos e de identidade própria. Este modelo se traduz na necessidade de uma comunicação preestabelecida (uma linguagem) que cria, em médio e em longo prazo, uma cultura de resposta compartilhada entre esses diversos atores diferentes na sua identidade. Este processo deve ocorrer, como nas redes sociais, por um consenso.

A organização das redes de atenção passa pela observação desses pressupostos e exige um consentimento coletivo e uma metodologia vigorosa que trabalha por momentos. Nas redes biológicas e sociais, uma das propriedades naturais é a capacidade de auto-organização. No entanto, este processo se dá por mecanismos de *feedback* negativo e positivo (tentativas, erros e acertos) e podem ser induzidos externamente para que ocorram sem tantos “efeitos colaterais” e num tempo infinitamente menor. A necessidade de se trabalhar com metodologias, após a compreensão dos fenômenos que organizam uma rede, é extremamente útil e já começa a ser demonstrada.

As redes de atenção às condições agudas

Recentemente, o *Institute of Medicine of the National Academies* dos Estados Unidos da América (EUA) promoveu uma série de debates acerca da crise do sistema de urgência naquele país. Esses debates geraram uma gama de reflexões que se transformaram em três livros. Nos três trabalhos há uma coincidência de proposições para a reforma do sistema de atenção às urgências nos EUA:

- 1. Necessidade de coordenação:** O sistema americano é fragmentado na resposta e isso é o maior problema apontado pelos especialistas. A resposta a determinadas situações como a dor torácica aguda, o trauma maior e o paciente com *déficit* neurológico agudo tem mostrado redução na mortalidade quando o sistema se organiza em redes coordenadas. Mais uma vez, isso só é possível pelo avanço tecnológico dos sistemas de comunicação, mas exige um modelo de governança muito mais “ativo” do que o existente na maioria dos países, visto que as estruturas de logística (ambulâncias), as estruturas de resposta imediata (prontos-socorros, blocos cirúrgicos, laboratórios de hemodinâmicas e todas as equipes) e as estruturas de resposta secundária (leitos de terapia intensiva, por exemplo) têm que estar sob uma única coordenação e falando a mesma linguagem.
- 2. Regionalização:** O termo regionalização na lógica de organização de sistemas significa “o que se deve fazer e como se deve fazer” (DAVID BOYD, 2009). Para a distribuição dos pontos de atenção e de apoio – além das ambulâncias – é necessário realizar o estudo das potencialidades da região, com a concentração de determinadas respostas e a dispersão de outras, mas com a garantia de que as pessoas sempre terão a resposta mais adequada à sua situação, independente de onde estiverem nessa mesma região. Pode-se trabalhar com a descrição da organização de serviços numa região com base em três modelos (DHEW-HHS):

- a. Modelo metropolitano: Nesse modelo há grande concentração populacional num espaço limitado a centros urbanos e subúrbios com outras formas de redes e sub-redes no modelo de escala livre (BARABÁSI; BONABEAU, 2003). Há grande concentração de serviços de saúde, que geralmente competem entre si para determinados procedimentos. Nesse modelo é preciso dialogar com outras redes (como a rede de transportes) para planejamento das respostas. Na maioria das vezes, têm grande capacidade de resposta em suporte avançado de vida.
- b. Modelo regional com polo metropolitano bem definido: Nesse modelo, geralmente existe um polo urbano que garante resposta de suporte avançado de vida mais organizado e sofisticado (com os maiores serviços hospitalares) e uma área de menor densidade demográfica e rural que se reporta a esse polo como nó de várias redes. O desafio é a organização da logística e o investimento em polos sub-regionais, além da fixação de respostas que exijam menor complexidade tecnológica (tecnologia dura) nos municípios de menor população.
- c. Modelo para áreas grandes e com baixa densidade demográfica: Esse modelo talvez seja o mais desafiador no Brasil, pois depende de uma logística mais sofisticada e tende a ultrapassar as fronteiras tradicionais da Federação. No sistema de atenção às condições agudas é necessário estabelecer metas de tempo-resposta mais conservadoras.

3. Transparência: As informações em uma rede têm que ser compartilhadas entre todos os atores e corresponsabilizada nos acertos e nos erros que porventura acontecerem. Por isso, é necessário trabalhar-se com resultados-meta entre todos os componentes dessa rede.

A organização de redes de atenção às condições agudas passa, portanto, por uma série de desafios estruturais, de formação, mas, principalmente, de aquisição de uma nova visão e de uma profunda mudança de cultura. Nas redes sociais, a cultura que nasce do compartilhamento da linguagem é responsável pelas regras de convivência, pelos valores e por vários sentidos nas relações entre as pessoas e as instituições. Por isso, no trabalho em rede, a gestão não pode ser pensada apenas no nível macro, mas também no íntimo das instituições, na microgestão da clínica. O desafio de unir o pensamento

sistêmico passando a raciocinar as relações e não apenas as situações locais, além do compartilhamento do poder para respostas coletivas mais eficazes, por meio da criação de padrões de respostas, é talvez o maior entrave para a implantação de redes na área de saúde – ainda que, certamente, seja um enfrentamento inevitável para os próximos anos.

2.2. A organização de uma rede regional de atenção às urgências

A organização de uma rede regional de urgências deve levar em conta alguns pressupostos que têm como base três variáveis:

- **Grau de urgência (gravidade)**: Essa variável foi durante muito tempo colocada como possível de ser definida tanto pelo observador médico quanto do ponto de vista social pelo cliente-paciente-cidadão. Com o agravamento da situação de superlotação dos serviços de urgência, há necessidade de aumento da objetividade e de redução da subjetividade nessa aferição (MACKWAY-JONES, 1996). Os sistemas de classificação de risco (triagem) surgiram com esse propósito. A determinação de priorização de atendimento baseado no grau de risco e feita de forma objetiva e sistematizada, passível de reprodução, é hoje matéria obrigatória na organização de serviços e redes de urgência. Com a integração dos serviços e com a sofisticação das respostas (conformação das redes de trauma, por exemplo), a determinação da gravidade passa a ser uma espécie de linguagem de comunicação entre os serviços da rede e a principal estratégia de determinação da necessidade tecnológica dos pontos de resposta (CORDEIRO JUNIOR, 2008).
- **Necessidade de recursos**: Os recursos necessários são dependentes das outras variáveis (gravidade e tempo), pois estas podem determinar a necessidade de reestruturação de uma rede regional e da sua logística. O que sabemos hoje é da relação direta entre economia de escala e qualidade na resposta de serviços de saúde (MENDES, 2009), o que nos leva a pensar na organização de serviços numa região, concentrando recursos de maior densidade tecnológica e dispersando os que respondem com menor concentração de tecnologia. A última variável (tempo) pode modificar essa premissa, pois representa “acesso” numa rede regional de urgência.
- **Tempo-resposta**: Essa talvez seja a principal variável na determinação da logística da rede e na necessidade de investimento em recursos que não sejam determinados por economia de escala. Também é a principal variável para a determinação de indicadores de processo numa rede. O tempo-resposta, porém, não pode ser indutor de precipitações nos processos de atendimento, como tem sido observado em alguns sistemas de saúde.

Com essas três variáveis, é possível desenhar um modelo de indução para a regionalização do sistema de urgência, tomando como referência o modelo de Mendes (2009), que sugere como base conceitual de organização de uma rede:

1. Uma população de referência: Em políticas públicas vem-se trabalhando com a população de um território.
2. Os componentes:
 - a. Serviços de saúde: Serviços de saúde distribuídos numa região que vão das Unidades Básicas de Saúde (UBS) até os grandes hospitais;
 - b. Os pontos de apoio operacionais: Sistemas de apoio diagnóstico e de registro;
 - c. Logística: transporte e *call center* (regulação de urgências);
 - d. Governança: Os contratos, os recursos de financiamento, as pactuações e a regulação da urgência como representação (governança clínica).
3. Um modelo de atenção: O *software* e a linguagem dessa rede, baseados nas três variáveis (tempo, recursos e gravidade – risco). É conformado em sistemas de avaliação de risco e linhas-guia.

A organização de uma rede regional deve levar em conta a tipicidade da região, a necessidade de investimentos e preparação e a possibilidade logística da mesma. A diferença da organização das redes para resposta a condições crônicas está no que Mendes (2011) chama de centro de comunicação que, no caso das condições crônicas, fica a cargo da Atenção Primária a Saúde (APS):

Nas redes de atenção às condições crônicas a APS é um ponto de atenção à saúde e constitui, também, o centro de comunicação das RAS, exercitando a função de regulação dessas redes. Nas redes de atenção às urgências e às emergências, a APS desloca-se do centro para constituir um importante ponto de atenção à saúde, mas sem cumprir a função de coordenação dos fluxos e contrafluxos dessas redes. Nesse caso, a regulação deve ser feita pelo complexo regulador com um médico na ponta desse sistema. Não faz sentido, numa situação de urgência maior, como um infarto agudo do miocárdio, transitar as pessoas pela APS porque implicaria perder um tempo precioso na atenção à saúde (MENDES, 2011).

De acordo com Mendes (2009), a resposta da rede de atenção às urgências e emergências pode ser resumida em três premissas:

- O paciente certo;
- No local mais adequado e já preparado;
- No tempo certo.

3. A Política Estadual de Urgência e Emergência

Minas Gerais é um Estado que suporta uma grande complexidade territorial para o provimento de serviços pelos gestores públicos. Isso porque o Estado é marcado por características singulares, típicas do 2º Estado mais populoso do Brasil, do 4º em extensão territorial e do 1º em número de municípios.

Tabela 1: Ranking populacional, territorial e de número de municípios por Estado da Federação

Posição no ranking	População (Hab.)	Extensão Territorial (Km ²)	Número de municípios (Unid.)
1º	São Paulo (44.035.304)	Amazonas (1.570.946,8)	MINAS GERAIS (853)
2º	MINAS GERAIS (20.593.356)	Pará (1.247.702,7)	São Paulo (645)
3º	Rio de Janeiro (16.461.173)	Mato Grosso (903.386,1)	Rio Grande do Sul (496)
4º	Bahia (15.126.371)	MINAS GERAIS (586.552,4)	Bahia (417)
5º	Rio Grande do Sul (11.207.274)	Bahia (564.273,0)	Paraná (399)

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

A magnitude e complexidade demográfica do Estado reproduzem inúmeros desafios à implantação de uma Rede de Atenção à Saúde, sobretudo, uma Rede de Urgência e Emergência (RUE).

A Política Estadual de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais foi regulamentada por meio da Resolução SES nº 2.607, de 7 de dezembro de 2010, que aprovou as normas gerais para a implantação das RUE, observadas as demais regulamentações federais.

A Rede de Urgência e Emergência (RUE) foi concebida com base no Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, cujo território definido é a Região Ampliada de Saúde – que, nesse capítulo, também é referida como Macro ou Macrorregião –, podendo apresentar variações de acordo com especificidades regionais. Isso se deve à necessidade de escala populacional que, para o atendimento ao paciente vítima de um trauma maior, ter como referência populacional entre 1 a 1,5 milhão de habitantes. A concentração de certos serviços e a dispersão de outros seguem uma lógica que permite economia de escala, qualidade técnica, eficiência e efetividade, mas sempre respeitando a garantia do acesso aos serviços do SUS.

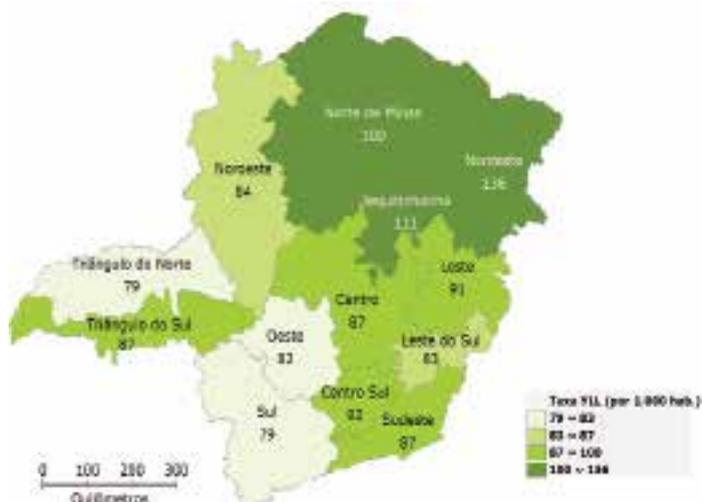
A Rede de Atenção às Urgências e Emergências do Estado de Minas Gerais possui as seguintes características:

- População e estruturas regionais;
- Coordenação e comando único (Central Operativa e Comitê Gestor);
- Gestão supramunicipal (Consórcio Intermunicipal Público de natureza jurídica pública);
- Linguagem única (Protocolo de Manchester);
- SAMU e Núcleo de Educação Permanente regionalizados;
- Atenção primária como ponto de atendimento ao agudo;
- Unidades de Pronto Atendimento (UPAs);
- Hospitais de referência (Trauma, AVC, IAM);
- Leitos de retaguarda para cuidados progressivos.

A ordem de implantação das Redes de Urgências no Estado de Minas Gerais obedece aos resultados do estudo baseados no indicador *years of life lost* (YLL) das regiões em ordem decrescente, de tal forma que a prioridade seja dada às regiões com piores índices. Existem definidos critérios que são utilizados em caso de empate nesse indicador, ou mesmo para alteração dessa ordem. Para início da implantação, os municípios devem aderir à RUE, garantindo contrapartida financeira municipal para custeio do SAMU Regional.

A figura 1 apresenta as taxas de YLL por região ampliada de saúde:

Figura 1: Distribuição do YLL por região ampliada de saúde no Estado de Minas Gerais, período de 2004 a 2006



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

A implantação das Redes Regionais de Atenção às Urgências e Emergência acontece por meio de oficinas nas quais são discutidos entre os gestores

municipais de saúde e os técnicos da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência os pontos necessários para o desenvolvimento e a implantação de um modelo de atenção às urgências e emergências. Posteriormente, as pactuações dessas oficinas são submetidas à aprovação da Comissão Intergo-tertores Bipartite (CIB) e do Ministério da Saúde.

Durante as oficinas de implantação também são definidos os incentivos financeiros das portas de urgências, para complementar o custeio das equipes de referência ao trauma, às doenças cardiovasculares e às doenças cerebrovasculares. Os hospitais são classificados em níveis, observando a complexidade dos serviços, recursos tecnológicos, população, equipe de assistência necessária, disponibilidade orçamentária, entre outros. A classificação das unidades hospitalares é:

- 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
- Hospital de Urgência Polivalente

O modelo de atenção para as condições agudas é a classificação de risco. Na RUE optou-se por realizar a classificação de risco em todos os pontos de atenção à saúde (unidades básicas de saúde, unidades mistas, pronto atendimento, prontos-socorros hospitalares, hospitais gerais e especializados), instaurando uma linguagem comum com critérios uniformes que permite estabelecer o melhor local para a resposta a uma determinada demanda, no menor tempo possível.

A ferramenta escolhida foi o Protocolo de Manchester, que tem por objetivo identificar no paciente critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, que indiquem a prioridade clínica e o tempo-alvo recomendado para a primeira avaliação médica.

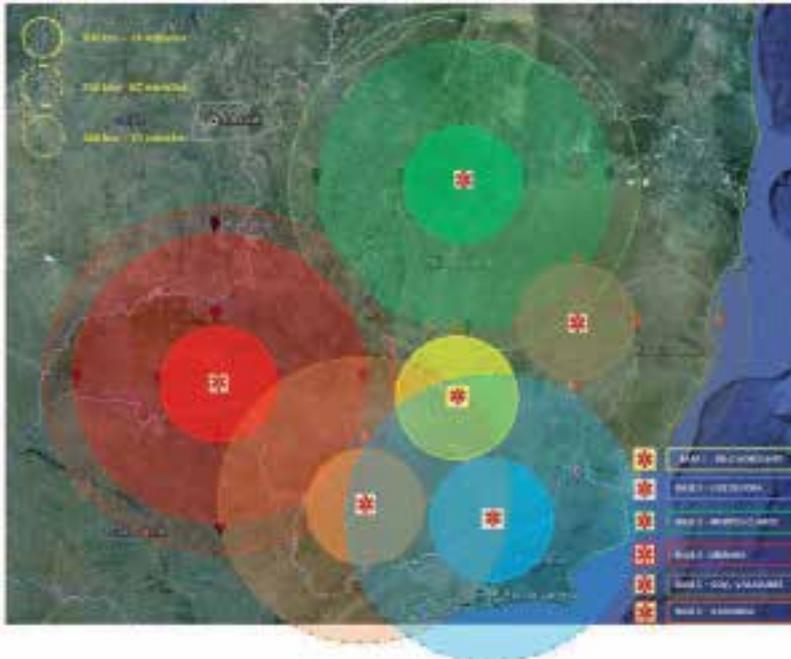
Visando implantar um sistema de transferência de imagens, gerar laudos mais fidedignos e evitar que pacientes sejam deslocados entre as unidades de saúde, às vezes por grandes distâncias, foi criado o projeto Ecos dos Gerais. Esse projeto tem a finalidade de capacitar e implantar a Ultrassonografia “point-of-care”, considerada uma tecnologia simples, de fácil acesso, com possibilidade de diagnósticos mais seguros, de forma compartilhada e sustentável, interligando a ambulância do SAMU, as portas de entrada dos hospitais e a Central Operativa da Rede de Urgência.

Além disso, com o objetivo de potencializar o sistema logístico da rede e alavancar o atendimento aeromédico no Estado de Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde e Corpo de Bombeiros Militar formalizaram uma parceria, por meio de Termo de Cooperação Técnica entre as duas instituições. O objetivo é priorizar o atendimento primário, no que envolve situações de resgate; atendimento secundário, como transporte inter-hospitalar; além de transporte de órgãos e tecidos para transplantes; e apoio à Força Estadual de Saúde em casos de catástrofes no território mineiro.

A parceria resultou no desenvolvimento do serviço Suporte Aéreo Avançado de Vida do Estado de Minas Gerais (SAAV-MG), no qual será efetuada a compra de 06 (seis) helicópteros e 02 (dois) aviões para o uso exclusivo de suporte aeromédico. O primeiro helicóptero já foi adquirido.

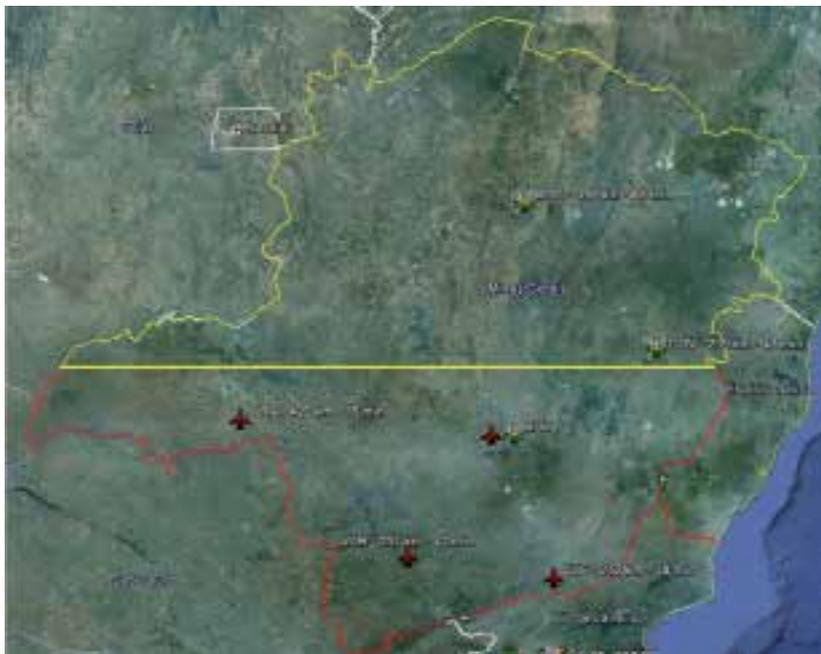
As aeronaves foram distribuídas de forma estratégica, visando o menor tempo-resposta aos atendimentos. A distribuição das aeronaves de asas rotativas (helicópteros) e de asas fixas (aviões) está apresentada nas figuras 2 e 3.

Figura 2: Cobertura das aeronaves de asas rotativas (helicópteros)



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

Figura 3: Cobertura das aeronaves de asas fixas (aviões)



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

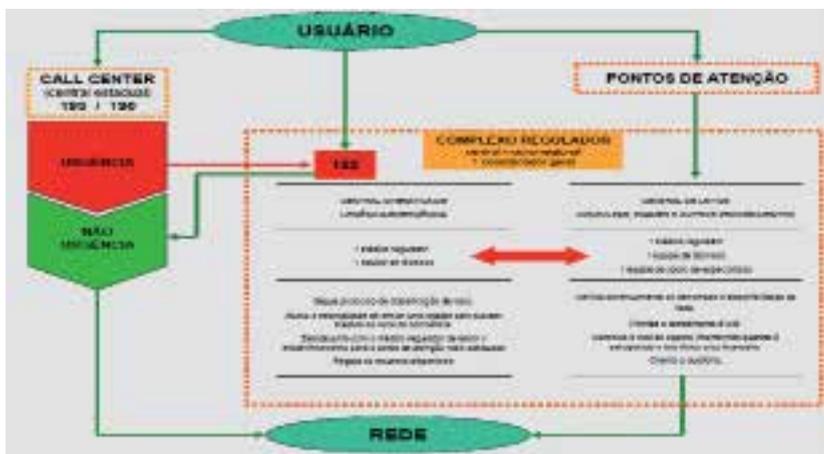
Figura 4: Helicóptero RUE Minas Gerais - Serviço Aeromédico Avançado de Vida



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

A figura 5 mostra de forma ilustrativa o fluxo de funcionamento da Rede de Urgência e Emergência.

Figura 5: Fluxo de funcionamento da Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

4. Os principais resultados

A primeira Rede Regional de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais foi implantada na Região Ampliada de Saúde Norte em 2009, a partir de discussões iniciadas em 2007. O governo estadual, em parceria com o governo federal, os gestores municipais, profissionais de saúde e a população da região, iniciou a operacionalização da Rede em dezembro de 2008 com a inauguração do SAMU Macro Norte, que abrange 86 municípios e atende a uma população de 1.594.353 pessoas em um território de 122.176 Km².

Em 2012, foi a vez das regiões Centro-Sul, Nordeste e Jequitinhonha terem suas Redes implantadas. A Região Ampliada de Saúde Centro-Sul iniciou as atividades da Rede em março, abrangendo 50 municípios e uma população de 748.706 habitantes – em cuja região, anteriormente, só havia SAMU no município de Barbacena.

Já as regiões Nordeste e Jequitinhonha tiveram sua Rede inaugurada em abril, abrangendo 86 municípios, sendo 63 da região Nordeste e 29 da região Jequitinhonha, com uma população total de 1.188.048 habitantes (IBGE/TCU, 2012), em uma área territorial de 82.464,7 km². Conforme os dados, a Região Jequitinhonha possui apenas 374.945 habitantes, sendo a menor região do Estado – o que inviabilizaria a implantação de uma Rede de Urgência e Emergência exclusiva em seu território, uma vez que a literatura pressupõe uma população mínima necessária de 700.000 habitantes. Por isso, a SES/MG decidiu por uma RUE única, regulada por uma única Central Operativa de Urgência para as duas regiões, proporcionando assim economia de escala. A

implantação do SAMU nessas regiões foi um grande avanço, considerando que nenhum dos 86 municípios tinha o serviço à disposição.

Em fevereiro de 2014, foi a vez de a Região Ampliada Sudeste iniciar as atividades, abrangendo 94 municípios e uma população residente de 1.584.338 habitantes, em uma localidade onde somente a população de um município dispunha do serviço do SAMU, Juiz de Fora.

Os SAMUs Regionais contam, cada um, com uma Central Operativa da Rede de Urgência, constituído por uma Central de Regulação de Urgência e Emergência (SAMU 192) e uma Central de Regulação Assistencial (SUSFácil), funcionando em parceria com o Corpo de Bombeiros das regiões. Além disso, cada um dispõe de um Núcleo de Educação Permanente (NEP), responsável por manter a alta qualidade do serviço por meio da educação continuada das equipes e do treinamento de novos funcionários. A Central Operativa do SAMU conta com médicos reguladores, técnicos auxiliares de regulação médica (TARMs) e rádio-operadores para viabilizar os atendimentos de urgência e emergência.

As Unidades de Suporte Básico (USB) contam com uma equipe composta por um condutor socorrista e um técnico de enfermagem. As Unidades de Suporte Avançado (USA), por sua vez, são constituídas por um condutor socorrista, um enfermeiro e um médico intervencionista, que mantêm, nas 24 horas do dia, todos os dias da semana, atendimento de urgência e emergência aos cidadãos vítimas de acidentes automobilísticos, de acidentes de motos, da violência urbana, bem como que apresentam quadros clínicos agudos ou crônicos agudizados, efetuando, ainda, o transporte inter-hospitalar de pacientes graves.

A tabela 2, apresenta a infraestrutura disponível nos SAMUs Regionais existentes.

Tabela 2: Infraestrutura dos SAMUs Regionais de Minas Gerais

Região Ampliada de Saúde	População	Nº de municípios	USA	USB	Total
Norte	1.594.353	86	7	40	47
Centro Sul	748.706	51	4	18	22
Nordeste e Jequitinhonha	1.188.048	86	5	21	26
Sudeste	1.584.338	94	8	31	39
Total	5.115.445	317	24	110	134

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

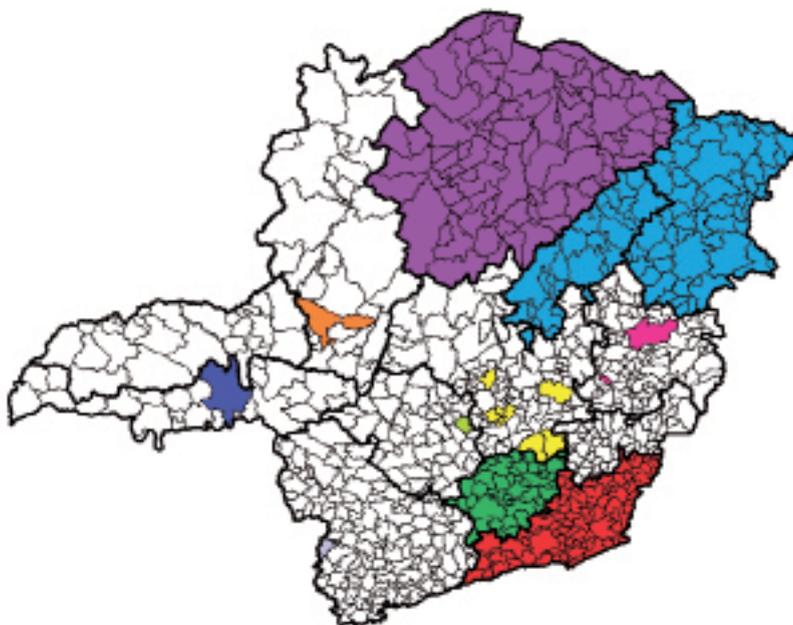
Atualmente, além dos 317 municípios com cobertos pela RUE com os SAMUs Regionais, existem 12 SAMUs municipais em funcionamento, conforme a tabela 3 abaixo. Com a abertura dos SAMUs Regionais, os municipais deixam de existir e a gestão do serviço passa a ser de responsabilidade do Estado. A figura 6 representa a dispersão geográfica dos SAMUs existentes.

Tabela 3: SAMUs implantados em Minas Gerais, por tipo

Municípios	População Residente 2012	Nº de municípios
SAMUs Regionais	5.115.445	317
SAMUs Municipais	4.895.407	12
Belo Horizonte	2.375.151	1
Betim	378.089	1
Contagem	603.442	1
Governador Valadares	263.689	1
Ipatinga	239.468	1
Itabira	109.783	1
Mariana	54.219	1
Ouro Preto	70.281	1
Patos de Minas	138.710	1
Poços de Caldas	152.435	1
Sete Lagoas	214.152	1
Uberaba	295.988	1
TOTAL	10.010.852	329

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

Figura 6: Dispersão dos SAMUs existentes em Minas Gerais



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

O gerenciamento dos SAMU Regionais dá-se por meio de Consórcios Públicos, de natureza jurídica pública, formado por todos os municípios da Região de Saúde. Atualmente, existem 11 Consórcios implantados e 1 em fase final de criação no Estado para realizarem o gerenciamento dos serviços de urgência e emergência, sendo 11 exclusivos para essa atividade. A tabela 4 ilustra a totalidade dos Consórcios existentes.

Tabela 4: Consórcios Intermunicipais de Saúde para as RUE em Minas Gerais

Região	Consórcio	Razão Social	Sede
Norte	CISRUN	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas	Montes Claros
Centro-Sul	CISRU	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Centro-Sul	Barbacena
Nordeste e Jequitinhonha	CISNORJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência Nordeste e Jequitinhonha	Teófilo Otoni

Tabela 4: Consórcios Intermunicipais de Saúde para as RUE em Minas Gerais
(continuação)

Região	Consórcio	Razão Social	Sede
Sul	CISSUL	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Sul de Minas	Varginha
Centro	CIAS	Consórcio Intermunicipal Aliança pela Saúde	Belo Horizonte
Sudeste	CISDESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde para Gerenciamento da Rede de Urgência e Emergência da Macro Sudeste	Juiz de Fora
Leste	CONSURGE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência do Leste de Minas	Governador Valadares
Triângulo do Norte	CISTRÍ	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo do Norte	Uberlândia
Triângulo do Sul	CISTRISUL	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião do Triângulo do Sul – CISTRISUL	Uberaba
Oeste	CISURGE OESTE	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Ampliada Oeste para Gerenciamento dos Serviços de Urgência e Emergência	Divinópolis
Leste do Sul	CISLESTE-SUL	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada Leste Sul– CISLESTESUL	Ponte Nova
Noroeste	CISREUNO	Consórcio Público Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada Noroeste– CISREUNO	Patos de Minas

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

O financiamento dos SAMUs Regionais é tripartite (União, Estado e municípios), sendo que a parcela variável fica sob a responsabilidade do Estado de Minas Gerais. Os municípios contribuem por meio dos Consórcios Públicos, através de um Contrato de Rateio por que repassam uma quantia mensal *per capita* de acordo com a sua população. O recurso federal é definido em Portaria Ministerial e transferido do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde. A Secretaria de Estado de Saúde formaliza com o Consórcio Público responsável pelo gerenciamento do serviço do SAMU na

região um Contrato de Programa e outro de Prestação de Serviços, definindo obrigações, responsabilidades, processo de monitoramento, indicadores e valor estadual a ser repassado.

A tabela 5 abaixo ilustra a evolução da cobertura do SAMU em Minas Gerais em relação aos municípios e à população.

Tabela 5: Cobertura do SAMU em Minas Gerais

Item	2008	2009	2012	Fev/2014
Total dos Municípios	853			
População do Estado	19.850.072	20.034.068	19.855.332	
Municípios cobertos	14 (1,64%)	99 (12%)	234 (27%)	327 (38%)
População coberta	5.781.870 (29%)	7.143.105 (35%)	8.951.739 (45%)	10.010.852 (50%)
SAMUS Regionais	0	1	3	4

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

Um outro componente importante na Rede de Urgência e Emergência é a Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências cujo objetivo é o repasse de incentivo financeiro complementar visando garantir a presença, por vinte e quatro horas, de equipe mínima de profissionais para dar resposta eficiente aos casos de urgência e emergência. Os hospitais são estrategicamente distribuídos na Região Ampliada de Saúde, de acordo com a tipologia hospitalar necessária para responder às condições agudas ou crônicas agudizadas.

Os hospitais participantes da Rede de Resposta Hospitalar as Urgências e Emergências são contemplados, de acordo com sua classificação e função na Rede, observadas as seguintes tipologias:

- a) Hospital de Urgência Polivalente;
- b) Hospital de Referência ao Trauma Nível I;
- c) Hospital de Referência às Doenças Cardiovasculares Nível I;
- d) Hospital de Referência ao Acidente Vascular Cerebral Nível I;
- e) Hospital Geral de Urgência Nível II;
- f) Hospital Geral de Urgência Nível III;
- g) Hospital Urgência Nível IV.

Os critérios a serem observados para a definição dos hospitais estão estabelecidos na Resolução SES/MG nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010, quais sejam: complexidade do serviço, densidade tecnológica, população de referência, equipe assistencial necessária e disponibilidade orçamentária da SES/MG.

A primeira região a ter a Rede implantada foi o Norte, em 2009. Desde então, já foram definidos os hospitais de outras seis regiões. As Redes de Urgência e Emergência em Minas Gerais contam já com 154 hospitais participantes, recebendo os incentivos financeiros. O início do repasse do recurso varia conforme o cronograma de implantação do SAMU Regional. A tabela 6 apresenta os dados atuais referentes ao componente hospitalar.

Tabela 6: Número de hospitais participantes das Redes e investimento financeiro

Região Ampliada de Saúde	Nº hospitais	Início da Rede de Resposta	Investimento Mensal	Investimento Anual
Norte	22	Fevereiro/2009	R\$ 1.860.000,00	R\$ 22.320.000,00
Centro-Sul	12	Agosto/2011	R\$ 1.350.000,00	R\$ 16.200.000,00
Nordeste e Jequitinhonha	24	Maior/2012	R\$ 2.180.000,00	R\$ 26.160.000,00
Centro	24	Maior/2012	R\$ 2.630.000,00	R\$ 31.560.000,00
Sul	29	Dezembro/2012	R\$ 4.260.000,00	R\$ 51.120.000,00
Oeste ¹	2	Julho/2013	R\$ 400.000,00	R\$ 4.800.000,00
Sudeste	20	Janeiro/2014	R\$ 2.600.000,00	R\$ 31.200.000,00
Leste	21	Março/2014	R\$ 2.470.000,00	R\$ 29.640.000,00
TOTAL	154		R\$ 17.750.000,00	R\$ 213.000.000,00

¹ O incentivo financeiro foi antecipado para dois hospitais. A implantação da Rede de Resposta completa acontecerá posteriormente.

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

Com o início do funcionamento do SAMU Regional e do incentivo da Rede aos hospitais, torna-se imprescindível o processo de governança, diferencial da RUE face às demais redes temáticas de atenção à saúde. A

governança da Rede Regional de Urgência e Emergência é realizada pelo Comitê Gestor Regional, que é formado nas oficinas de implantação. Em cada rede regional implantada é constituído um Comitê Gestor, sob a coordenação da Secretaria de Estado da Saúde, subsidiando a CIRA (Comissão Intergestores da Região Ampliada de Saúde) no que se refere às questões pertinentes às urgências da rede instalada.

O Comitê Gestor é composto por representantes de todas as instituições que possuam algum vínculo com o sistema de urgência e emergência, tais como: Coordenador estadual de urgência e emergência, Unidades Regionais de Saúde, hospitais participantes da Rede de Resposta, SAMU, regulação de leitos (SUS Fácil), Defesa Civil, Corpo de Bombeiros, Polícia Militar, Polícias Rodoviárias Estadual e Federal, Conselhos Regionais de Enfermagem e Medicina, Infraero, universidade, vigilância sanitária e outros que a região julge necessário.

Nitschke (2012) lista vários objetivos do Comitê Gestor. Entre esses objetivos, destacam-se:

- Representar o espaço formal de discussão e implementação das correções necessárias à permanente adequação do sistema de atenção integral às urgências, dentro das diretrizes estabelecidas pelos Planos de Atenção às Urgências Regional e Estadual, em suas instâncias de representação institucional.
- Permitir que os atores envolvidos diretamente na estruturação da atenção às urgências possam discutir, avaliar e pactuar as diretrizes e ações prioritárias, subordinadas à estrutura de pactuação do SUS nos seus vários níveis;
- Constituir-se em instância participativa das Unidades Regionais de Saúde/SES-MG e das Secretarias Municipais de Saúde, dedicada aos debates, elaboração de proposições e pactuações sobre as políticas de organização e a operação do Sistema de Atenção Integral às Urgências da região;
- Cumprir e fazer cumprir as normativas da área de urgências;
- Ser instância de avaliação, assessoria e proposição dos planos de atenção aos eventos com múltiplas vítimas ou desastres;
- Potencializar a capacitação e a educação continuada de recursos humanos, de acordo com o proposto e coordenado pelo Núcleo de Educação em Urgências – NEU do Estado de Minas Gerais;
- Propor a aplicação de instrumentos e indicadores para avaliação das condições de atendimento das instituições participantes da Rede (hospitais, pronto-atendimentos, SAMU, entre outros).

Na gestão da Rede, a Classificação de Risco do Manchester é uma importante fonte de informação. No período de abril de 2014 a setembro de 2014, foram realizadas 2.522.925 triagens no Estado de Minas Gerais. Os dados apontam que, desse total, 0,49% dos pacientes foi classificado como prioridade vermelha; 10% como prioridade laranja, 27% como amarela; 48% como verde; 8% como azul; e 8% como branca.

A denominação da cor “branca” se aplica aos casos em que o paciente chega à unidade de atendimento sem queixas – ou seja, o paciente não apresenta nenhum sinal ou sintoma que possa motivar um atendimento. Esses pacientes podem chegar ao serviço de saúde para uma internação, por exemplo, para fazer uma cirurgia eletiva (gráfico 1).

Gráfico 1: Total de atendimentos do Estado de Minas Gerais por prioridade, no período de abril de 2014 a setembro de 2014

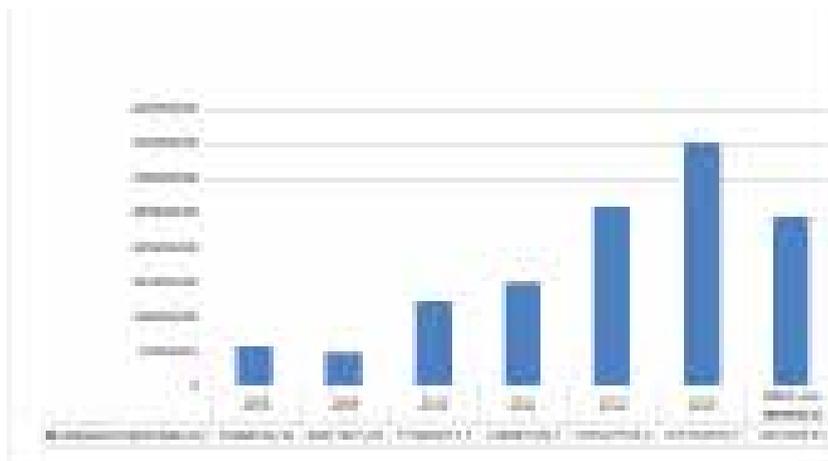


Fonte: Alert ADW/Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

A qualidade da Rede pode ser medida, entre outros indicadores, por meio do tempo de admissão à triagem, pois o ideal é que o paciente não aguarde mais que 10 minutos para ser triado. No gráfico, observa-se que em torno de 18% somente dos pacientes está aguardando por um período superior a 15 minutos.

No que tange aos recursos financeiros, desde 2008, o Estado de Minas Gerais já investiu mais de 1,2 bilhão de reais na implantação e manutenção da Rede de Urgência e Emergência, conforme gráfico 2.

Gráfico 2: Evolução dos investimentos e custeios do Tesouro Estadual nas RUE em Minas Gerais



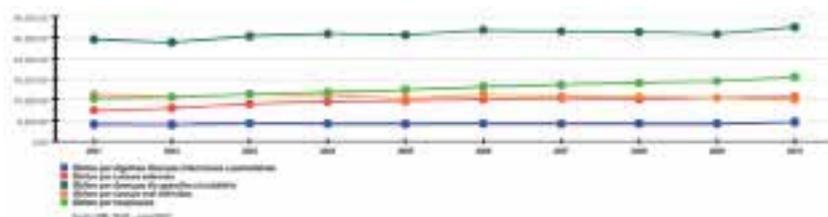
Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

Os valores apresentados demonstram o esforço do governo na manutenção e ampliação dessa política de saúde.

5. Uma agenda para o futuro

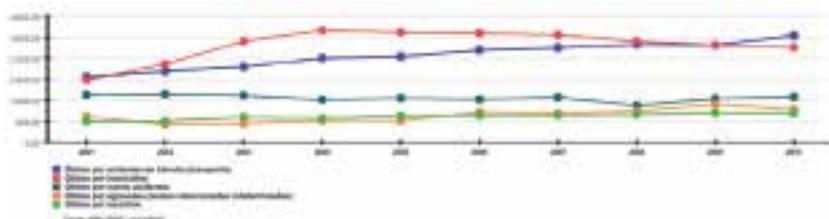
A situação atual mostra uma evolução clara e crescente nos indicadores de mortalidade por doenças do aparelho respiratório e das causas externas (gráfico 3), e, entre essas, dos acidentes de trânsito e dos homicídios (gráfico 4), o que torna a necessidade de se organizar o serviço de urgência e emergência uma prioridade no Estado, sendo que a forma mais efetiva e eficiente de fazê-lo é por meio da implantação das Redes de Urgência e Emergência em todas as regiões.

Gráfico 3: Indicador de mortalidade - Número de óbito por grupo de causas específicas (CID 10)/ano no Estado de Minas Gerais



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

Gráfico 4: Indicador de mortalidade - Número de óbitos por grupo de causas externas (CID 10, causas determinadas)/ano no Estado de Minas Gerais



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

Assim sendo, como não poderia ser diferente, o futuro das Redes de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais aponta para uma cobertura de toda a população e de todos os municípios, que passarão a contar com a organização dos SAMUs Regionais, geridos por Consórcios Públicos em todo o Estado, e com o componente hospitalar da Rede em pleno funcionamento.

A proposta é, nesse sentido, a implantação das Redes de Urgência e Emergência nas 13 Regiões Ampliadas de Saúde, com a cobertura de 100% da população do Estado de Minas Gerais. A primeira Rede implantada foi em 2009, na Macrorregião Norte. Em 2012, foram implantadas as Redes das Macro Nordeste, Jequitinhonha e Centro-Sul. Em fevereiro de 2014, foi inaugurada a Rede da Macrorregião Sudeste e, até o final de 2014, com a implantação dos SAMU nas regiões Sul e Centro serão 577 municípios beneficiados, somando já cerca de 70% do total de municípios e de 70% da população do Estado.

A tabela 7 abaixo ilustra a projeção do quantitativo de ambulâncias USA e USB por Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais, indicando o total de municípios e a população de cobertura após a finalização da implantação do serviço.

Tabela 7: Projeção das ambulâncias dos SAMUs Regionais por Região Ampliada de Saúde de Minas Gerais

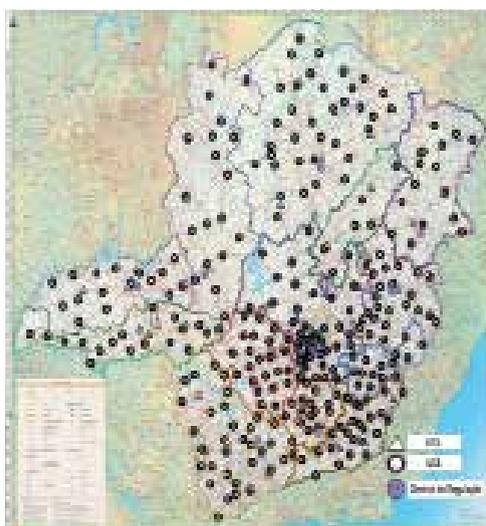
Macrorregião	População	Nº de municípios	USA	USB	Total
3101 Sul	2.641.132	153	9	36	45
3102 Centro Sul	748.706	51	4	18	22
3103 Centro	6.191.641	103	21	77	98
3104 Jequitinhonha e 3111 Nordeste	1.188.048	86	5	21	26
3105 Oeste	1.195.499	54	7	24	31

3106 Leste	1.465.039	86	8	29	37
3107 Sudeste	1.584.338	94	8	31	39
3108 Norte	1.594.353	86	7	40	47
3109 Noroeste	661.677	33	4	24	28
3110 Leste do Sul	669.999	53	4	19	23
3112 Triângulo do Sul	714.106	27	5	19	24
3113 Triângulo do Norte	1.200.794	27	5	26	31
Minas Gerais	19.855.332	853	87	364	451

Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

A figura 8, por sua vez, ilustra a dispersão geográfica de cada tipo de ambulância no território mineiro, bem como a localização da Central Operativa da Rede de Urgência em cada Região Ampliada.

Figura 8: Projeção da distribuição geográfica das unidades móveis de urgência dos SAMUS Regionais em Minas Gerais



Fonte: Coordenação Estadual de Urgência e Emergência SES/MG

Cabe destacar que, não obstante a evolução do indicador de cobertura, que ilustra o aspecto quantitativo do serviço do SAMU em Minas Gerais, é fundamental também a sua avaliação qualitativa. Nesse quesito, deve-se destacar a premiação do SAMU da Região Norte e da Região Centro Sul nas Olimpíadas Nacionais em 2012 e 2014, respectivamente, o que ilustra a eficiência e a qualidade do serviço prestado no Estado.

Figura 9: Premiação das Equipes do SAMU das Regiões Norte de Minas e Centro Sul



Fonte: Arquivos do CISRUN e CISRU

Em última instância, fica o desafio de se estabelecer um indicador que seja capaz de traduzir os resultados e impactos da Rede de forma mais imediata. Enfim, em conjunto com os prováveis resultados favoráveis desse indicador em construção esperam-se, como demais resultados após conclusão da implantação das RUE em Minas Gerais, o que segue:

- a redução da proporção dos óbitos por causas externas;
- a redução da mortalidade geral;
- a redução da mortalidade intra-hospitalar; e
- a redução da taxa de YLL por doenças cardiovasculares e causas externas.

Referências Bibliográficas

- ADAMS, R. *et al.* Recommendations for improving the quality of care through stroke centers and systems: An examination of stroke center identification options. Multidisciplinary consensus recommendations from the Advisory Working Group on Stroke Center Identification Options of the American Stroke Association. *Stroke*, v. 33, n. 1, p. 1-7, 2002.
- BARABÁSI, A. L.; BONABEAU, E. Scale free networks. *Scientific American*, v. 288, n. 5, p. 60-69, May 2003.
- BARDACH, N. S. *et al.* Regionalization of treatment for subarachnoid hemorrhage: a cost-utility analysis. *Circulation*, v. 109, n. 18, p. 2207-2212, 2004.
- CAPRA, Fritjof. *The Hidden Connections*. London: Harper Collins, 2002.
- CASTELLS, Manuel. *The Rise of the network society*. Oxford: Blackwell, 1996.
- CHIARA, O.; CIMBANASSI, S. Organized trauma care: does volume matter and do trauma centers save lives? *Current Opinion in Critical Care*, v. 9, n. 6, p. 510-514, 2003.
- CORDEIRO JÚNIOR, Welfane. *Correlação entre o sistema de classificação de risco de Manchester e o uso de recursos assistenciais nos serviços de urgência em um hospital*

regional no Estado de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2014.

CORDEIRO JÚNIOR, Welfane. *A gestão de risco na urgência*. Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco, 2008.

CORDEIRO JÚNIOR, Welfane. *A gestão dos sistemas de urgência e emergência*. No prelo.

DAWSON, B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines, 1920*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica n. 93, 1964.

DUARTE, F.; QUANDT, C.; SOUZA, Q. (org.). *O tempo das redes*. São Paulo: Perspectiva, 2008.

FIELD, J. M. *et al.* Part 1: executive summary: 2010 - American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, v. 122 (suppl 3), p. S640-S656, 2010.

GRAY, J. A. M. *Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions*. 2. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2001.

GRUMBACH, K.; KEANE, D.; BINDMAN, A. 1993. Primary care and public emergency department overcrowding. *American Journal of Public Health*, v. 83, n. 3, p. 372-378, 1993.

LUHMANN, Niklas. The autopoiesis of Social Systems. In: _____ (ed.). *Essays on Self-Reference*. New York: Columbia University Press, 1990.

MACKWAY-JON, E. S. K. *et al.* *Emergency triage*. 2. ed. Oxford: Manchester Triage Group, Blackwell Publishing, 2005.

MANN, N. C. *et al.* Systematic review of published evidence regarding trauma system effectiveness. *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*, v. 47 (Suppl. 3), p. S25-S33, 1999.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza *et. al.* Rede de Urgência e Emergência. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza; MENDES, Eugênio Vilaça; LIMA, Helidéa de Oliveira (org.). *O Choque de Gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

MATURANA, Humberto; VARELA, Francisco. *The Tree of Knowledge*. Boston: Shambhala, 1987.

MCCONNELL, K. J. *et al.* Mortality benefit of transfer to level I versus level II trauma centers for head-injured patients. *Health Services Research*, v. 40, n. 2, p. 435-457, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

NATHENS, A. B.; MAIER, R. V. The relationship between trauma center volume and outcome. *Advances in Surgery*, v. 35, p. 61-75, 2001.

NATHENS, A. B. *et al.* Effectiveness of state trauma systems in reducing injury-related mortality: A national evaluation. *The Journal of Trauma*, v. 48, n. 1, p. 25-30, discussion 30-31, 2000.

NITSCHKE, César Augusto Soares. *Nota técnica nº 18/2012 CONASS: metodologia de implementação das Redes de Atenção de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais*. Brasília: CONASS, 2012.

SHORTELL, S. M.; CASALINO, L. Health care reform requires accountable care systems. *JAMA*, v. 300, p. 95-97, 2008.

WHEATLEY, Ben (org.). *Regionalizing Emergency Care: workshop summary*. Washington: Institute of Medicine of the National Academies, 2010. Disponível em: <<http://www.nap.edu/catalog/12872.html>>. Acesso em: 15 out. 2014.

O PROGRAMA MÃES DE MINAS: UMA PROPOSTA INOVADORA NO BRASIL PARA A GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE ANGARIADA NA REDE VIVA VIDA

Carla Carvalho Martins
Naiara Abreu de Oliveira Silva
Lidiane Moreira Martins
Maria Isabela Nicacio Gusmão Vieira
Chirley Alexandra Rodrigues Moreira

1. Introdução

A Organização das Nações Unidas (ONU), no ano 2000, ao analisar os maiores problemas mundiais, estabeleceu 8 Objetivos do Milênio (ODM), que deveriam ser atingidos pelos países até 2015. Entre eles, definiu como 4º objetivo “reduzir a mortalidade infantil”, e, como 5º objetivo, “melhorar a saúde das gestantes”. Com isso, os governos vêm, a cada ano, destacando mais ações e recursos para o seu alcance. Desde 2003, por sua vez, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) vem demonstrando sua adesão, definindo o enfrentamento da mortalidade infantil e materna como meta mobilizadora.

Para avaliar a magnitude da mortalidade infantil, utiliza-se a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), calculada a partir do número de óbitos ocorridos no primeiro ano de vida para cada mil nascidos vivos no mesmo período, em um determinado local. A TMI indica o risco de um recém-nascido evoluir para o óbito, e é considerada um dos mais importantes indicadores da situação de saúde de uma população. Depende de uma combinação de fatores determinantes, desde fatores socioeconômicos relacionados às condições de vida, até fatores relacionados à atuação dos serviços de saúde, como o acesso e a qualidade da atenção individual, e as políticas públicas de saúde. Ou seja, depende tanto da disponibilidade de renda e de acesso à educação, à água potável e a instalações sanitárias no domicílio, e do estado nutricional das mães e seus conhecimentos sobre problemas de saúde, quanto da

disponibilidade de serviços de atenção de saúde qualificados para a mãe e a criança desde antes do seu nascimento.

O Estado de Minas Gerais, por meio do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) de 2003, definiu três grandes prioridades para a área de saúde: reduzir a mortalidade infantil; ampliar e qualificar os serviços das equipes de saúde da família; e prosseguir na descentralização do atendimento nas várias regiões do Estado. Nesse sentido, a SES/MG implementou o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais por meio da Rede Viva Vida em outubro de 2003, promovendo ações que convergissem para um mesmo objetivo.

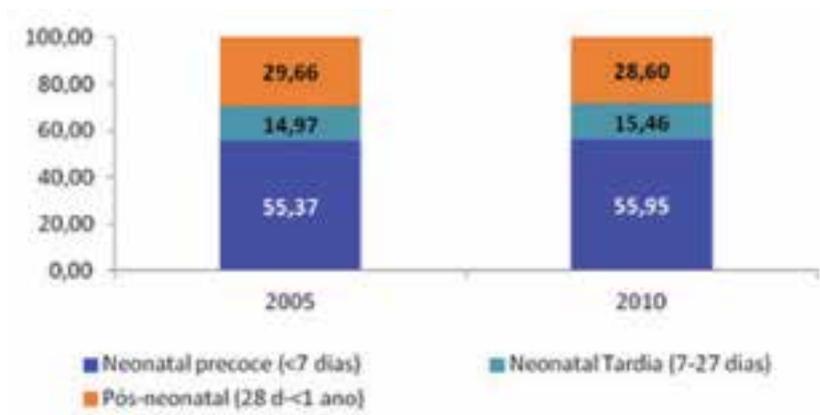
O Programa Viva Vida foi a resposta encontrada diante de um contexto em que os números relativos à mortalidade infantil e à mortalidade materna eram preocupantes, se considerados os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS). A taxa de mortalidade infantil em 2000 chegou a 20,8 mortes de crianças menores de um ano para cada 1.000 nascidas vivas, sendo que em algumas microrregiões chegou a mais de 40. No mesmo ano, no que se refere à razão de morte materna, para cada 100.000 nascidos vivos, 42,5 mulheres morreram durante a gravidez, parto e puerpério. Segundo os parâmetros¹ da OMS, esses números são considerados altos.

O diagnóstico de ambas as situações evidenciou que as mortalidades infantil e materna no Estado, embora apresentassem queda, ainda ocorriam por causas evitáveis. No que se refere à primeira situação, as causas eram relativas a agravos da gestação que levavam ao nascimento prematuro, complicações no momento do parto, diarreias, pneumonias e outras doenças respiratórias e desnutrição, que na maioria dos casos podem ser evitadas (JONES, 2003 *apud* BRASIL, 2009b). Em relação à morte materna, as causas podem ser hipertensão arterial das mulheres, complicações relacionadas ao aparelho cardiovascular, infarto agudo do miocárdio para as gestantes, hemorragias, infecções (GUEDES, SILVA e MORAIS, 2008).

Em se tratando de mortalidade infantil, pode-se desagregá-la em três componentes: mortalidade neonatal precoce, que ocorre nos primeiros sete dias de vida; mortalidade neonatal tardia, que se refere ao óbito ocorrido após o 7º até o 27º dia após o nascimento; e mortalidade pós-neonatal, que ocorre a partir do 28º dia, até a criança completar um ano de idade. Comparando a representatividade dos componentes (gráfico 1), é possível observar que a mortalidade neonatal (precoce e tardia) tem sido responsável pela maior proporção dos óbitos infantis, representando mais que 70% do total da taxa de mortalidade infantil.

¹ De acordo com os parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a taxa de mortalidade infantil é considerada aceitável quando se apresenta inferior a dois dígitos (OMS, 2010 *apud* MOREIRA, 2010).

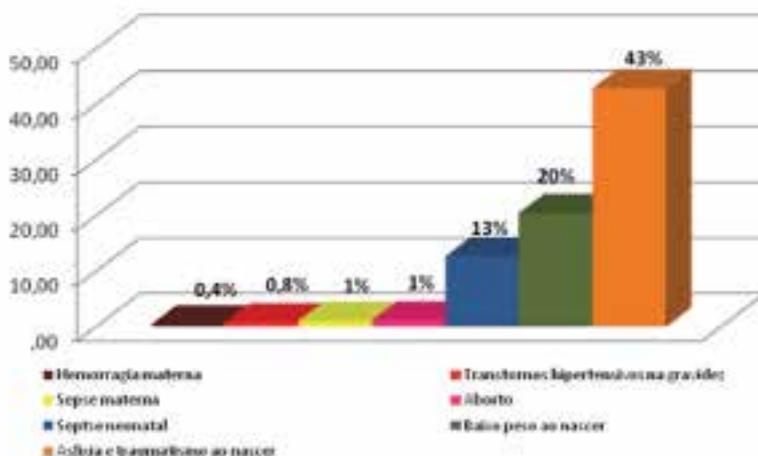
Gráfico 1: Proporção dos componentes da taxa mortalidade infantil.
Minas Gerais, 2005-2010



Fonte: SES/MG, 2010

Somado a isso, podem-se verificar as principais causas de mortalidade infantil, conforme o Estudo de Cargas e Doenças em Minas Gerais: asfixia e traumatismo ao nascer em primeiro lugar, baixo peso ao nascer em segundo e a sepse neonatal em terceiro (gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição DALY, principais causas maternas e perinatais, Minas Gerais, 2005



Fonte: SES/MG, 2010

Vale ressaltar que, com a melhoria das ações voltadas para os serviços de saúde, resultantes de políticas públicas direcionadas aos fatores

socioeconômicos e educacionais da população, além de investimentos alocados de forma correta, é possível visualizar ao longo dos últimos 10 anos uma melhoria significativa na Taxa de Mortalidade Infantil do Estado de Minas Gerais, que passou de 18 em 2002 para 12,2 em 2012.

A análise do cenário relativo à mortalidade infantil e materna remonta às condições da gestação e da qualidade do pré-natal, ao acesso aos serviços, à qualidade da atenção à saúde em todos os níveis. Além disso, aponta a necessidade imperativa de acompanhamento da gestante e da criança nos vários momentos da sua história, identificando com precisão os riscos de eventos desfavoráveis, prontamente oferecendo o cuidado necessário para o seu bom desenvolvimento.

É nesse contexto, como mais uma proposta de inovação no âmbito da saúde pública, que surge o Programa Mães de Minas, com o objetivo de contribuir para a continuidade da atenção à saúde da gestante e da criança, cercando-as de cuidados, desde o início da gravidez até o nascimento, o puerpério e o desenvolvimento do bebê no seu primeiro ano de vida – ou seja, vigilância, cuidado e atenção integral à saúde.

Visando combater as causas das mortalidades materna e infantil, o Programa Viva Vida, por meio da sua Rede de Atenção à Saúde, se propôs a investir em uma série de ações voltadas à melhoria da assistência à saúde da mulher, do recém-nascido e da criança. As atividades se concentram na atenção ao planejamento familiar propondo ações para a saúde sexual e reprodutiva, atenção ao pré-natal, ao parto, ao puerpério, à políticas de saúde para controle do câncer de colo do útero e do câncer de mama, à saúde da criança desde ações no nascimento, desde triagem neonatal, incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento da criança, à vacinação e ao controle de doenças prevalentes na infância.

O Programa Viva Vida adota uma estratégia de estruturação e fortalecimento da rede, que se baseia na destinação de recursos financeiros para construção, reforma e aquisição de equipamentos para implantar e manter os pontos de atenção à saúde, elencados na sua modelagem. São eles o Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), Maternidades de Alto Risco e leitos de UTI Neonatal, Casas de Apoio a Gestante e centros e unidades de alta complexidade em oncologia (CACON e UNACON).

2. O Programa de Controle do Câncer de Mama

Além do percurso da gestante e da criança na rede, existem também os pontos de atenção da saúde da mulher, que são os Centros de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e as Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Esses pontos de atenção são responsáveis pela

assistência aos cânceres específicos da área de saúde sexual e reprodutiva (mama, colo de útero, próstata e pênis) e fazem parte do Programa de Controle do Câncer de Mama do Estado de Minas Gerais.

Nas últimas décadas têm ocorrido em todo o mundo significativo aumento da incidência do câncer de mama e, conseqüentemente, da mortalidade associada à neoplasia. No Estado, é a segunda causa morte na população, sendo a primeira na população feminina.

A estimativa do INCA para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes foi de 45,04 e 4.700 novos casos novos de câncer de mama em Minas Gerais. Estudos mostram que a taxa de mortalidade por câncer de mama aumentou em taxa bruta de 4,80 em 1979 para 9,88 em 2006, sendo a taxa de mortalidade e de incidência da doença maior na macrorregião Sudeste do Estado de MG (66,07 % de mamografias realizadas em 2011) e menor na macrorregião Noroeste (53,20% de mamografias realizadas em 2011).

A faixa etária feminina de maior incidência por câncer de mama em Minas Gerais está entre 45 e 69 anos, justificando a ampliação na faixa proposta pelo MS de 50 a 69 anos (Consenso Inca – MS).

Enfim, o diagnóstico tardio faz com que apenas 30 % das mulheres mineiras cheguem aos hospitais para tratamento no estágio I e 27% nos estágios III e IV da doença.

Assim, justifica-se a implantação do Programa de Prevenção do câncer de mama, aplicando-se o principal método de detecção precoce, a mamografia, sendo a meta anual estabelecida a cobertura de 50% da população feminina na faixa etária estabelecida em Minas Gerais. Neste sentido, a identificação inicia-se na atenção primária à saúde (APS) até a atenção terciária, conforme esquema abaixo:

- ✓ APS – 1º Exame – Prevenção e Promoção: entregar requisição para exame, receber, triar, encaminhar para as referências as pacientes com mamografias com resultados alterados (Bi rads 4, 5 e 6) e acompanhar as mamografias realizadas sem alteração para realização de exames clínicos das mamas.
- ✓ CVVRS – mamógrafos, mastologistas, Ultrassom, procedimentos de definição diagnóstica – agulhamento, CORE (punção com agulha grossa)
- ✓ Unidade Móvel – mamografias
- ✓ UNACONs/CACONs – Mamografias, Ultrassom, procedimentos diagnósticos, mastologista, tratamentos cirúrgicos, radioterapia, quimioterapia e acompanhamento da paciente.

A tabela 1 abaixo sintetiza os principais resultados alcançados no âmbito desse Programa:

Tabela 1: Mamografias realizadas no Estado de Minas Gerais

Ano	Na Faixa ⁽¹⁾	No Total	% Fora da Faixa	Aumento ⁽³⁾
2010	353.763	499.005	29,11%	-
2011	362.123	510.541	29,07%	2,26%
2012	413.224	582.209	29,02%	12,31%
2013	457.460	649.412	29,56%	10,35%
2014 ²	152.568	212.572	28,23%	-

¹⁾ Na faixa etária de 40 à 69 anos

²⁾ Dados preliminares (de janeiro à abril de 2014)

³⁾ Aumento em relação ao ano anterior

Fonte: SES/MG, 2014

3. A Rede Viva Vida e suas Inovações

Como as demais redes temáticas de atenção a condições crônicas do Estado, a Rede Viva Vida (figura 1) tem seu centro organizador no nível primário da atenção, que é o primeiro contato da população na rede.

Figura 1: Estrutura da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde - Minas Gerais



Fonte: SES/MG, 2010

O nível secundário possui pontos de atenção mais especializados e com maior grau de tecnologia incorporado às ações e é composto por unidades ambulatoriais e hospitalares. Na Rede Viva Vida, o atendimento ambulatorial fora das unidades hospitalares é realizada pelos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS). Os pontos hospitalares na Atenção Secundária à Saúde são subdivididos por grau de risco. Os casos de menor risco, denominados “risco habitual”, são encaminhados às Maternidades de Risco Habitual e Hospitais Pediátricos Microrregionais, e os casos de risco maior, denominados “alto risco” são encaminhados às Maternidades de Alto Risco Secundária e Unidades Neonatal de Cuidados Progressivos, preferencialmente, havendo, anexa, uma Casa de Apoio à Gestante e Puérperas (CAGEP).

No terceiro nível, estão os pontos de atenção ainda mais especializados, com intenso grau de tecnologia incorporado à assistência. São eles os Hospitais Pediátricos Macrorregionais, as Maternidades Credenciadas para atendimento às Gestantes estratificadas como de alto risco (com leitos de UTI neonatais e adulto) e, preferencialmente, com uma CAGEP anexa à sua estrutura, e as unidades neonatais de cuidado progressivo. Além disso, os centros e as unidades de alta complexidade em oncologia complementam esse nível de atenção da rede, sendo responsáveis pelas ações referentes aos cânceres específicos da área de saúde sexual e reprodutiva - mama, colo do útero, próstata e pênis.

Conectam a estes pontos de atenção os sistemas logísticos e os de apoio diagnóstico que integram de maneira transversal os três níveis de atenção da Rede Viva Viva, entre os quais se destacam, como diferenciais, o Telessaúde Neonatal; o *call center* implantado pelo Programa Mães de Minas e a Rede Mães de Minas

O Telessaúde Neonatal

O Telessaúde Neonatal tem como objetivo promover o serviço de telemonitoramento de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Progressivos Neonatais do Estado à distância, visando à redução da mortalidade neonatal e à capacitação em serviço dos profissionais envolvidos.

O telemonitoramento é realizado por sistema de teleconsultoria (*on line e off line*) via sistema de webconferência entre os plantonistas da central de telemonitoramento e os serviços de saúde locais, com acompanhamento de casos clínicos e discussão *on line* (webconferência e teleconsultorias emergenciais) entre o médico responsável diretamente pelo paciente e sub-especialistas remotos da Central de Monitoramento, quando há indicação. Na central há disponibilidade em regime de plantão de 12 horas diurnas de médicos pediatras intensivistas ou neonatologistas, e enfermeiros com experiência

na área, bem como núcleos de teleconsultores nas áreas de cardiologia, pneumologia, gastroenterologia, cirurgia, neurologia, genética e outros que façam necessários, para os casos de maior dificuldade de condução. Contará, ainda, com suporte técnico de TI.

A telemedicina, de uma forma geral, tem como objetivo:

- apoiar profissionais de saúde da atenção primária, secundária e terciária dos municípios situados em áreas remotas;
- capacitar em serviço os profissionais de saúde locais;
- reduzir e qualificar os encaminhamentos de pacientes aos níveis secundários e terciários de atenção, com consequente melhoria da resolutividade destes níveis de atenção;
- reduzir os custos do sistema público de saúde;
- garantir expansão do adensamento tecnológico dos pontos de atenção ao SUS no Estado.

O call center implantado pelo Programa Mães de Minas como uma ferramenta de vigilância

Para zelar pelo cuidado integral, a informação assume um caráter fundamental. Identificou-se que não bastava saber da existência da gestante e a criança, como acontece por meio dos sistemas de informação clássicos, mas seria preciso que essa informação fosse em tempo real, de tal maneira que possibilitasse um acompanhamento e uma proteção eficazes. Para tal, foi desenvolvida sob medida uma solução de *software* aliada a um modelo de *call center* de um monitoramento intensivo do pré-natal. O Programa Mães de Minas, como um todo, visa constituir um sistema de identificação para um rápido e completo conhecimento de todas as gestantes mineiras, além da utilização de um *call center* como ferramenta de interlocução direta com a gestante, sua família e com os serviços de saúde.

Os objetivos traçados foram traduzidos em módulos e funcionalidades que permitem que as informações necessárias para a tomada de decisão dos gestores de saúde sejam geradas de maneira mais rápida, efetiva e direcionadas. O desafio na criação dos módulos e funcionalidades do Programa Mães de Minas foi unir as necessidades do governo com as necessidades dos operadores do sistema – operadores de *call center* – e com as funcionalidades já existentes em um *software* de gestão hospitalar. O *software* foi dividido em duas grandes áreas: a de cadastro das gestantes, que coleta os dados básicos necessários para a correta inscrição da mulher no Programa do governo, e a de monitoramento dessas gestantes durante todo o período da gravidez. O principal desafio no acompanhamento das gestantes é que a cada período gestacional colhem-se informações distintas da monitorada, de maneira que

o governo passa a ter informações detalhadas sobre o estado de saúde de cada grávida em cada etapa da gravidez. Essas duas grandes áreas do sistema são então analisadas num processo de Business Intelligence (BI), que permite que haja a criação e análise de relatórios com todas as informações solicitadas pelo Estado.

Os dados colhidos e monitorados pelo sistema Mães de Minas permitem que análises possam ser feitas, por exemplo, em cima de gráficos georreferenciados, tendo como base o mapa do Estado de Minas Gerais. Com esse tipo de funcionalidade, consegue-se plotar graficamente qualquer informação acompanhada de maneira muito intuitiva, trazendo para o governo a facilidade de identificar graficamente o que está acontecendo, em tempo hábil, com as gestantes do Estado. Nesse contexto, Minas Gerais vem implantando, de forma inovadora e única no Brasil, uma ferramenta tecnológica específica destinada à identificação da gestante no território, com cadastro em uma base específica e acompanhamento sistemático mês a mês, além do acompanhamento do período puerperal e de todas as fases da criança até um ano – com o objetivo de longo prazo de conhecimento em tempo real das condições de saúde desta população e construção de políticas de saúde mais efetivas para a saúde da mulher.

A Rede Mães de Minas

Outra inovação foi o desenvolvimento de um *site* de conteúdo voltado para gestantes e mães mineiras, profissionais e gestores da saúde. Em uma primeira instância, o serviço fornece informações de educação em saúde sobre temas como gravidez, parto, pós-parto, amamentação e cuidados com o bebê, por meio de textos, vídeos e infográficos.

Seguindo as tendências atuais, oferece também como diferencial uma rede social que conecta mães, profissionais e gestores da saúde. Ela funciona como plataforma colaborativa para a educação exponencial, utilizando-se das facilidades de relacionamento e interatividade proporcionados pela ferramenta. A participante pode trocar informações e experiências com profissionais de saúde (moderadores sociais) e outras mães, como numa rede social comum, onde é possível publicar, curtir e compartilhar *posts*, *links* e fotos da barriga, das ecografias, do bebê etc.

Dentro da rede, há ainda várias funcionalidades que permitem o acompanhamento da gestação e pós-parto. À medida que se coletam dados das participantes, é fornecido a elas um retorno sobre essas informações, por exemplo, com o preenchimento de gráficos que permitem perceber a evolução do peso, da pressão arterial, glicemia e movimentos fetais.

Todas as informações fornecidas pelas mães são integradas com os dados provenientes da central de atendimento telefônico 155. Uma das principais vantagens da rede social é a criação de uma base de dados constantemente atualizada, que pode ser analisada e gerida pelos gestores, permitindo a tomada de decisões mais seguras e o desenvolvimento de políticas públicas para as gestantes e mães mineiras.

Instituição do Grupo de Trabalho para Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil - Óbito: “Evento Catastrófico”

Em março de 2013, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais definiu como evento catastrófico de notificação compulsória todos os óbitos maternos e óbitos infantis, com definição de ficha padrão, fluxos e responsabilidades, passando a ser notificados através do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). O objetivo é fazer com que a informação circule de forma mais ágil, contribuindo para análise em tempo oportuno, com definição de medidas para a redução da mortalidade materna, infantil e fetal em Minas Gerais.

Ao Grupo de Trabalho de Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil, que é intersetorial na SES/MG, competem ações, tais como: monitorar e avaliar processos e resultados das ações voltadas para redução da mortalidade materna, fetal e infantil no Estado; realizar diagnóstico situacional da mortalidade materna, fetal e infantil e de mulheres em idade fértil por causas presumíveis de morte materna; propor estratégias e ações intersetoriais em prol da redução da mortalidade materna e infantil no Estado, assim como propor medidas visando à melhoria da qualidade dos serviços de atendimento à saúde materno-infantil; recomendar ações que possibilitem correções de não conformidades, com as linhas-guia de cuidados durante a gravidez, ao parto puerpério e ao recém-nascido; identificar determinantes distais da mortalidade materna, fetal e infantil, relacionados com o ambiente de vivência das gestantes e dos recém-nascidos; caracterizar os aspectos ligados à assistência perinatal e do acompanhamento da criança no primeiro ano de vida, bem como os aspectos institucionais, sociais, econômicos e culturais que influem nos índices de mortalidade materna, fetal e infantil; identificar inconsistências nos indicadores de avaliação de processos e de resultados, e formular propostas para o aperfeiçoamento dos sistemas de informação relacionados com o nascimento, a morbidade, e aos óbitos maternos e infantis; aprimorar e qualificar os processos de informações associadas aos óbitos materno, fetal e infantil; emitir normas

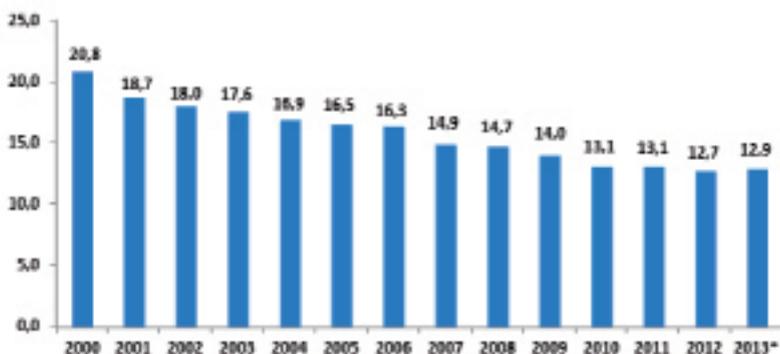
técnicas visando padronizar e aprimorar a situação dos Comitês Municipais e Hospitalares; criar processo e fluxo de trabalho para os Subgrupos de Trabalho de Análise de Dados.

Deriva-se desta ação, a reorganização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna e os de Mortalidade Infantil, por meio da reestruturação em um Comitê Estadual de Prevenção da Mortalidade Materna, Infantil e Fetal do Estado de Minas Gerais em um novo e único formato. Esses Comitês congregam as diversas instituições governamentais e da sociedade civil organizada que atuam em prol da saúde materna e infantil e têm por objetivo identificar a magnitude da mortalidade materna e infantil, seus determinantes e propor diretrizes ou medidas de intervenção para reduzi-las.

4. Os resultados alcançados

O Programa Viva Vida, estruturado por sua Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atenção, gerou bons resultados, contribuindo efetivamente para a queda da mortalidade materna e infantil no Estado de Minas Gerais na última década. Em 2002, a TMI era de 18 e, em 2012, foi inferior a 13 por mil nascidos vivos, enquanto a razão de Morte Materna caiu de 38,3 para 33,8 por cem mil nascidos vivos, no mesmo período, como mostram os gráficos 3 e 4.

Gráfico 3: Taxa de Mortalidade Infantil em Minas Gerais



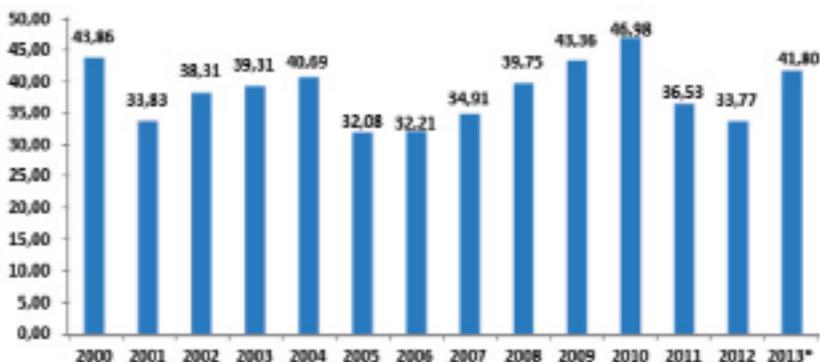
Fontes:

2000 à 2005: DATASUS/MS/SVS/DASIS - SINASC e SIM

2006 à 2013: SIM/CGSIS/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: (*) Dados Preliminares, atualizados em Setembro/2014, consultados em Setembro/2014.

Gráfico 4: Razão de Morte Materna em Minas Gerais



Fontes:

2000 à 2005: DATASUS/MS/SVS/DASIS - SINASC e SIM

2006 à 2013: SIM/CGSIS/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG

Nota: (*) Dados Preliminares, atualizados em Setembro/2014, consultados em Setembro/2014.

No que se refere aos pontos de atenção, em 2003, quando foi criado o Programa Viva Vida, havia 67 leitos de UTI Pediátricos e 224 leitos de UTI Neonatal, totalizando 291 leitos dessa natureza em Minas Gerais. Até o primeiro semestre de 2014, são 184 leitos de UTI Pediátricos e 529 leitos de UTI Neonatal, totalizando 713 leitos, um crescimento de 145%.

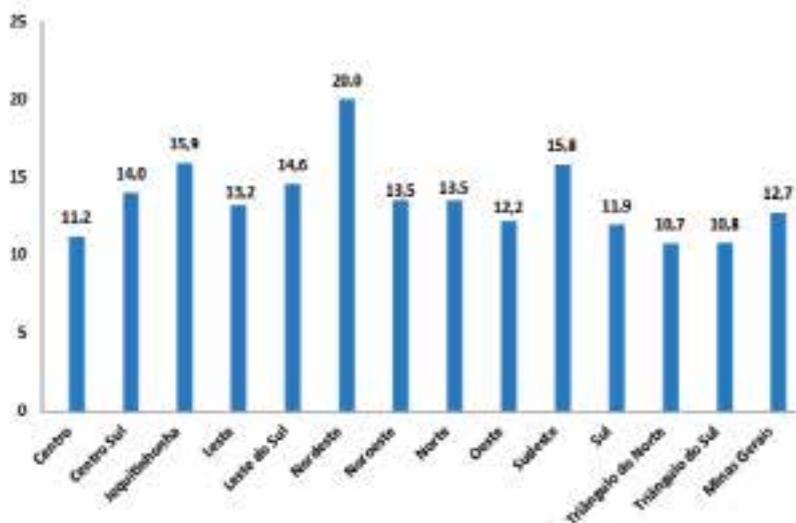
Além disso, desde a criação do Programa Viva Vida, foram implantados 28 Centros Viva Vida de Referência Secundária e 21 Casas de Apoio a Gestante, e 197 mil gestantes e 57 mil crianças foram cadastradas no Projeto Mães de Minas, até o primeiro semestre de 2014.

5. Os desafios

Apesar da impossibilidade de fazer associações diretas entre as mortalidades materna e infantil e o Programa Viva Vida, os avanços apresentados nos indicadores sugerem que a Rede Viva Vida apresentou impacto positivo para essas mortalidades, por meio de investimentos e iniciativas importantes na assistência à saúde da mulher e da criança em Minas Gerais nos últimos anos. A estruturação da Rede Viva Vida, com disponibilização de tecnologias essenciais para o aumento da sobrevivência no período neonatal, foi sem dúvida de grande importância para a queda das taxas, inclusive no período neonatal precoce.

Porém, altas taxas de mortalidade infantil ainda persistem, principalmente nas macrorregiões mais pobres, e refletem as diferenças socioeconômicas de renda, de acesso à água tratada e saneamento, de escolaridade, assim como o acesso a serviços qualificados de saúde. Ou seja, apesar do que já foi alcançado, diminuir o risco do óbito infantil continua a ser um enorme desafio. Em Minas Gerais, no ano de 2012, os números mais críticos de mortalidade infantil foram encontrados nas Macrorregiões do Nordeste (19,69) e Jequitinhonha (15,85), conforme o gráfico 5 indica.

Gráfico 5: Taxa de Mortalidade Infantil em Minas Gerais segundo Região Ampliada de Saúde - 2012



Fontes: SIM/CGSIS/DASS/SVEAST/SubVPS/SESMG (2014)

A fim de atingir níveis ideais de mortalidade materna infantil é importante reestruturar as estratégias para a redução dos índices dos indicadores, aprimorando as estratégias bem sucedidas e elaborando novas diretrizes de ação.

Uma nova ação a ser considerada é o levantamento de todos os pontos de atenção da Rede Viva Vida/Mães de Minas existentes no Estado de Minas Gerais, que viabiliza a adoção de medidas em tempo e locais adequados para a redução desses números. A operacionalização do mapeamento da Rede Viva Vida/Mães de Minas permite apontar os vazios assistenciais e, conseqüentemente, a necessidade de investimento nas Regiões de Saúde. Nessa perspectiva, é possível adotar estratégias resolutivas, tais como continuar a abertura de leitos de UTI Neonatal em Regiões de Saúde que

não possuem número adequado de maternidades de referência em Alto Risco, por exemplo. A partir desse estudo, é possível também definir o fluxo adequado da gestante e do neonato às instituições assistenciais, desde a atenção primária até a alta complexidade hospitalar, levando em consideração as perspectivas clínicas e territoriais e trazendo uma maior resolubilidade da assistência aos usuários.

Além disso, as questões relacionadas a recursos humanos em saúde ainda representam um desafio no que se refere a vazios assistenciais existentes em Regiões de Saúde, principalmente naquelas com índices mais críticos. Por isso, uma estratégia é aprofundar na política de recursos humanos em saúde, principalmente em se tratando de profissionais médicos.

Por fim, um desafio inerente a toda Rede de Atenção à Saúde é a interface entre os pontos de atenção, que devem ser integrados na lógica de cuidado de prevenção, promoção, cura e reabilitação na saúde, a fim de conferir maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos e aproveitamento da oferta assistencial disponível.

Referências Bibliográficas

MARQUES, Antônio Jorge de Souza; LOPES, Poliana Cardoso; MARTINS, Carla Carvalho. Gestão para Resultados na Área da Saúde em Minas Gerais: estratégias bem sucedidas. *VI Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília/DF, 2013. Disponível em: <<http://consad.org.br/vi-congresso-consad-trabalhos-apresentados/>>. Acesso em: 20 dez. 2013.

MENDES, Eugênio V. *As Redes de Atenção à Saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação SES nº 1.651 de 19 de novembro de 2013. Dispõe sobre a reorganização dos Comitês Estadual, Regionais, Municipais e Hospitalares de Prevenção de Mortalidade Materna e dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. *Análise da situação de saúde de Minas Gerais: identificação e priorização das principais causas relacionadas às condições de saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2012a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação SES nº 1.135 de 16 de maio de 2012. Estabelece normas gerais para implantação, implementação e manutenção de segunda opinião e monitoramento de pacientes graves em Unidades de Terapia Intensiva de Cuidado Neonatal por telemedicina. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2012b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 2.950 de 21 de setembro de 2011. Dispõe sobre a adesão dos municípios participantes do Programa Saúde em Casa ao Projeto Mães de Minas. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2011a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 3.044 de 7 de dezembro de 2011. Divulga os municípios participantes do Programa Saúde em Casa aptos a receber o incentivo financeiro relativo à adesão ao Projeto Mães de Minas. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2011b.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. *Mães de Minas: A vida merece esse cuidado*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011c.

MINAS GERAIS. Banco de Desenvolvimento de Minas Gerais. *Agenda de melhorias: caminhos para inovar na gestão pública*. Belo Horizonte: BDMG, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES-MG nº 1150 de 19 de abril de 2007. Regulamenta o incentivo financeiro complementar para custeio dos Centros Viva Vida, e estabelece outras providências. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2007.

SILVA, Naiara Abreu de Oliveira. *Programa Viva Vida: diagnóstico da evolução do sistema de monitoramento dos Centros Viva Vida de Referência Secundária*. 2012. Monografia (Graduação em Administração Pública). Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho, Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2012.

RESPOSTA DE MINAS GERAIS PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL E *DIABETES MELLITUS*: A REDE HIPERDIA MINAS

Lizziane d'Ávila Pereira
Vanessa do Carmo Silva

1. Introdução

As transições demográfica, nutricional e epidemiológica, identificadas já no século passado, determinaram um perfil de risco em que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se revelaram graves problemas de saúde pública. Tal fato está vinculado à elevada prevalência, ao alto custo social e ao grande impacto de sua morbimortalidade na população brasileira e mundial, impondo ônus crescente e preocupante para os governantes (BRASIL, 2006 a).

Entre tais afecções, tem papel de destaque a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), caracterizada por alterações no padrão circulatório, e o Diabetes Mellitus (DM), entendido como um estado hiperglicêmico de manifestação crônica (SILVEIRA *et al.*, 2011).

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) estima prevalência da HAS na ordem de 20% em sua população com idade igual ou superior a 20 anos, o que corresponde a aproximadamente 2.732.309 mineiros. Destes, 25% apresenta alto grau de risco cardiovascular, segundo estratificação de risco utilizada por esta instituição (MINAS GERAIS, 2013).

A HAS representa um fator de risco independente, linear e contínuo para diversas doenças, tanto cardíacas quanto vasculares, sendo responsável por índices de mortalidade da ordem de 40% por acidente vascular cerebral, 25% por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006 b).

Em relação à DM, a SES/MG trabalha oficialmente com a estimativa de que 10% da população com idade igual ou superior a 20 anos seja diabética, o que corresponde a 1.366.154 mineiros. Destes, 30% apresenta

controle metabólico ruim, conforme critérios técnicos utilizados pela SES/MG (MINAS GERAIS, 2013).

A DM também provoca inúmeras complicações no adulto, como a doença arterial coronariana, doença vascular periférica, acidente vascular cerebral, neuropatia diabética, amputação, doença renal crônica e cegueira (MINAS GERAIS, 2013). A título de exemplo, espera-se que entre 30% e 45% dos diabéticos tenha retinopatia diabética e entre 20% e 35% desenvolva neuropatia diabética, após 15 anos de evolução da doença (BRASIL, 2006c).

Sabe-se que o controle dos agravos dessas duas condições crônicas passa pela adoção de um estilo de vida saudável, como a prática de atividades físicas, controle do peso corporal e alimentação balanceada. Nesse sentido, acredita-se que o número de indivíduos acometidos por HAS e/ou DM tende a aumentar, considerando o aumento da expectativa de vida da população e a persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo e do crescente número de indivíduos em obesidade (SILVEIRA *et al.*, 2011).

Destaca-se que tais condições acabam gerando grande transtorno à sociedade em geral, não apenas pelo ônus financeiro do tratamento, mas também pela redução da qualidade de vida e produtividade do indivíduo acometido (BRASIL, 2002).

Torna-se premente a necessidade do desenvolvimento de ações estratégicas destinadas à organização da atenção à saúde prestada à população, por meio do estímulo a ações de promoção, prevenção, identificação e acompanhamento dos casos de HAS e DM.

Com vistas a responder a essa demanda sanitária, o Estado de Minas Gerais iniciou a estruturação da Rede Hiperdia Minas, buscando planejar e integrar as ações do sistema de saúde, nos diferentes níveis de atenção, para reduzir os fatores de risco e a morbimortalidade pela HAS e/ou DM, e suas complicações, priorizando a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico precoce e a atenção programada de qualidade aos usuários portadores destas condições crônicas (ALVES JUNIOR *et al.*, 2010).

A Rede Hiperdia Minas tem suas ações coordenadas por meio do Programa Hiperdia Minas, que foi oficialmente criado em 7 de dezembro de 2010, por meio da Resolução SES/MG nº 2.606 (MINAS GERAIS, 2010 a).

2. A Rede Hiperdia Minas

2.1. Fundamentação

No cenário mineiro, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), caracterizadas pela Portaria Ministerial nº 4.279/2010 como “arranjos organizativos de ações

e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”, têm sido implantadas e priorizadas para dar resposta aos principais problemas de saúde da população (BRASIL, 2010).

O estudo “Análise de Situação de Saúde de Minas Gerais” realizado pela SES/MG em 2010 revela que a situação de saúde é determinada por mudanças demográficas, alterações nos padrões de consumo e nos estilos de vida e urbanização acelerada. Evidencia-se uma rápida transição demográfica e um processo prolongado de transição epidemiológica, caracterizado pelo aumento das doenças não transmissíveis e das causas externas e da mortalidade delas decorrentes, bem como pela redução da incidência de doenças transmissíveis e dos óbitos por elas causados (MINAS GERAIS, 2010b).

O “Estudo de Carga de Doença” encomendado pela SES/MG à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), buscando conhecer as estimativas de carga de doença e de seus componentes de morbimortalidade por região ampliada de saúde do Estado, aponta um cenário de tripla carga de doenças.

Para o componente de morbidade, o estudo destaca que mais de 3/4 da carga de doenças no Estado é determinada pelo grupo das DCNT, o qual é fortemente influenciado pela hipertensão e pelo diabetes. Já no componente de mortalidade, aponta que entre as 10 principais causas de mortalidade no sexo masculino, quatro são relacionadas à HAS e/ou ao DM e, no sexo feminino, essas causas ocupam as quatro primeiras posições (ENSP/FIOCRUZ, 2011).

Diante do cenário caracterizado por uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas, Mendes (2011) afirma que se faz necessário romper com o modelo de atenção à saúde fragmentado, voltado principalmente para as condições agudas, e de se construir um modelo integrado, dirigido equilibradamente para as condições agudas e crônicas, o que exige a implantação das RAS e a utilização de um modelo de atenção voltado às condições crônicas (MACC).

Assim, em Minas Gerais a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos está organizada pela Rede Hiperdia Minas. Esta Rede está vinculada à estratégia do Governo Mineiro, o que pode ser verificado por sua inserção como um Programa Associado dentro da área de resultado Vida Saudável, no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), para o período de 2003-2020.

Durante a revisão do PMDI para o período de 2007-2023, a Rede Hiperdia aparece como uma das iniciativas dentro do Programa Estruturador Regionalização da Atenção à Saúde, buscando responder ao problema da elevada mortalidade por doenças do aparelho circulatório e diabetes.

Posteriormente, com a nova revisão do PMDI para o período de 2011-2030, o governo foi dividido em onze Redes de Desenvolvimento, tendo a inserção da SES/MG na Rede de Atenção em Saúde, e a Rede Hiperdia Minas se torna uma das cinco redes prioritárias de atenção à saúde.

Vale ainda mencionar que no planejamento estratégico da SES/MG, a Rede Hiperdia Minas aparece como importante estratégia para alcançar dois objetivos finalísticos presentes no Mapa Estratégico da SES/MG 2012-2015, a saber: melhorar a qualidade de vida da população, reduzindo as principais causas de incapacidade; e ampliar a longevidade da população, reduzindo as principais causas de mortalidade (MINAS GERAIS, s/d a).

Ademais, no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, a Rede Hiperdia Minas aparece como uma resposta social aos desafios oriundos da transição demográfica, epidemiológica e nutricional, vinculada à diretriz ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida da população mineira (MINAS GERAIS, s/d b).

2.2. O Programa Hiperdia Minas

O Programa Hiperdia Minas foi criado com a missão coordenar a estruturação da Rede de Atenção à Saúde da população com hipertensão arterial sistêmica (HAS), doenças cardiovasculares (DCV), diabetes mellitus (DM) e doença renal crônica (DRC) em Minas Gerais, por meio de sistema regionalizado e integrado de ações em saúde (MINAS GERAIS, 2010a).

O Programa tem como objetivos: formular, regular e fomentar ações voltadas para a redução dos fatores de risco para o desenvolvimento da HAS, DCV, DM e DRC; melhorar a qualidade de vida e ampliar a longevidade da população, por meio de intervenções capazes de diminuir a morbimortalidade por HAS, DCV, DM e DRC; e qualificar os profissionais da rede pública de atenção à saúde para ofertar atenção integral aos portadores de HAS, DCV, DM e DRC (MINAS GERAIS, 2010a).

Vale ressaltar que a atenção prevista para a população com DCV e DRC pela estruturação da Rede Hiperdia Minas se dá apenas quando estas duas patologias são produtos de complicações decorrentes da HAS e/ou do DM.

Dessa forma, o programa configura-se como a principal estratégia do Governo de Minas para estruturação da Rede Hiperdia Minas, no intuito de fornecer um atendimento de qualidade aos usuários com HAS e/ou DM na rede pública de serviços de saúde do Estado.

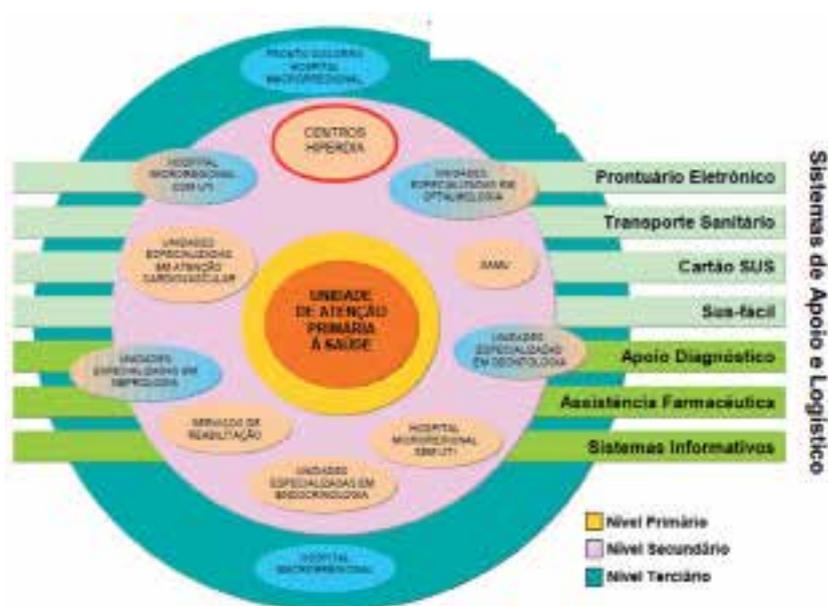
2.3. Estruturação da Rede Hiperdia Minas

A estruturação da Rede Hiperdia foi a estratégia criada na busca de romper com uma situação caracterizada pela acentuada fragmentação da

assistência, pelo fluxo desordenado de usuários entre os diversos pontos de atenção, pela restrição de acesso às ações de saúde fundamentais para o diagnóstico e tratamento oportunos dos casos e por estratégias de atenção ineficientes, sem protocolos clínicos bem estabelecidos e sem priorização de pacientes segundo grau de risco apresentado (ALVES JUNIOR *et al.*, 2010).

Nessa lógica, a estruturação dessa RAS exige que os serviços de atenção primária (APS), secundária e terciária, bem como os sistemas de apoio e logísticos funcionem adequadamente, a fim de proporcionar uma atenção de qualidade, conforme demonstrado na representação esquemática:

Figura 1: Rede assistencial de Hipertensão e Diabetes



Fonte: Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes – SES/MG (2014)

No âmbito da APS, a Rede Hiperdia Minas ancora-se na linha-guia, que compreende as diretrizes clínicas direcionadas à abordagem dessas condições de saúde e determina a organização da assistência – competências da APS, atribuições profissionais e a atenção programada. Esse ponto de atenção é reconhecido como centro de comunicação que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema (ALVES JÚNIOR, 2011).

Em relação à atenção secundária, a principal estratégia para enfrentamento das condições crônicas de saúde tem sido a implantação de centros de referência secundária para os hipertensos e diabéticos, denominados

têm como proposta para o cuidado a atenção programada e multiprofissional (com a prática de tecnologias leves), a elaboração de plano de cuidado individualizado, interdisciplinar e compartilhado com a APS, bem como a responsabilização do usuário pelo seu cuidado, com a proatividade do usuário e o estabelecimento e monitoramento de metas, além da avaliação dos pés de todos os usuários diabéticos atendidos.

Os hospitais macrorregionais, com maior potencial de resolutividade e capacidade de resposta a situações complexas, e os prontos-socorros desses hospitais são os pontos de atenção terciária que têm relação direta com a assistência prestada à saúde dos pacientes portadores de HAS e DM. Esse nível de atenção oferece ações mais especializadas com maior complexidade tecnológica, e, via de regra, são demandados pela rede de Urgência e Emergência, em eventos de agudização da condição crônica (MINAS GERAIS, 2010a).

Os sistemas de apoio abrangem os serviços prestados nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde afins. Já os sistemas logísticos são compostos pelo cartão de identificação dos usuários, pelo prontuário clínico e pelos serviços de regulação e de transporte em saúde (MINAS GERAIS, 2010a). Cabe mencionar que, para estes dois sistemas, as ações desenvolvidas para potenciá-los e colocá-los à disposição da Rede se dá de forma integrada com outros setores da SES/MG.

2.4. Principais Resultados

Nos últimos anos, observa-se que a Rede Hipertensão Minas, que se encontra em processo de estruturação, vem alcançando resultados importantes para o sistema de saúde. Entre as principais ações realizadas, destacam-se:

- Implantação/manutenção de 15 CHDM, cobrindo 24 regiões de saúde (cerca de 22,9% da população mineira é potencialmente beneficiada pelos serviços prestados pelo CHDM)¹;
- Três CHDM em processo de implantação, que tem a proposta de cobrir as regiões de saúde de Campo Belo/Santo Antônio do Amparo, Pará de Minas e Januária.
- Publicação da 3ª edição da Linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica, com a previsão de distribuição para os 853 municípios;

¹ Informação fornecida por Karina Xavier Rocha de Oliveira, referência técnica da Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes.

- Ação educacional direcionada aos profissionais de atenção primária abordando as diretrizes clínicas contidas na linha-guia (presencial e a distância);
- Investimento de R\$ 4.273.846,00 no ano de 2012 para fortalecimento da Rede Hiperdia Minas no âmbito do Programa Saúde em Casa, com a bonificação e premiação de municípios vinculada ao cadastro de hipertensos e/ou diabéticos;
- Elaboração das diretrizes operacionais e protocolos clínicos para acompanhamento dos hipertensos e diabéticos nos CHDM;
- Ação educacional direcionada aos profissionais do CHDM para utilização dos protocolos clínicos;
- Fortalecimento das referências técnicas das Unidades Regionais de Saúde no que tange à Rede Hiperdia Minas, por meio da elaboração do “Manual de Apoio à Gestão Regional da Rede Hiperdia Minas” e capacitação presencial;
- Revisão dos atos normativos relacionados à Rede Hiperdia Minas, o que proporcionou ganhos como a ampliação da carteira básica do CHDM com a inserção de três profissionais (educador físico, farmacêutico clínico e fisioterapeuta); previsão da gratificação aos CHDM na tentativa de reconhecer o esforço empreendido no fortalecimento da Rede Hiperdia Minas, sendo o montante da gratificação composto pelo recurso descontado dos CHDM que não lograram êxito no cumprimento de todas as metas a que estava sujeito nas três apurações do ano, após resultado da reunião da Comissão de Acompanhamento no sistema Gerenciamento de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM); dedução no valor de repasse ao CHDM diante da ausência de profissionais que compõem a carteira ampliada; revisão dos critérios de avaliação dos CHDM (Resoluções SES/MG nº 4.186/2014; 4.187/2014 e 4.188/2014);
- Avaliação anual dos CHDM, impactando no repasse dos recursos financeiros por desempenho;
- Reconhecimento dos serviços de atenção secundária existentes no território para realização das ações e rotinas preconizadas pelo Programa Hiperdia Minas (prevista na carteira do CHDM), com a proposta de financiamento dos mesmos (Resolução SES/MG nº 4.250/2014).

Como resultado finalístico, destaca-se a diminuição considerável que vem acontecendo em relação às taxas de internação por Acidente Vascular Cerebral (de 8,61 em 2007 para 7,65 em 2013) e por DM (de 8,5 em 2007 para

6,97 em 2013)², indicadores que são acompanhados quadrimestralmente no sistema GEICOM, impactando no valor do custeio repassado aos CHDM.

Outro destaque está vinculado à publicação pela Organização Pan-Americana de Saúde, em 2011, da obra “Consolidando a Rede de Atenção às Condições Crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais”, apontando resultados favoráveis, como por exemplo, a organização da assistência aos usuários diabéticos que possibilitou uma economia de aproximadamente R\$ 200 mil para a rede pública, além de melhorar a qualidade da atenção prestada.

Pode-se ainda apontar a implantação e desenvolvimento do Laboratório de Inovação de Atenção às Condições Crônicas (LIACC) no município de Santo Antônio do Monte, por meio de uma cooperação técnica interinstitucional entre a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), SES/MG e Prefeitura Municipal.

Assim, no decorrer dos últimos anos, resultados positivos em termos de organização da rede e no que se refere à satisfação do usuário e dos profissionais envolvidos com o modelo de atenção às condições crônicas adotado pela SES/MG vêm sendo obtidos pela estruturação da Rede Hiperdia Minas.

3. Uma agenda para o futuro

Apesar dos inúmeros avanços alcançados pela Rede Hiperdia Minas nos últimos anos, verifica-se que a mesma ainda encontra-se em fase de estruturação e maturação. São notórios os avanços na implantação do Programa Hiperdia Minas na implantação e implementação dos CHDM – um dos pontos de atenção da rede –, mas ainda há outras questões a melhor equacionar.

Considerando que a RAS é constituída por três elementos fundamentais - população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde -, muitos ainda são os desafios para a gestão para a consolidação da Rede Hiperdia Minas, o que implica uma agenda que priorize as seguintes estratégias:

- Fortalecer a atenção primária, possibilitando às equipes de saúde o adequado manejo clínico, desde o rastreamento, cadastro, estratificação de risco, programação da atenção, tratamento, sem prejuízo das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos;
- Ampliar o número de CHDM, priorizando as regiões de saúde com maiores necessidades;

² Informação fornecida por Rafael Conrado Pinto, referência técnica da Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes.

-
- Promover a integração dos CHDM com os demais serviços de atenção secundária, visando práticas complementares e não concorrentes;
 - Estabelecer a interface com a atenção terciária, definindo o fluxo e a modelagem para o atendimento;
 - Fortalecer o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e de assistência farmacêutica, garantindo acesso aos exames e medicamentos previstos nas diretrizes clínicas;
 - Fortalecer o sistema logístico, especialmente em relação ao transporte dos usuários nos casos de tratamento fora de domicílio;
 - Fortalecer o sistema de governança;
 - Fortalecer a abrangência regional dos serviços vinculados à atenção secundária e terciária;
 - Estimular a mudança de cultura dos gestores, profissionais de saúde e população sobre a organização dos serviços baseada na atenção aos agudos e financiamento por produção;
 - Consolidar novas práticas de intervenção sanitária compatíveis com a prevalência e cronicidade das condições clínicas manejadas pela Rede Hiperdia Minas (abordagem populacional; atendimento multiprofissional contínuo, em grupo e por leigos; atendimento não presencial etc.);
 - Articular com outras Secretarias para o desenvolvimento de ações intersetoriais, reconhecendo o conceito ampliado de saúde;
 - Monitorar, supervisionar e avaliar a implantação e implementação dos serviços vinculados à Rede Hiperdia Minas no Estado, colaborando para a implantação de ações adequadas à realidade mineira;
 - Colaborar na definição de parâmetros assistenciais referentes ao processo de diagnóstico de complicações;
 - Garantir a adequada referência de usuários da atenção primária para a secundária e desta para a terciária, assim como a contrarreferência de usuários para a atenção primária, com um plano de cuidado devidamente estabelecido;
 - Promover e/ou articular a educação permanente em saúde dos profissionais que atuam nos diferentes pontos de atenção da Rede Hiperdia Minas, utilizando inclusive o Canal Minas Saúde;
 - Promover o acesso dos hipertensos e diabéticos mais complexos aos serviços especializados requeridos por sua condição de saúde;
 - Fomentar parcerias com projetos de telessaúde para aprimoramento do atendimento ofertado aos hipertensos e diabéticos nos diferentes pontos de atenção da Rede Hiperdia Minas;
 - Fomentar parcerias com sociedades científicas, conselhos de classe e universidades para o aprimoramento de ações realizadas pela Rede Hiperdia Minas;

- Elaborar projeto básico padrão para os CHDM, definindo a estrutura física mínima e a carteira de equipamentos por ambiente;
- Rever a metodologia de pactuação do quantitativo de procedimentos a serem realizados por cada CHDM diante do distanciamento entre o previsto (que considera a prevalência e a capacidade de abrangência do serviço) e o executado, verificando os entraves e as medidas de solução;
- Rever a metodologia de custeio dos CHDM, mantendo a lógica de gestão por resultados, mas primando por um diferencial no aporte financeiro em relação ao cumprimento dos critérios quantitativos e qualitativos;
- Rever o protocolo clínico elaborado para o CHDM, inserindo as questões específicas para os três novos profissionais que integraram a carteira básica: educador físico, farmacêutico clínico e fisioterapeuta.

Considerando ainda o previsto no Plano Estadual de Saúde 2012-2015, tem-se o desafio da implementação da Rede Integrada de Condições Crônicas de Saúde de Minas Gerais. Para tanto, faz-se necessário a modelagem da política de atenção às condições crônicas e o desenho da proposta de financiamento, zelando pelo envolvimento tripartite e a participação do controle social e a discussão de como esta Rede irá relacionar com o modelo hoje vigente das redes prioritárias (MINAS GERAIS, s/d b).

Referências Bibliográficas

ALVES JÚNIOR, A. C.; BESSA, A. H. F. B.; PEREIRA, F. S.; SANTOS, L. G.; LISBOA L.; CASTANHEIRA, M. F. Rede Hiperdia: saúde cardiovascular ao alcance dos mineiros. In: MARQUES, A. J. S; MENDES, E. V.; LIMA, H. O. *O Choque de Gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

ALVES JÚNIOR, A.C. *Consolidando as Redes de Atenção às Condições Crônicas: experiência da rede Hiperdia de Minas Gerais*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais* (Cadernos de Atenção Básica: 14). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Hipertensão arterial sistêmica* (Cadernos de Atenção Básica: 15). Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diabetes Mellitus* (Cadernos de Atenção Básica: 16). Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 2010.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA/FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. *Relatório Final do Projeto Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais, 2005*. Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença. ENSPTec – Tecnologias em Saúde para Qualidade de Vida, 2011.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 2.606, de 07 de dezembro de 2010. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2010a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Análise de situação de saúde - Minas Gerais 2010*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Planejamento Estratégico 2012-2015*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, s/d (a).

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Estadual de Saúde 2012-2015*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, s/d (b).

SILVEIRA, R.E.; BORGES, M.R.; SANTOS, A.S.; MIRANDA, T. C. (Re)estruturação de atendimentos do programa Hiperdia em uma USF do interior mineiro. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 8, n. 52, p. 191-194, ago./set. 2011.

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE MINAS GERAIS

Gabriela Cintra Januário
Mônica Farina Neves Santos
Karina Antunes
Carlos Humberto Ornelas Oliveira
Cristina Guzmán Siácara
Mauro Souza Ribeiro

1. Introdução

A assistência à saúde da pessoa com deficiência tem passado por uma reestruturação significativa nos últimos anos. Ao partir do foco na Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora do cuidado, e contemplando ainda a atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional e interprofissional e os direitos das pessoas com deficiência, a assistência deixa de ter um caráter de dispensação de órteses e próteses, característica do início dos anos 2000, e evolui para a organização da Rede de Atenção à Saúde.

A organização da atenção à saúde da pessoa com deficiência até meados de 2012 era categorizada por modalidades de deficiência: auditiva, visual, física, intelectual e assistência ao paciente estomizado. Em abril de 2012 foi regulamentada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, promovendo maior integração entre essas modalidades, com a instituição dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) (BRASIL, 2012a).

De acordo com dados do IBGE (2010), 6,9% da população mineira possui grande dificuldade ou incapacidade em pelo menos uma das deficiências. Ao se considerar alguma dificuldade visual, auditiva, intelectual ou motora, esta proporção sobe para 30% da população.

Tais dados reforçam a necessidade de investimento em políticas públicas para atenção à pessoa com deficiência.

Tabela 1: População com deficiência em Minas Gerais

Característica	Deficiência			
	Visual	Auditiva	Motora	Mental/ Intelectual
Não consegue de forma alguma	45.015	32.355	78.615	
Grande dificuldade	591.313	199.251	404.448	300.676
Alguma dificuldade	2.703.412	769.738	895.153	
Total	3.339.740	1.001.344	1.378.216	300.676

Fonte: IBGE (2010)

Em 2013, o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência definiu a proposta de implantação da Rede em Minas Gerais, contemplando principalmente a ampliação dos pontos de atenção em seu componente especializado (MINAS GERAIS, 2013a).

2. A reabilitação física

Entende-se por deficiência física a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, neurológica e/ou sensorial, apresentando-se sob a forma de plegias, paresias, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 2014a).

A assistência à pessoa com deficiência física foi organizada no ano de 2001 pela necessidade de garantir a esses indivíduos uma atenção especializada nos vários níveis de complexidade, através de serviços especializados, hierarquizados e regionalizados, por intermédio de equipe multiprofissional, baseada nos princípios da universalidade e integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2001).

Foi a partir desta política, hoje não mais em vigor, que o Estado de Minas Gerais passou a ser responsável pela organização e implantação da Rede Estadual de Assistência à Pessoa com Deficiência Física, facilitando o acesso equitativo aos usuários, através da habilitação de 20 Serviços de Atenção Especializada em Reabilitação Física, em modalidade única, de forma regionalizada.

Com a instituição da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, houve a ampliação dos serviços responsáveis pelo atendimento à pessoa com deficiência física, não mais em modalidade única, mas como Centros Especializados em Reabilitação (CER). Em dezembro de 2013, o Ministério da Saúde habilitou 11 CER, sendo que 10 possuem a modalidade de Reabilitação Física.

Atualmente a Rede de Cuidados possui 29 Serviços de Atenção Especializada em Reabilitação Física, sendo 19 em modalidade única e 10 Centros Especializados em Reabilitação, distribuídos conforme mapa abaixo:

Figura 1: Distribuição dos Serviços de Atenção Especializada em Reabilitação Física



Fonte: PDR-MG (2014)

O Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência prevê, até o ano de 2018, a habilitação escalonada de Serviços de Atenção Especializada em Reabilitação Física, como CER, em todas as 77 regiões de saúde do Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013a).

Os Serviços de Atenção Especializada em Reabilitação Física são responsáveis pela avaliação multiprofissional e reabilitação/habilitação clínica e funcional, pautada na individualidade do usuário, sendo capaz de dialogar com suas necessidades de saúde, domésticas e laborais. A participação da família é fundamental no processo de habilitação/reabilitação, devendo o profissional de saúde prover todas as informações necessárias para o bom entendimento da condição atual, bem como as etapas que compõem a terapêutica construída. Além disso, os Serviços são responsáveis pela indicação e orientação para o uso de tecnologia assistiva (órgenes, próteses e meios auxiliares de locomoção), devendo considerar o ganho funcional do usuário, orientando-o para que haja eficiência na realização de atividades de sua rotina diária e consequente aceitação dos recursos como coadjuvantes no processo de sua reabilitação (BRASIL, 2014).

Embora a atenção à pessoa com deficiência física esteja sendo ampliada no Estado de Minas Gerais, ainda se enfrentam desafios, como a insuficiência de recursos para atender a demanda de usuários que necessitam de tecnologia assistiva. Hoje, a Rede de Cuidados possui um investimento do Governo Federal para a dispensação de órgenes, próteses e meios auxiliares de locomoção, da ordem de R\$ 9 milhões por ano. Porém, considerando o aumento dos casos de doenças crônicas não-transmissíveis (diabetes, doenças cardiovasculares, câncer) e das lesões por acidentes rodoviários, lesões ocupacionais e da violência, que

contribuem efetivamente para as deficiências, o Estado tem necessitado de incremento financeiro para este fim (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012).

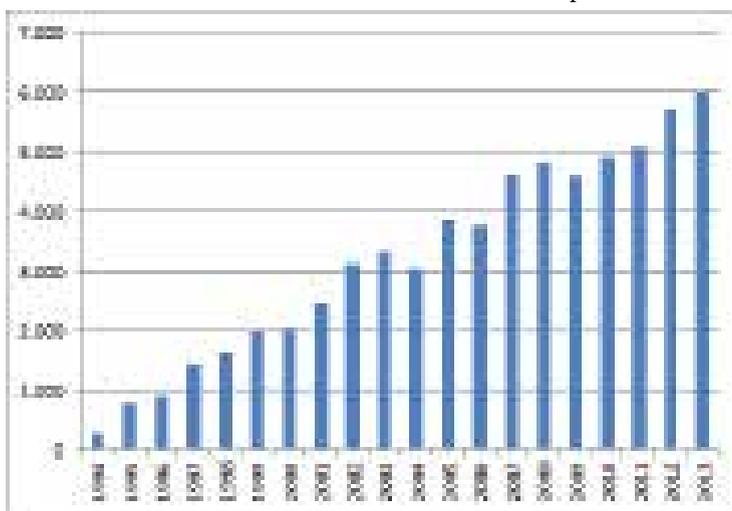
Como perspectiva, pode-se considerar também a necessidade de se aumentar e melhorar a densidade tecnológica dos Serviços de Atenção Especializada em Reabilitação Física, para que eles possam prestar atendimento ao usuário com qualidade, eficiência e resolutividade.

3. A reabilitação do estomizado

Estoma ou estomia indica uma condição orgânica resultante de intervenção cirúrgica realizada para reestabelecer a comunicação entre uma víscera/órgão e o meio externo, compensando seu funcionamento afetado por alguma doença ou condição de saúde (CALATAYUD *et al.*, 2005). Os estomas de eliminação recebem nomes diferenciados dependendo do segmento corporal de onde provém, como, por exemplo, colostomia, ileostomia e jejunostomia, referindo-se aos estomas intestinais, e urostomia, para os estomas urinários.

O constante aumento da incidência de uma variedade de doenças ou condições de saúde nas quais os estomas de eliminação podem ser indicados, tais como as doenças crônico-degenerativas, entre elas o câncer, a Doença de Chagas, as doenças inflamatórias, mal formações congênicas, traumas abdômino-perineais, doenças neurológicas e outras, gerou o conseqüente aumento da prevalência de pessoas estomizadas ao longo do tempo. Em Minas Gerais, observou-se um grande aumento do número de pessoas estomizadas cadastradas para atendimento na rede de serviços (Gráfico 1).

Gráfico 1: Número de pacientes cadastrados para atendimento mensal nos SASPO do SUS-MG, por ano



Fonte: SES-MG (2013)

Independentemente de suas características a realização da estomia é sempre um acontecimento traumático, pois ela acarreta mudanças que repercutirão em todos os níveis da vida da pessoa (BELLATO *et al.*, 2006). A organização da rede de atenção à saúde deve ter como objetivo a reabilitação da pessoa com estoma, considerando que esta clientela necessita de atendimento sistematizado e multiprofissional especializado, em locais com recursos físicos específicos adequados, desde a etapa pré-operatória (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS, 2005).

Neste sentido, estabeleceram-se diretrizes estaduais para a assistência ao estomizado, definindo, entre outros aspectos: 1) equipe multiprofissional mínima para o serviço ambulatorial; 2) infraestrutura física e equipamentos permanentes necessários para a realização de uma assistência adequada; e 3) repasse de incentivo financeiro no valor de 15 mil reais para adequação da infraestrutura física das unidades e aquisição de equipamentos permanentes (MINAS GERAIS, 2007), totalizando 345 mil reais repassados entre 2008 e 2009. Estas ações favoreceram a implementação da política definida dois anos mais tarde, que estabeleceu as diretrizes nacionais para a assistência à saúde das pessoas estomizadas (BRASIL, 2009).

Outra frente de trabalho realizada em prol dos estomizados é a aquisição de bolsas coletoras e adjuvantes para contensão das fezes e urina. Foi instituída uma comissão técnica, para avaliar o desempenho e eficiência dos 130 tipos diferentes de bolsas e adjuvantes padronizados, que são adquiridos pela SES-MG e fornecidos aos usuários atendidos nos serviços ambulatoriais. Em 2013 foram investidos 12 milhões de reais na compra destes produtos, com recursos provenientes dos governos estadual e federal. Neste aspecto, apresenta-se o desafio de descentralizar os recursos para a aquisição desses produtos, mantendo o fornecimento de bolsas de qualidade com preços acessíveis.

Considerando-se a necessidade de qualificação das equipes envolvidas na assistência aos estomizados, realizou-se curso na modalidade Educação a Distância (EaD), que contou com a participação de aproximadamente 1500 profissionais, entre enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, dos serviços de atenção primária, secundária e terciária da rede. Outro curso presencial de 16 horas/aula, realizado nas regiões de saúde do Estado, capacitou cerca de 300 enfermeiros para o cuidado a essa clientela. Complementando essas ações, um manual de Atenção à Saúde das Pessoas Estomizadas encontra-se *no prelo* com previsão de publicação ainda em 2014. Manter e ampliar ações de capacitação das equipes e proporcionar formação especializada aos enfermeiros que atuam nos serviços são ações propostas para a próxima gestão.

A organização desta rede de serviços constitui constante desafio tanto para a gestão quanto para os profissionais que atuam na assistência. Um estudo recente realizado em Minas Gerais apontou para a necessidade de superação da lógica de organização de serviços pautados na distribuição de bolsas e adjuvantes, para uma lógica de serviços articulados em rede que tenham como objetivo a reabilitação plena e precoce das pessoas com estomas (MORAES *et al.*, 2014). Além disso, é necessário promover uma efetiva articulação dos serviços hospitalares na rede, com vistas a garantir que o paciente tenha seu processo de reabilitação iniciado na etapa pré-operatória, desde o momento em que se considera a possibilidade de realização de um estoma, além de ter continuidade no trans e pós-operatório imediato, mediato e tardio, quando recebe alta hospitalar e passa a realizar o autocuidado.

4. A reabilitação visual

Em Minas Gerais, a implantação dos serviços de reabilitação visual iniciou-se em 2008, com a habilitação de quatro unidades, nos respectivos municípios: Belo Horizonte, Juiz de Fora, Conselheiro Lafaiete e Uberaba (BRASIL, 2008).

Com a implantação da Rede de Cuidados, houve a ampliação da atenção ao deficiente visual com a habilitação de CER com modalidade de deficiência visual. O Plano de Ação pactuou mais 17 pontos de atenção, incorporados aos CER, o que viabilizará melhor acesso à assistência especializada nas 13 Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais. Em agosto de 2014, somam-se seis pontos de atenção com previsão de mais três até o final do ano. As demais habilitações estão previstas até o final de 2018.

De acordo com o Relatório Mundial Sobre a Deficiência (2011), estudo realizado no Canadá indicou “problemas de visão” como problemas de saúde mais comuns associados às deficiências.

A deficiência múltipla, presença de duas ou mais deficiências no mesmo indivíduo, tem importância crescente na população infantil cega ou com baixa visão. As afecções associadas podem ser motoras, sensoriais, cognitivas ou doenças crônicas que afetam o desenvolvimento, a educação e a vida independente. Estima-se que entre 30% e 70% da população infantil com deficiência visual grave apresenta outras deficiências associadas (BRASIL, 2012b).

A prevalência de doenças oculares que levam ao comprometimento da resposta visual cresce com o avanço da idade e taxas maiores de cegueira e baixa visão são observadas com o aumento da vida média da população. Na população com mais de 50 anos de idade, as principais causas de cegueira são a catarata, o glaucoma, a retinopatia diabética e a degeneração macular relacionada à idade (BRASIL, 2014).

Para os próximos anos de gestão no SUS-MG, tem-se como desafio a unificação da política de atenção ao neonato, dados os avanços que o Estado de Minas Gerais alcançou no teste do pezinho e no teste da orelhinha, não possuindo ainda, nenhuma diretriz assistencial que garanta a assistência em intervenção precoce no componente ocular. Torna-se também importante a organização e a expansão da rede de oftalmologia, que tem papel fundamental na assistência diagnóstica complementar à Rede de Cuidados.

5. A reabilitação auditiva

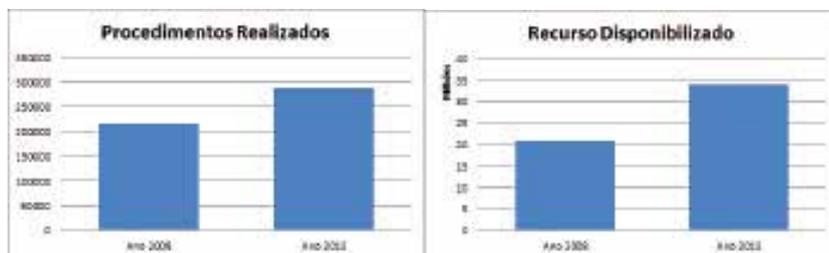
A Rede Estadual de Saúde Auditiva foi organizada a partir da Política Nacional de Saúde Auditiva (BRASIL, 2004). De 2004 a 2012, foram habilitados 16 Serviços de Atenção à Saúde Auditiva, responsáveis pelo diagnóstico audiológico com equipe multiprofissional; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual; bem como acompanhamento e terapia fonoaudiológica. Em 2009, foram habilitados quatro Serviços de Implante Coclear, responsáveis também pela execução da cirurgia de implante coclear.

Com o objetivo de descentralização das ações de menor complexidade e da regulação do acesso, foram criados dois novos órgãos estruturadores da Rede Estadual: o Fonoaudiólogo Descentralizado, que tem por objetivo acolher e reabilitar os usuários de seu município ou de municípios referenciados; e a Junta Reguladora de Saúde Auditiva, que visa à inclusão dos usuários dos municípios que compõem a região de saúde na rede, bem como à regulação, ao controle, à avaliação e ao acompanhamento técnico. A criação desses órgãos foi uma inovação na descentralização das ações e da regulação da rede que ocasionou melhora no atendimento, maior identificação dos casos novos e promoção da equidade de acesso aos pontos de atenção do componente especializado.

Tendo como foco a integralidade e a regionalização, os procedimentos foram organizados em duas carteiras de serviço de saúde auditiva, denominadas de “cotas”, com o intuito de favorecer o acesso dos usuários a todos os procedimentos de média e de alta complexidade. Essas cotas foram pactuadas na Programação Pactuada Integrada e distribuídas entre os 853 municípios do Estado, de forma que todos os municípios dispusessem de um serviço de referência em atenção à saúde auditiva para atendimento de sua população (MINAS GERAIS, 2012).

Tais mudanças geraram um aumento de mais de 30% na oferta desses serviços nos últimos cinco anos (2008 a 2013) e um incremento de mais de 60% nos recursos disponibilizados.

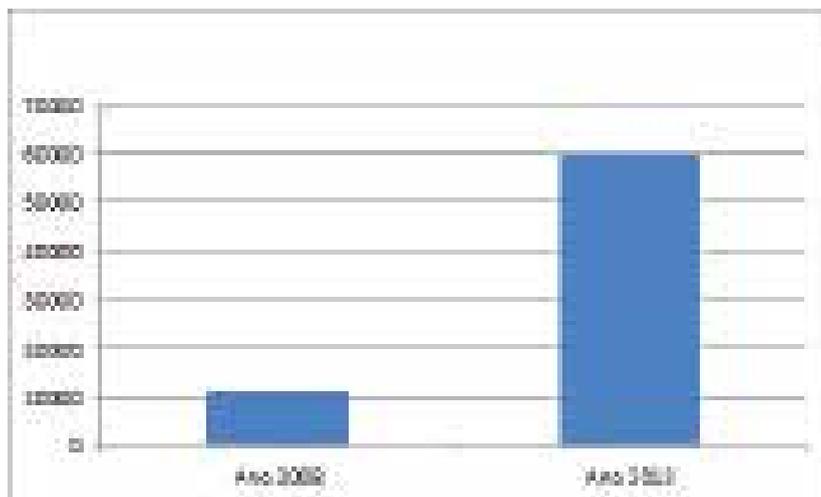
Gráfico 2: Produção de procedimentos de saúde auditiva em Minas Gerais, 2008 e 2013



Fonte: DATASUS (2014)

Em 2007, foi instituído o Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal, que possibilitou a detecção precoce das deficiências auditivas no neonato. No gráfico 2, observa-se um incremento de mais de 500% do número de testes de triagem realizados entre 2008 e 2013. No entanto, apesar deste significativo incremento, a cobertura da triagem nos nascidos vivos do Estado está estimada em 25%, o que indica a necessidade de ampliação e reestruturação do Programa.

Gráfico 3: Produção de Triagem Auditiva Neonatal em Minas Gerais, 2008 e 2013



Fonte: DATASUS (2014)

A partir de 2012, a Rede Estadual de Saúde Auditiva foi incorporada à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Três Serviços de Atenção à Saúde Auditiva foram habilitados como CER, incorporando outras modalidades

de atendimento. Até 2018, está prevista a implantação de mais 13 CER com atendimento ao deficiente auditivo.

Embora se tenha garantido o direito de acesso, o recurso financeiro disponível, principalmente no que se refere à compra de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) – órtese auditiva – ainda é restrito em relação à necessidade. Portanto, apenas a ampliação de pontos de atenção não será suficiente para suprimento da demanda, uma vez que o financiamento do CER não incorpora recurso para órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM).

Como perspectiva da gestão para os próximos anos, portanto, observa-se a necessidade de ampliação de investimento em recurso financeiro para compra de AASI e de reestruturação do Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal.

6. A reabilitação intelectual

Segundo o “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)”, a deficiência intelectual caracteriza-se por um funcionamento intelectual inferior à média, acompanhado de limitações significativas no funcionamento adaptativo em pelo menos duas áreas de habilidades: comunicação, auto-cuidados, vida doméstica, habilidades sociais, relacionamento interpessoal, uso de recursos comunitários, autossuficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança. As causas são variadas, envolvendo lesões cerebrais, alterações cromossômicas e genéticas, infecções, intoxicações, alterações metabólicas, entre outras.

O atendimento à pessoa com deficiência intelectual no Estado de Minas Gerais vem se consolidando desde o ano de 2002, após o Ministério da Saúde (MS) propiciar a organização do atendimento às pessoas com deficiência intelectual e autismo, garantindo à elas melhor assistência à saúde (BRASIL, 2002). Até ano de 2012, a SES/MG conveniou ao SUS/MG 136 serviços especializados no atendimento à deficiência intelectual. Em 2013, houve uma reorganização assistencial, que definiu os Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG (SERDI), regulamentando e qualificando, dessa forma, o atendimento à saúde da pessoa com deficiência intelectual (MINAS GERAIS, 2013b). A principal mudança ocorreu na forma de financiamento, antes baseada na produção de procedimentos, sendo substituída pelo pagamento conforme o cumprimento de metas estabelecidas para cada serviço, assim como pelo pagamento por faixa etária do usuário. Atualmente, existem 141 serviços especializados no atendimento à deficiência intelectual e autismo, sendo 130 SERDI e 11 Centros Especializados de Reabilitação (CER).

Além disso, outra grande realização foi a instituição do Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA). O programa 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 precoce¹, visando à prevenção de deficiências, ao diagnóstico e ao tratamento precoce (MINAS GERAIS, 2013c).

Fato peculiar foi a inclusão formal do atendimento às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)² dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG. O ocorrido deve-se ao fato da instituição da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, que passou a considerar a pessoa com TEA como pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais (BRASIL, 2012c). Os serviços especializados no atendimento à deficiência intelectual passaram, então, a ofertar atendimento às pessoas com TEA, uma vez que a prevalência de deficiência intelectual nessa população fica em torno de 30%, e que esse atendimento nos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência passou a ser um direito garantido por lei (BRASIL, 2014b).

Objetivando dar uma diretriz às políticas demandadas a esse público, a SES/MG instituiu a Comissão Técnica para implementação de política pública estadual de saúde para a população com TEA no âmbito do SUS/MG (MINAS GERAIS, 2013d). A principal competência dessa comissão, que é composta por vários atores, é propor diretrizes para implantação de serviços de saúde, e organizar e criar fluxos entre os variados pontos de atenção à saúde. Várias ações já estão sendo discutidas, tais como a implantação de um serviço estadual de referência para o TEA e a educação permanente dos profissionais envolvidos no atendimento dessa população.

Os desafios para a gestão da rede de reabilitação intelectual em Minas Gerais são muitos: desde a ampliação de serviços, revisões do modelo de financiamento, criação de um Programa específico que considere o envelhecimento dessa população e a garantia da efetividade do atendimento às pessoas com TEA em todos os serviços habilitados.

¹ A intervenção Precoce (IP) é definida como um conjunto de medidas postas a serviço da criança que apresenta transtornos no seu desenvolvimento global, e tem por objetivo garantir ao máximo o desenvolvimento das capacidades físicas, sensoriais e sociais desde os primeiros momentos de vida (ONCE, 2002), conforme consta no documento do MS – *Instrutivos de Reabilitação auditiva, física, intelectual e visual*.

² A última versão do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V* define o TEA como um transtorno do desenvolvimento neurológico, e deve estar presente desde o nascimento ou começo da infância, mas pode não ser detectado antes por conta das demandas sociais mínimas na mais tenra infância, e do intenso apoio dos pais ou cuidadores nos primeiros anos de vida. (DSM-V, tradução nossa).

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition. Arlington, Va. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTOMATERAPIA, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS. *Proposta de Portaria Ministerial, 2005: propõe uma Política Nacional de Saúde das Pessoas com Estomas*. São Paulo, 2005.

BELLATO R. *et al.* A convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde dos pessoas portadoras de estomias. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 15, n. 02, p. 334-342, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 793 de 24 de abril de 2012. Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Físico, Intelectual e Visual. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 793 de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2012a.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Coordenação Geral do Sistema de Informações Sobre a Pessoa com Deficiência. Cartilha do Censo 2010 Pessoas com Deficiência. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2012b.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal n.º 12.764, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o §3º do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS n.º 400, de 16 de novembro de 2009. Estabelece diretrizes nacionais para a atenção à saúde das pessoas ostomizadas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria MS/GM n.º 2.073 de 28 de novembro de 2004. Institui a Política Nacional de Saúde Auditiva no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria MS/GM n.º 1.635, de 12 de setembro de 2002. Inclui procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria MS/GM n.º 818 de 5 de junho de 2001. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. *Diário Oficial da União*. Brasília, 2001.

BRASIL. Presidência da República. Decreto n.º 3.298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n.º 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999.

CALATAYUD, J. M. C. *et al.* *Estomas: manual para enfermería*. Valencia: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA), 2005.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n.º 1.545, de 21 de agosto de 2013. Aprova o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2013a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n.º 1.403, de 19 de março de 2013. Define os Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2013b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n.º 1.404, de 19 de março de 2013. Institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2013c.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n.º 1.709, de 26 de dezembro de 2013. Institui a Comissão Técnica para implementação de política pública estadual de saúde para a população com Transtorno do Espectro do Autismo, no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2013d.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n.º 1.222, de 21 de agosto de 2012. Define as metas físicas/cotas mensais de adaptação de Aparelho de Amplificação Sonora Individual e Implante Coclear e cotas anuais de Avaliação Audiológica Básica e Terapia Fonoaudiológica Individual no SUS-MG. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES-MG n.º 1.249, de 20 de julho de 2007. Estabelece critérios, normas operacionais e procedimentos para assistência à saúde da pessoa com derivação intestinal e urinária no SIA-SUS e no SIH-SUS. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2007.

MORAES, J. T. *et al.* Serviços de atenção ao estomizado: análise diagnóstica no Estado de Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 101-108, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Relatório Mundial Sobre a Deficiência*. São Paulo: OMS, 2012.

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL EM MINAS GERAIS

Daniele Lopes Leal
Wanda Taulois Braga
Rafaela da Silveira Pinto
Gabriela de Souza Diniz
Jacqueline Silva Santos

“Promover a saúde bucal implica em relocalizar a boca dentro do corpo, o corpo dentro da pessoa e a pessoa dentro do seu contexto de vida em sociedade” (MOYSÉS, 2002).

1. Introdução

O direcionamento da política estadual de saúde bucal em Minas Gerais tem sido pautado a partir das diretrizes governamentais definidas durante os últimos anos no Estado e das propostas contidas no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) desde 2003, tais como: regionalização da oferta de acordo com a demanda promovendo a equidade, qualidade e ordenamento dos fluxos assistenciais; ênfase às ações preventivas mediante a expansão da estratégia da saúde da família; desenvolvimento de programas de educação permanente e de capacitação profissional para os profissionais do SUS; desenvolvimento de ações voltadas para o conhecimento, prevenção e enfrentamento contínuo dos problemas de saúde; promoção de estudos diagnósticos para nortear a definição de prioridades de pesquisa e de desenvolvimento tecnológico em saúde e estabelecimento de parcerias com entidades de classe para execução de campanhas e ações educativas de promoção à saúde (MINAS GERAIS, 2003). A reformulação do PMDI em 2007 trouxe a proposta do Estado para Resultados e a definição dos projetos estruturadores na área da saúde, entre eles o programa Saúde em Casa, bem como a proposta de Regionalização da Atenção em Saúde que tinha como um de seus objetivos garantir a implantação das redes de atenção à saúde em áreas prioritárias definidas pelo PMDI (MINAS GERAIS, 2007a). A atenção

em saúde bucal foi definida como um Programa Associado e participou de ações transversais que foram promovidas para o fortalecimento do projeto Saúde em Casa, como a elaboração da linha-guia de Saúde Bucal, que estabeleceu diretrizes para a organização da atenção em saúde bucal no Estado (MINAS GERAIS, 2006), o *Plano Diretor da Atenção Primária* (MINAS, 2009a) e o projeto de *Construção, reforma e ampliação* das Unidades Básicas de Saúde (MINAS, 2009b).

O estudo da situação da saúde bucal da população brasileira foi foco de inquéritos epidemiológicos nacionais em 2003 e 2010, os quais apontaram para um quadro de grande necessidade de atenção em saúde bucal em nosso país (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2011). Uma melhora foi percebida quando os dados dos dois inquéritos foram comparados, mas necessidades ainda significativas foram identificadas. A partir do entendimento de que os sistemas de saúde representam “um conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população” (OMS, 2000), a Diretoria de Saúde Bucal (DSB/SES-MG) iniciou em 2011 um processo de investimento na modelagem da rede de atenção à saúde bucal como estratégia para promover sua equidade no Estado e para contribuir com a visão de futuro estabelecida pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado – “tornar Minas o melhor Estado para se viver em 2023” (MINAS GERAIS, 2007) e pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) - “contribuir para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor”. Essa contribuição estaria ligada à promoção de uma saúde bucal funcional - que contribua para que os mineiros, em especial os idosos, possam desenvolver uma alimentação saudável e livre de desconforto - e estética - sem sequelas físicas e de autoestima e que favoreça a inserção social.

Movida pela necessidade de ter um diagnóstico da realidade da saúde bucal da população do Estado como elemento importante para o processo de modelagem da rede de atenção baseada na demanda, a DSB, em parceria com Secretarias Municipais de Saúde, entidades de classe e universidades, iniciou em 2010 o mais abrangente estudo sobre a saúde bucal da população mineira, o SB Minas Gerais, o qual foi finalizado em 2012 (MINAS, 2013a). Esse inquérito analisou a situação da população mineira em relação à cárie dentária, doença periodontal, edentulismo, necessidade de prótese dentária, fluorose e oclusão, entre outras condições bucais. Os resultados mostram que a população apresenta um perfil de condições bucais mais favorável ou, em algumas situações, similar ao da região Sudeste e ao do Brasil. No entanto, segundo dados do estudo, dois terços das crianças de 12 anos, três em cada quatro adolescentes e a quase totalidade de adultos e idosos apresentam algum tipo de condição bucal que exige uma intervenção odontológica. Os resultados apontam também para importantes desigualdades regionais.

Além dos resultados obtidos pelo SB Minas Gerais, um estudo da carga de doenças bucais em Minas Gerais, realizado no período de 2004-2006, mostra que o edentulismo, consequência de algumas condições bucais como a cárie e a doença periodontal, foi o agravo que mais contribuiu para a carga global de doenças orais no Estado, sendo a falta de reabilitação dos edêntulos um fator importante para esse resultado (MOTA, 2014). Em relação ao câncer bucal, 1100 novos casos em homens e 420 em mulheres, somando um total de 1520 novos casos, estão previstos em Minas Gerais no ano de 2014¹. Em 2009, 50% dos casos de câncer bucal já se encontravam em estágio avançado (III e IV) ao chegarem ao hospital, o que demonstra uma deficiência no diagnóstico precoce dessa condição bucal (MINAS GERAIS, 2013b).

Em geral, o quadro epidemiológico de saúde bucal encontrado no Brasil e no Estado, o qual aponta para situações de mutilação e grande necessidade de reabilitação em adultos e idosos, bem como para necessidade de atenção entre crianças e adolescentes, é consequência do histórico da atenção em saúde bucal no SUS, configurada pela prestação de uma assistência odontológica com base na oferta e inserida em um sistema de saúde excludente e fragmentado, voltado para as condições agudas e centrado em ações individuais. Em consonância com a atual proposta de organização da atenção em saúde definida pelo planejamento estratégico da SES/MG (MINAS GERAIS, 2011), que coloca como diretriz a consolidação das redes de atenção em saúde em todo o Estado, a oferta da atenção em saúde bucal no modelo de rede se coloca como proposta atual da DSB para viabilizar as respostas em relação ao quadro epidemiológico de saúde bucal atual. A seguir, será descrita a proposta de rede, as ações realizadas, os resultados alcançados com foco no período 2011-2014 e os desafios ainda presentes no processo de implantação da rede de saúde bucal em Minas Gerais.

2. A rede de atenção à saúde bucal

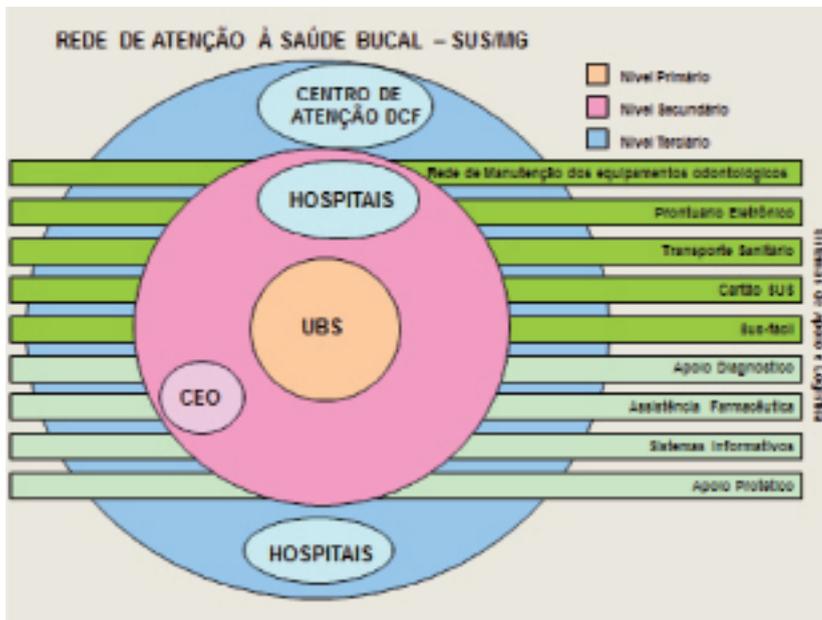
Em função do grande número de condições bucais existentes, foram definidas as condições bucais prioritárias para o processo de modelagem da rede de atenção em saúde bucal, com critérios ligados à prevalência, gravidade e impacto social. Cárie dentária, doença periodontal, má oclusão, câncer bucal e deformidades crânio faciais foram as condições definidas inicialmente, e o processo de modelagem, apesar de estar sendo construído com foco nas especificidades de cada condição, tem sido conduzido de forma a não levar a uma fragmentação da atenção em saúde bucal, com

¹ Fonte: INCA, 2014.

investimento em ferramentas que possam unificar as ações voltadas para cada condição e facilitar o processo de organização da atenção por parte das equipes de saúde.

Os dados do SB Minas Gerais mostram que a grande maioria das condições clínicas estabelecidas em relação à cárie dentária e à doença periodontal, que são as condições bucais mais prevalentes, remetem a uma necessidade de tratamento ligada à atenção primária. No entanto, como em qualquer condição crônica, existe a necessidade de uma atenção especializada para uma parcela da população que apresenta maior gravidade do seu quadro clínico, o que justifica a formação de uma rede de atenção em saúde bucal que garanta a integralidade da atenção. O processo de modelagem teve como referencial teórico a proposta elaborada por Mendes (2009) e se configura da seguinte forma:

Figura 1: Proposta de modelagem da rede de atenção em saúde bucal, SUS/MG



Fonte: SES/MG, DSB (2011)

A estrutura operacional da Rede de Atenção em Saúde Bucal está sendo definida com uma base populacional de referência e de responsabilidade sanitária, ou seja, com base na construção de espaços/população, tendo a atenção primária como porta de entrada para a atenção programada em saúde bucal, a partir da territorialização e do cadastramento das famílias.

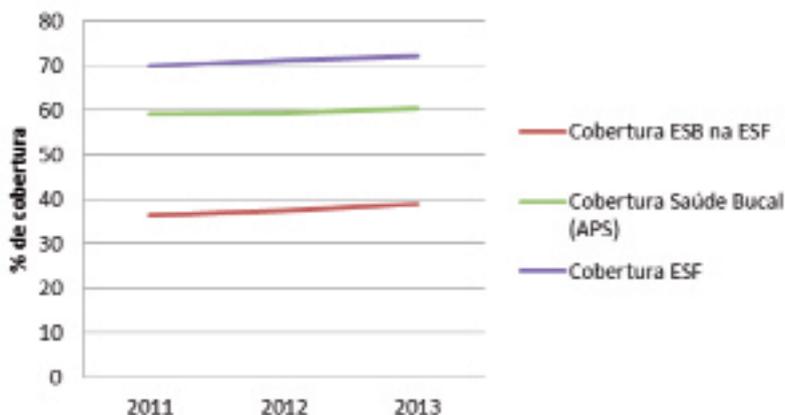
As condições bucais definidas como prioritárias foram abordadas de acordo com o modelo de atenção às condições crônicas (MENDES, 2009), voltado para o entendimento do impacto do meio ambiente e da qualidade de vida tanto no processo de prevenção como na gestão da condição clínica estabelecida, para a estratificação de subpopulações de acordo com a condição de saúde, para a priorização da atenção por risco e para a definição de ações que possam impactar positivamente cada uma dessas condições, com base no cuidado multiprofissional e no autocuidado. Estão sendo sugeridos, ainda, os fluxos de referência e contrarreferência que possibilitem a comunicação entre os pontos da rede e a situação epidemiológica atual foi um orientador para a definição do modelo. A proposta de modelo de atenção, que está sendo elaborada pela DSB com momentos de participação das universidades, entidades de classe, municípios e áreas técnicas da SES/MG (essas últimas de forma a garantir a transversalidade da saúde bucal nas outras redes de atenção), será publicada a partir da revisão da linha guia de saúde bucal no ano de 2015.

Em relação à estrutura operacional, está sendo reforçada a importância do papel da atenção primária na resolubilidade, organização, coordenação e responsabilização dentro da rede de atenção, bem como a necessidade do investimento gradual para o alcance de 100% de cobertura nos municípios. O componente Atenção Primária na Rede de Atenção à Saúde Bucal tem como ponto de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS) com equipes de Saúde Bucal (ESB) Modalidade I ou II inseridas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Como ainda existem muitos cirurgiões dentistas (CD) atuando em regime de trabalho de 20 horas semanais, também foi proposta a atuação de equipes convencionais em trabalho conjunto com as ESF, como forma de se alcançar avanços na organização da atenção primária a partir dos seus princípios (STARFIELD, 2002),

Houve um aumento gradual da implantação das ESB da estratégia da saúde da família nos últimos anos e consequente aumento da cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de saúde bucal (a qual considera também o atendimento feito pelos profissionais das equipes convencionais), como pode ser visualizado no gráfico abaixo. Atualmente, Minas Gerais é o Estado com maior número absoluto de ESB implantadas na ESF. São 2027 equipes Modalidade I e 693 equipes Modalidade II implantadas, somando um total de 2720 equipes implantadas em 743 municípios mineiros². Entretanto, ainda se nota uma grande diferença entre a cobertura das ESF e das ESB. Esses dados também podem ser visualizados no gráfico 1.

² Fonte: DAB/MS, 2014

Gráfico 1: Cobertura estimada de ESB na ESF, Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal e Cobertura ESF em Minas Gerais, 2011-2013



Fonte: CNES e DAB/MS (2014)

Em busca da qualificação da atenção primária, no projeto de *Construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde* do programa Saúde em Casa foram construídas, nos anos de 2012 e 2013, 308 unidades básicas de saúde, todas com espaço físico para consultórios odontológicos e escovários para desenvolvimento de ações preventivas coletivas³.

São pontos de atenção em saúde bucal na Atenção Especializada os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), as Unidades Hospitalares e o Centro de Atenção à Deformidade Crânio Facial. Os CEO oferecem atenção em saúde bucal nas áreas de diagnóstico com ênfase na detecção do câncer bucal, periodontia especializada, cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros, endodontia e atendimento ambulatorial a usuários com necessidades especiais (BRASIL, 2006). Em Minas Gerais foi definida uma base populacional para os CEO Tipo I, II e III, em nível de região de saúde (MINAS, 2007b). Em 2014, já estão em funcionamento no estado de Minas Gerais 91 CEO (31 Tipo I, 57 Tipo II e 3 Tipo III), sendo que 73% das regiões de saúde têm pelo menos 1 CEO.

As unidades hospitalares, referências para regiões ampliadas de saúde ou para o Estado, são representadas pelos Hospitais de Referência (HAO),

³ Fonte: DEAPS/SAPS/SES-MG, 2014

os CACON/UNACON e os hospitais para a atenção aos usuários com deformidade crânio facial congênita ou adquirida.

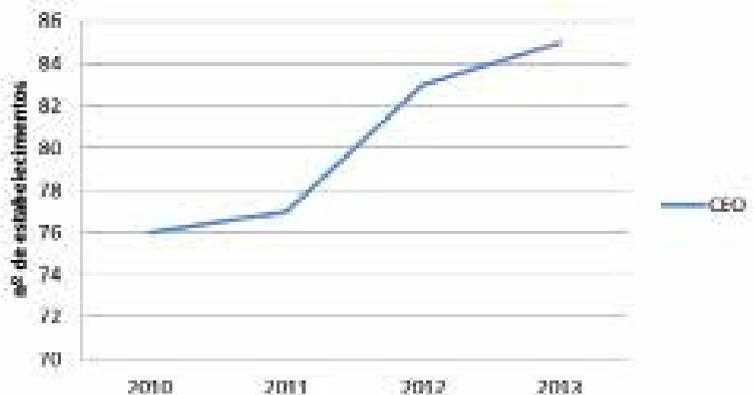
Os HAO, parte da rede de atenção em saúde bucal a partir de 2012, têm o papel de assegurar a prestação do tratamento odontológico sob anestesia geral ou sedação aos pacientes com necessidades especiais que impeçam o tratamento odontológico em ambiente ambulatorial, bem como realizar procedimentos cirúrgicos em casos eletivos e/ou urgência e emergência, quando houver indicação de anestesia geral ou sedação (MINAS GERAIS, 2012a). Em 2014 estão em funcionamento no Estado de Minas Gerais 14 HAO, com 7 regiões ampliadas cobertas, 2 parcialmente cobertas e 4 ainda não cobertas. Para que haja cobertura de 100% de todas as regiões ampliadas, estão sendo implantados novos serviços, com previsão de conclusão para o ano de 2015.

Os CACON e UNACON são responsáveis por prestar tratamento cirúrgico, complementar e reabilitador aos portadores de neoplasias bucais malignas através da rede hospitalar habilitada para os serviços de oncologia do Estado Minas Gerais (BRASIL, 2005). Já os Centros de Atenção à Deformidade Crânio Facial servem como referências estaduais para realização do tratamento bucomaxilofacial integral e multiprofissional aos portadores de deformidades crânio-faciais congênitas e/ou adquiridas. Esse serviço foi organizado no Estado em 2013 (MINAS, 2013c), de forma a responder a um vazio assistencial. Em 2014, já se encontram em funcionamento os dois serviços de referência estadual, em Alfenas e Belo Horizonte, oferecendo uma cobertura de 100% da população nos casos novos.

Os sistemas de apoio estão também em processo de modelagem a partir dos parâmetros provenientes da estratificação das condições bucais. Encontram-se já em fase de implantação os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD), responsáveis pela fase laboratorial da confecção de próteses odontológicas, de forma a propiciar um avanço na reabilitação protética nos edêntulos parciais e totais (BRASIL, 2004b). Os LRPD têm base populacional municipal. Atualmente, Minas Gerais possui LRPD em 172 municípios, com diferentes faixas de produção de próteses dentárias.

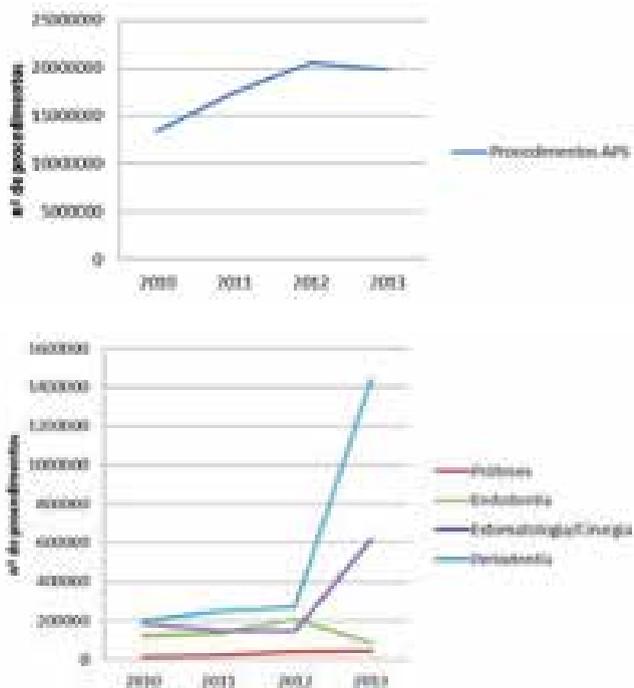
Nos gráficos abaixo é possível verificar o crescimento da implantação dos CEO no período de 2010 a 2013 e a série histórica de produção de procedimentos de saúde bucal no SUS. Em relação aos procedimentos existe erro no lançamento da produção de alguns municípios criando um viés nos dados disponibilizados no sistema de informação.

Gráfico 2: Evolução da implantação dos CEO em Minas Gerais no período de 2010 a 2013



Fonte: CNES (2014)

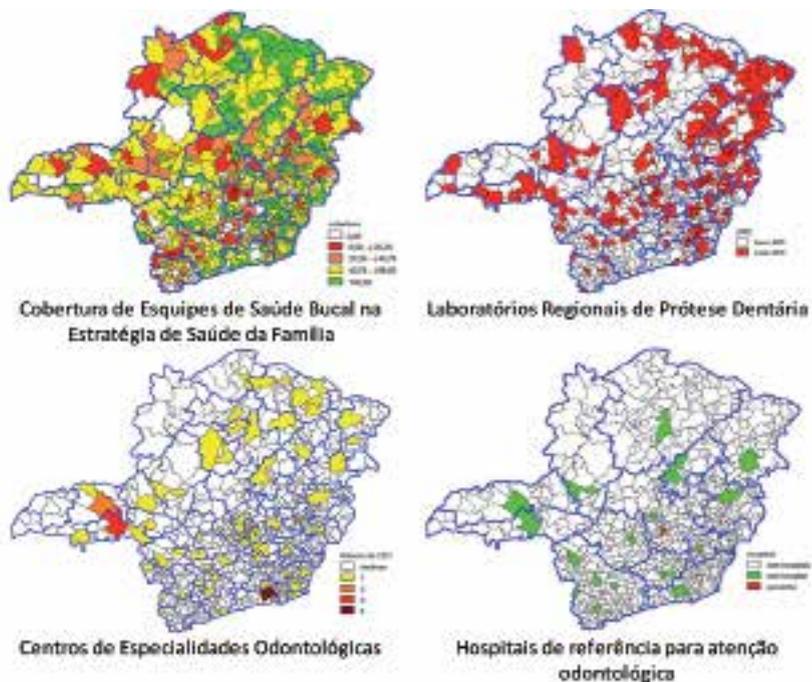
Gráfico 3A e 3B: Série Histórica produção de procedimentos de saúde bucal na atenção primária, de prótese dentária e de procedimentos especializados, SUS/MG - 2010 a 2013



Fonte: SIA/SUS (2014)

Na Figura 2 é possível visualizar a distribuição das ESB, LRPD, CEO e HAO no Estado de Minas Gerais.

Figura 2: Distribuição espacial das ESB, LRPD, CEO e HAO, Minas Gerais, dez 2013



Fonte: DAB, CNES (2014)

Em relação ao sistema logístico, para o transporte de usuários estão sendo utilizadas as rotas disponibilizadas pelo Serviço Estadual de Transporte em Saúde (SETS), visto que a implantação da rede prioriza os municípios-polo das regiões e regiões ampliadas de saúde. Está em discussão o transporte das moldagens/provas/próteses entre municípios.

A DSB participou também da elaboração do prontuário de saúde bucal em sua forma eletrônica, como forma de fortalecer a circulação de informação na rede e a coordenação do cuidado. Destaca-se que a governança da rede passa pelas diversas instâncias regionais do SUS em nosso Estado, fazendo com que as mesmas se tornem espaços de discussão conjunta de dificuldades e de busca de formas de enfrentamento, colaborando para um processo contínuo de qualificação da rede de atenção em

saúde bucal, aprimoramento da comunicação e adequação dos fluxos e diretrizes às necessidades locais. Em 2011, juntamente com as primeiras discussões sobre a rede de atenção em saúde bucal, foi criado o Comitê Assessor da Diretoria de Saúde Bucal (CADSB) (com representantes das instituições de classe, universidades, regionais de saúde e municípios), voltado para a construção conjunta da proposta de organização da atenção em saúde bucal em Minas.

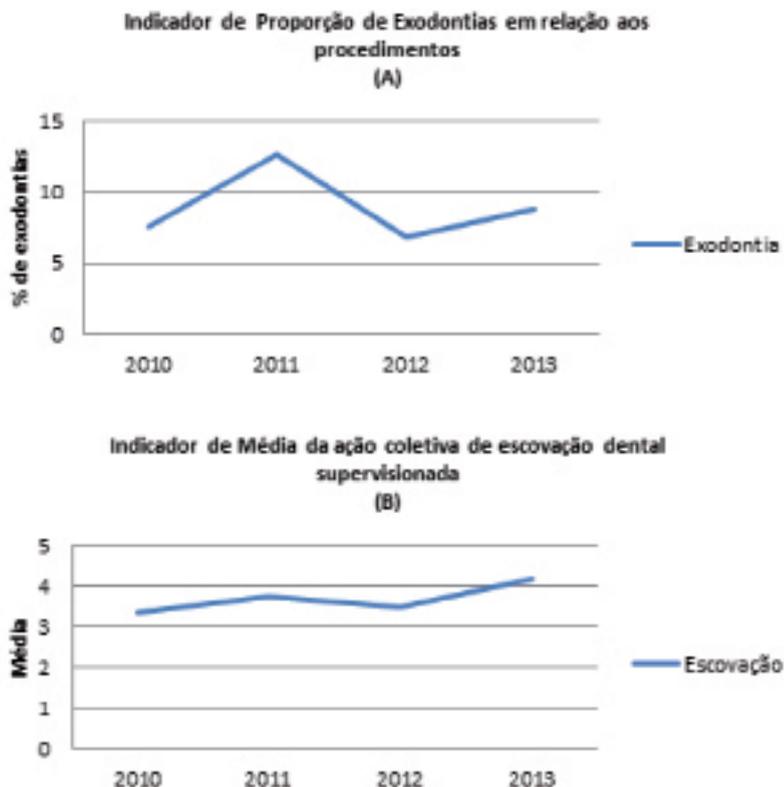
Nos eventos agudos, a atenção em saúde bucal dispõe dos seguintes pontos de atenção: Unidade Básica de Saúde, CEO (para urgências relacionadas a procedimentos em andamento neste estabelecimento), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) tipo III e HAO. A estruturação dos fluxos relacionados à urgência em saúde bucal se encontra em fase de modelagem para sua posterior implantação.

O incentivo estadual ao processo de implantação e implementação dos pontos da rede de atenção à saúde bucal em nosso estado foi contemplado com deliberações específicas a partir de 2011, e, em 10 de dezembro de 2013, a proposta de modelagem da rede contendo os pontos de atenção e as referências populacionais foi publicada através da Deliberação CIB-SUS/MG N° 1.676, a qual instituiu oficialmente a Rede de Atenção à Saúde Bucal no SUS-MG. A partir dessa publicação, foi possível, em 2014, o estabelecimento de um processo de pactuação da rede em Minas Gerais, relacionado ao aumento de cobertura de atenção primária e à implantação e regionalização do CEO. Essa deliberação instituiu também o Grupo Condutor da Rede de Atenção à Saúde Bucal, o qual fortalece a governança da rede.

Além do monitoramento da cobertura dos pontos de atenção à saúde bucal em Minas Gerais, outros indicadores são acompanhados na rede. Indicadores de resultado relacionados à saúde bucal não estão contemplados nos sistemas de informação do SUS, e a proposta estadual **é de que seja realizada uma série histórica a partir da realização de inquéritos populacionais nos moldes do SB Minas Gerais de 10 em 10 anos.**

Em relação aos indicadores de processo, dois estão relacionados com o acompanhamento dos perfis da atenção em saúde bucal em Minas Gerais: a Média da Ação Coletiva de Escovação Dental Supervisionada, indicador ligado à oferta de ações preventivas coletivas em saúde bucal e a Proporção de Exodontias em relação aos Procedimentos, que oferece uma visão do perfil da atenção desenvolvida, visto que um grande percentual de exodontias (extrações dentárias) está ligado a uma atenção mutiladora, consequências de uma atenção fragmentada, com foco na livre demanda e no atendimento às urgências odontológicas.

Gráficos 4A e 4B: Séries Históricas indicadores de Saúde Bucal, SUS/MG - 2010 a 2013



Fonte: SIA/SUS (2014)

A série histórica dos indicadores pode ser visualizada nos Gráficos 4A e 4B. A falta de qualidade na alimentação dos dados de saúde bucal no SIA/SUS gera sub ou supra lançamentos que causam viés nos indicadores, limitando a confiabilidade dos mesmos. A DSB possui uma agenda de monitoramento junto aos municípios, mas inconsistências ainda são encontradas.

Dentro da proposta de educação permanente em saúde, a DSB desenvolveu durante os anos de 2011 e 2012, através do Canal Minas Saúde, o projeto PRA Saúde Bucal, voltado para a discussão do quadro de saúde bucal no Estado e da organização da atenção em saúde bucal em forma de rede. As turmas foram divididas por região de saúde e foi elaborada uma proposta voltada para o amadurecimento da visão coletiva do processo de organização da atenção em saúde bucal. Participaram do curso 519 cirurgiões dentistas em 2011 e 712 em 2012.

3. Recursos

Os incentivos financeiros estaduais para a implantação/custeio da rede de atenção em saúde bucal em Minas Gerais, iniciados em 2011, tiveram como orientador o estímulo à implantação gradual dos pontos de atenção, somando-se aos incentivos federais já existentes.

Quadro 1: Financiamento Rede Atenção Saúde Bucal - SES/MG

Financiamento estadual	Deliberação/Resolução	Tipo Incentivo	Valor
Atenção Primária	Resolução SES/MG nº. 4321 de 21 de maio de 2014	Incentivo em parcela única	R\$ 3.763,00 por ESB implantada condicionado ao cumprimento de 4 indicadores
CEO	Resolução SES/MG nº. 2.940, de 21 de setembro de 2011	Custeio mensal	CEO Tipo I: R\$ 4.125,00 CEO Tipo II: R\$ 5.500,00 CEO Tipo III: R\$ 9.625,00
HAO	Resolução SES/MG nº 3870, de 21 de agosto de 2013	Implantação – parcela única	R\$ 100.000,00
		Custeio mensal	R\$ 10.000,00
Centro Atenção DCF	RESOLUÇÃO SES/MG Nº 4027, DE 19/11/2013	Recurso de implementação parcela única	R\$ 50.000,00
		Recurso anual para custeio	R\$ 480 000,00 (BH) R\$ 240 000,00 (Alfenas)

Fonte: SES/MG, DSB, 2014

Em 2011 foi definido o incentivo estadual para o CEO e, atualmente, dos 92 CEO existentes em Minas Gerais, 50 recebem recurso estadual específico, com orçamento definido como no Quadro 1. Em 2012 foi criado também o incentivo financeiro adicional de custeio mensal estadual para a adesão dos CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais (MINAS, 2012b).

O LRPD apresenta apenas financiamento federal e, em 2013, a DSB investiu na solução do problema de repasse existente para os municípios de

gestão estadual. Em 2014, foi definido um financiamento para as ESB em parcela única, condicionado ao cumprimento de indicadores.

A partir de 2013, enfim, o financiamento da Saúde Bucal no estado de Minas Gerais, que estava incluído em uma ação genérica, passou a ser considerado como uma ação específica, totalizando R\$13.781.127,00 em 2013 e R\$14.900.000,00 em 2014.

4. Perspectivas futuras

Muitos avanços foram conquistados durante os últimos anos em relação à política estadual de saúde bucal no Estado, que culminaram com a instituição da rede de atenção em saúde bucal e uma ação orçamentária específica, o que tem consolidado a saúde bucal como uma política efetiva do SUS em Minas Gerais. No entanto, muitos desafios ainda necessitam ser enfrentados para se alcançar mais avanços na implantação e qualificação da rede de atenção.

Entre as principais ações a serem desenvolvidas com esse objetivo destacam-se: finalização e publicação da linha de guia, incentivo ao aumento da adesão dos municípios à rede de atenção em saúde bucal e aos financiamentos federais e estaduais; oferta de incentivos financeiros estaduais ligados aos LRPD e à atenção primária em saúde bucal para fomentar o aumento do acesso e a oferta de reabilitação; criação de agenda de educação permanente de modo que a qualificação dos processos de trabalho e da alimentação dos sistemas de informação sejam parte da realidade de trabalho das equipes; incentivo contínuo à regionalização da oferta de atenção especializada; criação de mecanismos para regulação dos serviços regionais; criação de incentivo estadual para a oferta de ortodontia e implantodontia nos CEO; normatização da regra contratual nos serviços de saúde bucal e criação de incentivo para o diagnóstico precoce de câncer bucal. Acredita-se que essas ações poderão levar a um fortalecimento da rede de atenção e a um avanço na equidade em saúde bucal, potencializando a Gestão para a Cidadania proposta pelo planejamento estratégico no Estado.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *SB Brasil 2010, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados Principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 599 de 23 de março de 2006. *Diário Oficial da União*, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2439 de 08 de dezembro de 2005. *Diário Oficial da União*, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *SB Brasil 2003, Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: resultados principais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 1570 de 29 de julho de 2004. *Diário Oficial da União*, 2004b.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *SB Minas Gerais, Pesquisa das Condições de Saúde Bucal da População Mineira*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde, SB Minas Gerais, *Situação do Câncer em Minas Gerais e Macrorregiões de Saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2013b.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 4027, de 19 de novembro de 2013. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2013c.

MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 3238 de 18 de abril de 2012. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2012a.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.427, de 12 de setembro de 2012. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2012b.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. *Planejamento Estratégico 2012-2015*. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde, PDAPS, *Oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009a.

MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 1797 de 13 de março de 2009. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2009b.

MINAS GERAIS. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, 2007-2023*. Belo Horizonte: SEPLAG, 2007a.

MINAS GERAIS. Deliberação SES n.º 407 de 22 de novembro de 2007. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2007b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção em saúde bucal*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2006.

MINAS GERAIS. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado 2003-2020*. Belo Horizonte: SEPLAG, 2003.

MOTA, J. C. *et al.* A study of the overall burden of oral disease in the state of Minas Gerais, Brazil: 2004-2006. *Ciência & Saúde Coletiva* v. 19, n.7, Rio de Janeiro, jul. 2014.

MOYSÉS, S. J.; SILVEIRA FILHO, A. D. Saúde bucal em família: quando o corpo ganha uma boca. In: _____. *Os dizeres da boca em Curitiba*: boca maldita, boqueirão, bocas saudáveis. Rio de Janeiro: CEBES, 2002.

OMS. *The World Health Report 2000: health systems, improving performance*. Geneva: UMS, 2000.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

Os Pontos de Atenção das Redes de Atenção à Saúde

O PROGRAMA SAÚDE EM CASA: ESTRATÉGIA PARA O FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS

Camilla Teixeira da Silveira
Wagner Fulgêncio Elias

1. A Atenção Primária à Saúde e sua importância nas Redes de Atenção à Saúde

O desafio de implantar as Redes de Atenção à Saúde (RAS), reconhecidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) como melhor estratégia para organização do sistema de saúde, tem, como etapa prioritária, o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS).

Segundo Mendes (2011), a organização do sistema de saúde em rede tem por elemento estruturador a APS, nível de atenção responsável por ser a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde, centro coordenador da atenção e centro de comunicação, responsável por coordenar os fluxos e contra fluxos do sistema de serviços de saúde. Com isso, a APS assume papel central no desenho e funcionamento das redes de atenção à saúde, uma vez que toda a modelagem assistencial deve partir de um conhecimento claro da população e de sua necessidade de saúde, o que se dá pela ação dos profissionais das equipes de APS, que tem sua atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Conforme Starfield (2002), para que a APS se torne de fato o contato preferencial da população com os serviços de saúde, as equipes de saúde nas UBS devem atuar de forma abrangente, com o acolhimento da população de todas as faixas etárias e condições, garantindo o melhor acesso ao serviço mais adequado, no momento oportuno e com o custo certo. Essas equipes devem prestar serviços de atenção integral às pessoas e não com foco apenas nas enfermidades, atuando com intervenções curativas, de reabilitação, prevenção e promoção da saúde. Suas atribuições e a estrutura necessária para executá-las devem ser concebidas de forma a possibilitar o atendimento às

diversas necessidades do cidadão ao longo de seus ciclos de vida, contemplando as perspectivas física, psicológica e social dos indivíduos, famílias e comunidades, coordenando e integrando a atenção fornecida em qualquer ponto da rede, por meio do trabalho de equipes multidisciplinares.

As melhores experiências internacionais mostram que em países com uma APS fortalecida, quando comparados a países com outra configuração de sistema de saúde, a atenção à saúde é mais resolutiva e equitativa, além de mais econômica e eficiente, com melhor qualidade e melhor aceitação pela população.

Apesar das evidências de sucesso na organização da saúde a partir de uma APS fortalecida, a estruturação desse nível de atenção em Minas Gerais dependia da superação de vários desafios diagnosticados à época de estruturação da política (anos 2004-2005).

Conforme apresentado na Oficina “Redes de Atenção à Saúde” do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde, entre os desafios está a fragmentação do sistema de saúde, o que dificulta a comunicação adequada entre as partes e prejudica o papel da APS de coordenar, como centro de comunicação, os fluxos e contra fluxos das pessoas ao longo do contínuo de atenção.

Estreitamente articulado com a fragmentação, tem-se também um modelo de atenção à saúde que privilegia as condições agudas em relação às condições crônicas, o que numa situação de tripla carga de doenças tem resultados muito desfavoráveis. É preciso reverter esse modelo e instituir outro, voltado para a atenção concomitante às condições crônicas e agudas, traduzido nas redes de atenção à saúde.

Tem-se ainda a inexistência de diretrizes clínicas, com base em evidências, para definição do atendimento em saúde de qualidade, seja para os diferentes ciclos de vida, seja para as diversas condições de saúde.

Outro problema está na insuficiência de infraestrutura, relacionado tanto com a estruturação física das unidades básicas de saúde – seja em termos de construção, seja em termos de equipamentos e materiais permanentes –, quanto em relação ao transporte para as equipes de saúde aos domicílios de sua área de abrangência.

Cabe também ressaltar a fragilidade do sistema de educação permanente. Esse processo se faz de forma fragmentada, com enorme gasto de tempo dos profissionais e de recursos financeiros, sem garantia de efetividade educacional.

Há, ainda, sérios problemas nas relações de trabalho e no emprego dos profissionais, expressos na precarização dos vínculos, na fragilidade de planos de carreira, em salários desiguais e que prejudicam fortemente os municípios mais pobres, aliados às dificuldades de fixação.

Não menos importante soma-se a isso o baixo adensamento tecnológico, caracterizado, por exemplo, pela falta de prontuários de família eletrônicos e ausência de informações nas redes de atenção à saúde, além da baixa profissionalização da gestão e da carência de equipes multiprofissionais.

Sendo assim, com base nas evidências, na proposta de modelagem das redes de atenção à saúde e no diagnóstico da situação da APS no Estado, a missão de contribuir efetivamente para o fortalecimento da APS nas RAS foi identificada pela SES/MG como de importância estrutural para a consolidação da política estadual de saúde.

Diante de todas essas circunstâncias, em 2005, nasceu o Programa Saúde em Casa, como estratégia de Minas Gerais para fortalecer e ampliar o acesso à Atenção Primária à Saúde.

Essa estratégia encontra-se materializada nos instrumentos de gestão de governo de curto, médio e longo prazos. Em termos de longo prazo, destaca-se o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) que traça os principais objetivos a serem perseguidos para tornar “Minas o melhor Estado para se viver”. Dentre esses objetivos tem-se, como objetivo estratégico, a universalização do acesso à atenção primária que está estritamente ligado ao objetivo último do Programa em qualquer de suas vertentes. Por sua vez, no médio prazo, o principal instrumento gerenciador é o Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG). Este plano é revisado a cada quatro anos e, desde o instrumento PPAG 2004-2007, o Programa Saúde em Casa já se encontrava como prioritário, evidenciando sua relevância não só para o sistema de saúde, mas também para a política de governo. E, por fim, mas não menos importante, a Lei Orçamentária Anual (LOA) que reflete o emprego de recursos ano a ano e fixa a despesa estadual, prevendo recursos expressamente para a saúde.

2. O Programa Saúde em Casa

O Programa Saúde em Casa consiste num conjunto de ações sistemáticas patrocinadas por recursos estaduais destinadas à universalização do acesso à APS, à melhoria dos processos de trabalho e ao incremento quantitativo e qualitativo de sua infraestrutura.

Desde o seu surgimento, o Saúde em Casa buscou atingir seus objetivos respondendo aos principais desafios impostos ao sistema de saúde para a efetivação da APS como coordenadora do sistema. A partir dos problemas elencados, foram desenhadas e implantadas ações no âmbito do Programa com foco em estrutura e processos na tentativa de melhorar a qualidade dos serviços prestados à população.

As ações desenvolvidas foram se alternando entre os anos de existência do Programa, considerando a efetividade das ações realizadas e não mais necessidade de repeti-las, ou a necessidade de redesenho da ação para torná-la mais eficiente e eficaz, ou, ainda, a sua absorção por outras ações no âmbito das Secretarias de Estado, justificando sua interrupção. A despeito disso, algumas das ações são perenes, o que evidencia, por si só, a necessidade de continuidade e a relevância da atuação do Estado no que tange ao apoio técnico e financeiro à gestão local que, atualmente, é responsável pela prestação dos serviços próprios de atenção primária junto aos cidadãos.

Diante de tais questões, as principais ações serão apresentadas separadamente, a fim de facilitar a compreensão e a visualização dos resultados de mais relevância.

3. As principais ações do Saúde em Casa e seus resultados

3.1. Incentivo Financeiro para cofinanciamento da Atenção Primária à Saúde

O incentivo financeiro para o cofinanciamento da APS foi estabelecido em 2005 com o objetivo de incentivar a ampliação da cobertura populacional do Programa Saúde da Família (PSF), que é a estratégia adotada no Estado para organizar as equipes de saúde próprias desse nível de atenção, e apoiar os municípios do Estado na manutenção das equipes existentes. Consiste no cofinanciamento da atenção primária por meio de repasse periódico e diferenciado de incentivo financeiro aos municípios mineiros, baseado em critérios sócio-econômicos e cumprimento de indicadores relacionados às redes de atenção à saúde.

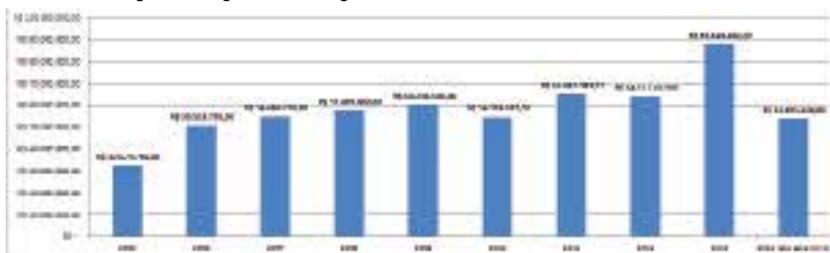
Esse incentivo é uma das ações perenes do Programa sendo que a vinculação do seu repasse ao cumprimento de metas efetivou-se a partir de 2009 com a remodelagem da ação e, de lá para cá, houve alterações acerca dos indicadores a serem acompanhados e do valor total dos incentivos, mantendo-se a sistemática, o que evidencia uma verdadeira busca por resultados locais e regionais na melhoria da assistência prestada aos cidadãos. Incorporou-se, portanto, o conceito de gestão por resultados e incentivou-se o estabelecimento de compromissos entre os municípios e suas equipes com a geração de resultados assistenciais necessários à melhoria da qualidade de vida da população.

Na linha do tempo, o primeiro instrumento regulamentador da ação foi a Resolução SES/MG nº. 661/2005 que tratava do repasse e do acompanhamento de indicadores, que, nesse momento, não vinculavam o pagamento. O grande salto aconteceu em 2009, com a Resolução SES/MG nº 1935/2009, a partir da qual o pagamento passa a ter base de cálculo mista, composta por valores fixos e variáveis, sendo que estes últimos estavam submetidos,

de fato, ao cumprimento de indicadores. Posteriormente, foram editadas as Resoluções SES/MG nº 2.873/2011, nº 3.669/2013 e nº 4.215/2014 que trouxeram algumas mudanças em relação a indicadores, periodicidade e valores de repasse, permanecendo as mesmas regras de funcionamento.

Quanto aos resultados alcançados por essa ação, podem ser sinalizados dois tipos desses: os assistenciais e os financeiros. Do ponto de vista de investimento, apresenta-se a seguinte evolução dos desembolsos, o que demonstra crescimento contínuo do montante orçamentário empregado na ação:

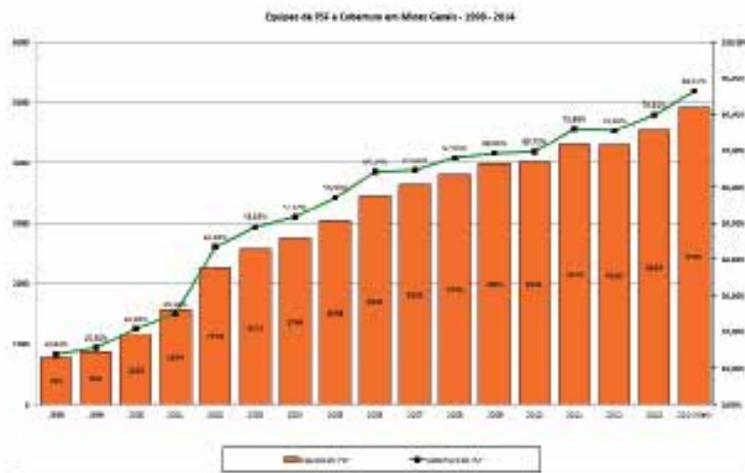
Gráfico 1: Valor total de incentivo financeiro repassado por ano no período de 2005 a 2014 (até setembro)



Fonte: SES/SUBPAS/SAPS/DEAPS (2014)

Do ponto de vista assistencial, o indicador que mais reflete a aplicação deste incentivo é o indicador de Cobertura Populacional do Programa Saúde da Família (PSF), cujos resultados são expressos abaixo:

Gráfico 2: Número de equipes por ano e evolução da cobertura populacional em Minas Gerais – 2005 a 2014 (setembro)



Fonte: SES-MG/SAPS/DEAPS (2014)

3.2. Infraestrutura de Atenção Primária à Saúde (APS)

Na tentativa de prover infraestrutura adequada às equipes de saúde no desempenho de suas atribuições e, conseqüentemente, melhoria dos serviços prestados à população, o Programa Saúde em Casa investe, desde a sua origem, no repasse de incentivo financeiro aos municípios a título de apoio ao financiamento da construção, reforma e/ou ampliação de unidades básicas de saúde (UBS) sede e de apoio.

A seleção dos municípios obedece a critérios previamente definidos pela política estadual em instrumento específico e são pautados, por exemplo, no aumento de cobertura, no planejamento de investimentos na APS (territorialização, população atendida, entre outros), no cumprimento de indicadores pactuados etc.

Entre os anos de 2005 a 2009, investiu-se em três estratégias distintas (construção, reforma e ampliação) para quatro tipologias de UBS (tipo I, tipo II, tipo III e UBS Apoio) por intermédio das Resoluções SES/MG nº 796/2005, nº 843/2006, nº 1.087/2006, nº 1.237/2007, nº 1.342/2007 e nº 1.904/2009¹. Nessa época, os municípios beneficiados em qualquer das estratégias deveriam elaborar seus projetos arquitetônicos observando um programa físico mínimo (ambientes e áreas mínimas), exposto em instrumento normativo específico, referenciado no documento legal de contemplação.

Entre os anos de 2010 e 2012, o Estado instituiu e encerrou a concessão de complementação estadual ao recurso federal repassado aos municípios para construção de UBS. Esta concessão teve por objetivo tentar assegurar a observância do programa físico adotado pelo Estado na elaboração do projeto arquitetônico pelo beneficiário e deveria observar as regras contidas na Resolução SES nº 2.571, de 17 de novembro de 2010 e na Resolução SES nº 3.009, de 16 de novembro de 2011.

Em 2012, com o propósito de agilizar as obras, ter espaço físico adequado e criar identidade visual, a SES/MG investiu na criação de uma carteira de projetos modelo/padrão para este tipo de estabelecimento. Trata-se de uma carteira de 12 projetos arquitetônicos e complementares que possibilita ter UBS em três tipologias (tipo I, tipo II e tipo III) e em distintos terrenos (aclive, declive e plano).

¹ Cabe destacar que os tipos de unidade contemplados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) refletem o quantitativo de equipes que a unidade está apta a abrigar. A unidade tipo I (UBS – Tipo I), por exemplo, contempla apenas 1 equipe do Programa Saúde da Família (PSF). Já a unidade tipo II (UBS – Tipo II) está apta a abrigar 2 equipes do PSF e a unidade tipo III (UBS – Tipo III), 3 equipes do PSF. No período de 2005-2009, foram contempladas, ainda, as unidades básicas de saúde de apoio (UBS-Apoio) que não são estabelecimentos-sede de equipe do Programa Saúde da Família (PSF).

O alcance do objetivo de agilidade, nesse caso, seria proveniente da desoneração do município da elaboração dos projetos arquitetônicos e complementares uma vez que, nos projetos modelo, já se tem o desenho dos ambientes e áreas mínimas para cada um dos tipos e modalidades de UBS admitidos pelo governo estadual. Outro aspecto tradutor de agilidade é a tecnologia utilizada na construção, qual seja, o *light steel framing*, que permite entrega das obras no tempo médio de 6 (seis) meses. Destaca-se ainda como fator contributivo para agilidade a existência de projetos múltiplos que permitem a adequação da unidade ao terreno disponível no município, facilitando, assim, a escolha do local apropriado para instalação da UBS.

A carteira de unidades da SES/MG apresenta ambientes mais amplos, acolhedores e adequados às necessidades da população, valorizando os ambientes educacionais e o acesso aos serviços pela população. Diante de tal fato, os investimentos mais recentes têm sido realizados privilegiando este novo formato de estrutura física que pode ser apresentado, ilustrativamente, pelas imagens abaixo.

Figura 1: Perspectivas do Novo Projeto



Fonte: SES-MG/SUBSILS/Diretoria de Gestão da Rede Física (DGRF) (2012)

Do ponto de vista dos resultados, pode-se dizer que de 2005 a junho de 2014, o Governo de Minas investiu quase 700 milhões de reais na construção, reforma ou ampliação de 1.910 unidades básicas de saúde (UBS) ou unidades básicas de saúde de apoio.

De 2012 até junho de 2014, as 339 unidades contempladas com incentivo financeiro para construção encontram-se dispersas nos municípios mineiros, desta vez no novo modelo arquitetônico que permite a construção em um período mais curto e garante uma identidade visual única, possibilitando ao cidadão reconhecer uma UBS em qualquer lugar do Estado.

No âmbito ainda de infraestrutura, a SES/MG apoia também a aquisição de equipamentos para as unidades básicas de saúde (UBS). Até as contemplações de 2009, o montante financeiro a ser destinado à aquisição dos itens

médicos, de informática e mobiliário era repassado conjuntamente com o incentivo destinado à construção da unidade.

Entre os anos de 2010 e 2012 não houve investimentos em equipamentos visto que, nesse período, procurou-se apoiar mais as construções inicialmente patrocinadas com recurso federal para que pudessem ser atendidos os parâmetros estaduais para este tipo de estabelecimento.

A partir de 2012, as construções patrocinadas já no projeto modelo/padrão vêm sendo beneficiadas não só com recurso para construção, mas também para equipar a unidade, permitindo, dessa forma, a redução do tempo entre construção concluída e o funcionamento da unidade.

Esses equipamentos são atualmente previstos em uma carteira padrão prevista na Resolução SES/MG nº 4.337/2014, que varia conforme tipo da unidade (tipo I, tipo II e tipo III) e a necessidade ou não de itens de odontologia e de plataforma elevatória.

Por fim, mas não menos importante, há ainda investimentos relacionados à compra e distribuição de veículos, buscando garantir o acesso dos profissionais das equipes do Programa Saúde da Família aos domicílios de sua área de abrangência. De 2006 a 2011, foram distribuídos aos municípios 1.212 veículos, mediante publicação de resoluções específicas, na proporção de um veículo para cada cinco equipes de saúde da família ou fração. Esta ação encontra-se atualmente concentrada em um projeto específico denominado Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS) e, por isso, foi descontinuada a partir do ano de 2011 no âmbito do Saúde em Casa.

3.3. O investimento em processos de trabalho

O aumento da cobertura populacional pelas Equipes do PSF e a melhoria da infraestrutura das UBS são insuficientes, por si, para a garantia de uma melhor qualidade da atenção à saúde na APS. São os processos de trabalho, realizados cotidianamente pelos profissionais da saúde, que orientam o acesso e o fluxo dos usuários da APS e garantem a qualidade do cuidado.

Visando à melhoria desses processos de trabalho, buscando atingir uma padronização que garanta mais segurança para os profissionais e para a população e melhores resultados assistenciais, a SES/MG vem investindo em ações de educação em saúde e organização assistencial da APS, tais como o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS). Esta ação teve seu auge nos anos de 2009-2010 e teve por objetivo capacitar os profissionais da APS nos principais conceitos e ferramentas para gestão e funcionamento desse nível de atenção, buscando garantir uma prestação de serviços mais adequada a partir da concepção de que, para isso, é preciso uma mão-de-obra mais qualificada. Ao longo da existência do Programa, outras ações de apoio

aos processos foram e continuam sendo realizadas, tais como, capacitação sobre o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que se refere à capacitação para atuação de uma equipe multiprofissional vinculada à equipe sede de PSF, com importante papel na realização das ações de promoção e prevenção da saúde.

3.4. O PEP: Programa de Educação Permanente para Médicos de Família

O Programa de Educação Permanente (PEP) é uma ação educacional que tem como propósito induzir uma cultura de mudança e renovação da prática clínica do médico que atua na APS e criar um sistema de melhoria permanente do desempenho em busca da excelência no cuidado ao usuário.

Fundamentado nos princípios da aprendizagem de adultos e nas melhores evidências disponíveis na literatura, o PEP é uma intervenção que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos em pequenos grupos e de treinamento em serviço. O Programa enfatiza o desenvolvimento de habilidades, comportamentos e atitudes essenciais para atuar na Atenção Primária. Os temas de discussão são identificados partir das necessidades percebidas pelos próprios profissionais de saúde na sua prática cotidiana.

O PEP está estruturado em torno dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática (GAP), que reúnem de 6 a 12 médicos das equipes de Saúde da Família de uma mesma região de saúde.

As atividades devem ser desenvolvidas em uma sala de educação permanente dotada de mobiliário, equipamentos, material de consumo e acervo bibliográfico. Os recursos para investimento e para custeio são oriundos da SES/MG com recursos do tesouro estadual.

O Programa é operacionalizado por meio de parcerias com as escolas de medicina regionais, cujos professores são capacitados na sua metodologia e supervisionam as atividades educacionais dos GAPs.

O pioneirismo do PEP fez da experiência de Minas Gerais um exemplo para Estados e municípios no país. Os resultados alcançados em várias regiões do Estado mostram que o fortalecimento da educação permanente é uma ação acertada.

No momento de elaboração deste capítulo, o PEP está passando por uma reformulação estrutural, na qual o seu escopo será ampliado para todos os profissionais da APS, como será apresentado adiante.

3.5. O apoio aos municípios pelas Unidades Regionais de Saúde

Embora esta não seja uma ação exclusiva do Saúde em Casa, nem financiada integralmente com recursos do Programa, é importante destacar a fundamental relevância das Unidades Regionais de Saúde, por meio dos

Núcleos de Atenção Primária à Saúde (NAPRIS), para a execução de todas as ações do Programa e para o apoio efetivo e eficiente aos municípios nas questões relativas à APS.

O acompanhamento operacional dos programas estaduais e federais da APS, o apoio para a resolução de problemas técnicos e de gestão nos municípios, a advocacia constante em favor de uma melhor qualificação de processos e da busca de melhores resultados pela APS são algumas características do trabalho dos NAPRIS que traduzem a descentralização e a regionalização da saúde.

3.6. O Projeto “Facilitadores de Diretrizes Clínicas”

Em 2014, a SES/MG deu um novo passo na busca da consolidação dos processos de trabalho das equipes e da gestão da APS, com o projeto “Facilitadores de Diretrizes Clínicas”.

Foram contratados 54 profissionais de saúde, que estão lotados nas 28 Unidades Regionais de Saúde do Estado e são responsáveis por apoiar os municípios de Minas Gerais no conhecimento, aplicação e consolidação dos processos de trabalho necessários para a implantação efetiva das Linhas-Guia da SES/MG na APS.

O foco do trabalho desses profissionais são as Linhas-Guia de Atenção à Saúde. Os facilitadores trabalham com os gestores municipais de saúde e profissionais de saúde da APS utilizando ferramentas gerenciais e de organização de processos e as informações das Linhas-Guia. Seu trabalho tem ajudado a disseminar os conteúdos das Diretrizes Clínicas da SES e a organizar os processos de trabalho das equipes de APS.

3.7. O Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (Prontuário Eletrônico)

A elaboração e implantação de um Sistema de Registro Eletrônico em Saúde é uma solução proposta pelo Governo de Minas para suprir carência de informações organizadas e compartilhadas nos serviços de saúde de Minas Gerais, consolidando uma base de dados cadastrais, clínicos, epidemiológicos e gerenciais, que facilitará o fluxo e a utilização das informações no âmbito do sistema de saúde.

O Sistema de Registro Eletrônico em Saúde tem como finalidade documentar, comunicar e coordenar o cuidado prestado ao cidadão pelas equipes de saúde em cada ponto de atenção, de acordo com os ciclos de vida, condições e patologias padronizadas nas Linhas-Guia, elaboradas pela SES. Mais do que uma versão informatizada de formulários clínicos, o Prontuário formará uma base de dados de informações clínicas, epidemiológicas e de gestão em saúde que facilitará o fluxo e a utilização da informação dentro do sistema de saúde do Estado.

O sistema inclui funcionalidades que envolvem não só o contato com o cidadão ou as informações referentes a ele, mas informações referentes à área de atuação da unidade de saúde, à relação com outros pontos da rede, à programação, pactuação e monitoramento das ações de saúde, às vigilâncias em saúde, entre outras.

O Sistema de Registro Eletrônico em Saúde está sendo implantado nos municípios do Estado e será mais bem detalhado no capítulo 12 deste livro.

4. Dos sistemas de apoio específicos

Cabe destacar que todos os Programas da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) contam com um sistema de apoio formado, basicamente, por ações/estratégias que fornecem suporte aos Programas considerados prioritários, ou seja, aos Programas eixos de governo.

No Programa Saúde em Casa, esses sistemas servem para fornecer suporte técnico para desenvolvimento de suas ações e subsídio para atuação dos profissionais *in loco* e concentram-se, principalmente, em dois sistemas: o Canal Minas Saúde e o Tele Minas Saúde.

4.1. Canal Minas Saúde

Um dos principais veículos de difusão de conhecimentos e qualificação de profissionais e gestores é o Canal Minas Saúde. Constitui-se de uma rede estratégica multimídia (Canal Minas Saúde de Televisão, Rádio, Web e Educação a Distância) para o desenvolvimento do programa de educação permanente a distância da SES/MG, visando democratizar o conhecimento e estabelecer protocolos, possibilitando que a mesma informação chegue aos profissionais espalhados pelo Estado.

O Curso de Especialização em Gestão da Clínica, com foco na implantação das Linhas-Guia e o curso de especialização em Gestão Microrregional de Saúde, são exemplos importantes de capacitações de profissionais e gestores dos municípios realizados por intermédio dessa via de comunicação.

4.2. Tele Minas Saúde

Outra ação importante, presente em praticamente todos os municípios do Estado é o Tele Minas Saúde. Minas Gerais foi o primeiro Estado do país a implantar serviços de telessaúde. Os profissionais da APS contam hoje com acesso a segunda opinião formativa para todas as especialidades da saúde e da gestão da APS e também com laudo eletrônico de eletrocardiograma (Tele Cardio).

O objetivo é melhorar a qualidade do atendimento na Atenção Primária à Saúde de municípios remotos do Estado de Minas Gerais por meio da interação dos profissionais de saúde locais e especialistas no momento da análise das condições de saúde do cidadão.

5. Uma agenda para o futuro

Ao contemplar o futuro é importante verificar as ações realizadas nos últimos anos e identificar sucessos e lições aprendidas, para que se possam propor novos e melhores caminhos para o futuro.

Nesse sentido, da mesma forma como estruturado nos tópicos anteriores, será feita a divisão das sugestões de novas ações e continuidades por ação prioritária dentro do Programa, de forma a tornar mais fácil a associação.

5.1. Ampliação da cobertura e cofinanciamento da APS

Minas foi o primeiro Estado a cofinanciar de forma sistemática as ações da APS. Atualmente, o Estado possui o maior número absoluto de equipes do Programa Saúde da Família (PSF). Embora a cobertura do PSF no Estado seja uma das maiores do país, ainda há muitas áreas, principalmente nos grandes aglomerados urbanos, descobertas. É necessário encontrar maneiras de estimular a criação e manutenção de PSF nestes locais e essa, certamente, será uma diretriz do Programa para os próximos anos.

É importante, também, um olhar sempre atento para os indicadores pactuados com os municípios, de forma a garantir que os mesmos reflitam de forma efetiva as prioridades do Estado para a saúde, bem como favoreçam a busca dos melhores resultados para a população na APS. Nesse sentido, devem-se reavaliar perenemente os indicadores monitorados e, quando necessário, realizar alterações do que será acompanhado ou da ficha técnica do que continuará a ser monitorado ou ainda da meta pactuada, permitindo que sempre se tenha um desafio a cumprir.

Outro desafio é que apenas 9% (nove por cento) das UBS de Minas Gerais possuem profissional gerente contratado exclusivamente para essa função. Nessa situação, profissionais de saúde – principalmente o enfermeiro – deixam de realizar suas funções de cuidado da população para realizar ações gerenciais. Com isso, o apoio aos municípios para a organização de seus processos gerenciais, sem deixar de garantir o cuidado assistencial e os resultados para a população, deve continuar sendo uma preocupação para os próximos anos, com incentivo ao desenvolvimento de ações específicas para fomentar a adoção desse profissional no quadro de funcionários das UBS.

Enfim, a manutenção dos profissionais nas equipes de saúde é um problema de muitos municípios. A grande rotatividade de profissionais gera a descontinuidade do cuidado e faz a população perder a referência da equipe e da unidade de saúde. Uma das principais causas desse problema está na baixa disponibilidade de profissionais associada à falta de padronização salarial, que gera, entre os municípios de uma mesma região, uma disputa

pelos profissionais existentes. Nesse sentido, a proposta é inovar com a criação de carreiras estaduais regionalizadas para profissionais de saúde da APS, apoiando os municípios na organização regional, no desenho das carreiras e na contratação dos profissionais.

5.2. Infraestrutura física

A qualidade e a velocidade de construção dos novos modelos de UBS permite dizer que se está no caminho certo em relação ao modelo adotado para ampliação e qualificação da estrutura física deste nível de atenção e, portanto, a tendência é permanecer com a estratégia para as unidades sede nos próximos anos.

Ainda no âmbito da estruturação, a proposta é avançar com as unidades de apoio, privilegiando sua construção, não só por ser uma estrutura ímpar existente quase que, exclusivamente, no Estado, mas também por ser necessária em razão da dimensão territorial do Estado e da dificuldade de deslocamento.

Paralelamente à continuidade dos investimentos em construções, é imperioso investir em reforma e ampliação de estabelecimentos existentes, possibilitando melhorar o uso dos mesmos a partir da possibilidade de elaboração de planos de reforma/ampliação flexíveis com valores variáveis.

Além disso, as unidades necessitam estar equipadas com equipamentos médicos, de informática e mobiliário necessários ao funcionamento da estrutura física e, portanto, esta ação deve continuar a orientar a política para a APS, devendo-se, ainda, buscar aprimorar as formas de disponibilização dos itens por meio, por exemplo, de registro de preços.

Por fim, a busca pela implantação de um prontuário de saúde da família eletrônico em todos os municípios do Estado, que permitirá uma melhor utilização e a consolidação de ferramentas de Gestão da Clínica, resultando em uma maior qualidade da atenção à população, também é uma ação importantíssima com foco na infraestrutura da APS.

5.3. Processos de trabalho

O modelo de atenção à saúde mais eficiente, voltado para as condições crônicas, exige a manutenção de equipes multiprofissionais, orientadas para o cuidado coordenado do usuário de acordo com Diretrizes Clínicas baseadas em evidências. Continuar incentivando a contratação de profissionais para um cuidado mais abrangente e de mais qualidade é uma ação para os próximos anos. Neste sentido, o apoio à ampliação do NASF, com uma necessária qualificação dos processos de trabalho para a garantia de um efetivo cuidado multiprofissional integrado na APS e responsabilização conjunta de todos os profissionais, deve ser objeto de atenção para o fortalecimento da APS.

Ademais, uma concepção ideológica atrasada de atenção primária à saúde resulta em processos de trabalho que não respondem à necessidade de saúde atual. A utilização de ferramentas gerenciais de cadastro, diagnóstico situacional, programação das ações, monitoramento e orientação para resultados ainda não é uma tônica entre todos os profissionais das equipes de saúde e pretende-se reforçar, com novas ações, o uso dessas ferramentas.

Outro ponto a ser destacado é que o “Projeto Facilitadores de Diretrizes Clínicas” deve ser continuado para permitir o desenvolvimento de estratégias para consolidação e divulgação das linhas-guia e diretrizes clínicas. Paralelamente, o Programa de Educação Permanente precisa ser fortalecido e ampliado para garantir sua acessibilidade a cada médico da APS no Estado. Ademais, seu escopo precisa ser ampliado para todos os profissionais de nível superior da APS e deve-se buscar constituir uma política de Educação Permanente para a APS, a ser operacionalizada de forma descentralizada e rápida, com apoio de universidades em todo o Estado, respondendo de forma mais imediata às necessidades de qualificação dos profissionais da APS.

No âmbito de Telessaúde, o Estado de Minas Gerais foi o primeiro a implantar ações com o uso dessa tecnologia e elas devem ser continuadas e fortalecidas no sentido de aumentar a resolutividade da APS e garantir apoio aos profissionais em todas as regiões do Estado. Cabe destacar que é necessário ampliar o Programa, com vistas a consolidar a utilização da telessaúde não apenas como um canal de consultoria, mas como um ponto de atenção efetivo para a APS, que permita maior autonomia e resolutividade. Além disso, deve-se atuar de forma proativa, com a interligação entre o telessaúde e o prontuário eletrônico, bem como entre o telessaúde e o PEP, de forma que as principais demandas dos profissionais identificadas pelo telessaúde se tornem objeto de educação permanente e também sejam sinalizações e protocolos no prontuário eletrônico.

Por último, o fortalecimento da gestão regional é outro aspecto importante para ser foco da atenção da gestão futura da APS no Estado. Dotar as Unidades Regionais de maior capacidade de diagnóstico da situação de saúde e da situação assistencial da APS nos municípios, bem como de uma maior capacidade operacional para apoio às decisões e para assessoria e monitoramento das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) nas ações da APS é importante para continuar garantido um crescimento universal e integral da cobertura e da qualidade da APS em Minas Gerais.

Referências Bibliográficas

LELES, F. A. G.; MATOS, M. A. B.; MAYER, L. M. *Atenção Primária à Saúde – Saúde em Casa*: melhorando a qualidade da atenção primária prestada à saúde dos mineiros.

-
- In: MARQUES, A. J. *et al* (org.). O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. p. 45-78.
- MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: OPAS e CONASS, 2011.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 4.337, de 21 de maio de 2014. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2014a.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 4.215, de 18 de fevereiro de 2014. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2014b.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 3.669, de 20 de fevereiro de 2013. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2013.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 3.009, de 16 de novembro de 2011. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2011a.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 2.873, de 19 de julho de 2011. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2011b.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 2.571, de 17 de novembro de 2010. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2010.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 1.935, de 08 de julho de 2009. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2009a.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 1.904, de 16 de junho de 2009. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2009b.
- MINAS GERAIS. *Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde: Redes de Atenção à Saúde/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: ESPMG, 2008.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 1.342, de 04 de dezembro de 2007. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2007a.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 1.237, de 10 de julho de 2007. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2007b.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 1.087, de 27 de dezembro de 2006. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2006a.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 843, de 14 de março de 2006. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2006b.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 796, de 16 de dezembro de 2005. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2005a.
- MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 661, de 22 de março de 2005. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2005b.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

RESULTADOS E DESAFIOS DA POLÍTICA HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Priscila Cristina Verona Pimentel Rochwerger
Alexandre Viana de Andrade

1. Introdução

A rede hospitalar do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais é composta por hospitais públicos, privados sem fins lucrativos, filantrópicos e universitários, que prestam serviços de saúde de nível secundário e terciário para os usuários. A atenção secundária é prestada por meio de uma rede de instituições que ofertam serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade, seguindo uma lógica de organização microrregional, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). Nesse nível, são ofertados serviços de saúde que visam a atender os principais agravos da população, cuja prática clínica demanda profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção à saúde de nível terciário, integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade e elevado aporte tecnológico, encontra-se organizada nos pólos macrorregionais, através de sistema de referências (MENDES, 2007).

Considerando a organização em redes de atenção à saúde já praticada em Minas Gerais, os hospitais possuem um papel fundamental, pois, por mais que se construa um sistema forte de atenção domiciliar e ambulatorial, sempre existirão as condições que exigem atenção hospitalar. Por isso, os hospitais nas redes de atenção à saúde são um conjunto de pontos de atenção que operam a partir de um escopo assistencial definido, uma gestão profissionalizada e um financiamento diferenciado (MINAS GERAIS, 2013).

Dentro desse modelo foi concebido o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais SUS/MG (Pro-Hosp), com o objetivo de reordenar a realidade hospitalar do Estado, por meio do qual as instituições

são impulsionadas a exercer seu papel efetivo como pontos de atenção nos níveis terciário e secundário (MINAS GERAIS, 2007).

Ao longo dos 11 anos de existência, o Pro-Hosp se fortaleceu como uma estratégia de saúde no âmbito hospitalar que modificou, de forma precursora no país, a relação entre o Estado e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos que prestam serviços ao SUS, pois alterou a relação convencional para a relação contratual, com base na pactuação de compromissos e metas. Desse modo, o modelo “hospitalocêntrico” é superado pela implantação de um modelo assistencial organizacional em redes de atenção à saúde, distribuídas nos polos micro e macrorregionais, cuja porta de entrada deve ser, preferencialmente, a atenção primária (MINAS GERAIS, 2012a).

2. O início do Programa Pro-Hosp

Em maio de 2003, o Pro-Hosp foi elaborado com a finalidade de contribuir para o desenvolvimento de um parque hospitalar público no Estado, socialmente necessário, e capaz de operar com eficiência, reduzir os vazios assistenciais, inserir-se nas redes prioritárias de atenção à saúde e prestar serviços de qualidade que atendessem às necessidades e demandas da população (MINAS GERAIS, 2007).

No período antecedente à implantação do Programa, a rede hospitalar do SUS em Minas Gerais era composta por 614 hospitais, sendo estes distribuídos em sua maioria em municípios de pequeno porte populacional: 394 (64,17%) eram localizados em municípios de até 50 mil habitantes. Quanto ao porte, o parque hospitalar se caracteriza por 312 hospitais (50,81%) que possuíam até 50 leitos; 182 hospitais (29,64%) entre 50 e 100 leitos; de 100 a 200 leitos eram 81 hospitais (13,19%) e só 39 hospitais (6,35%) possuíam mais de 200 leitos (MACHADO, ALFRADIQUE e MONTEIRO, 2003).

O número excessivo de instituições hospitalares no Estado suscitava a pulverização dos investimentos públicos e a concorrência de serviços ofertados, culminando, portanto, na dificuldade de contratação de capital humano especializado, baixa ocupação dos leitos hospitalares, baixo desempenho assistencial dos prestadores de serviços de saúde, aumento das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), “deseconomia” de escala e escopo e risco sanitário para a população, sendo esse um contexto de enorme carência em infraestrutura e manutenção de serviços de apoio.

Para que a finalidade inicial do Pro-Hosp fosse alcançada, melhorias estruturais e processuais eram requisitadas aos hospitais contemplados pelo Programa, por meio de uma carteira de ajustes e metas focada em indicadores de estrutura, processo e resultado. Por isso, nos primeiros anos, o recurso financeiro estadual repassado às instituições deveria ser investido

conforme rubricas contratuais preestabelecidas. Dessa forma, o Pro-Hosp possibilitou a aplicação de investimentos em obras e reformas, aquisição de equipamentos e materiais permanentes, e implantação de estratégias para avanços em gestão de processos.

3. Principais mudanças na lógica de investimento e monitoramento dos hospitais

De 2003 a 2012, considerando a lógica direcionada para a estruturação das instituições hospitalares através de investimentos para melhoria e ampliação física das unidades, a distribuição do incentivo financeiro do Pro-Hosp foi definida de acordo com um valor padrão *per capita* populacional, considerando a realidade socioeconômica de cada região (MINAS GERAIS, 2007).

A partir da análise dos dados estatísticos sobre o desempenho dos hospitais contemplados pelo Pro-Hosp realizada no final do ano 2012, percebeu-se a necessidade de alinhar os objetivos do Programa ao Planejamento Estratégico do Estado de Minas Gerais, que visa à gestão para resultados. Nesse momento, foi possível identificar uma desproporção na lógica de alocação do recurso com o critério *per capita*, visto que a distribuição do incentivo financeiro era inversa ao desempenho assistencial. Alguns hospitais de pequeno porte com cartela de serviços e produção menores, localizados em regiões populosas, recebiam maior volume de recursos quando comparados aos hospitais de maior porte, maior complexidade no escopo de serviços, localizados em municípios polo sede de outros hospitais também contemplados, pulverizando o incentivo. Logo, esta estratégia de repasse não reconhecia o desempenho assistencial e a produção hospitalar que, no contexto das redes de atenção, são parâmetros importantes para seleção dos prestadores de serviço em saúde.

Outro ponto de destaque foi que, à medida que o Estado dispunha de mais incentivo financeiro aos prestadores hospitalares, agregando um quantitativo mais significativo para as instituições desenvolverem ações e melhorias aos usuários do sistema público, esses prestadores descredenciavam serviços a serem prestados através da redução do número de leitos SUS, internações e escopo de serviços.

Conforme a literatura, a prática de sistemas de pagamento alternativos para hospitais públicos, tais como orçamentos globais associados ao desempenho, bem como o refinamento dos arranjos contratuais com a aplicação de critérios baseados na produção e no tipo de serviço, vinculados ao cumprimento das metas acordadas e à remuneração, estabelecem fortes incentivos à melhoria da qualidade e da eficiência. Estes critérios se traduzem em avanço

significativo para o planejamento da alocação financeira, por considerar o papel hospitalar e sua performance (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

A partir dessas análises, a SES/MG confirmou a necessidade de mudança na lógica de alocação do incentivo financeiro, ponderando as necessidades da população com a oferta de serviço de qualidade e com o reconhecimento dos prestadores que apresentavam desempenho significativo para a rede. A nova estratégia adotada para reorganizar a distribuição dos recursos financeiros do Pro-Hosp segue a lógica de um sistema de pagamento por desempenho, através de indicadores de saúde elaborados pela Secretaria que traduzem eficiência e efetividade, tanto na ocupação hospitalar, quanto nas internações hospitalares.

Leitos SUS efetivamente ocupados (LEO) é o cálculo do número de leitos SUS ocupados, de acordo com a Taxa de Ocupação Hospitalar, descontadas as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) excedentes em relação ao aceitável¹ pelo Estado.

Internações efetivas (IE) é o cálculo do número de internações SUS descontadas as ICSAP excedentes em relação ao aceitável pelo Estado.

O financiamento do serviço de saúde baseado na performance representa o estímulo ao alcance de metas, ou de produção ou de qualidade (BAUMANN e DELLERT, 2006). Portanto, pode-se afirmar que a alocação de recursos conforme a performance institucional tem sido traduzida como um método assertivo para reorganização da disposição financeira, uma vez que considera parâmetros importantes no desempenho assistencial e na produção hospitalar. Além disso, este método traz a essência de que as instituições hospitalares são os grandes protagonistas do cenário, devendo internalizar os conceitos e desenvolver processos internos no intuito de melhorar de forma contínua sua prática assistencial, o que refletirá diretamente no momento de avaliação e planejamento da alocação do incentivo financeiro.

Dando continuidade ao alinhamento das ações do Pro-Hosp ao Planejamento Estratégico do Estado, foi realizada a modificação da cartela

¹ A taxa de ICSAP aceitável adotada equivale à média desse indicador apresentada pelos hospitais Pro-Hosp, sendo o valor equivalente a 15% para hospitais de referência nas Regiões Ampliadas de Saúde e a 22% para os de referência nas Regiões de Saúde).

de indicadores de controle, monitoramento e avaliação dos hospitais. Os indicadores propostos a partir da Competência 2012 têm como finalidade avaliar a qualidade da assistência prestada, o nível de utilização dos recursos disponíveis, bem como o desempenho dessas instituições nas regiões de saúde em que estão inseridas.

Esse elenco, composto por 5 indicadores, permite uma avaliação dos hospitais contemplados em relação às outras unidades hospitalares com perfil assistencial semelhante e em relação aos seus eixos estruturais, processuais e de resultados finalísticos. São eles:

- Taxa de Ocupação Hospitalar: tem como objetivo aumentar a oferta assistencial nos leitos SUS do elenco de hospitais Pro-Hosp.
- Taxa de Referências: a finalidade é o fortalecimento da regionalização da assistência.
- Taxa de Mortalidade Institucional: indicador necessário para mensurar a qualidade do atendimento hospitalar, considerando as primeiras 24 horas conforme indicações da literatura de gestão da qualidade, como suficientes para estabilização dos pacientes.
- Taxa de Mortalidade Infantil Hospitalar: tem por objetivo reduzir o número óbitos infantis evitáveis ocorridos no hospital.
- Taxa de Cumprimento dos Pactos Regionais do SUS: tem como finalidade avançar no grau de cumprimento de execução dos procedimentos hospitalares listados como “vazios assistenciais” nas regiões de saúde.

A proposta dos novos indicadores fortaleceu o processo de acompanhamento dos hospitais, uma vez que incorporou uma série de recursos e informações contidas nos bancos oficiais do Ministério da Saúde. O monitoramento de indicadores hospitalares por meio de dados administrativos de saúde oferece vantagens ao fornecer informações diagnósticas, sendo o controle da gestão hospitalar um fator fundamental para a eficiência da assistência prestada (SOUZA *et al.*, 2009).

4. Resultados do Programa Pro-Hosp

Os resultados assistenciais alcançados pelo Pro-Hosp podem ser mensurados, por exemplo, pela representatividade do desempenho hospitalar do Programa em relação ao cenário estadual. Os hospitais contemplados representam aproximadamente 30% do parque hospitalar do Estado, possuem mais de 50% dos leitos SUS existentes e executam em média 60% da produção geral do SUS de Minas Gerais.

Gráfico 1: Percentual de hospitais SUS do Estado de Minas Gerais contemplados pelo Programa Pro-Hosp em 2014

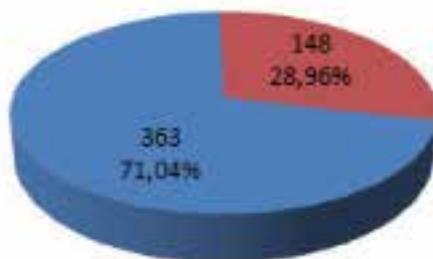
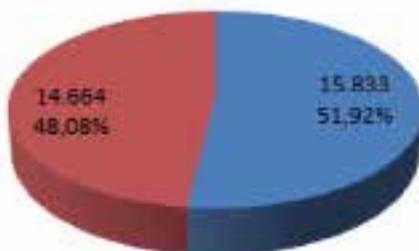


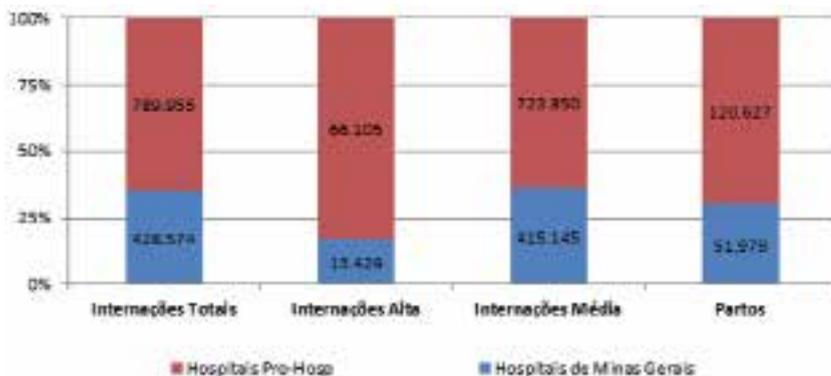
Gráfico 2: Número leitos SUS existentes em Minas Gerais no ano de 2013



■ Hospitais de Minas Gerais ■ Hospitais Pro-Hosp

Fonte: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (2014)

Gráfico 3: Total de internações SUS, internações de média complexidade, internações de alta complexidade e partos realizados em Minas Gerais no período entre julho de 2013 a junho de 2014



Fonte: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (2014)

Os dados assistenciais evidenciam a importância do elenco de hospitais Pro-Hosp frente ao parque hospitalar do Estado, pois, embora o quantitativo contemplado seja menor que 30%, é responsável pelos melhores índices em diversos indicadores de saúde, tais como taxa de ocupação hospitalar, taxa de referência, índice de renovação de leitos, tempo médio de permanência, taxa de internações por condições sensíveis à atenção primária, porte e produção hospitalar.

Tabela 1: Representação percentual dos hospitais do Programa Pro-Hosp em relação ao parque hospitalar de Minas Gerais

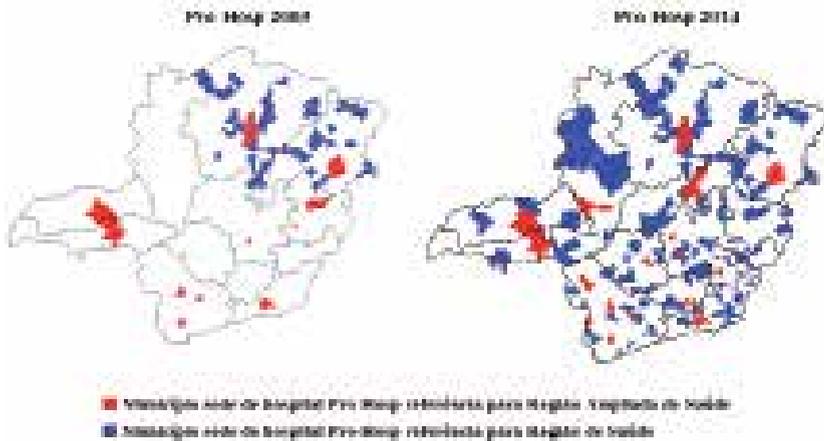
TABELA COMPARATIVA RESUMIDA			
	Minas Gerais	Pro-Hosp	% Pro-Hosp
Nº hospitais	511	148	28,96%
PORTE			
Nº leitos gerais	36.884	17.670	47,91%
Nº leitos SUS	30.497	14.664	48,08%
Nº leitos de UTI	2.334	1.737	74,42%
INDICADORES			
Taxa de Ocupação Hospitalar	59,76%	74,72%	-
Taxa de Referência	33,32%	60,72%	-
Índice de Renovação de Leitos	3,11	4,25	-
Tempo de Permanência	5,84	5,32	-
ICSAP	20,93%	16,49%	-
Taxa de Mortalidade Institucional	4,17%	4,72%	-
PRODUÇÃO			
Nº de internações totais	1.138.995	647.718	56,87%
Nº de internações de alta complexidade	79.534	52.997	66,63%
Nº de internações de média complexidade	1.218.529	594.741	48,81%
Partos	172.606	120.627	69,89%

Fonte: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (2014)

Outro resultado importante apurado, além do desempenho satisfatório dos hospitais do elenco, é a abrangência do Programa. Por seguir a mesma coerência do PDR/MG, o Pro-Hosp se baseia na lógica de regionalização da saúde, investindo nas 77 Regiões de Saúde (RS) e 13 Regiões Ampliadas de Saúde (RAS) do Estado. Desde a sua implantação até o ano de 2014, a

quantidade de municípios beneficiados aumentou em 236,36%, passando de 33 para 111 cidades, e o número de hospitais contemplados em 192,16%, sendo 51 instituições hospitalares contempladas em 2003 e 148 em 2014.

Figura 1: Comparação da distribuição dos municípios contemplados com hospitais participantes do Programa Pro-Hosp em 2003 e 2014



Fonte: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (2014)

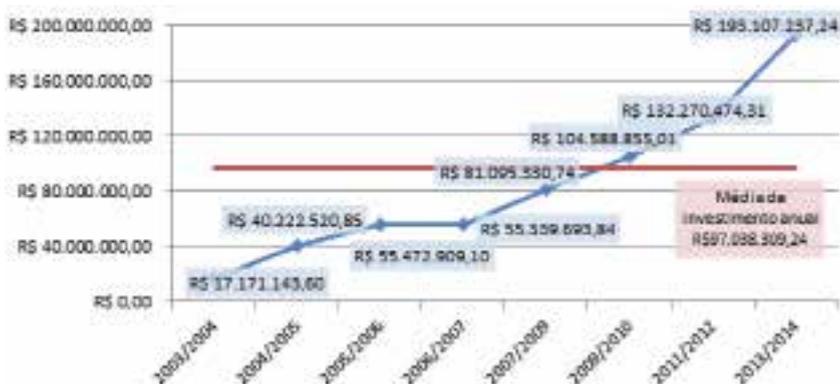
Em relação ao incentivo financeiro, considerando o histórico entre 2003 e 2014, foi investido, de forma ascendente, cerca de 1,1 bilhões de reais na melhoria da estrutura física e tecnológica das instituições, no custeio das atividades e insumos hospitalares, na capacitação de recursos, entre outros.

Gráfico 4: Histórico do montante de recurso financeiro investido nos hospitais localizados nos polos das Regiões de Saúde do Estado pelo Programa Pro-Hosp, de 2003 a 2014



Fonte: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (2014)

Gráfico 5: Histórico do montante de recurso financeiro investido nos hospitais localizados nos polos das Regiões Ampliada de Saúde do Estado pelo Programa Pro-Hosp, de 2003 a 2014



Fonte: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (2014)

Considerando que os incentivos financeiros repassados aos hospitais participantes do Pro-Hosp são executados com o objetivo de melhorar o desempenho, o acesso e a resolutividade da assistência hospitalar do SUS, os resultados assistenciais e gerenciais são esperados a curto, médio e longo prazo.

Resultados de curto prazo

- Garantir a qualidade da assistência hospitalar através da readequação das instalações físicas, do investimento no adensamento tecnológico, do custeio de materiais de consumo e insumos hospitalares, além da capacitação de recursos humanos;
- Aumentar a resolutividade hospitalar secundário e terciário;
- Definir vocação institucional conforme o perfil hospitalar e seu papel como ponto de atenção à saúde na rede;
- Incentivar a fixação de profissionais em regiões de vazios assistenciais, como, por exemplo, atendimento às gestantes de alto risco, traumatologia, ortopedia, oncologia e cardiologia;
- Fortalecer a gestão dos hospitais com otimização dos processos e equilíbrio financeiro;
- Oportunizar a interface entre gestores hospitalares nas RS e RAS do Estado de Minas Gerais, promovendo uma visão sistêmica do SUS.

Resultados de médio e longo prazo

- Garantir assistência hospitalar com qualidade de forma integral no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, de forma humanizada e com equidade em todos os polos regionais;

- Fortalecer os polos de saúde com os serviços regionais eficientes e resolutivos;
- Alcançar a eficiência econômica dos hospitais, ampliando a sua capacidade operacional;
- Integrar os hospitais aos demais pontos de atenção à saúde da rede, para o alcance de uma assistência integral ao usuário do SUS.

5. Avanços da Política Hospitalar em Minas Gerais

Considerando a boa avaliação do Programa Pro-Hosp pelos atores e gestores envolvidos no processo e a solidez de sua marca, em 2013 a SES/MG instituiu a Política Estadual de Atenção Hospitalar em Minas Gerais (Pro-Hosp), estabelecendo os seus componentes hospitalares. A partir desse momento, o Pro-Hosp, deixando de ser um Programa de governo para tornar-se uma política de Estado, se consolidou como um conjunto de ações e políticas complementares que visavam ao fortalecimento e à melhoria dos componentes hospitalares das redes de atenção à saúde prioritárias de Minas Gerais. Essa nova política de saúde se propõe a unificar os investimentos estaduais da atenção hospitalar SUS através de cinco componentes que passam por diferentes necessidades do eixo assistencial hospitalar.

Figura 2: Componentes hospitalares da Política Estadual de Atenção Hospitalar em Minas Gerais (Pro-Hosp)



Fonte: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (2014)

-
- **Pro-Hosp Emergencial**: estratégia emergencial não programada através de convênio que tem como objetivo garantir assistência em hospitais SUS do Estado em situações de crise instalada de origem epidemiológica ou não, e reposição de capacidade instalada em caráter de urgência.
 - **Pro-Hosp Incentivo**: incentivo financeiro do Tesouro Estadual que contempla de forma equânime e distributiva os hospitais SUS, socialmente necessários, que apresentam o melhor desempenho assistencial, de acordo com a classificação definida pelas regras do componente.
 - **Pro-Hosp Gestão Compartilhada**: Ação que contempla hospitais de esfera pública, investidos e custeados pelo Estado, que compõem a política de gestão profissional estimulada pela SES/MG. Tem como objetivo reduzir os vazios assistenciais e o *déficit* de leitos hospitalares estratégicos nas Regiões de Saúde.
 - **Pro-Hosp Materno Infantil**: Ações de cofinanciamento (capital e custeio) de apoio aos hospitais da Rede Viva Vida de referência no Estado para atendimento às Gestantes de Risco Habitual e Alto Risco. O investimento é destinado à abertura de novos leitos de UTI Neonatal e compra de equipamento e materiais permanentes para atendimentos nas maternidades.
 - **Pro-Hosp Urgência e Emergência**: Ações de investimento hospitalar em projetos de implantação da Rede de Urgência e Emergência e custeio da porta de entrada para manutenção da equipe mínima no componente hospitalar da rede.

Curso de Especialização em Gestão Hospitalar

A Especialização que já acontece desde o início do Pro-Hosp em 2003, de forma gratuita aos alunos (gestores de hospitais e técnicos da SES/MG), foi amplamente reformulada em 2013, considerando as diversas alterações nas formas de alocação de recursos, processos de monitoramento e avaliação dos hospitais contemplados pelo Programa. O maior enfoque foi desenhar a grade pedagógica com uma interface estreita junto às Redes de Atenção à Saúde do Estado de Minas Gerais. Tal mudança se fez necessária para que os novos princípios, ofertas de serviços e organizações da política hospitalar fossem abordadas para um público com interface contínua junto a estes e demais programas estaduais, sendo isso um dos grandes diferenciais deste incentivo educacional.

Até o ano de 2012, já foram capacitados 574 gestores em 4 edições do curso, e produzidos aproximadamente 350 Planos Diretores e Planos de Intervenção Hospitalares, e, para o ano de 2013, foram propostas turmas centralizadas e descentralizadas com orçamento previsto de R\$2.000.000,00.

Residência Médica

Com objetivo de apoiar e incentivar a adesão aos programas de residência pelas instituições hospitalares contempladas pelo Pro-Hosp Incentivo, a SES/MG elaborou uma estratégia que autoriza o incentivo financeiro adicional de R\$25.000,00 por nova vaga de residência médica, autorizada pelo Programa Nacional de Apoio a Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência). Foram apuradas 55 novas vagas em 13 instituições, que corresponde ao montante de R\$1.375.000,00. Destaca-se que a iniciativa de incentivo adicional da Residência Médica concretizada em 2013, foi garantida também para o ano de 2014.

Com o objetivo de orientar aos hospitais quanto aos procedimentos necessários para solicitação de vagas de residência médica para concessão de bolsas através do Pró-Residência, a SES/MG, através da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar, em parceria com a Associação de Apoio à Residência Médica de Minas Gerais (AREMG), promoveu uma capacitação com aproximadamente 75 médicos representantes que atuariam como facilitadores e/ou supervisores da Residência Médica.

Infraestrutura Hospitalar (INFRAHOSP)

O INFRAHOSP é um projeto da SES/MG, elaborado em 2014, que traz em seu arcabouço de possibilidades e prioridades, ações de assessoria para construção, reformas e adequações no setor hospitalar. O projeto, dirigido por uma equipe técnica profissionalizada, contempla diversas estratégias e etapas que permeiam o processo de construção, reforma e arquitetura, como a avaliação do fluxo de atividade da unidade de intervenção, definição de ambientes conforme legislação vigente, aprovação junto a Vigilância Sanitária (VISA), elaboração dos projetos arquitetônicos e complementares, ambiência em saúde, bem como a elaboração da melhor estratégia e aplicabilidade na intervenção em infraestrutura.

A concepção do INFRAHOSP se pautou na necessidade eminente de acompanhamento das unidades hospitalares desde o planejamento à execução da manutenção predial, visto que a qualidade do ambiente de saúde no processo de cura e tratamento em um menor tempo está diretamente relacionada à aplicabilidade de recursos mais eficientes e condizentes com a realidade das unidades e a regiões onde estão inseridas. Portanto, a SES/MG propõe, para os hospitais contemplados pelo Pro-Hosp, a possibilidade de consultoria e assessoria na área de arquitetura hospitalar através desse projeto inovador.

Hospitais Estratégicos – Pro-Hosp Expansão

A expansão do Programa Pro-Hosp se iniciou em 2011 através da inclusão de hospitais que apresentaram em seu escopo serviços estratégicos

a nível regional nas especialidades de Oncologia e Cardiologia no SUS em Minas Gerais. Mais uma vez o Pro-Hosp inovou ao fortalecer as diretrizes organizacionais que desenham a política hospitalar e ao combater os maiores motivos que adoecem e matam a população mineira, haja vista que o elenco anterior prestava assistência apenas nas quatro clínicas básicas.

O parque hospitalar estratégico é composto por quatro prestadores de grande porte, dispersos em diferentes regiões do Estado, sendo contemplados os municípios de Barbacena, Belo Horizonte, Muriaé e Uberaba. Até 2013, foi investido nesta ação um montante de R\$23.000.000,00, sendo para o ano de 2014 destinados mais R\$10.000.000,00.

Protocolos Clínicos

A organização e programação da assistência pautadas em diretrizes clínicas amplia o horizonte para a gestão dos serviços hospitalares, pois é ferramenta fundamental para a contratualização dos serviços e equipes, a organização dos processos de trabalho, a capacitação dos profissionais, um adensamento tecnológico compatível com suas funções na rede e consequente prestação de serviços em tempo oportuno, com foco na segurança, qualidade, equidade da assistência.

Com o intuito de consolidar e fortalecer o parque hospitalar contemplado pelo Pro-Hosp Incentivo, na premissa de propor elementos para a melhoria dos processos de gestão e a utilização de tecnologias de gestão da clínica, a SES/MG iniciou a construção de diretrizes clínicas, originando seis protocolos clínicos que contribuirão para o alinhamento de condutas e práticas seguras, resolutivas, refletidas na qualidade dos serviços ofertados aos usuários das instituições hospitalares do SUS. Estes instrumentos estão sendo elaborados por equipes multidisciplinares dos hospitais, contendo diretrizes clínicas assistenciais, baseadas em evidências científicas e clínicas atuais para as condições de saúde de maior morbimortalidade que mais acometem a população mineira: doenças encéfalo-vasculares, cardiopatias, traumas (lesões acidentais, quedas e acidentes de transporte), diabetes, morbidades e complicações maternas e neonatais.

I Encontro Estadual de Avaliação da Gestão Hospitalar em Minas Gerais – Pro-Hosp e Conselho Estadual de Saúde

Em 2013 foi realizado o I Encontro Estadual de Avaliação da Gestão Hospitalar em Minas Gerais com o objetivo de avaliar as ações e o impacto do Programa Pro-Hosp em conjunto com Conselho Estadual de Saúde e demais atores envolvidos na gestão da saúde a nível hospitalar nas regiões de

saúde do Estado, momento oportuno para avaliar e pensar os novos rumos para a Gestão Hospitalar no Estado de Minas Gerais.

O evento reforçou conceitos e a aplicabilidade destes de forma prática sobre temas inerentes ao processo de gestão hospitalar, como gestão da clínica e gerenciamento de processos, bem como implementação de ações que fortaleçam a participação da população no nível da gestão, contribuindo para o cumprimento do verdadeiro papel das instituições hospitalares nas redes prioritárias de saúde.

O maior impacto com a realização deste encontro é a proposta de elaboração de um conjunto de diretrizes para embasar os processos de planejamento subsequentes, quais sejam: formulação dos Planos de Governo, realização da Conferência de Saúde, elaboração da Programação Anual de Saúde 2015 e formulação do Plano Estadual de Saúde 2016-2019.

Acreditação Hospitalar

No ano de 2014, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, por meio do Pro-Hosp, apresentou ao Banco Mundial um dos resultados de um conjunto de compromissos assumidos pelo governo estadual nesta parceria, a Acreditação Hospitalar.

No ano de 2013, seis hospitais contemplados pelo Pro-Hosp Incentivo se certificaram Acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e outros seis hospitais passaram por processo de acreditação. O mais gratificante é identificar que os hospitais acreditados em 2013 estão dispersos em todo território estadual de forma não concentrada na capital, pois ocorreram nas regiões Leste (Timóteo), Sudeste (Juiz de Fora e Muriaé), Noroeste (Patos de Minas) e Norte (Montes Claros).

Publicações e referenciais sobre a gestão hospitalar

A SES/MG, por meio da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar, elaborou algumas literaturas que se concretizaram como importantes ferramentas de gestão, com informações pertinentes acerca de todas as instituições hospitalares que prestaram serviço aos usuários do SUS. Tais informações estão materializadas em representações gráficas, mapas e tabelas que ilustram o desempenho assistencial conforme diversos indicadores de saúde.

O intuito com estes documentos é disponibilizar conhecimento sobre o cenário hospitalar e ambulatorial do SUS para todos os atores envolvidos, tanto no âmbito gerencial quanto no assistencial, visto que as informações divulgadas podem embasar as discussões e a elaboração de estratégias capazes de aprimorar os processos locais e institucionais em busca da melhoria contínua para oferta de serviços em âmbito hospitalar.

Figura 3: Ilustração representando as publicações da SES/MG sobre o Programa Pro-Hosp e o parque hospitalar do Estado nos últimos anos: Desempenho Assistencial dos Hospitais SUS/MG 2009 (2011); Desempenho Assistencial dos Hospitais SUS/MG 2011 (2012); Relatório Anual do Pro-Hosp 2010 (2012); Caderno de Gestão Hospitalar (2013); Cartilha sobre o Pro-Hosp (2013); Diagnóstico Hospitalar Pro-Hosp 2008 a 2012 (2013); Desempenho Assistencial dos Hospitais SUS/MG 2012 (2013); Desempenho Assistencial dos Hospitais SUS/MG 2013 (2014)



Fonte: Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (2014)

6. Uma agenda para o futuro: desafios e perspectivas

No âmbito hospitalar, a SES/MG tem prevista para os próximos anos uma série de estratégias e ações transformadoras, a fim de concretizar e efetivar o Pro-Hosp como uma Política Estadual de Atenção Hospitalar sólida e resolutiva em Minas Gerais. De forma geral, os principais desafios e perspectivas planejadas se concentram nas seguintes demandas:

- **Aumentar a oferta de serviços hospitalares garantindo a qualidade da assistência e a segurança dos pacientes do SUS:** o objetivo é atuar na estruturação e qualificação de equipes profissionais focadas na implantação de estratégias e ações que atendam as normativas referentes à humanização hospitalar, segurança do paciente e controle da gestão de qualidade.
- **Garantir acesso único nas portas de entrada hospitalares:** incentivar a disponibilização de uma estrutura única, assegurando o princípio de

igualdade para os usuários, sem distinção de marcação e agendamento de consultas, exames e internação, bem como conforto de hotelaria.

- **Elaborar uma estratégia de orçamentação global para os hospitais no que diz respeito ao financiamento:** fomentar ações conjuntas que possibilitem a adoção de um sistema de alocação de recursos por orçamento global, com repasses periódicos de um montante anual, calculado sobre o custo de manutenção.

- **Incentivar a uniformidade na conduta do corpo clínico e a medicina baseada em evidências:** implantação de protocolos clínicos padronizados para parque hospitalar do Estado, baseados em práticas e linhas-guia assistenciais com validação reconhecida, avalizando qualidade, eficiência e precisão na conduta clínica.

- **Melhorar a efetividade da ocupação dos leitos SUS em todas as instituições hospitalares do Estado:** aplicar os conceitos de Leito Efetivamente Ocupado e Internação Efetiva como parâmetros de todas as ações da Política Estadual de Atenção Hospitalar de Minas Gerais.

- **Estabelecer uma política com incentivos para a Acreditação Hospitalar:** promover a análise das estruturas hospitalares e apoiar o planejamento de ações de melhoria, segurança e garantia de qualidade.

- **Estabelecer uma política hospitalar estadual para os hospitais de pequeno porte (HPP):** realizar diagnóstico assistencial aprofundado de cada Região de Saúde do Estado com a finalidade de reconhecer a competência e capacidade operacional de cada unidade na rede de acordo com os vazios assistenciais. A partir disso, implantar uma política direcionada aos hospitais de pequeno porte, definindo o financiamento, o escopo necessário de funcionamento e a equipe profissional mínima de atuação no hospital.

- **Vocacionar hospitais conforme as necessidades da população:** incentivar estratégias de gestão que induzam serviços hospitalares essenciais e necessários para as demandas da população de cada Região de Saúde, a fim de evitar a concorrência entre os prestadores próximos e a pulverização de recursos públicos.

- **Incentivar os hospitais 100% SUS:** implantar uma gratificação às intuições hospitalares exclusivas ao atendimento público em todos os componentes da Política Estadual de Atenção Hospitalar.

- **Fortalecer a estratégia de pagamento por performance:** adotar, para cada componente da Política Estadual de Atenção Hospitalar, a metodologia de alocação de recursos baseada na eficiência dos prestadores e na efetividade dos serviços de saúde, medidas em termos do cumprimento de metas quantitativas e qualitativas.

Referências Bibliográficas

BAUMANN, M. H. E.; DELLERTE. Performance Measures and Pay for Performance. *Chest Journal*, n. 129, v. 1, 2006. p.188-191. Disponível em: <<http://publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/22038/188.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014.

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. F. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

MACHADO, E. N. M.; ALFRADIQUE, M. E.; MONTEIRO, L. P. *Caracterização da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2003.

MENDES, E. V. *A modelagem das redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Mimeografado.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Cartilha sobre o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Relatório anual 2010 do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2012a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Planejamento estratégico 2012-2015*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, [2012b].

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Manual do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp)*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Fundação João Pinheiro, 2007.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; LARA, C. O.; GOMIDE, P. L. R.; PEREIRA, C. M. P.; FREITAS, D. A. F. Controle de Gestão em Organizações Hospitalares. São Paulo: *Revista de Gestão USP*, v. 16, n. 3, p. 15-29, 2009.

Os Sistemas de Apoio às
Redes de Atenção à Saúde

AVANÇOS E DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MINAS GERAIS

Ana Luísa Caires de Souza
Grazielle Dias Silva
Liziane Silva
Maria Heliadora de Souza Lui

1. Introdução

Nos últimos anos, a Assistência Farmacêutica (AF) no SUS vem se estruturando e assumindo um papel estratégico como atividade essencial na busca do acesso e do uso racional de medicamentos. Essa estruturação é decorrente da elaboração da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, que entende a AF como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais que devem cuidar da manutenção e qualificação dos serviços na rede pública, dos recursos humanos e da descentralização das ações (BRASIL, 2004).

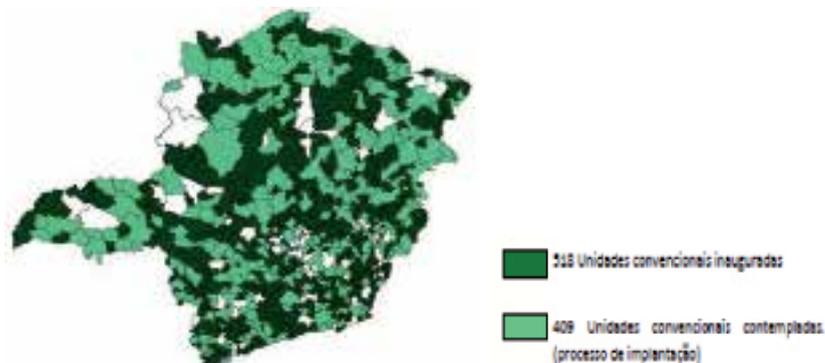
Assim, desde a sua criação, em 2007, a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), tendo como origem o estabelecimento do Plano Estadual de Estruturação da Rede Farmácia de Minas, tem se comprometido a proporcionar a melhor estrutura física aos pontos de dispensação de medicamentos; garantir o acesso da população aos medicamentos pactuados entre os entes da federação; qualificar os recursos humanos; criar e incrementar a gestão da informação na sua área de atuação; colaborar no desenvolvimento de adequado processo de logística dos medicamentos e insumos terapêuticos; e estabelecer a lógica de funcionamento da farmácia como estabelecimento de saúde e de cuidado terapêutico (MINAS GERAIS, 2010).

Neste contexto, foi criada a **Rede Farmácia de Minas**, que cobre, atualmente, 522 municípios com farmácias padronizadas em funcionamento, do total de 832 contemplados no Programa, distribuídos por todo o Estado (Figura 1). A Rede completa representará um total de 1.200 farmácias públicas padronizadas. O Programa conta com um elenco de medicamentos de 481

itens dos Componentes Básico, Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica; e com o SIGAF, para gerenciar todo o ciclo da Assistência Farmacêutica em Minas, passando pela aquisição, programação, distribuição, dispensação de medicamentos e acompanhamento farmacoterapêutico do paciente. Outras iniciativas relevantes, como o Componente Verde, o Farmácia Integrada e o Farmácia de Minas em Casa contribuem para a qualificação da AF no Estado.

Os avanços na área da Assistência Farmacêutica fazem de Minas Gerais referência nacional neste setor. Atuar na evolução constante da seleção dos medicamentos e estruturação física das unidades, visando à garantia do acesso pela população, juntamente com o estabelecimento de uma política adequada de recursos humanos, constituem o desafio da atual e das próximas gestões.

Figura 1: Distribuição das Unidades Farmácia de Minas pelo Estado



Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG (2014)

2. Avanços da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais

2.1 O Programa

A partir da publicação do “Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS)”, definiu-se a Política de Assistência Farmacêutica do Estado, caracterizada fundamentalmente na criação da Rede Farmácia de Minas (RFM). A estruturação em rede da Assistência Farmacêutica (AF) ocorre por meio da implantação de Farmácias Comunitárias Públicas nos municípios do Estado de Minas Gerais, por concessão de incentivo financeiro estadual para construção e custeio das unidades. Estas Farmácias, sob a supervisão

de profissionais farmacêuticos, compõem a rede municipal de saúde e prestam serviços de saúde qualificados à população. Nas unidades do Programa Rede Farmácia de Minas são dispensados medicamentos dos componentes Básico e Estratégico da Assistência Farmacêutica, bem como do Componente Especializado/alto custo, e a prestação dos demais serviços farmacêuticos.

O objetivo principal dessa estratégia é garantir o acesso (abastecimento regular com uso racional) aos medicamentos pela população por meio da organização da Assistência Farmacêutica para Atenção à Saúde, maximizando os recursos financeiros e aprimorando as atividades técnico-gerenciais.

Destacam-se os seguintes objetivos específicos: garantir o abastecimento contínuo e regular de medicamentos; dispensar medicamentos dos três componentes da AF; implantar o SIGAF; humanizar o atendimento ao paciente, contribuindo para garantir a integralidade das ações em saúde; trabalhar de forma articulada com a rede de atenção à saúde, e possibilitar o reconhecimento da Farmácia como estabelecimento de saúde no SUS.

2.2. Organização

Com o advento das unidades do Componente Verde, por meio da Resolução SES/MG Nº 1490/2013, a Rede Farmácia de Minas passa a ser composta das seguintes modalidades:

- **Unidade Integrada** - é responsável pela dispensação de medicamentos básicos, estratégicos e especializados para a população do município sede de Região de Saúde e pela dispensação de medicamentos do componente especializado para a população adstrita.
- **Unidade do Componente Verde** - assim como a unidade integrada, destina-se a atender aos municípios sede de Região de Saúde (macro ou micro) e a população adstrita, com a manipulação de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos para atendimento aos usuários.
- **Unidade Convencional da Rede Farmácia de Minas** - é um estabelecimento destinado à dispensação de medicamentos do componente básico e estratégico da AF e prestação de serviços farmacêuticos para a atenção primária a saúde para a população do município sede.

Para garantir a identidade visual, foram definidas plantas padrão para as farmácias e uma relação de equipamentos que são adquiridos de forma

centralizada pelo Estado. O acompanhamento da execução das obras é realizado por meio de relatório fotográfico desenvolvido no Picasaweb, conforme padrão estabelecido pela Superintendência de Assistência Farmacêutica.

Em 2012, a planta padrão foi ampliada de 70/80m² para 100m². Entre as principais modificações estão incluídas as ampliações do almoxarifado, da sala do farmacêutico e da recepção, bem como a definição de um cômodo exclusivo para descarte de resíduos sólidos.

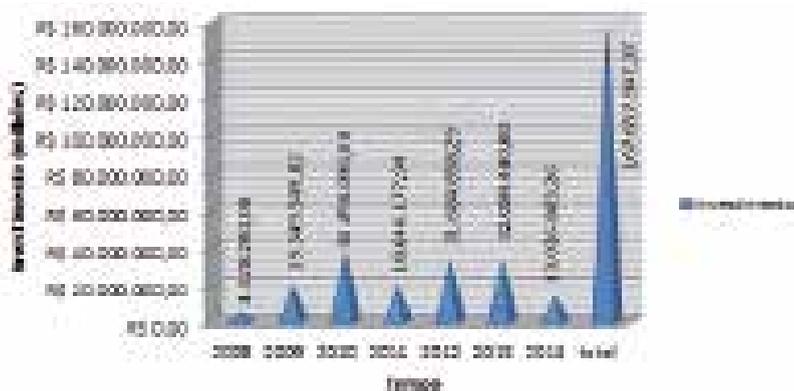
A fim de promover o melhor atendimento ao cidadão, principalmente no acesso aos medicamentos do componente especializado/alto custo, a SAF elaborou o Programa “**Farmácia de Minas em Casa**”. O Programa é mais uma estratégia da SAF/SES/MG para ampliar o acesso e uso racional de medicamentos. Objetiva oferecer mais informações, conforto e segurança àqueles que solicitam e recebem medicamentos nas farmácias das Unidades Regionais de Saúde do Estado, bem como à comunidade em geral. O Programa Farmácia de Minas em Casa é composto por dois serviços:

- **Call Center – Disque 155:** Serviço gratuito telefônico, disponível a qualquer cidadão que queira obter informações, esclarecer dúvidas sobre medicamentos e forma de utilização, obter informações acerca das solicitações de medicamentos de alto custo ou falar com um farmacêutico. Importante destacar que, além do serviço de atendimento às demandas, está prevista a implantação de ligações (ativo) por farmacêuticos e estagiários de farmácia para realizar o acompanhamento farmacêutico remoto ao serviço de entrega domiciliar de medicamentos.
- **Entrega Domiciliar:** Serviço gratuito de entrega de medicamentos, disponível para os beneficiados do programa de Medicamentos de Alto Custo, que possibilita a entrega dos medicamentos que o paciente necessita para seu tratamento, em local indicado e em horário pré-agendado. Esse serviço está atendendo, inicialmente, pacientes portadores de asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, dislipidemias e esclerose lateral amiotrófica.

2.3. Resultados e Perspectivas

Desde a criação do Programa em 2008 foram investidos 167.657.947,37 milhões de reais, incluindo neste investimento recursos para construção das Farmácias, incentivo de custeio da Assistência Farmacêutica e aquisição de equipamentos e mobiliários.

Gráfico 1: Investimento financeiro no Programa Farmácia de Minas, por período

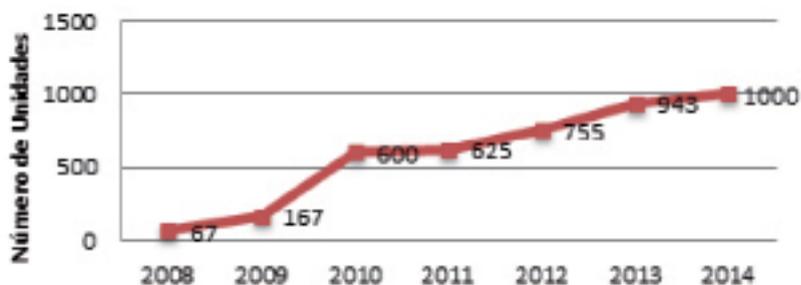


Fonte: Relatório de empenho fornecido pela Superintendência de Finanças/SES-MG (2014).

Nota: Dados de 2014 até o mês de julho.

Em relação ao recurso financeiro realizado nos exercícios 2012, 2013 e 2014, foram executados 83.028.396,57 milhões de reais. O Gráfico 2 a seguir mostra os resultados dos investimentos financeiros em relação ao número de farmácias financiadas/ano. Entende-se por farmácias financiadas aquelas com recursos financeiros empenhados.

Gráfico 2: Investimento financeiro no Programa Farmácia de Minas, por período



Fonte: Relatório gerencial da Superintendência de Assistência Farmacêutica/SES-MG (2014).

Nota: Dados de 2014 até o mês de julho.

O número de municípios contemplados com incentivo financeiro para a Estruturação de Unidades da Rede Farmácia de Minas Convençãois, Unidades Componente Verde e ampliação de unidades convencionais para incorporação do Componente Verde passou de 813 para 832, e o número de unidades financiadas de 943 para 1.000. Destas, 522 já foram inauguradas.

Em relação à cobertura populacional, a Rede Farmácia de Minas atende 4.534.768 milhões de habitantes em 522 unidades em funcionamento. Considerando o número total de municípios contemplados, a cobertura populacional alcança **15.815.809,00 milhões de habitantes**, ou seja, 80% da população.

A perspectiva para os próximos exercícios é dar continuidade às ações do Programa, com o desafio de estimular, também, a melhoria da qualidade dos serviços prestados, com a fixação dos recursos humanos e o acompanhamento farmacoterapêutico bem estruturado.

3. Acesso aos medicamentos

3.1. Elenco

A Relação de Medicamentos do Estado de Minas Gerais contempla os três Componentes da Assistência Farmacêutica: Básico, Estratégico e Especializado (Alto Custo), que contam com distintas formas de aquisição, financiamento e dispensação aos pacientes.

Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

Os 148 medicamentos destinados à atenção primária à saúde possuem financiamento tripartite (federal, estadual e municipal) e são adquiridos pelo governo do Estado e pelos Municípios, conforme pactuado em Deliberação CIB-SUS/MG nº 1610/2013. Os medicamentos deste Componente são disponibilizados aos pacientes pelas farmácias/postos públicos, devendo o paciente apresentar prescrição médica e documentos pessoais.

Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CEstAF)

Os medicamentos desse componente (104 itens) são de aquisição centralizada no Ministério da Saúde e contemplam o tratamento de doenças de perfil endêmico cujos protocolos são definidos também pelo Ministério. Desta forma, o Estado não tem participação em seu financiamento, sendo, portanto, de sua competência o armazenamento e distribuição aos Municípios, que dispensam aos pacientes, como ocorre para o Componente Básico.

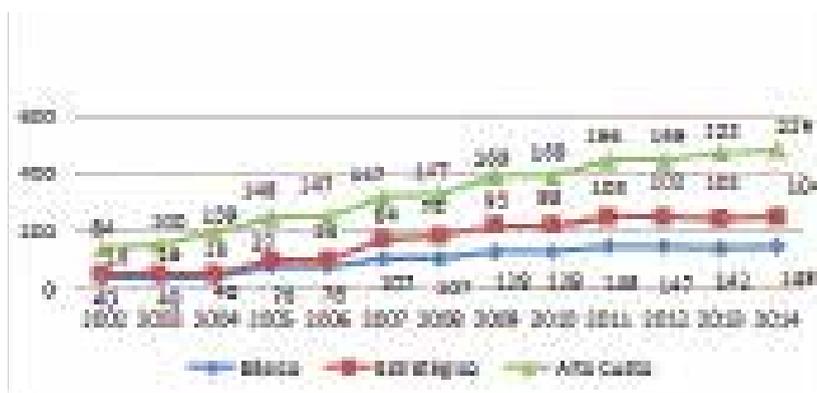
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde, caracterizado pela busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. É regulamentado, atualmente, pela Portaria GM/

MS nº 1554/2013, que define as formas de financiamento pela União e pelos Estados. Os medicamentos desse Componente são dispensados aos pacientes pelas farmácias estaduais das Unidades Regionais de Saúde. Dessa forma, seu gerenciamento se restringe às esferas federal e estadual. Atualmente, estão disponíveis 229 medicamentos nesse Componente.

O Gráfico 3 a seguir apresenta a evolução da Relação de Medicamentos disponíveis no SUS/MG por Componente da Assistência Farmacêutica de 2002-2014.

Gráfico 3: Evolução da Relação de Medicamentos por Componente da Assistência Farmacêutica



Fonte: SAF/SES-MG (2014)

3.2. Distribuição

Além da ampliação da lista de medicamentos, que chegou a 481 itens, houve um intenso aumento no número de unidades farmacêuticas distribuídas nos municípios, refletindo em significativa melhora de acesso da população aos medicamentos. Em 2013, foram distribuídas 81 milhões de unidades farmacêuticas referentes aos medicamentos do CEAF. Financeiramente, essa distribuição representa cerca de R\$ 160 milhões gastos. Em relação à atenção primária, foram mais de 2 bilhões de unidades farmacêuticas distribuídas e cerca de 130 milhões gastos pelos três entes da federação.

Apesar dos esforços e da evolução constatada no número de unidades farmacêuticas distribuídas, a SES/MG ainda enfrenta o grande desafio de obter o melhor método logístico para atendimento do Estado com todas as suas peculiaridades que abrangem a extensão territorial, o número de municípios e o altíssimo número de itens distribuídos.

4. SIGAF

Apesar da grande importância do tratamento farmacoterápico no contexto da saúde, no âmbito da gestão de informação pouco se avançou na Assistência Farmacêutica no país. As iniciativas são isoladas e carecem de integração com os demais sistemas de informação em operação no SUS. Este fato torna difícil o gerenciamento dos diversos Programas de saúde, que incluem os medicamentos nos três níveis de gestão do sistema, tanto no que se refere ao acompanhamento dos recursos investidos, quanto à produção de informações sobre efetividade e eficiência dos tratamentos oferecidos.

Nesse contexto, com o intuito de melhorar a racionalidade na gestão da Assistência Farmacêutica, bem como acompanhar o uso de medicamentos, o perfil da população e das prescrições atendidas pelas farmácias públicas, a SAF redesenhou e incrementou um sistema de gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito estadual, a partir de um *software* de código fonte aberto. Este sistema teve sua origem na Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG), destinado inicialmente à gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal.

Duas das grandes vantagens do SIGAF são o fato de o sistema ser de fácil interface com o usuário, e a sua modelagem, que lhe confere adaptabilidade para diferentes contextos. Prova disso é que o sistema originalmente desenvolvido para a gestão nos municípios pôde facilmente ser adaptado para o gerenciamento da dispensação de medicamentos de alto custo.

Todo o desenvolvimento do SIGAF pauta-se na busca dos seguintes objetivos:

- estabelecer padrão de informação;
- sistematizar o registro dos dados gerados na rotina de trabalho;
- consolidar base de dados em saúde confiável;
- gerar informação para tomada de decisão;
- compartilhar informação.

O SIGAF, até o momento, é composto pelos módulos de controle de estoque, de distribuição de medicamentos, dispensação, gestão do componente de alto custo da assistência farmacêutica, gestão das demandas judiciais, gestão dos recursos financeiros destinados ao componente básico da Assistência Farmacêutica, acompanhamento farmacoterapêutico, cadastros gerais e relatórios. O sistema permite às unidades dispensadoras municipais, contempladas ou não pelo Programa Rede Farmácia de Minas, acompanhar todo o fluxo dos medicamentos disponibilizados, desde a solicitação dos mesmos à SES/MG, passando pela aquisição com recurso próprio, controle

de estoque, cadastro de pacientes e prescritores, até o registro das dispensações realizadas.

No nível central, o sistema é utilizado para gestão do estoque de medicamentos, e para a gestão do Componente de Alto Custo, que se inicia no cadastro do paciente, passa pelo registro da dispensação e finaliza com a geração da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). Essa funcionalidade já está disponível e em processo de implantação nas 28 Unidades Regionais de Saúde.

O sistema conta hoje com 2.182 unidades cadastradas, entre farmácias da Rede Farmácia de Minas, farmácias das unidades básicas de saúde, hospitais, regionais de saúde, almoxarifados, Centros Viva Vida, unidades de saúde indígena, entre outros, que realizaram cerca de 16.200 solicitações de medicamentos para a SES/MG, por ano.

Em relação ao número de pacientes, tem-se mais de 2 milhões de pacientes cadastrados, com a coleta dos dados padronizados pelo Cartão Nacional de Saúde. Mais de 5 milhões de dispensações estão registradas no sistema, com média de 13.500 novos registros por dia. Esses registros das dispensações no SIGAF foi utilizado no mês de junho de 2010 para premiar as unidades que mais produziram no sistema, apresentando-se como um indicador importante para validação da ferramenta. É importante ressaltar o interesse por parte de outros Estados na ferramenta desenvolvida em Minas Gerais. Hoje, os Estados da Bahia e do Rio de Janeiro utilizam suas versões do SIGAF-Minas, além de outros que solicitaram sua cessão para implantação.

Com o objetivo de qualificar o atendimento aos pacientes e o uso de medicamentos, iniciou-se, em 2012, o desenvolvimento do módulo de acompanhamento farmacoterapêutico. Atualmente está sendo realizado pelo Projeto Dia-a-Dia da UFMG um piloto para a utilização do módulo com o acompanhamento de pacientes com diabetes da Rede Farmácia de Minas.

Ainda em 2012, foi publicada a Resolução SES nº 3.184, que estabelece normas para transferência dos dados de Assistência Farmacêutica gerados no âmbito do SUS Estadual para o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Esta Resolução institui o sistema SIGAF/SES/MG como centralizador dos dados de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS Estadual para transferência de dados ao sistema HÓRUS/MS e determina que as transmissões dos dados seguirão os padrões e procedimentos estabelecidos pelo grupo de trabalho do *webservice* do HÓRUS, devendo estas ser autorizadas pelo Secretário de Estado de Saúde.

Considerando a autonomia municipal e em respeito ao investimento realizado por alguns municípios para o desenvolvimento de sistemas próprios para o gerenciamento da Assistência Farmacêutica, a SAF desenvolveu um

serviço de *webservice*, possibilitando aos municípios interessados a integração dos sistemas próprios com o SIGAF. Desta maneira, a SAF garante a consolidação da base estadual da Assistência Farmacêutica sem ferir a autonomia municipal.

O atual status do SIGAF aponta para uma abrangência dos seguintes usuários:

- 853 municípios;
- 587 subunidades;
- 28 GRS;
- 57 UDM;
- Nível Central SES/MG;
- 2 almoxarifados;
- Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS);
- Assessoria Técnica;
- Hemominas;
- Rede FHEMIG;
- Coordenação Ostomia;
- Hospitais.

Os resultados, enfim, são também bastante expressivos, como se pode observar nos números que envolvem a utilização do sistema:

- 2.000.000 pacientes cadastrados
- 5 milhões de dispensações registradas
- Média de 20.000 dispensações diárias
- 45 mil registros de solicitações de medicamentos (listas padronizadas)
- 467.129 Questionários de Triage registrados
 - 336.049 hipertensão
 - 54.299 diabetes Tipo I e 173.244 Tipo II
 - 18.876 tuberculose
 - 17.461 hanseníase
- 250.000 processos de Alto Custo cadastrados
- 545 fornecedores cadastrados
- 380 fabricantes cadastrados
- 9.000 medicamentos/insumos cadastrados

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde Lei nº 12.401, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MARIN, N.; LUIZA, V.L.; CASTRO, C.G.S.O.; SANTOS, S.M. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES nº 3.184. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Plano de estruturação de Assistência Farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008. 87p.

FERRAMENTAS DE GESTÃO PARA A TOMADA DE DECISÃO INFORMADA EM REGULAÇÃO EM SAÚDE

André Luiz Guimarães Amorim
Laura Monteiro de Castro Moreira
Marina Mendonça de Oliveira
Alisson Maciel de Faria Marques

1. Introdução

Aspecto estratégico para uma efetiva reorganização do SUS, o planejamento norteado pelo diagnóstico da situação de saúde é elemento basilar para consolidação do modelo de redes de atenção (BRASIL, 2010). Para operacionalizar essa proposta é fundamental o desenvolvimento de instrumentos e ferramentas de monitoramento e avaliação capazes de compreender a realidade sanitária e revelar a capacidade assistencial do sistema como um todo, permitindo a visualização dos principais problemas a serem superados.

Tal prática qualifica o processo de tomada de decisão ao subsidiar gestores com informações úteis e confiáveis a respeito das ações a serem desenvolvidas, bem como daquelas em andamento ou já concluídas – especialmente num contexto de recursos escassos e demandas dinâmicas e crescentes. Nesse sentido, a análise de informações possibilita ganhos efetivos na gestão do SUS, uma vez que permite definir prioridades e aprimorar ou reorientar práticas, além de aumentar a transparência (AMORIM *et al*, 2012).

No âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) é produzido e processado um grande volume de dados e informações. Considerando as características da rotina de trabalho no setor saúde, que em geral envolvem questões que exigem soluções urgentes, a necessidade de respostas rápidas muitas vezes impossibilita uma análise mais parcimoniosa de possíveis melhorias de fluxos informacionais internos. Como bem destacam Souza e Jesus (2010), nas organizações públicas é possível observar que o impacto do despreparo diante das informações afeta não só a organização, mas também a sociedade e o cidadão.

Assim, a Superintendência de Monitoramento, Avaliação e Controle de Serviços de Saúde (SMACSS) tem desenvolvido metodologias de análise e modelos padronizados de relatórios visando avançar na gestão da informação pertinente aos resultados assistenciais alcançados no âmbito do SUS/MG. A seção seguinte apresenta os cinco relatórios elaborados e divulgados periodicamente pela SMACSS. Ao final, são apresentados os legados e os desafios futuros desse processo.

2. Ferramentas para tomada de decisão informada: relatórios sobre a assistência à saúde em Minas Gerais

Atendendo aos propósitos de melhorar a gestão da informação e do conhecimento, bem como subsidiar a avaliação das redes de atenção à saúde em Minas Gerais, a SMACSS elabora e disponibiliza diversos relatórios que contribuem para a melhoria da gestão a partir do uso qualificado da informação: (a) Mapeamento das Informações da SES/MG; (b) Relatório de análise regional da assistência à saúde em Minas Gerais; (c) Relatório de Resolubilidade Regional; (d) Relatório de Análise da Necessidade de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde de Minas Gerais; (e) extrato de auditorias assistenciais para compor Relatório Quadrimestral da SES/MG. Esses relatórios são apresentados e discutidos a seguir.

O *Mapeamento de Informações da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais* consiste em um primeiro esforço de organizar as fontes de informações existentes na SES/MG, permitindo dimensionar o universo a ser explorado em relação aos resultados assistenciais do SUS/MG. Esse relatório caracteriza-se, portanto, como uma fonte sistemática de consulta sobre os aspectos estratégicos dos dados e informações produzidos e consolidados pelos diversos setores da SES/MG, tais como conceitos, fluxos, fontes e formas de acesso, evidenciando as interfaces e as conexões entre as informações institucionais. Seu objetivo é proporcionar aos gestores uma visão mais precisa sobre os dados e informações disponíveis na instituição, visando à melhoria do processo decisório e, conseqüentemente, do refinamento das políticas de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS/MG.

Identificadas as diversas fontes de consulta de informações, foi possível avançar e elaborar o *Relatório de análise regional da assistência à saúde em Minas Gerais*. Trata-se de um relatório padronizado que apresenta, de forma sintética e sistemática, uma carteira de informações e indicadores estratégicos para o setor saúde. Seu objetivo é permitir uma consulta eficiente e de fácil compreensão da situação assistencial das regiões de saúde, tendo como referência as diretrizes do modelo de redes de atenção e do Plano Diretor de Regionalização do SUS/MG (PDR/SUS/MG).

O processo de seleção das informações agregadas no Relatório de Análise da Assistência à saúde em Minas Gerais teve como referência conceitual os argumentos de Santos (2007) que afirma que um importante desafio para os gestores é receber um volume de informações adequado à capacidade de absorção delas no momento estratégico de tomada de decisões. Desse modo, optou-se por selecionar as informações mais utilizadas pelos setores técnicos e instâncias decisórias da SES/MG, bem como aquelas que oferecem maior poder explicativo dos sistemas macrorregionais e cujos resultados são confiáveis e capazes de apurar em tempo hábil.

Ainda nesse sentido, uma das questões cruciais a serem avaliadas e planejadas em uma região é o cumprimento de seu papel em relação aos níveis hierárquicos de complexidade, de acordo com a seguinte lógica: os municípios são agrupados em microrregiões, sendo responsáveis pela atenção secundária; por sua vez, as microrregiões compõem as macrorregiões de saúde, responsáveis pela atenção terciária¹.

Assim, foi desenvolvido o *Relatório de Resolubilidade Regional* que permite uma avaliação do desempenho das regiões que sediam os hospitais a partir *do que se espera de cada um deles*, conforme modelo de regionalização expresso nos princípios e diretrizes operacionais do PDR-SUS/MG. Tais diretrizes tomam corpo na *Tipologia ou Carteira de Serviços Hospitalares*, que se constitui de um reagrupamento dos procedimentos da tabela do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde. Essa Carteira tem o objetivo de estabelecer referências para a descentralização, estando organizada por nível de atenção, conforme o perfil ideal de oferta de serviços para cada região.

A resolubilidade é, portanto, o indicador que calcula o percentual de atendimento da população em sua região de residência em relação ao elenco de serviços modelados para o nível de atenção conforme a Carteira. Na perspectiva de se viabilizar os processos de descentralização e investimento, a resolubilidade é uma medida que aponta regiões, micro ou macro, a terem sua infraestrutura reforçada, de forma a expandir o atendimento no respectivo nível assistencial.

Intimamente relacionado com o *Relatório de Resolubilidade Regional*, o *Relatório da Análise da Necessidade de Leitos Hospitalares por Macrorregião de Saúde de Minas Gerais* é a mais nova ferramenta para tomada de decisão

¹ A microrregião corresponde à Região de Saúde, e a macrorregião corresponde à Região Ampliada de Saúde, conforme Deliberação CIB-SUS/MG 1219/2012. Cada uma das gradações tecnológicas e de complexidade da assistência à saúde – primária, secundária e terciária – dá base para os diferentes níveis de regionalização territorial dos serviços de saúde – municípios, microrregiões, macrorregiões, definidos no PDR-SUS/MG.

informada produzida pela SMACSS. Sua concepção partiu da noção de que o número de leitos hospitalares disponíveis para a população representa um importante aspecto da cobertura e acesso aos serviços de saúde, e que o equilíbrio entre a necessidade, oferta e utilização dos leitos é fundamental para a garantia de uma assistência integral em tempo oportuno.

Uma dificuldade inicial de avançar nesse sentido é a ausência de parâmetros ajustados às várias realidades encontradas no país e também em nosso Estado. Assim, tentando superar algumas dessas lacunas e avançar na fundamentação da ampliação e organização da assistência hospitalar no Estado, o relatório em questão tem como objetivo apresentar e analisar a situação de leitos hospitalares do SUS/MG por nível assistencial nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, conforme o PDR-SUS/MG.

Para além da relação entre oferta/utilização e necessidade de leitos hospitalares, discute-se também o acesso, a cobertura e a resolubilidade, por macro de residência, nas especialidades da atenção secundária e terciária, segundo a Carteira de Serviços/PDR-SUS/MG, além de se propor acrescentar novas variáveis à Portaria GM/MS nº 1.101/2002, normativa vigente sobre a parametrização da assistência hospitalar no país, a fim de adequá-la à realidade estadual.

Por fim, em conformidade com a Lei Complementar nº 141/2012, que estabeleceu as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo, é elaborado, nos meses de maio, setembro e fevereiro, o extrato de auditorias assistenciais para compor o *Relatório Quadrimestral de Gestão*. De acordo com as prerrogativas legais, sua estrutura deve conter, além do montante e fonte dos recursos aplicados no período, a rede física de serviços de saúde, dados de produção de serviços e as auditorias realizadas ou em fase de execução no período.

Visando pleno atendimento à Lei Complementar nº. 141/2012, ao Decreto Estadual nº. 45.969/2011 – que regulamenta o acesso à informação no âmbito do poder executivo – e à Resolução SES 2.906/2011, adotou-se o critério seguinte na elaboração do referido relatório: (i) para as auditorias realizadas (concluídas), há a apresentação das informações solicitadas; (ii) para as auditorias em curso, não são apresentadas informações referentes a recomendações e/ou determinações, visto que o processo de auditoria ainda está em curso e não há resultado final a ser apresentado. Dessa forma, além dessas informações, o extrato de auditorias assistenciais do Relatório Quadrimestral de Gestão permite visualizar, ainda, em cada período, os municípios que tiveram sua gestão municipal de saúde verificada quanto à adequada aplicação dos dispositivos da Lei Complementar 141 (auditorias programadas).

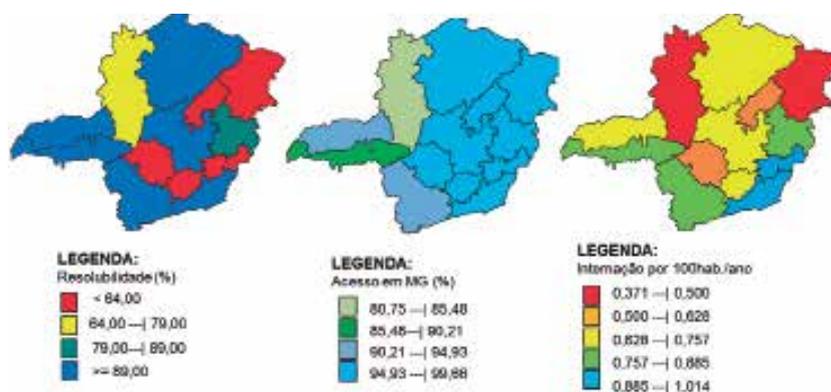
3. Legados e Desafios

A garantia dos preceitos constitucionais do sistema de saúde exige a constante adequação da oferta de serviços às reais demandas da população. Nesse contexto, o planejamento para a construção de redes assistenciais resolutivas nas macrorregiões do Estado depende de diagnósticos amplos e de avaliações precisas das condições dos sistemas locorregionais de saúde, assim como das necessidades comuns e específicas destes territórios.

Os diversos relatórios produzidos pela SMACSS pretendem contribuir nesse sentido, sendo importantes ferramentas para o planejamento, monitoramento e avaliação das políticas de saúde desenvolvidas no âmbito do SUS/MG. Considerando que a disponibilização de informações estratégicas em tempo oportuno e com alto poder de comunicação é um processo crucial, um desafio constante é o desenvolvimento de métodos robustos, mas de fácil compreensão.

Trabalhando nesse sentido, a apresentação dos dados vem passando por constantes aprimoramentos, chegando a modelos bastante objetivos, como pode ser observado na Figura 1, que por meio de mapas, contrasta a resolubilidade com o acesso e a cobertura (em internação por habitante/ano) hospitalares de atenção terciária.

Figura 1: Mapas comparativos da Resolubilidade, Acesso e Cobertura das Macrorregiões de Minas Gerais.



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2014).

Conclui-se, portanto, que as decisões relativas às políticas de saúde serão cada vez mais eficientes à medida que forem subsidiadas por evidências de qualidade. Esse é um grande legado e importante desafio. É fundamental avançar para que esse processo se dê de modo transparente e acessível à população, possibilitando sua participação e conferindo legitimidade às ações dos gestores públicos.

Referências Bibliográficas

AMORIM, A. L. G. ; MOREIRA, L. M. C. ; SOUZA, D. F. ; PINHEIRO, P.C. Ferramentas para tomada de decisão informada: diagnósticos regionalizados sobre a assistência à saúde. In: *V Congresso Consad de Gestão Pública*, Brasília, 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Diário Oficial da União*. Brasília: 30 dez. 2010.

SOUZA, S. F.; JESUS, E. S. O fluxo da informação como mediador em serviços ao cidadão. *I Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação, XI Enancib*, Rio de Janeiro, 2010.

Os Sistemas Logísticos das Redes de Atenção à Saúde

A TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO PARA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM MINAS GERAIS

Thais Abreu Maia

1. Introdução

A Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS), em sua Seção II (Da Saúde) determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Com o intuito de regulamentar o SUS, em 1990 foram publicadas as Leis Orgânicas da Saúde – Lei n.º 8.080 de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes, e a Lei n.º 8.142 de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

O SUS é uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, composto tanto pelo setor público, quanto pelo setor privado, responsável pela promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; incluindo os aspectos de vigilância em saúde, de controle de vetores e de educação em saúde; com vistas a garantir a continuidade do cuidado dos cidadãos em todos os níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b, PAIM *et al.*, 2011); cujo financiamento é derivado da arrecadação de impostos e contribuições sociais pagos pela população aos governos federal, estadual e municipal (BRASIL, 1990a). Devido a isso, todos os cidadãos, independentemente do poder aquisitivo, têm direito a consultas, exames, medicamentos, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS.

A Fiocruz elaborou o relatório final do projeto: “Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais, 2005” – apresentado em 2011 – que mostrou que as doenças crônicas são responsáveis por cerca de 2/3 dos anos de vida perdidos por morte prematura, em Minas Gerais, representadas principalmente pelas doenças cardiovasculares e o câncer, e por 87% dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (ENSP/FIOCRUZ, 2011).

A redução da carga dessas doenças, que são crônicas, envolve a adoção de modelo de atenção capaz de garantir atenção integral e contínua à saúde, bem como utilização racional de serviços e equipamentos de alta densidade tecnológica (ENSP/FIOCRUZ, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são uma forma de organização dos serviços de saúde (promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde) que tem como centro coordenador a atenção primária à saúde, similar ao maestro em uma orquestra, que viabiliza a integração e continuidade do cuidado, por meio de um sistema de informação possibilitando a otimização dos recursos escassos e a resolução de problemas complexos (SHORTELL, 1996; CASTELLS, 2000; MENDES, 2007; WHO, 2008; OPAS, 2008). O modelo de atenção à saúde adotado em Minas Gerais é o de RAS.

Entretanto, para haver o compartilhamento das informações entre os diversos sistemas de informação (prontuários eletrônicos), se faz necessário o uso de solução de Registro Eletrônico em Saúde (RES). A norma ISO/TR 20514 define RES como sendo a integração de um ou mais repositórios, física ou virtualmente integrados, de informação processável por computadores que permite a disponibilização de registro longitudinal da informação clínica centrada no cidadão independentemente da unidade de saúde que originou o registro (ISO, 2005; SANTOS, 2011) e por isso é um sistema de apoio às redes de atenção à saúde (MENDES, 2007).

Um fator relevante no RES é a interoperabilidade, ou seja, a capacidade de diferentes sistemas de informação trocar informação para atingir um objetivo comum sem a necessidade de alterarem sua autonomia e características. A interoperabilidade é dividida em:

- Interoperabilidade funcional ou sintática, que é a capacidade de dois ou mais sistemas de trocar informações;
- Interoperabilidade semântica, que é a capacidade os sistemas compreenderem ao nível conceitual a informação compartilhada, permitindo o processamento automático pelo computador.

Entretanto, para haver interoperabilidade tanto sintática, quanto semântica, é essencial a escolha de modelo de referência, de modelos de interface de serviços, de modelos de arquétipos e de terminologias padronizadas (ISO, 2005; ISO, 2008a; SANTOS, 2011). Ou seja, é necessário que o sistema apresente modelagem de dois níveis.

A modelagem em dois níveis é composta por:

- Um modelo de referência (MR) ou modelo de informação, que é utilizado para representar as propriedades genéricas que especificam todos os tipos de entradas de dados clínicos e documentos, possibilitando a interpretação e representação das características globais de componentes de RES, como eles são agregados, e as informações de contexto

necessárias para atender às exigências éticas e legais, além de definir o conjunto de classes que formam os blocos de construção genéricos do RES (ISO, 2008a);

- Um modelo de arquétipos ou artefatos de conhecimento clínico, que são meta-dados utilizados para definir padrões para as características dos dados clínicos que representam as exigências de cada profissão, especialidade ou serviço, a fim de garantir a interoperabilidade semântica, a consistência e qualidade dos dados (ISO, 2008a; ISO, 2008b).

2. O Projeto Tecnologia da Informação para a atenção primária à saúde

Atualmente, o Brasil utiliza tecnologias da informação em diversas áreas críticas, como no setor bancário, eleitoral e tributário, o que demonstra a capacidade de desenvolver, implantar, manter e garantir a evolução de sistemas de informação.

No setor de saúde, o Brasil também possui sistemas de informação, porém eles foram construídos para atender a cadastros, programas ou doenças específicas e, por isso, são desarticulados o que gera informações fragmentadas e não viabiliza a continuidade do cuidado do cidadão.

Porém, ao longo da vida, as pessoas recebem atendimento em diversas instituições de saúde e, por isso, os dados e informações dos encontros clínicos ficam registrados em papel ou distribuídos em diferentes sistemas de informação, que muitas vezes não são interoperáveis, ou seja, não possuem capacidade de trocar informações com outros sistemas.

Depreende-se que o RES é ímpar para apoiar a atenção integral à saúde do indivíduo ao longo da vida, com elevada qualidade, eficiência e segurança, bem como para permitir a análise da distribuição das doenças ao longo do tempo e viabilizar a compreensão, prevenção, definição de evidências causais, previsão e avaliação do impacto de intervenções em saúde sendo, por isso, um sistema logístico das RAS (BRASIL, 2005).

Um dos desafios atuais da Tecnologia da Informação em Saúde (e-Saúde) é a transferência de dados do paciente entre sistemas distintos (interoperabilidade sintática) mantendo o seu significado original (interoperabilidade semântica). Devido a isso e à necessidade de alinhar as iniciativas de registro eletrônico no Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Portaria GM/MS nº 2.073/2011, que regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do SUS, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar (BRASIL, 2011).

Por outro lado, o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) apresenta como visão de futuro “Tornar Minas o Melhor Estado para se Viver”.

Dentro das estratégias de Governo estabelecidas as ações da SES/MG se inserem na Rede de Atenção à Saúde, que é uma das redes de desenvolvimento integrado do PMDI e que apresenta impacto direto no atributo fundamental “Qualidade de Vida”. Já no planejamento estratégico da SES/MG, que tem como visão de futuro “Minas Gerais 2030: Estado onde se vive mais e melhor”, o Projeto Tecnologia da Informação para Atenção Primária à Saúde (TI-APS) é parte do objetivo de apoio “Desenvolver sistemas logísticos e de apoio às RAS”.

Devido ao exposto, a SES/MG criou o Projeto Tecnologia da Informação para Atenção Primária à Saúde (TI-APS), também conhecido como Serviço de Registro Eletrônico em Saúde ou Prontuário Eletrônico, que é parte do Programa Estruturador Saúde em Casa (ver Capítulo 8) e é composto por:

- Base de Registro Eletrônico em Saúde (B-RES);
- Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (Sistema de RES);
- Infraestrutura;
- Conectividade.

Conforme mencionado anteriormente, o Estado de Minas Gerais organizou o SUS em seu território nas RAS, e para estruturar o Projeto TI-APS, sistema logístico das RAS, escolheu o Padrão ISO 13606, baseado na modelagem em dois níveis, para desenvolver e disponibilizar da Base de Registro Eletrônico em Saúde (B-RES) e o Sistema de Registro Eletrônico em Saúde (MINAS GERAIS, 2010).

Na prática, além de viabilizar a troca de informações entre sistemas, mantendo o significado da informação, esta escolha significa que, quando há necessidade de alterar o sistema, por exemplo, com a inserção de uma nova informação, a pessoa responsável pelo negócio realiza a alteração por meio da representação do conhecimento sem que o analista de sistemas necessite alterar o código do software ou no banco de dados, o que não é verdade no desenvolvimento tradicional (KALRA, 2002; MICHELSEN *et al.*, 2005).

A B-RES foi concebida com o objetivo de viabilizar a troca de informação clínica de forma sumarizada centrada no cidadão, ou seja, garantir a interoperabilidade entre sistemas de informação de saúde. Esta base foi desenvolvida e está disponível para uso. É uma base acessível apenas a sistemas de informação previamente autorizados e não há interface de tela para o usuário final, mas permite a continuidade do cuidado do cidadão entre os diversos sistemas de informação nos diversos níveis de atenção à saúde.

O Sistema de RES é uma ferramenta que permite o registro das informações demográficas e clínicas do atendimento do cidadão. Inicialmente, este sistema visa a atender a Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, desde o início foi concebida uma versão para funcionar em desktop e em uma versão para dispositivo móvel (por exemplo, tablets), já que muitas das ações da APS são realizadas fora da Unidade Básica de Saúde (UBS) como, por exemplo,

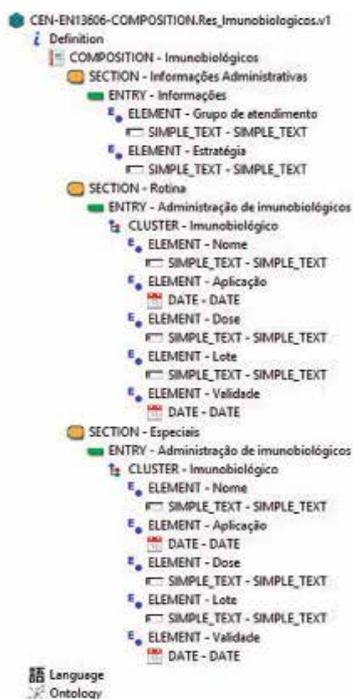
visita domiciliar, atividade coletiva, atendimento de profissional de saúde (seja de nível médio ou superior) no domicílio. Apesar de ter sido pensado inicialmente para atender às necessidades da APS, devido à sua estrutura ele pode ser utilizado com facilidade na Atenção Secundária eletiva, como no caso dos Centros Viva Vida, Hiperdia, Mais Vida, Saúde Mental. A primeira versão do sistema foi concluída, está disponível e foi construída por meio de cooperação técnica entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH).

A validação semântica na norma ISO 13606 ocorre com o modelo de arquétipos, que segue o modelo de informação, também conhecido como modelo de referência, que permite a validação sintática.

Por isso, o sistema de RES que a SES/MG desenvolveu realiza a leitura do modelo de informação como os arquétipos são escritos e os apresenta em tela para uso na atenção primária à saúde. A Figura 1 apresenta um exemplo de arquétipo que, quando lido para apresentação em tela, aparece como na

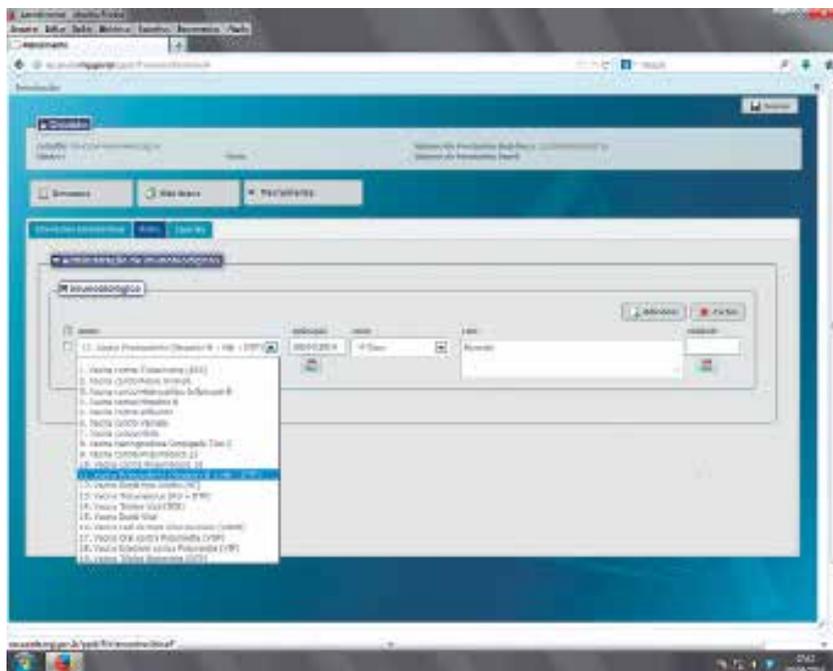
Figura 2, viabilizando aos especialistas em saúde ter maior controle sobre a implementação (BUCK *et al.*, 2009).

Figura 1: Exemplo de arquétipo utilizado no sistema de RES em Minas Gerais



Fonte: SES/MG e SMSA-BH, 2013.

Figura 2: Tela do sistema de RES desenvolvido com leitura da estrutura do arquétipo



Fonte: Tela do sistema de RES da SES/MG, 2013.

Além das questões técnicas, para haver adesão a um sistema de RES é necessário considerar as expectativas dos profissionais em relação à implantação e uso do sistema (CAMPARA *et al.*, 2013). Isto pode ser um facilitador no cenário do Estado de Minas Gerais, pois os profissionais de saúde podem contribuir para o desenvolvimento dos arquétipos que são utilizados no sistema de RES e na B-RES, o que facilitará e apoiará as atividades desenvolvidas no dia a dia utilizando os mesmos.

Acerca da infraestrutura local, a SES/MG está fomentando a estruturação das UBS por meio da doação de equipamentos, ficando o município responsável pelas adequações da rede elétrica, lógica e materiais de consumo. Para tanto, foi publicado o Edital nº 34/2013 para selecionar regiões de saúde para receberem computadores, impressoras e outros equipamentos ou serviços que apoiassem a implantação do RES, em caso de disponibilidade orçamentária.

Com relação à conectividade, foi realizada a contratação pela Prodemege dos Lotes 7 e 8 para atender exclusivamente à SES/MG. O Lote 7 trata da implantação das antenas de conectividade por satélite nas Unidades de Saúde

e o Lote 8 da banda do satélite. A escolha pela conectividade por satélite ocorreu tanto pela questão orçamentária, quanto pelo fato de ser a tecnologia acessível às unidades que ficam em áreas rurais. Esta escolha permitiu levar conectividade a qualquer unidade de saúde do Estado.

Entre as vantagens do uso do RES, tem-se o acesso rápido e oportuno ao resumo clínico do paciente pelos profissionais de saúde; o gerenciamento dos dados para se conhecer as necessidades dos cidadãos, definir indicadores e ofertar a atenção à saúde no tempo, no lugar e com a densidade tecnológica certa; a consolidação da atenção básica como coordenadora da atenção à saúde do cidadão; e a interoperabilidade entre os sistemas de saúde (MENDES, 2007).

3. Uma agenda para o futuro

A SES/MG inovou no setor público brasileiro ao propor o Serviço de Registro Eletrônico em Saúde no Estado, em especial devido ao desenvolvimento da B-RES para interoperabilidade entre sistemas com vistas à continuidade do cuidado do cidadão, e do sistema de RES com modelagem em dois níveis, bem como à disponibilização de conectividade por satélite para as UBS. Atualmente, o sistema de RES está em implantação e já foram instaladas mais de duas mil antenas de conectividade de dados por satélite em UBS.

Porém, para assegurar a sustentabilidade do Projeto TI-APS, é essencial a continuidade da implantação do serviço de RES nos municípios, e o estabelecimento de parcerias para a melhoria contínua do serviço implementado.

No caso dos arquétipos utilizados na B-RES e no sistema de RES, a utilização de um sistema colaborativo, que é uma ferramenta que facilita o desenvolvimento de trabalhos em grupo e permite a interação, o controle, a coordenação, a colaboração, a documentação do processo e a comunicação entre os participantes independentemente do local geográfico e do tempo (CAMARGO *et al.*, 2005; PENICHET *et al.*, 2007) seria um facilitador para este processo (CONDE, 2010; SANTOS, 2011).

Já com relação ao processo de interoperabilidade proposto, é necessária a continuidade das parcerias com a SMSA-BH, com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais e com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para SIS no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. Brasília, 31 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A construção da política nacional de informação e informática em saúde*: proposta versão 2.0. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set. 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 dez. 1990b.

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

BUCK, Jasmin *et al.* Towards a comprehensive electronic patient record to support an innovative individual care concept for premature infants using the openEHR approach. *Int. J. Med. Inf.*, Shannon, v. 78, n. 8, p. 521–531, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(09\)00038-0/abstract](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(09)00038-0/abstract)>. Acesso em: 10 jun. 2013.

CAMARGO, A. A. B. *et al.* *O uso de sistemas colaborativos na gestão de projetos: fatores relevantes para o sucesso*. Trabalho de Conclusão de Curso. Fundação Instituto de Administração (FIA), São Paulo, 2005.

CAMPARA, M. *et al.* Implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente. *Revista de Administração Hospitalar*, v. 10, n. 3, p. 61-74, set./dez. 2013.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

CONDE, Alberto Moreno. *Towards best practice in the Archetype Development Process*. 96 f. Dissertação (Mestrado em Informática em Saúde). Dublin: Departamento de Ciência da Informação, Universidade de Dublin, 2010.

ENSP/Fiocruz. *Relatório Final do Projeto: Carga Global de Doença do Estado de Minas Gerais*, 2005. Belo Horizonte: SES/MG, 2011.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION – ISO. ISO/TR 20514:2005: Health informatics — Electronic health record — Definition, scope, and context, 2005.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 13606-1:2008: Health informatics, Electronic health record communication, Part 1: Reference model, 2008a.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. ISO 13606-2:2008: Health informatics, Electronic health record communication, Part 2: Archetype interchange specification. 2008b.

KALRA, Dipak. *Clinical Foundations and Information Architecture for the Implementation of a Federated Health Record Service*. 2002. 369 f. Thesis (Doctor of Philosophy). University College London, London, 2002. Disponível em: <<http://discovery.ucl.ac.uk/1584/1/A6.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, 2007.

MICHELSEN, L. *et al.* Comparing Different Approaches to Two-level Modelling. *Stud. Health Tech. Inform.* Amsterdam, 2005. Disponível em: <<http://iospress.metapress.com/index/1hm0l4hd611u9dey.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2013.

MINAS GERAIS. *Portal Público da Base de Registro Eletrônico em Saúde*, 2010. Disponível em: <<http://sres.saude.mg.gov.br>>. Acesso em: 27 abr. 2013.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, OPAS. *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington: HSS/OPS/OMS, 2008. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas).

PENICHER, V. M. R. *et al.* A Classification Method for CSCW Systems. *Electronic Notes in Theoretical Computer Science*, v. 168, p. 237–247, 2007. Disponível em: <<http://www.cecs.wright.edu/~yan.liu/IHE733/Articles/CSCW/classificationMethod.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

SANTOS, Marcelo Rodrigues dos. *Sistema de registro eletrônico de saúde baseado na norma ISO 13606: aplicações na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais* 2011. 178 f. Tese (Doutorado em Ciência da Informação). Belo Horizonte: Escola da Ciência da Informação, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

SHORTELL, S. M. *et al.* *Remaking health care in America: building organized delivery systems*. San Francisco: Jossey-Bass, 1996.

WHO. *The MPOWER package*. Geneva: WHO, 2008.

A REGULAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE E O DESAFIO DO ACESSO

Diana Martins Barbosa
Cássio Vinícius de Almeida Duarte
Ilaine Cristina Alves Tiago
Maria Regina Bastos
Patrícia Rodrigues Rocha Santana
Taiz Rogério
Vanessa Costa

1. Introdução

No processo de construção do SUS ficou evidente a necessidade de se propor soluções para o problema da fragmentação da gestão pública na saúde. A partir de conceitos estabelecidos nas NOAS e, também, no Pacto pela Saúde, realizou-se a estruturação dos sistemas de saúde. A responsabilização pactuada da gestão da Saúde, considerando os níveis de competência e complexidade da rede de serviços, levou ao estabelecimento de fluxos de referência e contrarreferência, de acordo com os Planos Diretores de Regionalização (PDR). Após a definição e pactuação das regras de referenciamento interestaduais, intraestaduais e intermunicipais, mantendo-se a garantia de financiamento das ações através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), ficou clara a necessidade de se regular este fluxo, garantindo, assim, o cumprimento dos pactos estabelecidos e subsidiando, com informações, a revisão dos pactos conforme a demanda e a capacidade física instalada.

Em 2008, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde (SUS), na qual se define o Complexo Regulador como estrutura que operacionaliza as ações da regulação do acesso, abrangendo os serviços da Central de Regulação de Consultas e Exames, da Central de Regulação de Internações Hospitalares, da Central de Regulação de Urgências e a da Central de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) (BRASIL, 2008).

A Portaria GM/MS nº 1559/2008 também define os papéis de cada um dos entes federados e suas competências. Entre elas, cabe ao Estado:

- Cooperar tecnicamente com os Municípios na qualificação das atividades de regulação, controle e avaliação.
- Compor e avaliar o desempenho das redes regionais de atenção à saúde.
- Operacionalizar o Complexo Regulador em âmbito estadual e/ou regional e a CERAC;
- Coordenar a elaboração e revisão periódica da programação pactuada e integrada intermunicipal e interestadual.
- Ao Município cabe, entre outras:
- Garantir o acesso adequado à população referenciada, de acordo com a programação pactuada e integrada;
- Realizar e manter atualizado o cadastro de usuários, de estabelecimentos e profissionais de saúde;
- Avaliar as ações e os estabelecimentos de saúde, por meio de indicadores e padrões de conformidade, instituídos pelo Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS);
- Operacionalizar o complexo regulador municipal e/ou participar em cogestão da operacionalização dos Complexos Reguladores Regionais;
- Viabilizar o processo de regulação do acesso a partir da atenção básica, provendo capacitação, ordenação de fluxo, aplicação de protocolos e informatização.

Deve ser considerado, entretanto, que o processo de regulação se insere dentro de um cenário de disputas, de interesses conflitantes, que condicionam o seu formato e alcance. A superação desse quadro demanda a participação ativa do Estado na regulação da assistência a saúde, com modelos de atenção mais adequados às necessidades dos usuários do SUS.

2. O Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais

Minas Gerais é um Estado com extensa área territorial, inúmeras disparidades regionais, múltiplas variáveis e determinantes locais, que impõem ao cidadão dificuldades para alcançar consultas, exames, tratamentos e procedimentos cirúrgicos, a despeito de todos os avanços em relação ao aumento de cobertura de acesso a serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Como resposta à ausência da ação regulatória no Estado para mediar as necessidades do usuário e as ofertas de serviços de saúde, em 2003 iniciou-se a implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, modelado pelo PDR e pela PPI.

Tal sistema tem como principal objetivo garantir, de forma equânime, o acesso da população aos serviços de saúde, buscando a alternativa assistencial adequada e em tempo oportuno para as necessidades identificadas do cidadão usuário do SUS. Dessa forma torna-se instrumento para:

- fortalecer a cooperação entre os gestores e prestadores;
- padronizar e utilizar protocolos operacionais;
- subsidiar o processo de reordenação dos fluxos assistenciais;
- permitir o acompanhamento e a avaliação da execução dos serviços;
- identificar as desproporções entre as necessidades de serviços de saúde e a oferta disponível;
- acompanhar o cumprimento dos termos de garantia de acesso, subsidiando os processos de readequações dos pactos intergestores;
- funcionar como um observatório do sistema de saúde.

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial, em sua essência, se apresenta como um mediador de uma série de atores no âmbito do Estado, na medida em que operacionaliza os fluxos assistenciais e testa a efetividade dos desenhos regionais, mediante a necessidade concreta do usuário. Nessa relação, são identificadas interfaces que impactam mutuamente no sucesso deste e dos demais sistemas, estruturas e programas estaduais (figura 1).

Figura 1: Interfaces do Sistema Estadual de Regulação Assistencial



Fonte: SPA/SUBSREG/SES-MG (2014)

Tal sistema tem como unidades operacionais o Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento; as Centrais Macrorregionais de Regulação; os Núcleos Municipais de Supervisão e Acompanhamento; as Unidades de agendamento de procedimentos Eletivos; e os Estabelecimentos de saúde (figura 2).

Figura 2: Unidades Operacionais do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, seus principais papéis e interações



Fonte: SPA/SUBSREG/SES-MG (2014)

As Centrais Macrorregionais de Regulação funcionam de forma ininterrupta, com a presença de Médicos Reguladores Plantonistas, um Coordenador, todos imbuídos da função de Autoridades Sanitária, e com operadores/teledigitadores nos turnos diurno e noturno. É a principal ferramenta para mediação da relação entre as demandas da população por ações de atenção à saúde e as ofertas disponíveis no âmbito do SUS no Estado, de forma a dar a melhor resposta possível, em determinado momento, para problemas específicos. O usuário se beneficia com esse processo, uma vez que sua transferência se dá de forma adequada e segura, com a garantia do leito e de recursos para o seu atendimento, desde que disponíveis.

Um dos pilares do Sistema Estadual de Regulação Assistencial é o sistema informatizado, denominado SUSFácilMG, responsável pela integração entre o Núcleo Estadual, as 13 Centrais de Regulação, as 853 Secretarias Municipais de Saúde e os cerca de 515 estabelecimentos hospitalares (132 exclusivamente SUS, 315 entidades beneficentes sem fins lucrativos, 15 Fundações privadas e 52 privados que prestam serviço a SUS) e 5.208 estabelecimentos ambulatoriais (4743 exclusivamente ambulatoriais e 465 hospitalares e ambulatoriais). O sistema conta com três módulos funcionais (figura 3).

Figura 3: Atividades realizadas por meio dos módulos funcionais do SUSFácilMG



Fonte: SPA/SUBSREG/SES-MG (2014)

Tal sistema informatizado torna-se também instrumento para tomada de decisões pelos gestores, fornecendo informações qualificadas e em tempo real sobre o desempenho da rede assistencial, a ocorrência de “vazios”, a demora, as sobrecargas, entre outras.

3. Central Operativa

A evolução natural do processo regulatório impôs a articulação dessas Centrais de Regulação Assistencial com as Centrais Operacionais do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), caminhando para uma nova formatação, agora de base regional.

O primeiro Complexo Regulador foi criado em 2009 na macro Norte, reunindo em sua instalação física a Central de Regulação Assistencial que opera o Sistema SUSFácilMG, implantada na região em 2006, e a coordenação do SAMU regional.

Representou uma inovação no modelo de gestão do acesso aos serviços de urgência e emergência, reunindo, dentro da mesma estrutura física, o grupo médico designado como autoridade sanitária, os equipamentos e os profissionais do SAMU (CAMPOS; MOREIRA, 2012).

Rebatizada de Central Operativa, de 2012 até o presente foram inauguradas mais três Centrais Operativas nas Regiões Nordeste, em Teófilo Otoni; Centro-Sul, em Barbacena; Sudeste, em Juiz de Fora; e duas estão

em implantação na Macro Centro, em Belo Horizonte, e em Varginha, na Região Sul. Espera-se que sejam inaugurados as Centrais Operativas das outras macrorregiões de saúde do Estado até o fim de 2015.

Com a implantação das Centrais de Regulação, as necessidades assistenciais do usuário são analisadas sob a lógica da equidade, visando responder da melhor forma a quem mais necessita. Tais decisões devem ser baseadas em protocolos clínicos e operacionais (MARQUES *et al*, 2010).

4. A Regulação Interestadual de Alta Complexidade

Em junho de 2009 foi estabelecida, no âmbito nacional, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade (CNRAC) que tem por competência coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitam de atendimento médico/hospitalar/ambulatorial de alta complexidade, de caráter eletivo, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia (cirurgia bariátrica) (BRASIL, 2009). No âmbito das Secretarias de Estado de Saúde e do Distrito Federal a Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (CERAC) é responsável por garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde de Alta Complexidade contemplados no elenco de procedimentos da CNRAC a outros Estados. Nos anos subsequentes três novas clínicas são inseridas: Implante Coclear (BRASIL, 1999), Lábio Palatal (BRASIL, 1994) e Processo Transexualizador (BRASIL, 2013).

A CNRAC tem as seguintes atribuições (BRASIL, 1994):

- I – coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitam de assistência ambulatorial e/ou hospitalar de alta complexidade de caráter eletivo;
- II – estabelecer critérios de inclusão/exclusão de laudos de solicitação para realização de procedimento;
- III – propor inclusão de procedimentos em parceria com a Secretaria de Atenção à Saúde – Departamento de Atenção Especializada; e
- IV – avaliar a produção dos hospitais executores habilitados para realizar procedimentos de alta complexidade, por meio da CNRAC.

A CERAC/MG, em conjunto com a CNRAC, são os meios utilizados para regular as solicitações de procedimento de alta complexidade para outros estados. A CERAC/MG é responsável por captar as informações de paciente e o laudo passa a ser regulado pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e, posteriormente, pelo Ministério da Saúde.

São atribuições da CERAC (BRASIL, 1994):

- I - garantir o acesso dos usuários do SUS aos serviços de saúde, de alta complexidade contemplada no elenco de procedimentos da CNRAC;
- II - acompanhar o processo da assistência ambulatorial e hospitalar eletivo de alta complexidade, no âmbito estadual;
- III - incluir/excluir laudos de solicitação para realização de procedimento;

IV - avaliar insuficiência de serviços; e

V - informar os estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde - CNES responsáveis pela solicitação e execução dos procedimentos que compõem o elenco da CNRAC.

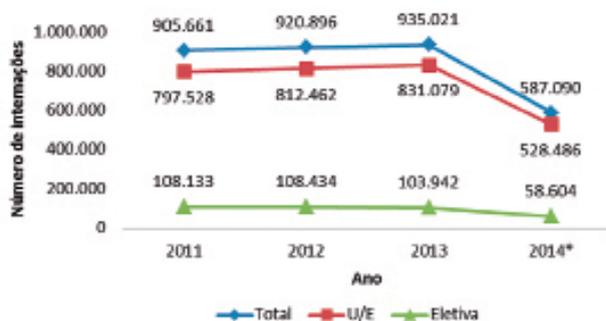
Com a revisão dos fluxos de encaminhamentos existentes e pela necessidade de aumentar a segurança da informação, a coerência e a integridade dos dados fornecidos no sistema, além da necessidade de criação de relatórios gerenciais, está em desenvolvimento um novo sistema da CERAC/MG, que fará a integração e/ou a interface com os outros sistemas integrantes do SUS-FácilMG. Assim, a CERAC/MG será mais divulgada, favorecendo o acesso do usuário à assistência de alta complexidade, inclusive em outros Estados.

5. Principais Resultados

Mensurar os resultados de uma Sistema Estadual de Regulação é um desafio, dado que a maioria deles são intangíveis ou não quantificáveis. Muitos deles se referem à ordenação dos fluxos assistenciais; à retroalimentação dos formuladores das políticas públicas, assim como dos setores envolvidos com o desenho e qualificação das Redes de Atenção à Saúde; no atendimento de necessidades clínicas e assistenciais, não obstante a otimização de interfaces com diversos atores de forma a qualificar permanentemente os fluxos e processos assistenciais.

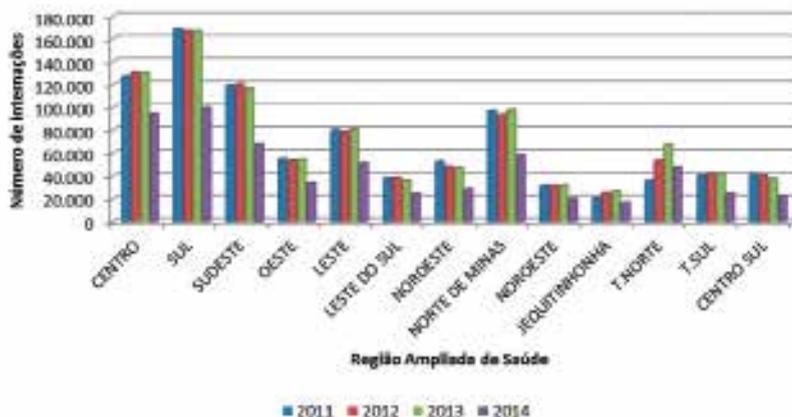
Ao se considerar os números, em 2011 o total de internações reguladas pelo SUSFácilMG foi de 905.661. Até de julho de 2014 as internações realizadas ultrapassavam a metade deste número, sendo cerca de 580.000 internações realizadas (gráfico 1), das quais 90% foram internações de urgência/emergência. As internações realizadas, no mesmo intervalo, em cada Região Ampliada de Saúde/Central Macrorregional de Regulação são apresentadas no gráfico 2.

Gráfico 1: Número de internações, totais e estratificadas entre internações eletivas e de urgência/emergência realizadas pelo SUSFácilMG, entre janeiro de 2011 e julho de 2014



Fonte: SUSFácilMG/DRA/SPA/SES/MG (2014)

Gráfico 2: Número de internações realizadas por Regiões Ampliadas de Saúde / Central Macrorregional de Regulação, entre janeiro de 2011 e julho de 2014

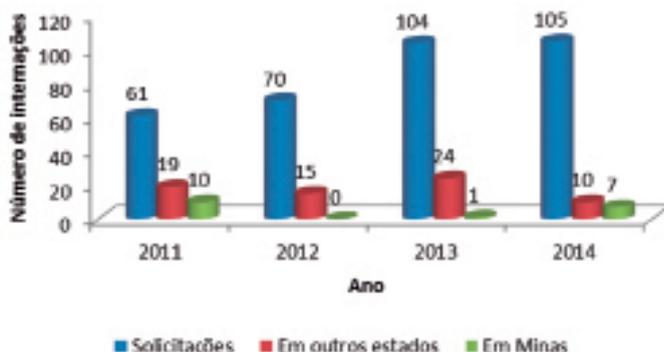


Fonte: SUSfácilMG/DRA/SPA/SES/MG (2014)

No ano 2011, dezenove mineiros foram internados em outros estados por meio da CERAC/MG-CNRAC. No mesmo período, dez pacientes de outros Estados foram internados em Minas Gerais para atendimento em Oncologia e Cardiologia. No ano de 2012, quinze mineiros foram internados em outros estados por meio da CERAC/MG-CNRAC e nenhum paciente foi internado em Minas Gerais. Em 2013, vinte e quatro pacientes mineiros foram internados em outros estados por meio da CNRAC. No mesmo período, um paciente do Espírito Santo foi internado em Minas Gerais para atendimento em Cardiologia.

Com o objetivo de melhorar a atuação da CERAC/MG no atendimento a pacientes de outros Estados, foi estabelecida uma parceria com a Secretaria Municipal de Belo Horizonte para atendimento da demanda de procedimentos não realizados e/ou sem oferta ou capacidade instalada no Estado solicitante. Como consequência, até setembro de 2014, dez pacientes mineiros foram internados em outros estados por meio da CERAC/MG-CNRAC e sete pacientes de outros Estados foram internados em Minas Gerais para atendimento em Cardiologia.

Gráfico 3: Número de internações solicitadas*, total de internações de mineiros realizadas em outros Estados e de outros Estados realizadas em Minas Gerais reguladas pela CERAC/MG, entre janeiro de 2011 e julho de 2014



Fonte: CERAC/MG/DRA/SPA/SES/MG (2014)

*Nota: Engloba demandas canceladas, sem atendimento via regulação, procedimentos que não pertencem ao elenco da CNRAC, preenchimento incompleto e óbitos.

6. Grupo de Monitoramento Materno Infantil: um exemplo de uso das tecnologias de Gestão da Clínica no processo regulatório

A partir de 2003, a Rede Viva Vida teve como papel a organização da assistência perinatal nos territórios sanitários de Minas Gerais. Apesar do grande avanço alcançado na estruturação e qualificação dessa Rede, verificam-se ainda vazios assistenciais principalmente nas regiões mais pobres e onde os índices de mortalidade infantil ainda são muito altos (MINAS GERAIS, 2011a).

Em Minas Gerais e no Brasil, as mortes no primeiro mês de vida representam o maior componente da taxa de mortalidade até os 5 anos de vida, a maioria dos óbitos é determinada por causas evitáveis, incluindo o acesso qualificado e oportuno à assistência hospitalar perinatal, mediado pelo Sistema Estadual de Regulação Assistencial (MINAS GERAIS, 2011).

Para enfrentar esses problemas, entre outras ações, foi instituído no âmbito da SES/MG o Grupo de Trabalho para Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil no Estado de Minas Gerais em 2013. Esse grupo conta com membros da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde (SUBPAS), da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde (SUBVPS) e da Subsecretaria de Regulação em Saúde (SUBREG). A partir desse marco, o óbito materno ou infantil, em Minas Gerais, passa a ser considerado evento catastrófico e todos os setores envolvidos com a gestão da assistência perinatal na SES/MG instituem uma série de ações com vistas a intervir imediatamente nesse cenário.

No âmbito do Sistema Estadual de Regulação Assistencial foi criado o Grupo de Monitoramento Materno e Infantil, como estrutura do Núcleo

Estadual de Supervisão e Acompanhamento (NESA). Este grupo utiliza-se das Tecnologias de Gestão da Condição de Saúde e Gestão da Lista de Espera para otimizar o acesso de gestantes e crianças menores de um ano, aguardando transferência hospitalar, classificadas como Urgência ou Risco de Morte no SUSFácilMG, assim como para monitorar o processo regulatório, mediado pelas Centrais Macrorregionais de Regulação para este grupo específico.

A Gestão da Lista de Espera é uma ferramenta gerencial fundamental para a Regulação Assistencial na medida em que tem como objetivo racionalizar o acesso a serviços em que existe um desequilíbrio entre oferta e demanda. Essa tecnologia, para funcionar adequadamente, implica duas condições essenciais: a transparência e o ordenamento por necessidade da população (MENDES, 2011) por meio de protocolos clínicos.

Diariamente, uma equipe específica do Núcleo Estadual de Supervisão e Acompanhamento emite um relatório de todas as gestantes e crianças menores de 1 ano que estão cadastradas no SUSFácilMG aguardando transferência hospitalar, classificadas como Urgência ou como Risco de Morte. Tal relatório é enviado a cada Coordenador Macrorregional de Regulação Assistencial, solicitando atenção especial e o devido encaminhamento.

Paralelamente, a equipe do Grupo de Monitoramento Materno e Infantil no NESA consulta os laudos desses pacientes verificando se a internação já foi conseguida. Para os casos de maior complexidade, tais como má-formação neonatal, casos pediátricos cirúrgicos, situações excepcionais e de alta complexidade assistencial, e pacientes que estão aguardando por longos períodos, a Coordenação Estadual de Regulação entra em contato com as Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial de forma a orientar as condutas a serem adotadas. Como principais condutas estão a orientação para cadastro do CERAC/CNRAC; a tentativa de compra, incluindo em outros Estados; o contato com instituições específicas para discussões de casos; a articulação e criação de novo fluxo regulatório para casos específicos; o uso da autoridade sanitária para garantia da assistência; assim como contatos com uma rede de especialistas para elucidação diagnóstica, priorização e orientações de conduta clínica para manutenção do paciente na origem.

Como membros do Grupo de Trabalho para Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil os técnicos do Grupo de Monitoramento Materno e Infantil atuam em interface com todos os setores da SES/MG com vistas a intervir nos condicionantes da assistência que possam impactar na redução do óbito materno ou infantil. Até o momento, foram adotadas as seguintes ações em interface:

- criação do relatório de Gestão à Vista do Processo Regulatório no âmbito do Estado de Minas Gerais com vistas a monitorar o processo de trabalho das Centrais Macrorregionais de Regulação;

- monitoramento dos óbitos maternos e infantis com consulta de todos os laudos dos pacientes, identificando as falhas do processo;
- desenho de uma proposta de inclusão da regulação do acesso das gestantes de alto ou muito alto risco às Casas de Apoio à Gestante mediada pelo SUSFácilMG. Tal iniciativa visa promover o acesso oportuno e seguro das gestantes e crianças de risco às Maternidades de Alto e Muito Alto Risco antes de instituída a emergência;
- desenho da proposta de parceria com a Central de Telemonitoramento de UTIs neonatais/Tele Minas Saúde (TELENeo) para instituição de um Programa de segunda opinião para os Médicos Reguladores;
- instituição do incentivo estadual para a execução de cirurgias cardiovasculares pediátricas no âmbito do Estado de Minas Gerais;
- elaboração de Protocolo de Encaminhamento e Priorização dos casos de Cirurgias Cardiovasculares Pediátricas em parceria com especialistas e referências técnicas dos municípios e instituições habilitadas para realização Cirurgias Cardiovasculares Pediátricas, assim como o ordenamento do fluxo assistencial dessas condições específicas; entre outras.

7. O fenômeno de Judicialização na Regulação Assistencial em Minas Gerais

Diante dos desafios da efetivação do direito à saúde, o Estado muitas vezes se vê compelido a garantir a sua efetividade por meio de determinações judiciais. Assim, surge o fenômeno da judicialização do direito à saúde, que tem como objetivo principal garantir o acesso do indivíduo a todo e qualquer serviço de saúde, via de tutela jurisdicional.

O movimento de judicialização das políticas públicas de saúde corresponde à adoção de medidas judiciais, que determinem a efetivação de ações assistenciais pela Administração Pública, a favor dos indivíduos litigantes.

O Sistema Estadual de Regulação, através da lógica da equidade, visa a atender às necessidades assistenciais em tempo oportuno, priorizando, assim, demandas de quem mais precisa, com decisões baseadas em protocolos clínicos e operacionais. Por meio da regulação prévia das internações hospitalares, é possível que o médico regulador avalie a capacidade técnica e resolutiva do estabelecimento de origem e, só a partir daí, decida pela internação/transferência, na hipótese de escassez para o atendimento caracterizado, conforme as necessidades do usuário.

A judicialização da saúde enseja a obrigatoriedade de internação/transferência de pacientes específicos, beneficiados por decisões judiciais, considerando o caráter coercitivo das referidas decisões, sendo que o descumprimento de tais ordens pode incidir em crime de desobediência. Observa-se que a judicialização da saúde cria um conflito entre os critérios médicos

e judiciais, tendo em vista a necessidade de se considerar a determinação judicial no momento de proceder a internação/transferência de um paciente, e não somente o critério médico. Tal fato influencia no funcionamento harmônico do Sistema Estadual de Regulação.

Nos últimos anos, a Regulação Assistencial vem enfrentando um grande desafio com a crescente concessão das tutelas jurisdicionais para internação/transferência de pacientes desconhecendo, em alguns casos, os critérios técnicos e das Políticas Públicas, assim como os Protocolos Clínicos existentes, o que impacta diretamente na distribuição do recurso financeiro do Estado e no princípio da equidade.

No ano de 2011, o número de requisições informativas e ordens judiciais recebidas pelas Centrais de Regulação Assistencial no Estado de Minas Gerais foi de 798; em 2012, 1.131; em 2013, 1.235; e até julho de 2014, o montante já atingia em torno de 700 requisições/ordens judiciais, valor próximo ao total do ano de 2011. Tais dados demonstram o número crescente de requisições/ordens judiciais recebidas pelas Centrais de Regulação Assistencial.

Em razão do maior número de ordens judiciais recebidas para internação/procedimento e, principalmente, no que se refere à imperatividade e imediatidade em seu cumprimento, decorre a ampliação das compras nos estabelecimento particulares, entre 2011 e julho de 2014 (gráfico 4).

Gráfico 4: Número de compras nos estabelecimento particulares e seus respectivos custos, em decorrência de ordens judiciais entre 2011 e julho de 2014 no Estado de Minas Gerais



Fonte: DRA/SPA/SES/MG (2014)

Em termos financeiros, as internações exclusivamente na rede SUS somam o montante de R\$ 3.980.841.922,80 (três bilhões, novecentos e oitenta milhões, oitocentos e quarenta e um mil, novecentos e vinte e dois reais e oitenta centavos) no período de janeiro de 2011 a julho de 2014. Os custos

alocados pela judicialização, relacionados à internação/procedimentos de urgência e emergência, corresponderam a 1% do total (R\$ 21.140.490,53). Em 2011, foram dispensados cerca de R\$2 milhões, enquanto no ano de 2013, foram gastos R\$ 14 milhões para internações na rede SUS, o que representa aumento vertiginoso no gasto financeiro gerando grande impacto no orçamento do Estado (gráfico 4).

Neste cenário, é possível destacar ainda a eficiência do Sistema Estadual de Regulação, considerando que, em 2011, foram recebidas cerca de 800 determinações judiciais, sendo realizadas na rede privada cerca de 70 compras de leito/procedimentos. Em 2012, foram recebidas quase 1200 determinações judiciais, para 200 compras e, em 2013, foram mais de 1200 determinações, sendo pouco mais de 250 compras. Até julho de 2014, foram cerca de 700 determinações frente a 180 compras. Os dados apresentados corroboram a capacidade de resposta e regulatória do sistema, visto que a maioria das demandas é resolvida por meio de internações/transferências via SUSFácilMG, na Rede Assistencial SUS.

Assim, à luz do exposto, percebe-se que o Sistema Estadual de Regulação atende à grande maioria dos pacientes beneficiados por ordens judiciais através do fluxo usual preestabelecido, utilizando-se exclusivamente de critérios médicos baseados em protocolos clínicos e operacionais. Com efeito, o atendimento dos pacientes por meio do Sistema Estadual de Regulação SUSFácilMG independe de ordem judicial, uma vez que o SUS//MG busca a assistência equânime e integral.

8. Perspectivas e desafios

Ao longo desses 8 anos de efetiva implantação, identificou-se uma série de desafios e oportunidades para consolidação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial. São eles:

- Tornar o SUSFácilMG uma ferramenta que subsidie os gestores, em todos os níveis, no reordenamento do seu planejamento, remanejamento da sua programação e alocação adequada de seus investimentos;
- Permitir a ordenação racional das Redes de Atenção à Saúde fomentada pelo monitoramento dos fluxos assistenciais intermediados pelo SUSFácilMG, com o consequente refinamento da decisão para a qualificação das Redes Assistenciais;
- Implantar o sistema SUSFácilMG em todos os estabelecimentos de Saúde do município de Belo Horizonte, único município no Estado a não adotar o sistema integralmente, o que impacta na transparência do processo regulatório, sobretudo para aqueles pacientes referenciados a este município;

- Adotar o módulo ambulatorial (regulação de consultas e exames) do SUSFácilMG em toda a rede, a exemplo do que já ocorre com os estabelecimentos de Urgência/Emergência;
- Implantar as Centrais Operativas em todas as macrorregiões com alinhamento dos protocolos e fluxo de trabalho entre todas as centrais que as compõem;
- Integrar os sistemas informatizados das Centrais Operativas;
- Manter e ampliar a interação com o TELENeo para subsidiar os médicos reguladores e estabelecimentos de saúde no manejo e priorização de fluxo de crianças, de forma a contribuir para a redução da mortalidade materno-infantil;
- Manter e ampliar a interação com o TELENeo/TeleMinasSaúde na emissão de pareceres de especialistas para subsidiar respostas a questionamentos de promotores e juizes, tendo em vista a judicialização da medicina;
- Instituir um processo sistemático de monitoramento do processo regulatório em todas as instâncias, desde o estabelecimento de saúde até o desenho macro dos fluxos assistenciais;
- Consolidar o papel dos municípios de supervisão e avaliação dos estabelecimentos de saúde como agente da cogestão do Sistema Estadual de Regulação Assistencial;
- Identificar e implantar protocolos de regulação por condição de saúde ou linha de cuidado;
- Fortalecer as relações e criar os fluxos regulatórios com outros Estados da federação;
- Divulgar e ampliar os fluxos da CNRAC para os casos em que se aplicam, ampliando o acesso do usuário;
- Racionalizar ainda mais o processo de compra na rede não SUS;
- Instituir uma relação de diálogo com os magistrados, de forma que menos demandas requeiram a judicialização, fortalecendo a transparência dos procedimentos adotados, assim como prestando esclarecimentos técnicos e médicos, entre outros.

Referências Bibliográficas

AITH, Fernando. *Curso de Direito Sanitário: a proteção do direito à saúde no Brasil*. São Paulo: Quartier Latin, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.803 de 19 de novembro de 2013. Redefine e amplia o Processo Transsexualizador no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, 2013.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dados do Pacto da Gestão 2010/2011 de Minas Gerais*. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabnet.exe?pacto/2010/cnv/pactmg.def>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 258 de 30 de julho de 2009. Aprova o regulamento técnico, as orientações técnicas para inclusão de laudo de solicitação e o elenco de procedimentos definidos como de alta complexidade, nas especialidades de cardiologia, neurologia, oncologia, ortopedia e gastroenterologia, com o objetivo de disciplinar e otimizar as atividades da CNRAC e das CERAC, em todo território nacional. *Diário Oficial da União*, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da União*, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.278 de 20 de outubro de 1999. Aprova os Critérios de Indicação e Contra-Indicação de Implante Coclear e as Normas para Cadastramento de Centros/Núcleos para realização de Implante Coclear. *Diário Oficial da União*, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS/MS nº 62 de 19 de abril de 1994. Estabelece as normas para o cadastramento de hospitais que realizam procedimentos integrados para reabilitação estético funcional dos portadores de má-formação lábio-palatal para o Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, 1994.

BRASIL. Presidência da República. Lei Federal nº 8.080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para Promoção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990.

CAMPOS, M. L. D.; MOREIRA, L. M. C. O Complexo Regulador da Macro Norte de Minas: análise crítica para a disseminação de um modelo pioneiro para a gestão da urgência e emergência do SUS/MG. *V Congresso CONSAD de Gestão Pública*. Brasília, 2012.

GONTIJO, Guilherme Dias. A judicialização do Direito à Saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 4, 2010. P. 606-611. Disponível em: <<http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/article/view/323>>. Acesso em: 20 ago. 2011.

MALACHIAS, Ivêta *et al.* *O Plano Diretor de Regionalização em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010. p. 76-81. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/PDR.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

MARQUES, A. J. S. *et al* (org.). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

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

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Universalização da Rede Viva Vida: atendimento com qualidade do pré-natal ao nascimento*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011a. No prelo.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Documento base do projeto Mães de Minas*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2011b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. *Sistema Estadual de Regulação Assistencial: SUSFácilMG*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009.

WENER, Patrícia Ulson Pizarro. O direito social e o direito público subjetivo à saúde: o desafio de compreender um direito com duas faces. *Revista de Direito Sanitário*, São Paulo, v. 9 n. 2, jul./out. 2008. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-41792008000200007>. Acesso em: 7 set. 2011.

O SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPORTE EM SAÚDE EM MINAS GERAIS

Felipe Braga Ribeiro Rosa

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema em construção, cujo desafio primordial para os gestores é garantir à população a consecução da totalidade dos princípios que o fundamentam: universalidade, integralidade, equidade, dentre outros. Além da operacionalização desses princípios, soma-se o desafio do modelo institucional e da gestão dos processos de trabalho, que traduzem dificuldades patentes para a garantia da eficiência dos serviços de saúde.

A partir do ano de 2003, a Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG) iniciou um processo de mudanças na agenda da saúde pública do Estado, o que favoreceu que seus Programas e ações fossem tomados como referência para outras unidades da Federação. A principal estratégia foi a adoção de sistemas integrados, com a implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que têm como objetivo responder às condições crônicas e agudas da população, com eficiência e agilidade, de forma organizada e hierarquizada em todas as regiões.

Como importante sistema logístico dessas Redes, que garante que o paciente tenha o acesso efetivo aos serviços de saúde, foi criado o módulo eletivo do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), cujo objetivo principal é garantir o deslocamento do cidadão para a realização de consultas e/ou exames fora de seu domicílio.

Estudos realizados na microrregião de Juiz de Fora, na Zona da Mata mineira, apontavam que a ausência de um serviço de transporte eletivo eficaz foi responsável por 35% das faltas a procedimentos previamente agendados no SUS (MARQUES; LIMA, 2009). Como resposta a esse problema, foi criado em 2005, nessa microrregião, o serviço de transporte de pacientes eletivos. Atualmente, esse serviço conta com uma cobertura de mais de 560

municípios, espalhados por 74 microrregiões de saúde do Estado, beneficiando mais de 11,2 milhões de habitantes.

Tabela 1: Abrangência do módulo eletivo do SETS em Minas Gerais

Nº	Macrorregião	Quant. Beneficiado	Pop. Beneficiada	
1	Centro	75	74%	2.814.026 46%
2	Centro Sul	36	72%	561.205 77%
3	Jequitinhonha	18	62%	222.665 60%
4	Leste	50	81%	870.477 60%
5	Leste do Sul	35	66%	390.683 58%
6	Nordeste	37	65%	488.123 60%
7	Noroeste	20	61%	453.775 69%
8	Norte	73	85%	1.054.292 66%
9	Oeste	26	55%	803.798 67%
10	Sudeste	66	70%	916.676 58%
11	Sul	91	67%	1.507.822 57%
12	Triângulo do Norte	14	52%	506.473 43%
13	Triângulo do Sul	19	70%	627.573 89%
Total		560	70%	11.217.588 57%

Fonte: SES-MG/Coordenação do SETS (2014)

O módulo eletivo do SETS fundamenta-se na garantia e na qualidade do deslocamento dos pacientes que necessitam de transporte para realização de consultas e exames mais complexos fora do seu município de domicílio, além de propiciar a redução dos gastos das Prefeituras Municipais com esse tipo de serviço. Ressalta-se que o módulo eletivo do SETS é apenas um componente de todo o sistema logístico de transporte que a SES/MG realizou nos últimos anos. Além desse módulo, também compõem o SETS:

- o módulo de transporte para profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF);
- o módulo de transporte de material biológico;
- o módulo de transferência inter-hospitalar; e
- o módulo de transporte de pacientes em situações de Urgência e Emergência.

O módulo eletivo do SETS conta atualmente com uma frota de 610 micro-ônibus, com capacidade de transportar 26 pessoas. Eles são equipados com ar condicionado, TV, DVD, poltronas reclináveis e dispõem de motoristas e agentes de viagem devidamente capacitados para que o cidadão possa realizar uma viagem com mais comodidade e segurança.

Figura 1: Modelo do micro-ônibus do módulo eletivo do SETS



Fonte: SES-MG/Coordenação do SETS (2014)

Figura 2: Modelo do micro-ônibus do módulo eletivo do SETS



Fonte: SES-MG/Coordenação do SETS (2014)

Todos os veículos são monitorados através de equipamentos de posicionamento via satélite, por meio de um sistema em que é demonstrado ao responsável pela frota, na central de gerenciamento, o local onde o veículo se encontra e a rota por onde o micro-ônibus transitou. Além disso, é possível monitorar a velocidade, a quantidade de passageiros embarcados e a tripulação que está no veículo. Juntamente ao sistema de monitoramento e rastreamento dos veículos, um *software* de agendamento de lugares e gestão do serviço realiza a liberação dos bilhetes de passagens gratuitamente ao cidadão. Esse *software* garante ao gestor municipal e ao gestor estadual a visualização do perfil de cada usuário do serviço, constituindo, assim, um completo sistema de transporte de pacientes no Estado.

Figura 3: Layout do sistema de agendamento de pacientes

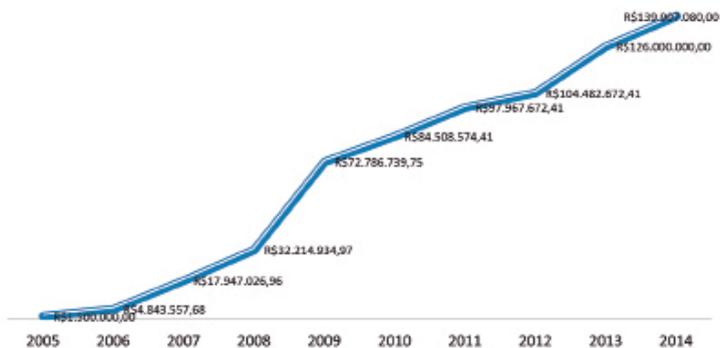


Fonte: SES-MG/Coordenação do SETS (2014)

O sistema de agendamento e gestão do transporte permite repassar ao gestor municipal diversas informações a respeito do deslocamento de seus pacientes, como a taxa de absenteísmo no serviço, a faixa etária do usuário e o motivo principal do deslocamento (tipo de procedimento a ser realizado), tornando-se, nesse sentido, um componente auxiliar do sistema de regulação.

Desde a implantação do projeto, cerca de R\$ 140 milhões do tesouro estadual foram investidos na aquisição dos veículos e na estruturação do gerenciamento do serviço em todas as microrregiões do Estado. Nos últimos dois anos, mais de 294 mil viagens foram realizadas e mais de 11 milhões de passageiros foram transportados pelo SETS.

Gráfico 1: Investimento realizado no módulo eletivo do SETS



Fonte: SES-MG/Coordenação do SETS (2014)

Na implantação do módulo eletivo do SETS, a SES-MG se responsabiliza, em cada região, pela aquisição dos veículos, pela capacitação dos profissionais, pelo pagamento do *software* de agendamento de passageiros, de rastreamento e monitoramento dos veículos, e realiza a estruturação de uma central de gerenciamento microrregional. Aos municípios, por sua vez, cabe o custeio compartilhado do serviço.

O Estado de Minas Gerais tem mais de 586,5 milhões metros quadrados e 853 municípios, o que lhe conferem o quarto lugar em extensão territorial e o primeiro em número de municípios. Além disso, é o Estado com a maior e a mais complexa malha viária do Brasil. Diante desses fatos, a eficiência na gestão do serviço de transporte é um dos fatores necessários para que o cidadão seja bem atendido durante todo o seu deslocamento com qualidade e responsabilidade.

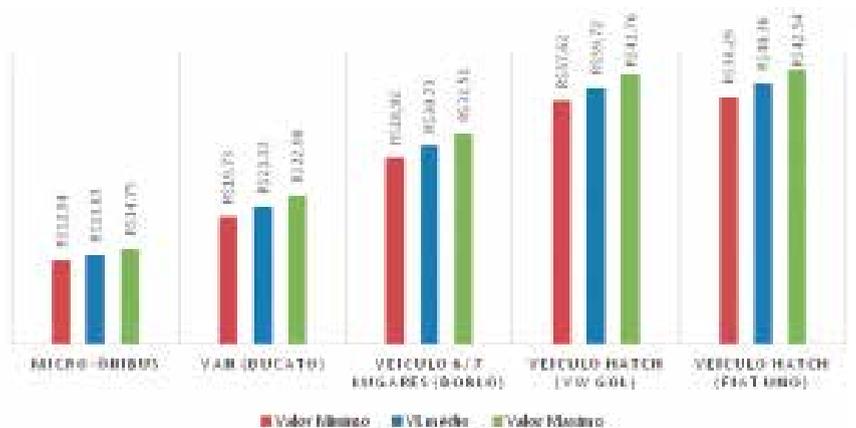
Com o objetivo de identificar os ganhos com a implantação do sistema, a SES/MG realizou uma pesquisa econômico-financeira no ano 2009 com 164 municípios distribuídos 21 microrregiões do Estado. Essa pesquisa demonstrou a redução do custo médio do transporte de pacientes na ordem de 74,31%, saindo de R\$ 31,42 quando gerenciado diretamente pelos municípios para R\$ 8,07 quando realizado o gerenciamento segundo a metodologia do SETS.

A fim de validar esses levantamentos, em junho de 2011 a SES-MG realizou um trabalho analisando novos dados e resultados da política, em parceria com o Observatório de Custos em Saúde (NOCES/SES/MG).

O trabalho foi desenvolvido através de pesquisa de campo em duas microrregiões do Estado, sendo elas a de Pará de Minas e Coronel Fabriciano, onde o projeto de implantação do módulo eletivo do SETS estava iniciando. Por meio de entrevistas guiadas por questionários semi-estruturados e, posteriormente, analisados pela equipe de trabalho, foram identificados vários tipos de veículos que realizavam o transporte dos pacientes, como *vans* (Ducato), veículos de 6 ou 7 lugares (Doblós), e veículos *hatches* simples (Fiat Uno e VW Gol).

Respeitando-se os mesmos critérios utilizados no módulo eletivo do SETS, o custo de transporte por usuário nos micro-ônibus desse serviço ficou até 65,73% menor ao ser comparado com outros tipos de veículo, conforme demonstrado no gráfico 2.

Gráfico 2: Comparação do custo do usuário transportado por tipo de veículo



Fonte: SES-MG/Coordenação do SETS (2014)

Além da maior eficiência com o gasto no deslocamento do cidadão que necessita realizar suas consultas e/ou exames mais especializados em outros municípios, o SETS realiza parcerias para desenvolver várias ações de saúde, sendo, uma delas, com o Canal Minas Saúde.

O Canal Minas Saúde é uma rede estratégica do sistema estadual de saúde em Minas Gerais para o desenvolvimento de programas de educação a distância (EaD) para os servidores estaduais e para a rede de saúde. Em 2013, a Coordenação Estadual do SETS e o Canal Minas Saúde entregaram a todos os Consórcios que fazem a gestão do Programa nas regiões um material audiovisual do projeto “Sala de Espera” para ser transmitido nos veículos, com o objetivo de divulgar informações sobre a qualidade de vida e manter orientações sobre o autocuidado aos cidadãos transportados. Essa integração permitiu que a viagem aos centros especializados no Estado das mais de 13 mil pessoas por dia ocorresse de forma mais agradável e instrutiva, fornecendo aos usuários informações para promover a sua saúde e discutindo vários temas associados a hábitos de vida saudável, o que, conseqüentemente, aproxima os usuários das políticas públicas de saúde.

Outra ação da SES-MG na busca de maior qualidade do serviço de transporte de pacientes foi a criação do Índice de Qualidade do Transporte em Saúde (IQTs). Esse índice, criado em 2013, tem como objetivo principal a avaliação dos procedimentos de trabalho adotados pelos Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS) que gerenciam o serviço de transporte de

pacientes. Essa avaliação busca identificar processos que não estejam sendo seguidos ou realizados, fornecendo subsídios para ações corretivas, evitando resultados insatisfatórios.

O IQTS está estruturado em três grupos de avaliação, sendo eles: o subíndice de Qualidade Gerencial do serviço (IQG); o subíndice de Qualidade da Frota doada (IQF); e, por último, o subíndice de Qualidade do Cliente (IQC). Este subíndice busca mensurar a satisfação dos usuários que utilizam o transporte em saúde nas diversas localidades do Estado, através de pesquisas realizadas logo após a sua utilização, visando identificar o grau de satisfação do cidadão com o serviço imediatamente prestado.

Cada grupo de avaliação é formado por uma lista de micros indicadores que são pontuados em três níveis, identificado assim o responsável pela nota final de qualidade. Esses três itens estão descritos na figura 4 abaixo.

Figura 4: Esquema de avaliação do IQTS

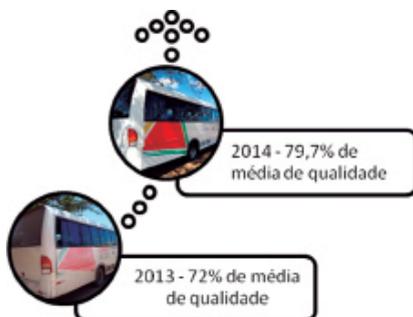


Fonte: SES-MG/Coordenação do SETS (2014)

A aplicação desse índice de qualidade ocorre através de visitas aos CIS. No ano de 2013, mais de 20.000 quilômetros foram percorridos para a realização desse trabalho, sendo 47 Consórcios visitados e 83% dos veículos avaliados naquela época. Após a consolidação, chegou-se a um nível de 72% de qualidade em relação ao IQTS.

No ano de 2014, após um grande planejamento, novamente os 47 Consórcios foram visitados e 97% dos veículos – 506 micro-ônibus – foram avaliados. Nessa nova avaliação, a média estadual de qualidade ficou 7,9% acima em relação ao ano de 2013, chegando a 79,7% de qualidade, variando entre de 65,11% e 87,73% nos resultados de qualidade das macrorregiões.

Figura 5: Avaliação da qualidade do SETS



Fonte: SES-MG/Coordenação do SETS (2014)

Atrelado ao Índice de Qualidade do Transporte em Saúde e após a realização de estudos sobre a duração da frota nas diversas regiões do Estado, a SES/MG instituiu a política de substituição da frota dos veículos do SETS. Esta substituição, além dos parâmetros técnicos para sua realização, inclui também o componente de qualidade em que o Consórcio, gerente do serviço em cada microrregião, deverá atingir o mínimo de 70% no índice de qualidade nas últimas três avaliações.

Diante de todos os itens apresentados, o módulo eletivo do Sistema Estadual de Transporte em Saúde vem garantindo aos cidadãos, de cada região do Estado, um deslocamento com qualidade e segurança. Ademais, a política de substituição da frota desse serviço, na medida em que agrega um conceito de melhora contínua da qualidade, reforça ainda mais o alinhamento com a satisfação do usuário e com a redução dos custos, provendo veículos mais eficientes e mais confortáveis para a população.

Referências Bibliográficas

MARQUES, A. J. S.; LIMA, M. S.; ROSA, F. B. R. Sistema Estadual de Transporte em Saúde em Minas Gerais. In: MARQUES, A. J. S.; MENDES, E. V.; LIMA, H. O. *O Choque de Gestão em Minas Gerais: resultados na saúde*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

MARQUES, A. J. S.; LIMA, M. S. Sistema Estadual de Transporte em Saúde. In: MARQUES *et al.* (org.). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

Gestão, Governança e Participação

O PROCESSO DE GOVERNANÇA REGIONAL EM SAÚDE NO SUS/MG: DESAFIOS E REFLEXÕES

Darlan Venâncio Thomaz Pereira
Anaíde Oliveira da Silva
Vitória Lúcia da Silva Figueiredo

1. Considerações iniciais

Não é de hoje que as relações entre Estado e sociedade são analisadas à luz de um conceito denominado governança. É um fenômeno, se assim pode-se designar esse componente de gestão, mais amplo do que governo ou do que governabilidade, e que permite que outros segmentos do sistema possam também apresentar e discutir suas necessidades e demandas (ROSENAU, 2000).

Quando o assunto em pauta é a governança em saúde, especialmente no Brasil, e em se tratando de uma perspectiva regional, antes de outros aprofundamentos teóricos, é interessante refletir se seria possível oferecer serviços de saúde de qualidade sem a integração de processos, tecnologia, pessoas e recursos. Sem esta reflexão, que sugestivamente insinuará à necessidade de interligação da cadeia dos serviços entre dois ou mais municípios, ratificando a natureza regional do setor saúde, toda e qualquer abordagem sobre o tema poderá parecer utópica e infrutífera¹.

A governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças. (RONDINELLI, 2006 *apud* MENDES, 2009, p.257).

¹ Diferentemente do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado no preceito de cooperação gerenciada, alguns sistemas públicos de saúde são baseados no princípio da competição gerenciada e não necessitam de uma base populacional/territorial. É o caso, por exemplo, do sistema de atenção à saúde da Colômbia. (MENDES, 2009).

No Brasil, a governança regional em saúde está inserida numa abordagem institucional mais ampla do que a do próprio setor: o federalismo trino, composto por União, Estados e Municípios. Infelizmente, consequência talvez da reduzida capacidade de entrelaçamento entre esses diferentes níveis federativos, ainda se conserva fortalecido o entendimento de que 'o que compete à União cabe à União', 'o que compete ao Estado cabe ao Estado' e 'o que compete ao Município cabe ao Município', quando, na verdade, as políticas de saúde, essencialmente, têm problemas e soluções que só podem ser pensados de forma conjunta.

O entrelaçamento dos serviços e ações de saúde depende da articulação política, econômica e assistencial de territórios, assim como de arranjos de governança interregionais que permitam e garantam o acesso do usuário aos serviços de saúde. Para tanto, é importante que essa relação seja dotada de instrumentos que possibilitem aos diferentes entes da federação integrarem ações e serviços.

Discutir e aperfeiçoar o processo de planejamento em saúde em um país como o Brasil, inundado de pequenos Municípios e com grandes desigualdades sociais e assistenciais demanda, portanto, a instituição de 'n' mecanismos, sobretudo, de diálogo, negociação, acordo. Requer ainda, e de forma incontestável, a cooperação mútua entre Estado e sociedade.

A natureza do setor de saúde é absolutamente dependente da articulação interfederativa. Para este setor é determinante que gestão, planejamento e financiamento sejam proporcionalmente compartilhados entre os três entes federativos. Problemas como (1) a efetividade, eficiência e qualidade dos serviços; (2) o acesso com qualidade e em tempo oportuno; (3) a fragmentação das políticas de saúde; e (4) a inovação dos processos e instrumentos de gestão estão quase sempre relacionadas à reduzida ou a falta de articulação entre esses atores.

Reconciliar a fragmentação das especificidades municipais com a abordagem das políticas públicas de saúde pode ser considerado como um dos principais objetivos do processo de governança regional. Um fenômeno que demanda, sobretudo dos gestores públicos, a construção de índices e fatores de avaliação regionais, a explicitação de critérios alocativos de recursos nos diversos territórios e a construção de informações de base territorial.

Do ponto de vista prático, há que se perceber, porém, que, a governança regional em saúde, processo que qualifica a discursividade política, social e gerencial em torno da disputa entre as políticas regionais de saúde é muito mais complexa do que se imagina. A governança regional em saúde pressupõe a articulação intensa e transparente dos diversos atores e núcleos de poder, independente do porte político, econômico e demográfico que representam.

O processo de governança regional exercido no/pelo Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG), um modo de governança que privilegia a

ação, é marcado por características singulares, típicas de um Estado populoso, com extensa área territorial e formado por um grande número de municípios (tabela 1).

Tabela 1: Ranking populacional, territorial e de número de municípios por Estado da federação

Posição no ranking	População (Hab.)	Extensão Territorial (Km ²)	Número de municípios (Unid.)
1º	São Paulo (44.035.304)	Amazonas (1.570.946,8)	MINAS GERAIS (853)
2º	MINAS GERAIS (20.734.097)	Pará (1.247.702,7)	São Paulo (645)
3º	Rio de Janeiro (16.461.173)	Mato Grosso (903.386,1)	Rio Grande do Sul (496)
4º	Bahia (15.126.371)	MINAS GERAIS (586.552,4)	Bahia (417)
5º	Rio Grande do Sul (11.207.274)	Bahia (564.273,0)	Paraná (399)

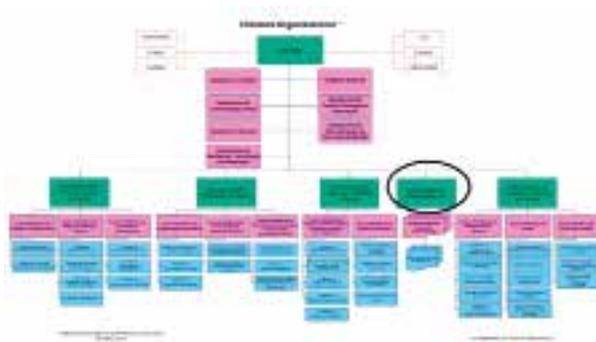
Fonte: PEREIRA *et al.*, 2011 (atualizado por ACIS, 2014)

A heterogeneidade dos municípios mineiros no que diz respeito às suas condições geográficas, demográficas, técnico-administrativas, socioeconômicas e financeiras recomenda a articulação desses em redes regionais de atenção à saúde, o que, conseqüentemente, implica a instituição de estruturas regionais de governança. Essas estruturas devem, necessariamente, ser instituídas a partir de espaços territoriais, no caso de Minas Gerais, a partir dos recortes espaciais definidos pelo Plano Diretor de Regionalização (PDR/MG).

A magnitude e complexidade política-territorial de Minas Gerais, como apontou a tabela 1, reproduz inúmeros desafios e impasses na qualificação do processo de governança, o que, felizmente, não impediu o desenvolvimento desse componente de gestão no âmbito do Estado. Nos últimos quatro anos, as ações da SES/MG estiveram voltadas para a realização de ajustes no modelo e nos mecanismos de governança regional em saúde. Entre essas ações cabe chamar a atenção para:

- a) revisão do Regimento Interno da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Regional Ampliada (CIRA);
- b) incorporação da agenda Consórcios Intermunicipais em Saúde (CIS) na estrutura orgânica da Subsecretaria de Gestão Regional (SUBGR), setor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) a quem compete a governança regional do SUS/MG (figura 1);

Figura 1: Organograma da SES/MG: um foco na SUBGR



Fonte: Minas Gerais (2014)

- c) publicação da Resolução/SES-MG nº 3070 de 29 de dezembro de 2011, que define os processos de trabalho das Unidades Regionais de Saúde;
- d) revisão do planejamento estratégico da SUBGR;
- e) consolidação do processo de construção e apresentação da informação em saúde de base regional;
- f) consolidação do papel da participação social na formulação, execução e monitoramento das políticas públicas regionais;
- g) discussão das acepções conceituais e diretrizes determinadas pelo Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

Seja, portanto, primando pelo aprimoramento do funcionamento das comissões intergestores; pelo apoio à organização de comitês e comissões com a participação da sociedade e dos prestadores de serviço ou pelo fomento à melhoria do processo de planejamento regional integrado, o fato é que são permanentes os esforços da SUBGR, da SES/MG e do governo estadual, juntamente com outros atores, em desenvolver a governança regional do SUS/MG. São esforços, porém, entremeados de dificuldades, mas envolvidos pela certeza da necessidade de que é preciso avançar nesse processo.

2. A significância territorial no plano da governança regional de saúde em Minas Gerais

Segundo Santos (1999), o território é o reconhecimento de todos os objetos existentes numa extensão contínua. Seu papel é tanto simbólico quanto funcional e consiste em uma ferramenta importante para que se compreenda a dinâmica social, os hábitos e os costumes que se efetivam em práticas sociais cotidianas. Para ele, o espaço territorial é um todo indissociável, em que coexistem elementos ou objetos naturais e elementos ou objetos elaborados e/ou transformados pelo homem (*apud* PEREIRA, 2006).

O território reflete as posições ocupadas pelas pessoas na sociedade e é consequência de uma construção histórica e social. O território é capaz de distinguir as desigualdades existentes, o que, numa análise voltada para a saúde, permite distinguir níveis e perfis de risco e vulnerabilidade decorrentes das desigualdades sociais (ALBUQUERQUE, 2001).

No que diz respeito mais especificamente à saúde pública (no Brasil), desde a fundação do SUS. Foram várias as acepções e apropriações em relação ao termo “território”. Conforme apontou Mendes (1993, p. 166), duas correntes do pensamento marcaram esta história: uma que compreende o território como espaço físico, geopolítico, com uma visão topográfica-burocrática, e outra que vê o território como um território-processo, “produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política”.

2.1. Os níveis territoriais

Em Minas Gerais, a dinamicidade do setor saúde demandou dos atores que operam o SUS/MG a adoção de diferentes recortes territoriais. São divisões que fundamentam territórios de planejamento, de gerenciamento das unidades descentralizadas da SES/MG e de prestação dos serviços assistenciais. Os desenhos territoriais utilizados são:

- a) a regionalização da assistência à saúde, instrumentalizada pelo Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG);
- b) a divisão político-administrativa da SES/MG, instrumentalizada pelas Unidades Regionais de Saúde (URS) e
- c) os consórcios intermunicipais de saúde (CIS), que apesar de não constituir-se emblematicamente como uma proposta institucional de territorialização, também tem sido utilizada pelo SUS/MG como base para investimentos e gerência de programas e projetos.

2.1.1 O Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG)

Instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência e elemento organizador e estruturador das redes de atenção à saúde em Minas Gerais, a delimitação dos níveis territoriais do PDR/MG, assim como a definição dos municípios polo, foram orientados por critérios de fluxo, acessibilidade, prestação de serviços e perfil de oferta de clínicas (atual e potencial). Os critérios foram relacionados aos níveis de densidade tecnológica, conforme tipologia prevista para cada nível territorial (MINAS GERAIS, 2010a *apud* PEREIRA, 2011).

A racionalidade do desenho espacial do PDR/MG baseia-se especialmente na observância da descentralização da assistência. Os recortes espaciais privilegiam os fluxos assistenciais existentes entre os municípios e incorporam em suas delimitações os princípios de economia de escala,

economia de escopo, qualidade da atenção à saúde e acesso aos serviços (PEREIRA *et al.*, 2011).

Anteriormente denominadas macrorregiões e microrregiões, territórios assistenciais responsáveis respectivamente pela atenção terciária e secundária, após a instituição do Decreto Federal nº 7.508/11, na tentativa de alinhar a política regional adotada em Minas Gerais desde o início dos anos 2000 aos pressupostos ministeriais, ambos os territórios alteraram de nomenclatura. O que antes era denominado microrregião, pós-Decreto Federal nº 7.508/11 tornou-se Região. Da mesma forma, a macrorregião pós-Decreto Federal nº 7.508/11 tornou-se Região Ampliada. Objetivamente, o que há de significativo neste arranjo de adequação de terminologias, é a opção do SUS/MG em adotar como Região, nos termos do Decreto Federal nº 7.508/11, o território outrora denominado microrregião. É uma escolha audaciosa e que, certamente, implicará grandes desafios ao sistema.

Em Minas Gerais, foram instituídas 77 Regiões de Saúde, em correspondência às microrregiões de saúde instituídas no Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG) e 13 Regiões Ampliadas de Saúde em correspondência às macrorregiões de saúde instituídas no Plano Diretor de Regionalização (PDR-MG) (figura 2).

Figura 2: Divisão territorial do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR/MG)



Fonte: Minas Gerais (2010a, p. 133)

O PDR/MG é também a base territorial utilizada pelas Comissões Intergestores Bipartite Regional Ampliada e Regional (CIRA e CIR), outrora

CIBMacro e CIBMicro. As instâncias intergestores regionais objetivam, sobretudo, ampliar a negociação entre entes municipais e estadual no respectivo território, de modo a coordenar o processo de implementação do SUS/MG. As CIR e CIRA consistem em comissões colegiadas, ou seja, ‘órgãos’ dirigentes cujos membros têm poderes idênticos, em que governo estadual e governos municipais discutem e negociam a gestão e as políticas públicas de saúde afetas a uma região específica (CAMPOS, 2000).

A atualização do Regimento Interno das Comissões Intergestores Regionais (CIR) e Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRA) objetivou a sincronização da forma de atuação dessas instâncias com os diversos novos instrumentos normativos em vigor. Na tentativa de fortalecer o processo de governança regional no Estado, o documento citado propôs sutis e significativas inovações para a gestão compartilhada do SUS/MG.

A versão atualizada do Regimento Interno da CIR e CIRA foi apresentada ao Grupo Condutor do Decreto Federal nº 7.508/11 e submetida à aprovação da CIB/SUS/MG, em novembro de 2013, na 197ª Reunião Ordinária da CIB-SUS/MG, conforme Deliberação CIB-SUS/MG n.1.638, de 19 de novembro de 2013.

Entre as novidades do novo Regimento Interno da CIR e CIRA deve-se destacar a forma de composição das reuniões de CIR, que, pós-aprovação do documento, ocorrerá da seguinte maneira:

- a) nível estadual: mínimo de cinco representantes, sendo que poderá variar conforme o número de gestores;
- b) nível municipal: um gestor de saúde para cada Município da Região de Saúde.

A composição das reuniões de CIRA também sofreu alterações. A instância, pós-aprovação do novo Regimento Interno, será composta da seguinte forma:

- a) nível estadual: seis representantes, sendo que a representação estadual poderá variar para garantir equilíbrio numérico com a representação municipal;
- b) nível municipal: Presidente regional do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/G), Secretário Municipal de Saúde (SMS) do município-polo da Região Ampliada e um SMS de cada município sede de Região (por CIR), sendo o máximo de seis gestores municipais.

O Regimento Interno da CIR e CIRA estabeleceu que o processo decisório fosse materializado por meio de reuniões de Alinhamento Técnico Interno, de Grupos de Trabalho (GT), da Câmara Técnica e da Comissão Intergestores (CIR e CIRA). Entre os ganhos relacionados a essa reestruturação

administrativa. Deve-se pontuar que o novo Regimento Interno das CIR e CIRA possibilitou maior participação dos gestores municipais nas reuniões e melhor efetividade e acompanhamento desses atores nas decisões pactuadas, bem como na divisão de responsabilidade nos atos de consensos.

2.1.2 As Unidades Regionais de Saúde (URS)

Os territórios político-administrativos da SES/MG – as URS –, legalmente denominadas Superintendências Regionais de Saúde (SRS) e Gerências Regionais de Saúde (GRS), foram implantadas anteriormente à concepção do PDR/MG, ainda na década de 1950. É a representação e referência da SES/MG em 28 localidades do Estado (figura 3).

Figura 3: Divisão territorial das Unidades Regionais de Saúde



Fonte: Minas Gerais (2011)

As SRS e GRS têm como principal finalidade garantir a gestão da SES/MG nas diversas regiões do Estado. Consiste em um desenho territorial que se preocupa mais com os métodos de operacionalização do órgão gestor do SUS estadual do que com os próprios critérios que define suas abrangências. Isoladas as coincidências, os desenhos territoriais das SRS e GRS, à exceção da contiguidade geográfica, não repercute nenhum critério estabelecido pelo PDR/MG.

As URS, em sua conformação, replicam a estrutura do nível central da SES/MG, definida por meio do Decreto Estadual nº. 45.812 de 14 de dezembro de 2011. Às SRS e GRS compete a articulação política e técnica com atores regionais do SUS/MG, entre eles COSEMS regionais, Conselhos Municipais de Saúde, Ministério Público e Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

2.1.3 Os consórcios intermunicipais de saúde (CIS)

Os consórcios consistem em uma iniciativa autônoma de municípios circunvizinhos que se associam para gerir e prover conjuntamente serviços de saúde à população, otimizando e racionalizando o uso de recursos públicos. Existentes no Brasil desde os anos 1980, se estabelecem a partir de uma prerrogativa legal do SUS que os aponta como instrumentos de organização e gestão do sistema (LIMA; PASTRANA, 2000 *apud* PEREIRA *et al.*, 2011).

Em Minas Gerais, os consórcios se consolidam como importantes parceiros do governo estadual na oferta de serviços de saúde e na gestão operacional de equipamentos vinculados às redes de atenção. O Estado é atualmente aquele com o maior número de consórcios; são 80, que variam de tamanho, nível de gestão, cultura, perfil epidemiológico e condições assistenciais (figura 4). São dois tipos específicos de consórcios:

- a) os consórcios generalistas, 69 ao total, vocacionados para a prestação de serviços de média complexidade ambulatorial e para a gerência de equipamentos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) de base territorial regional (referência ao nível territorial do PDR/MG) e
- b) consórcios temáticos, 11 ao total, voltados exclusivamente à gerência de um único equipamento, Programa ou projeto de saúde. Atualmente todos os consórcios temáticos em Minas Gerais são voltados ao gerenciamento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), equipamento da RAS da Urgência e Emergência.

Figura 4: Divisão territorial dos consórcios intermunicipais de saúde de Minas Gerais



Fonte: ACIS (2014)

No intuito de maximizar o desenvolvimento da agenda CIS em Minas Gerais, naturalmente entranhada no ‘DNA’ sanitarista do Estado, a respectiva pauta foi institucionalizada na estrutura orgânica da SES/MG. Assim, a SES/MG tem atuado como instância catalizadora de soluções para os problemas dos/nos CIS, soluções essas que partem da soma de esforços, recursos e experiências entre governo municipal e Estadual (figuras 5 e 6).

Figura 5: Café com os consórcios, nov/2012



Fonte: ACIS (2012)

Figura 6: Imagens da visita de benchmarking de comitivas dos Estados do Espírito Santo, Rio de Janeiro e Goiás à SES/MG em 18 e 19 set. 2014



Fonte: ACIS (2014)

2.2 O movimento de articulação entre os desenhos territoriais do SUS/MG e a governança regional: avanços e desafios

A mutação dos limites e fronteiras do PDR/MG e dos consórcios tem-se mostrado uma questão de grande dificuldade na implementação e monitoramento das políticas públicas de saúde. São alterações que repercutem a dinâmica política, econômica e assistencial, mas que, via de regra, causam problemas na execução de planos e Programas de saúde (PEREIRA *et al.*, 2011).

Além das frequentes alterações na adscrição e vinculação dos municípios às Regiões, Regiões Ampliadas e consórcios, a falta de conciliação entre esses três desenhos territoriais com o das URS reforçam um cenário de irracionalidade nas operações e nas práticas de gestão e planejamento do SUS/MG. A inexistência de coincidência destes territórios tem reduzido bastante a integração da autoridade burocrática do SUS à dinâmica assistencial regional (PEREIRA *et al.*, 2011).

Importante esclarecer que no atual contexto do SUS/MG, a vinculação de determinado município a um consórcio independe da conformação das Regiões e Regiões Ampliadas do PDR/MG, bem como das regiões administrativas (URS), o que tem gerado algumas dificuldades no processo de gestão e governança regional, seja pelo olhar do Estado, dos municípios ou dos próprios CIS. Este é um problema que tem tido consequências, especialmente, no funcionamento das Comissões Intergestores Bipartite Regionais, no credenciamento de serviços e no monitoramento dos indicadores de saúde (PEREIRA *et al.*, 2011).

Um dos grandes desafios da gestão do SUS/MG é, portanto, reduzir a distância entre a gestão político-administrativa da SES/MG (URS), dos territórios de prestação de serviços (CIS) e dos territórios que orientam a gestão das redes de atenção à saúde (PDR/MG). Para isto, desde que não afete a lógica e o propósito estruturador do PDR/MG, a SES/MG tem buscado a adequação dos territórios das URS e dos CIS aos territórios do PDR. Este é um objetivo, porém, que ainda não foi totalmente alcançado, mas que avançou consideravelmente nos últimos quatro anos (MINAS GERAIS, 2010a *apud* PEREIRA *et al.*, 2011) (figura 7).

Figura 7: Interação dos desenhos territoriais utilizados no SUS/MG



Fonte: ACIS (2014)

3. Mecanismos e instrumentos de governança regional em saúde

A implantação de um processo de governança requer do Estado a instituição de ferramentas capazes de facilitar a coordenação de seus serviços e de suas práticas organizacionais. Para o setor de saúde, coordenação implica assegurar uma ótima distribuição geográfica dos recursos e uma efetiva relação entre os sujeitos de uma região.

Nas situações em que a governança ocorre no âmbito restrito das organizações, ela é denominada governança corporativa. Esse é um tipo de governança que reflete como as instituições são dirigidas e monitoradas. A governança corporativa converte ideias e rumores em recomendações objetivas, capazes de orientar processos e projetos específicos (ALMEIDA, 2013).

Sobre a governança corporativa, em um paralelo com a gestão do SUS/MG, cabe chamar a atenção para a criação em 13 de junho de 2012 do Grupo de Governança e Articulação Estratégica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (GGAES/SES/MG), responsável pelo alinhamento das informações e fluxos decisórios da SES/MG e pautado pelos princípios da transparência, responsabilidade, integração, articulação, responsividade, colaboração, compromisso, eficácia e *accountability*. Cabe ao GGAES, entre outras competências, dar diretrizes para a atuação da SES/MG nas instâncias de governança regional (MINAS GERAIS, 2012).

Um conjunto complexo de elementos constrói um sistema ideal de governança regional de saúde, entre eles, como citado, a instituição de grupos de governança corporativa, como o GGAES. Embora, porém, não seja possível dar conta de toda essa complexidade, é possível aproximar-se dela.

Um dos elementos-chave do processo de governança e que também se constitui uma preocupação constante da SUBGR é a necessidade de construção e interpretação de informações em saúde de base territorial. A SES/MG, por meio desse setor, tem procurado, sistematicamente, primar pela fidedignidade e disponibilidade das informações regionais em saúde, tão necessárias para apoiar a discursividade e as decisões em saúde.

Quando o assunto é “informações em saúde”, cabe um parêntese para citar um dos elementos do Decreto Federal nº 7.508/11: o Mapa da Saúde. O Mapa da Saúde constitui-se em um instrumento ou conceito, ponderando a existência de algumas divergências teóricas sobre o termo, que permitirá com que os entes signatários do Contrato Organizativo de Ações Públicas (COAP) se comprometam a realizar o planejamento regional integrado, com base nos planos de saúde e na análise da situação de saúde da região. O Mapa da Saúde orientará os signatários do COAP a identificar as necessidades de saúde da população em uma determinada região, nas dimensões referentes às condições de vida e ao acesso aos serviços e ações de saúde para que, mediante planejamento integrado, possam definir as suas prioridades (BRASIL, 2011).

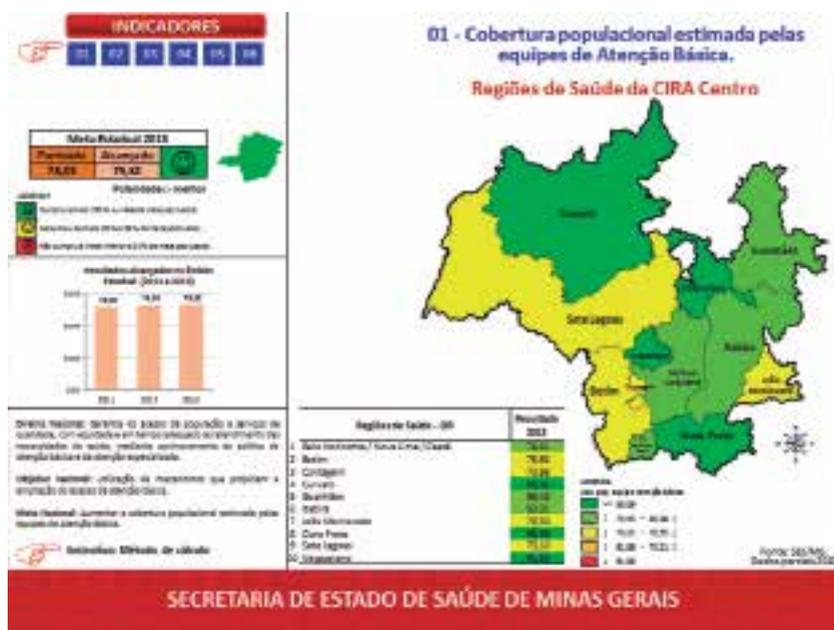
O Mapa da Saúde consiste, portanto, em representar geograficamente a situação de saúde de um território com base nos temas ora especificados. É bom dizer, aliás, que há quem diga que o Mapa consiste apenas em uma terminologia nova para algo que sempre foi feito, mas sem a sistematização que está proposta e sem a utilização da técnica cartográfica.

Independentemente do desenvolvimento do Mapa da Saúde, que até a data de elaboração desse artigo, ainda não se apresentava acessível aos diversos atores de governança do SUS/MG, a SES/MG tem buscado, a cada dia, a divulgação de dados e informações capazes de refletir o aspecto regional do dado e da informação.

A construção de índices e fatores regionais de avaliação implica o desenvolvimento de informações estruturadas espacialmente, e é esta a premissa de trabalho adotada pela SES/MG, no que diz respeito à informações regional em saúde.

Um dos bons exemplos disso é a forma de apresentação dos resultados do Pacto pela Saúde, em que os indicadores pactuados entre os três níveis de governo são discutidos nas instâncias de governança por meio da exposição de mapas, estruturas de informação capazes de indicar as interrelações espaciais de cada situação-problema (figura 8).

Figura 8: Instrumento de avaliação do Pacto pela Saúde



Fonte: ACIS (2014)

Em se tratando de governança regional no SUS/MG, deve-se também reconhecer que, do ponto de vista institucional, ela é mais emblematicamente realizada na CIR e na CIRA. Há de se convir que, desta forma, a governança regional em saúde se materializa apenas com interlocutores do governo, com

os técnicos das secretarias de saúde e gestores do SUS, sem a inclusão de outros setores da sociedade, especialmente os Conselhos de Saúde.

Nesse sentido, deve-se pontuar o estreitamento da parceria da instituição SES/MG com o controle social ou, para outros, participação social. Um dos bons exemplos desse processo foi a parceria com o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais (CES/MG) no cadastro dos Conselhos Municipais de Saúde de Minas Gerais e a realização de oficinas de alinhamento com os Núcleos de Gestão Regional, que contaram com a participação de gestores e conselheiros de saúde.

O CADCESMG, nome dado ao sistema desenvolvido pela SES/MG e CES/MG, permitiu o cadastramento de todos os conselhos municipais de saúde e a reunião em uma única base de dados de informações importantes para as ações de fortalecimento da gestão participativa na saúde pública.

De outro lado, as reuniões de alinhamento entre os diversos atores do SUS/MG, inclusive a participação social, permitiram a aproximação e qualificação do controle social em questões fundamentais para a gestão do SUS, bem como o movimento oposto, em que técnicos e gestores puderam aprender e avançar em discussões afetas à participação social (figura 9).

Figura 9: Imagens da IV Reunião de Alinhamento dos Núcleos de Gestão Regional (26 e 27 de agosto de 2014) em que participaram representantes de SES/MG, COSEMS/MG e CES/MG



Fonte: ACIS (2014)

Finalmente, deve-se concluir que os verdadeiros projetos regionais de saúde apenas se viabilizam na confrontação de ideias, um movimento institucionalizado em processos adequados de governança. Para isso, cada vez mais, a SES/MG e governo de Minas Gerais tem atuado em articulações transparentes e estratégicas. Deve-se destacar que as articulações a serem realizadas no âmbito das instâncias de governança do SUS requerem, sobretudo, boas estratégias. E agir estrategicamente não é tão simples como pode

parecer. Estabelecer um processo de governança regional em saúde exige reconhecer e entender a realidade do(s) outro(s) atores do SUS. E, que fique bem claro, entender o outro não significa dar-lhe razão; significa, simplesmente, conhecer a chave com a qual ele lê a realidade.

Referências Bibliográficas

ALBUQUERQUE, M. F. M. Debate sobre o artigo de Czeresnia e Ribeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 16, v. 3, p. 612-613, 2001.

ALMEIDA, Lourdes Lemos. *O significado de governança para os gestores estaduais do Sistema Único de Saúde*. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Dissertação). Brasília, 2013.

ALMEIDA, Márcia Furquim de. O uso de informações em saúde na gestão dos serviços. *Saúde e sociedade* [online]. v. 4, n. 1-2, p. 39-42, 1995. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901995000100008>>. Acesso em: 9 set. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 239p.

ENTHOVEN, A. Managed competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, n. 13, p. 305-321, 1988.

HISSA, Cássio Eduardo Viana. *A mobilidade das fronteiras: inserções da geografia na crise da modernidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002, 316p.

LIMA, Ana Paula Gil de, PASTRANA, Rosa. *Relatório de Pesquisa: Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde do Estado de Minas Gerais*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Organização Pan Americana da Saúde, 2000. 26p.

MENDES E. V. 2009. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848p.

MENDES E. V.; PESTANA, M. *A Regionalização da Atenção à Saúde no SUS: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Site institucional*. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/fotos/Organograma_Saude_ok.jpg>. Acesso em: 20 jun. 2014.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Deliberação CIB – SUS/MG nº 1.638/2013. Aprova o Regimento Interno das Comissões Intergestores Bipartites Regionais (CIR) e Regionais

Ampliadas (CIRA) do Estado de Minas Gerais. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 3306 de 13 de junho de 2012. Institui o Grupo de Governança e Articulação Estratégica (GGAES) da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2010. 223p. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr-novo/PDR.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2011.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais. Deliberação CIB – SUS/MG nº 095 /2004. Cria, no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite do Sistema Único de Saúde do Estado de Minas Gerais - CIB/SUS-MG, as Comissões Intergestores Bipartites Macrorregionais e Microrregionais e dá outras providências. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2004.

MONKEN, Maurício. Contexto, território e o processo de territorialização de informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em vigilância em saúde. In: BARCELLOS, Christovam (org.). *A geografia e o contexto dos problemas de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2008. p. 141-163.

PEREIRA, Darlan Venâncio Thomaz. *O planejamento territorial do SUS/MG: um estudo de caso da microrregião de Santa Maria do Suaçuí/São João Evangelista, o pequeno vazamento em um grande navio*. 2006. Monografia (Geografia). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PEREIRA, Darlan Venâncio Thomaz *et al.* A conciliação dos territórios do Plano Diretor de Regionalização e dos Consórcios Intermunicipais de Saúde: possibilidades de mudanças na vinculação dos municípios mineiros. *Congresso Consad de Gestão Pública*, Brasília, 2011.

PINA, Maria de Fátima de; SANTOS, Simone M. *Conceitos básicos de Sistemas de Informação Geográfica e Cartografia aplicados à saúde*. Brasília: OPAS, 2000. 117p.

PIRES, Maria Coeli Simões. *Governança metropolitana em Minas Gerais e implementação do novo arranjo institucional de gestão*. [s.l.: s.d].

RAMALHO, Walter M. Prefácio. In: SANTOS, Simone M.; BARCELLOS, Christovam (org.). *Abordagens espaciais na saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.4-5.

REGIÃO E REDES. *Caminho da universalização da saúde no Brasil: o SUS além dos limites territoriais*. Entrevista à coordenadora da pesquisa Região e Redes Ana

Luiza D'Ávila Viana. 1 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/o-sus-alem-dos-limites-territoriais>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

RONDINELLI, D. A. Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance. In: RONDINELLI, D. A. (ed.): *Governments serving people: the changing roles of public administration in democratic governance*. New York: Division of Public Administration and Development Management / Department of Economic and Social Affairs / United Nations, 2006.

ROSENAU, J. N. Governança, ordem e transformação na política mundial. In: ROSENAU J. N., CZEMPIEL E. *Governança sem governo: ordem e transformação na política mundial*. Brasília: Ed. UnB; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2000. p. 11-46.

SANTOS, Milton. *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. São Paulo: Hucitec, 1999.

SANTOS, Milton. O mundo não existe. *Revista Veja*. Rio de Janeiro, Editora Abril, ano 27, n. 46, p. 7, 16 nov. 1994a.

SANTOS, Milton. *Técnica, espaço, tempo, globalização e meio técnico-científico informacional*. São Paulo: Hucitec, 1994b.

TOMASSINI, L. Governabilidad y politicas publicas em America Latina. In: FLOREZ, F. C. (ed.). *Democracia em déficit: gobernabilidad y desarrollo em America Latina y el Caribe*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 2001.

WORLD BANK. *Governance and Development*. Washington: World Bank, 1992.

A EXPERIÊNCIA DA MOBILIZAÇÃO SOCIAL EM SAÚDE: ABORDAGENS QUE VÃO ALÉM DAS AÇÕES ASSISTENCIAIS

Gisele Maria Bicalho Resende
Joney Fonseca Vieira
Maria Regina Sant'Ana

Apesar de o Estado ser o principal responsável pela execução e operacionalização da saúde pública, isso não é compreendido como sinônimo de responsabilidade apenas e exclusivamente do Estado: o seu desenvolvimento ultrapassa as incumbências próprias e, além disso, não abrange tudo o que pode e deve ser feito no campo da saúde.

Evidentemente, o exercício adequado dessas responsabilidades é essencial não apenas para elevar o nível da saúde e a qualidade de vida da população – mas, sim, por ser parte fundamental do papel do Estado no tocante à saúde, o qual também compreende a condução, a regulamentação, o financiamento, a supervisão e a padronização da prestação de serviços.

Em decorrência das crescentes exigências sobre a Gestão Estadual, impõe-se a necessidade de avaliá-la de modo estrutural, tomando como referência essas macro funções, complementando, dessa forma, a avaliação de projetos e de programas setoriais já existentes no SUS.

A participação social foi incorporada como princípio do SUS na Constituição e na Legislação Complementar (Leis n. 8080 e n. 8142/90) e deu lugar à criação dos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, em todos os municípios brasileiros, Estados e União. Outros mecanismos formais de controle social foram sendo incorporados ao SUS, tais como ouvidorias e disque-denúncia, com o objetivo de ampliar o contato e os espaços de relação dos usuários com os serviços de saúde, criando novas formas de expressão e de defesa dos interesses dos indivíduos, dos grupos e da coletividade.

Esse conjunto de iniciativas constitui outra importante inovação no âmbito das políticas públicas e da relação Estado-Sociedade no Brasil contemporâneo. Na sociedade, para além dos Conselhos e Conferências, muitos espaços são criados e reformulados no cotidiano da vida das comunidades,

seja de reflexão, auto-ajuda, resistência, solidariedade, sobrevivência, reivindicação e mobilização em torno das necessidades concretas da população e dos diferentes grupos sociais.

A implementação de novos modelos assistenciais, baseados na universalidade, equidade, integralidade e participação popular, vem exigindo uma maior capacidade institucional das secretarias estaduais de saúde para o exercício de inúmeras funções: a formulação de políticas; o planejamento; a gestão compartilhada; a regulamentação e a normatização; a garantia e a regulação do acesso aos serviços de saúde; a organização regionalizada da rede de serviços de saúde; o monitoramento e avaliação do sistema estadual; a articulação de esforços; e a cooperação com as secretarias municipais de saúde.

Tais funções adquiriram maior relevância com o desenvolvimento das redes de serviços assistenciais e das redes sociais, com a responsabilidade de conduzir e regular, frequentemente, um sistema composto por entidades públicas e privadas, atuando com vistas à melhoria da saúde da população.

Compete às Secretarias Estaduais compreender o conceito ampliado de saúde e inovar-se nas abordagens junto à população, fortalecendo conceitos que vão além das habituais ações assistenciais.

Recente publicação da FIOCRUZ e da SES-MG, intitulado “Estudo de Carga de Doenças”, concluiu que as chamadas condições crônicas são, hoje, o maior problema de saúde pública da população. Estes e outros fatores ressaltam a importância de uma atuação mais ativa e engajada dos cidadãos.

No concernente à função de estímulo à participação, a SES/MG, tem buscado avançar em conceitos como o de mobilização social. Como afirma Peruzzo (1998),

determinadas manifestações em prol da vida adquiriram dimensões significativas em nossos dias - o que pode ser analisado como um despertar das pessoas, das camadas sociais e de povos inteiros para a busca de condições de vida mais dignas, pautadas pelo desejo de interferir no processo histórico, sua vontade de posicionar-se como sujeitos e seu anseio de realizar-se como espécie humana.

Essa formulação está apoiada no fato de que a mobilização social ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade decide e age com um objetivo comum: o de buscar, cotidianamente, os resultados desejados por todos. Envolve organizações governamentais e não governamentais, associações comunitárias, entidades, sociedades, federações, clubes de serviço, conselhos, grupos culturais e religiosos, tornando-se poderosa ferramenta de acesso ao público. Trata-se de envolver o cidadão como corresponsável pela promoção da saúde individual e coletiva e corroborar o princípio de que a saúde pública não constitui responsabilidade exclusiva do poder constituído. Pelo contrário, há que avançar na direção da gestão compartilhada.

O modelo institucional do SUS prevê a atuação articulada de diversos atores. Foi a partir desta tese que o Governo de Minas criou, em 9 de outubro de 2003, o Comitê Estadual de Defesa da Vida, com a missão de acompanhar, avaliar e propor ações no âmbito do Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna no Estado de Minas Gerais (Viva Vida). Esse Comitê é composto por diversas instituições entre as quais as Secretarias de Estado de Saúde, de Meio Ambiente e Desenvolvimento Sustentável, de Educação, de Defesa Social, de Desenvolvimento Regional e Política Urbana, e de Desenvolvimento Social e Esportes; as Fundações Estaduais FHEMIG e FUNED; o Conselho Estadual de Saúde – além de outros conselhos, associações e organizações de natureza governamental e não governamental.

A SES/MG interpretou o contexto histórico-social e passou a desenvolver a própria capacidade institucional como promotora de amplo processo de mobilização social, numa atuação mais próxima e articulada à sociedade, gerando mudança de comportamento dos cidadãos a fim de que estes, por sua vez, desenvolvessem hábitos saudáveis e fossem responsáveis pelo cuidado da própria saúde. Além disso, tem envolvido outros atores do sistema de saúde, tornando-os capacitados (ensino) para o desenvolvimento de ações de mobilização – realidade confirmada pela criação da Coordenadoria de Mobilização Social em Saúde, adstrita à Assessoria de Comunicação Social.

A Coordenadoria de Mobilização Social em Saúde, inicialmente implantada para sustentação ao Programa Viva Vida de redução da mortalidade materna e infantil no Estado, expandiu-se, por seus efeitos positivos, como estratégia de envolvimento da sociedade civil no Programa Estadual de Enfrentamento da Dengue. A lógica da estratégia favoreceu uma ação compartilhada que alcançou empreendimentos com vistas à erradicação de doenças pulmonares obstrutivas crônicas, câncer e tabagismo, tendo por produtos: Sociedade Mobilizada para Enfrentamento da Dengue no Estado de Minas Gerais; Sociedade Mobilizada para a Redução da Mortalidade Materna e Infantil de Minas Gerais; Ações Intersetoriais para Prevenção de Doenças Pulmonares Obstrutivas Crônicas (DPOC); Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS; câncer (em todas as suas manifestações); e para Combate ao Tabagismo. Essa metodologia alcançou as vinte e oito Unidades Regionais de Saúde, concretizando a Rede de Mobilização Social, igualmente composta por vinte e oito Núcleos Regionais. Hoje, o desafio é que essa Rede se estenda à totalidade do Estado e sejam, então, estabelecidos 853 Núcleos Municipais de Mobilização Social.

O modelo adotado na composição de um Núcleo Municipal de Mobilização Social reproduz o mesmo modelo de um Núcleo Regional, definido pela participação do gestor responsável pela saúde pública regional ou municipal,

das referências técnicas dos Programas de Enfrentamento da Dengue e Viva Vida, do assessor de comunicação social e de representações da sociedade, o que significa abranger agrupamento humano, formal ou informal.

A magnitude da epidemia da dengue em Minas Gerais levou o Governo Estadual, em 2010, a editar o Programa Estadual de Enfrentamento Permanente da Dengue. Tal enfrentamento, na compreensão da SES/MG, seria possível somente com a potencialização de ações intersetoriais e com a participação efetiva da sociedade, da população.

Essa ação foi concretizada pela intensificação de medidas como a criação da força-tarefa contra a dengue, que tem por estratégia fundamental a promoção de ações de mobilização social no combate aos focos, criadouros do mosquito vetor *Aedes aegypti*.

A experiência e a vivência comprovam a desinformação da população quanto às causas evitáveis de transmissão da doença. A forma mais contundente de se promover a eliminação do vetor é informar o cidadão acerca da necessidade e da premência de se eliminar os focos, as condições favoráveis à reprodução do mosquito. Esse entendimento passa por provocar, por instigar a população, fazendo-a elemento corresponsável do processo.

É nesse contexto que surge o papel da mobilização. Essa forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas tem promovido a fragmentação das estruturas sociais e, assim, produzindo efeitos significativos na qualidade de vida da população. Tanto assim que, no primeiro semestre de 2011, considerada a relação com o mesmo período em 2010, houve uma reversão do quadro dos casos notificados de dengue em 85%, no Estado. Não obstante, alcançar a população de um estado com a extensão territorial de Minas foi e tem sido um grande desafio.

Adotou-se, então, por estratégia, uma metodologia configurada na que se denominou Dengue Móvel e Dengômetro. O primeiro é um caminhão que percorre municípios e bairros, promovendo a troca de entulhos recicláveis, inservíveis, por material escolar. Latas, garrafas pets e pneus são trocados por borrachas, lápis e cadernos. O segundo constitui um espaço de convivência, onde a população tem acesso às informações sobre a dengue. É instalado em pontos de maior circulação da população, em áreas de privilegiado convívio social. Nos dengômetros, mobilizadores adrede preparados transmitem informações acerca da importância da participação do cidadão na prevenção e controle da doença. A metodologia aplicada na sensibilização de atores sociais, “in loco”, tem permitido a articulação entre iniciativa privada, poder público e sociedade civil organizada, tornando-os parceiros dessa questão que se afigura como objeto de apreensão para quem faz a gestão da saúde pública. Em 2012, essas ações de mobilização deram-se prioritariamente em 106 municípios, onde se registravam altos riscos de infestação da doença.

O material recolhido pelo Dengue Móvel tem destino certo. Nos municípios visitados pela Força-Tarefa, cooperativas e associações de coletores de recicláveis convertem garrafas pet, latinhas de bebidas e pneus em artesanato e peças de utilidade, como vassouras e artigos de cozinha.

Em todos os municípios, independentemente do grau de incidência de casos, a proposta é de estímulo às Secretarias Municipais de Saúde a criarem seus próprios Núcleos Municipais de Mobilização Social, consideradas as características locais.

Estimular o princípio da responsabilidade social e coparticipação entre indivíduos, de maneira a priorizar a prevenção e a promoção da saúde pública, é intenção primordial do setor público. Dessa forma, foram desenvolvidos os produtos: o Almanaque Edi&Gita, o Grupo de Teatro Saúde em Cena, o Projeto Gastronomia Sustentável e o Kit Escolar “Deu a louca no mundo da fantasia”.

O Grupo de Teatro “Saúde em Cena”, idealizado pela Coordenadoria de Mobilização Social/Assessoria de Comunicação Social/SES-MG, é composto por servidores de diferentes segmentos da SES e todos têm atuação voluntária. O ofício desse grupo é levar informação acerca de temas próprios da saúde aos cidadãos de Minas Gerais, de forma lúdica e objetiva. Trata-se de uma convocação para que os cidadãos se tornem corresponsáveis pela promoção e prevenção da saúde. Os textos criados coletivamente pelos integrantes do grupo são apresentados em diversos espaços: escolas, creches, instituições públicas e privadas, ONGs, aeroportos, agências de viagens, rodoviária, entre outros. No período de 2007 a 2014, o grupo já realizou 138 apresentações, abrangendo um público estimado em 115.688 espectadores.

A importância do Grupo de Teatro Saúde em Cena não se restringe a apresentações. Funciona como arquétipo para as Regionais de Saúde, municípios e instituições parceiras interessadas em criar seu próprio grupo teatral e de cunho social. Para isso, a SES/MG produziu e disponibilizou, no Youtube, vídeos que demonstram todo o processo de concepção, produção e execução de maquiagem, cenário, texto e interpretação de personagens da peça infantil “Deu a louca no mundo da fantasia”, com foco na prevenção à dengue. A autoria do texto pertence a integrantes do grupo Saúde em Cena e sua criação está fundada na crença de que crianças e adolescentes bem-informados fazem chegar até as famílias e ao círculo de convivência conhecimentos assimilados.

Dada a boa aceitação pelo público infanto-juvenil e adulto, o texto teve sua linguagem adaptada para histórias em quadrinhos, para animação e, ainda, foi gravada no formato de radionovela. Esse material foi distribuído às escolas estaduais de Minas Gerais, de forma que os professores pudessem utilizá-lo como material de apoio curricular, estimulando a integração dos conteúdos afins ao tema dengue.

O estilo Brechtiano é percebido no processo criador e interpretativo do Grupo, já que o alemão Bertold Brecht defende o teatro como decodificador dos acontecimentos sociais em seu processo dialético: não se limita a explicar o mundo, mas se dispõe a modificá-lo. A atenção do público é mantida sempre agudamente alerta pela inteligente e eficaz intercalação entre o roteiro e textos, tomando forma e expandindo tanto a consciência da nossa condição coletiva com a da nossa condição individual e íntima. O Teatro Saúde em Cena é um teatro atuante com as ciências e as artes. Segundo Augusto Boal, também referência teórica do Grupo, diferentemente do teatro como entretenimento, o teatro social, proposto pelo Saúde em Cena, vem romper com a passividade do espectador, semelhante à do cidadão – efeito desejado e esperado, já que o teatro é uma forma de ação política consciente. Ele funciona como trampolim para a transformação da realidade.

O Almanaque Edi&Gita, outro produto de Mobilização Social de prevenção contra a dengue dirigido ao público infante-juvenil, traz em seu conteúdo jogos interativos tais como caça-palavras, “descubra onde está o foco da dengue”, palavras-cruzadas e outros que, além de entreter, também informam o jogador sobre a doença, sintomas e formas de prevenção.

A Mobilização Social contempla o Projeto Gastronomia Sustentável. Considerando que cerca de 90% dos criadouros do mosquito da dengue estão dentro das casas, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais entendeu ser fundamental sensibilizar e mobilizar as donas de casa, mães, cozinheiros e todos aqueles afeitos à gastronomia a fim de que compreendam a importância de dispensar os resíduos produzidos na cozinha (cascas de ovos, latas de alumínio, embalagens plásticas e de papel) de forma sustentável. Para isso, foi desenvolvido o projeto “Gastronomia Sustentável” e, em parceria com a Nestlé, produziu o livro “Gastronomia Sustentável” e, com a Itambé, o “Cozinhando com Saúde”.

Em ambas as publicações há receitas de pratos salgados e doces e dicas de reaproveitamento do material possível de descarte. Na realidade, essas receitas são sugestões com a finalidade precípua de se fazer o reaproveitamento do material a ser descartado nas cozinhas, transformando-o em objetos utilizáveis, que teve a idealização e a produção pela Assessoria de Comunicação Social/SES – vidros para balas, porta-lápis, maquiagem, linhas e níqueis, latas e caixas decoradas, cofres, agendas.

Essas publicações têm servido como material didático nas realizações das oficinas de gastronomia sustentável, que acontecem pelo Estado de Minas. Nestas aulas, que conjugam gastronomia e cidadania, chefs de cozinha executam receitas e, ao mesmo tempo, demonstram a correta eliminação do lixo, de maneira sustentável.

A concretização desse projeto foi possível pela parceria estabelecida entre a SES-MG e a Faculdade Estácio de Sá de Belo Horizonte, que disponibilizou seus alunos, futuros profissionais, para atuarem no projeto.

De Setembro de 2011, quando teve início o projeto, até o momento, foram realizadas 90 oficinas de gastronomia, envolvendo um público de, aproximadamente, 3.500 pessoas. Desde o início de 2013, o projeto vem sendo estendido pelo interior do Estado, por meio das Unidades Regionais de Saúde. As ações já foram realizadas em importantes festivais de gastronomia, como os de Tiradentes e São Lourenço, além de seminários com o tema sustentabilidade, como o da Universidade Estácio de Sá ou de grandes eventos como a Fenamilho e a Expozebu, em Patos de Minas e Uberaba, respectivamente.

A Assessoria de Comunicação Social/SES-MG, mesmo face à apropriação de resultados tão convincentes e expressivos na remodelação do próprio fazer, propõe a si uma permanente atitude crítica, de forma tal que outras configurações de abordagens aprimorem o processo em curso, indo muito além das ações assistenciais. Pela via de mobilização social, a Secretaria de Estado de Saúde pretende provocar no cidadão a disposição ao engajamento e sedimentar a ideia de corresponsabilidade, tornando-o multiplicador de informações qualificadas e de hábitos associados à prevenção e à promoção da saúde individual e coletiva.

Referências Bibliográficas

BOAL, Augusto. *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1990b.

BRECHT, Bertolt. *Estudos sobre teatro*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

HENRIQUES, Márcio Simeone (Org.). *Comunicação e estratégias de mobilização social*. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Aprenda a combater a dengue brincando*. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

MINAS GERAIS. *Deu a louca no mundo da fantasia*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

MINAS GERAIS MINAS GERAIS. *Cozinhando com Saúde*. Belo Horizonte: Autêntica, 2011a.

MINAS GERAIS. *Gastronomia Sustentável*. Belo Horizonte: Autêntica, 2011b.

PERUZZO, Círcia Maria Krohling. *Comunicação nos movimentos populares*. Petrópolis: Vozes, 1998.

O FORTALECIMENTO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

Poliana Cardoso Lopes
Francisco Antônio Tavares Junior
Mariana Cristina Pereira Santos

1. A democracia como forma de incremento da participação social

A democratização de um país é ponderada pelo direito de participação e contestação pública. Nesse contexto, deve ser permitida aos cidadãos a oportunidade de formular suas preferências e expressá-las a seus concidadãos e ao governo através de ação individual ou coletiva, sendo tais preferências igualmente consideradas, sem discriminação.

É a partir da democracia que se fundamenta o modelo representativo de governo, cujo princípio é a cidadania, denotando essencialmente consolidação social e política. São diversos os âmbitos nos quais a democracia pode se manifestar, e a sociedade exerce sua cidadania muito além do processo eleitoral, sendo ampliada por meio de movimentos e fóruns participativos. Nesse sentido, Avritzer (2007) afirma que a eleição é apenas uma das múltiplas dimensões da democracia e da relação entre Estado e Sociedade Civil, e seu alargamento está diretamente vinculado à maximização daqueles espaços nos quais o cidadão exerce o seu direito de escolha.

No Brasil, a introdução do princípio da participação popular no governo é, sem dúvida, um avanço para a remoção de obstáculos contra a arraigada tradição oligárquica e patrimonialista. Nos últimos tempos, após o processo de redemocratização, o país vem se destacando como referência no debate da democracia, tendo em vista as variadas tentativas de ampliar esse espaço por meio da introdução de novas experiências participativas na definição de prioridades, ou no desenho de políticas públicas, notadamente por meio dos conselhos gestores, atuantes nas diversas áreas sociais (JUNIOR; GERSCHMAN, 2013).

Dessa forma, o maior engajamento e maior proatividade do cidadão se fazem necessários para a construção de uma gestão democrática participativa, que priorize o social e seja redistributiva. O controle social é um instrumento de importância capital para a construção e o desenvolvimento da cidadania, uma vez que garante o fortalecimento da democracia participativa e inclusiva. Sua finalidade não se limita em apenas verificar o controle da destinação dos recursos públicos, mas a economicidade, imparcialidade, racionalidade e, por conseguinte, a adequação do atendimento das necessidades reais da sociedade (GOHN, 2005).

Uma das áreas que se destaca na construção de instâncias que reforçam o controle social é a saúde. O principal exemplo são os Conselhos de Saúde, uma importante inovação democrática que reforça a organização das políticas de saúde. Desde a origem do SUS, a participação e a representação social estão preconizadas. A cidadania é um preceito constitucional, conforme pode ser observado no texto da carta magna:

“Art. 5º Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza (...) Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.” (BRASIL, 1988).

Reforça-se este conceito com a Lei 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Esta lei diz que:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

[...] § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990).

A gestão pública, ao adotar novas formas de inclusão das demandas dos cidadãos nas políticas públicas e garantir melhor intermediação de interesses, aumenta a chance de obtenção de altos índices de representatividade entre os atores que se interagem. Com isso criam-se oportunidades para se alterar a relação entre a sociedade civil e o Estado abrindo espaço para o controle

social e tornando mais legítimos e democráticos os governos representados, o que foi reforçado em Minas Gerais com o terceiro ciclo do Choque de Gestão, intitulado “Gestão par

2. Os Conselhos e Ouvidorias de Saúde como instâncias deliberativas

A participação social foi institucionalizada no Sistema Único de Saúde por meio de uma série de dispositivos legais. A participação social acabou por configurar-se como fundamento para estruturação do SUS que desde sua origem, instituiu os canais participativos Conselhos e Conferências de Saúde como principais órgãos de controle social norteadores dos serviços de saúde (SHIMIZU *et al.*, 2013).

Os Conselhos, à medida que se caracterizam como instâncias regulamentadas da participação social, configuram-se como conquista da sociedade no alcance de maior democracia da esfera da saúde, à medida que possibilitam uma maior forma de interação entre os governos e as sociedades (OLIVEIRA; PINHEIRO, 2010). É nessa perspectiva que o incremento da participação deve estar pautado sobre pilares básicos, tal como: maior responsabilidade dos governos em formular políticas públicas que estejam de acordo com as necessidades da população; reconhecimento dos direitos sociais; abertura de canais para ampla participação da sociedade.

Diante de tamanha importância na consolidação dos conselhos de saúde, é fundamental a construção de estratégias capazes de efetivar os diversos segmentos representantes nessa instituição, ou seja, do governo, do prestador, do trabalhador e do usuário, visando o reforço das estruturas horizontais de participação. O Estado de Minas Gerais, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES), vem desenvolvendo uma relação de parceria com o Conselho Estadual de Saúde (CES), de modo a reforçar o controle social, como ficará claro a seguir.

Ao longo dos anos, novos mecanismos vêm sendo construídos, visando fortalecer a cidadania. As ouvidorias fortalecem o SUS e a defesa do direito à saúde da população por meio do incentivo à participação popular e da inclusão do cidadão no controle social. São também ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde e produção de informações que subsidiam as tomadas de decisão.

O espaço da Ouvidoria é uma oportunidade para promoção de *accountability* (responsabilização) societária e horizontal, através de distribuição de autoridade, poder e recursos. Assim, atua como um importante mediador entre os entes envolvidos (cidadão, órgãos e serviços do SUS) que, ao encaminhar os problemas apresentados e procurar soluções, atua como um dispositivo que auxilia a subsidiar as políticas públicas de saúde.

Assim, pode-se afirmar que as Ouvidorias são de fundamental relevância para o fortalecimento do espírito de participação democrática. Boindstein (2002) aponta que, embora não haja um automatismo entre descentralização e maior *accountability* e controle social, o processo de descentralização constitui-se em um avanço no processo dialógico entre as políticas públicas e a sociedade.

Quando um cidadão se manifesta através do canal da Ouvidoria de Saúde, seja por demanda de serviços de saúde, reclamações ou sugestões, está contribuindo para o aprimoramento do sistema. Não há políticas públicas se não existir participação ativa da sociedade civil, como sujeito coletivo que aglutine de forma organizada as diferentes representações dos interesses sociais no campo da saúde pública.

Contudo, implantar este importante canal de forma a estabelecer uma rede de resposta a demandas sociais tem sido um permanente desafio, em especial no Estado de Minas Gerais.

3. O controle social em Minas Gerais: conhecendo o Conselho Estadual

O controle social, na figura do Conselho Estadual de Saúde (CES/MG), faz-se presente em Minas Gerais e se configura como órgão pertencente ao sistema estadual de saúde, conforme a Lei Delegada nº 180/2011 e o Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011, estando administrativamente subordinado à SES. Atualmente, o Projeto de Lei 4427/2013, que dispõe sobre a organização e as atribuições do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, está em tramitação na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, o que garante uma regulamentação ainda maior do referido órgão, dando maior institucionalidade ao mesmo.

Compõe seu rol de atribuições:

- atuar na formulação da estratégia e no controle da execução da Política Estadual de Saúde, nos aspectos econômicos e financeiros, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde, cujas decisões serão homologadas pelo Gestor do SUS no Estado;
- estabelecer diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Estadual de Saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços;
- acompanhar e fiscalizar a movimentação dos recursos financeiros do SUS depositados em conta especial do Fundo Estadual de Saúde;
- propor critérios para a definição de padrões e parâmetros assistenciais, bem como a organização hierárquica estabelecida no Plano Diretor de Regionalização;

- acompanhar o processo de desenvolvimento e de incorporação científica e tecnológica na área de saúde;
- articular-se com os órgãos de fomento da educação, como a Secretaria de Estado de Educação e as instituições de ensino superior, na busca de subsídios relacionados à caracterização das necessidades sociais e intersetoriais na área de saúde;
- deliberar sobre as políticas públicas de saúde no âmbito do SUS em Minas Gerais, bem como sobre todas as políticas que impactam os determinantes e condicionantes da saúde da população, entendendo saúde como um processo biopsicossocial;
- deliberar sobre a remuneração de serviços, observados os critérios, valores e parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela direção nacional do SUS; e
- deliberar sobre os instrumentos de planejamento do SUS elaborados pela SES, dentro dos prazos estabelecidos no regimento.

Quanto à composição do CES, esta ocorre de forma paritária, sendo formado por 52 (cinquenta e dois) conselheiros – membros titulares – com os respectivos suplentes, na proporção da representação de vinte e cinco por cento para o governo e prestadores de serviços de saúde no SUS; vinte e cinco por cento para entidades representativas dos trabalhadores e profissionais da área de saúde; e cinquenta por cento para entidades e movimentos representativos para usuários do SUS. Os conselheiros são indicados por 38 (trinta e oito) instituições representativas.

O Conselho Estadual de Saúde tem suas deliberações aprovadas por meio de reuniões do Plenário que acontecem mensalmente, sob cronograma previamente acordado, ou extraordinariamente, por convocação da Mesa Diretora ou de 1/3 de seus membros.

Destaca-se que a Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) percebe a importância da concretização do preceito da participação social como base para os avanços no SUS. Para tanto, espera-se a união dos esforços dos gestores e da sociedade e o comportamento e postura responsável dos cidadãos. A SES/MG entende que é seu dever apoiar a institucionalização do CES/MG.

Além de prover estrutura física e equipamentos, buscando garantir-lhe autonomia para seu pleno funcionamento, a SES/MG tem reservado rubrica específica para o Conselho. Ao todo, entre 2008 e 2013, quase R\$ 7.000.000,00 foram destinados à operacionalização do Conselho Estadual de Saúde. Os recursos de custeio planejados para o CES/MG são destinados a viagens dos conselheiros, atividades de capacitação, formação e fortalecimento do controle social nos níveis regional e municipal.

Adicionalmente, a SES/MG vem apoiando o CES/MG na realização de Conferências Estaduais de Saúde e Conferências temáticas, sendo que

estas vêm acontecendo com a regularidade prevista legalmente, tendo a participação expressiva de todos os segmentos da sociedade interessados no setor. As deliberações geradas nessas Conferências vêm contribuindo para o avanço dos serviços e da organização do SUS em Minas Gerais (CES, 2010).

Destaca-se que, com a regulamentação da Emenda Constitucional 29, através da publicação da Lei Complementar 141/2012, a participação social foi fortalecida, sendo hoje um papel atribuído aos Conselhos de Saúde co-participar na formulação e no planejamento das diretrizes do SUS, aprovar os instrumentos de Planejamento (Plano, Programação e Relatório de Gestão), aprovar os gastos em saúde (inclusive permitindo ou não que gastos em saneamento para pequenas comunidades sejam computados para fins de cumprimento do mínimo percentual) e encaminhar recomendações ao dirigente máximo de cada esfera de gestão (presidente, governador e prefeitos) em relação à execução, a partir da análise dos relatórios quadrimestrais.

4. As Ouvidorias de Saúde com função regional em Minas Gerais

Em decorrência da opção de modelo federativo adotado na constituição de 1988, iniciou-se um forte processo de municipalização no país. No período entre 1988 e 1997 foram criados no país 1.328 novos municípios. Atualmente, há em Minas Gerais 853 municípios, sendo que a ampla maioria deles (quase 80%) possui menos de 10.000 habitantes. Essa pequena população de grande parte dos municípios gera um importante desafio no sentido de estruturar Ouvidorias.

Como solução para este fato, Minas Gerais tem recorrido ao princípio da regionalização da saúde, escopo de organização em que tem sido um Estado pioneiro, estabelecendo importantes avanços em conceitos e práticas.

Assim, com base na realidade específica do Estado, foi construída uma proposta de organização da rede de ouvidorias, visando gerar viabilidade para a sua implantação, o que conta ainda com um estímulo ou incentivo por parte do Governo do Estado.

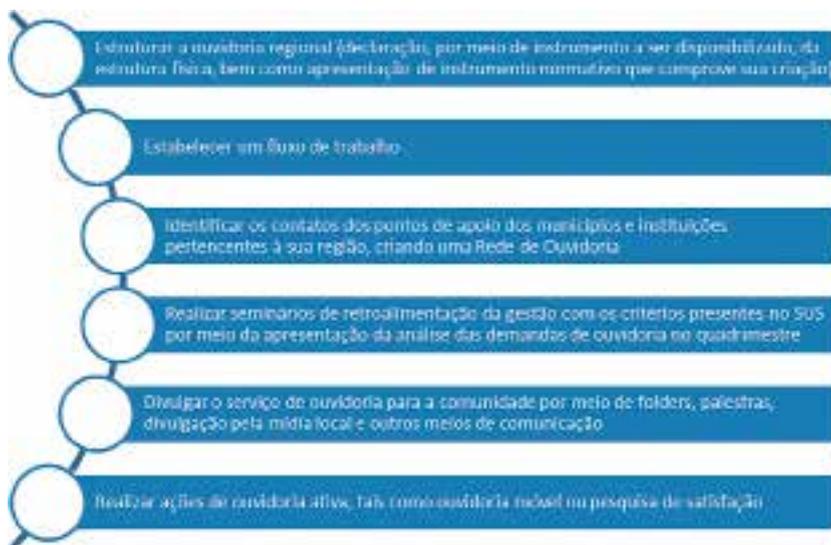
Com a rede se espera obter um processo mais ágil de respostas às demandas dos cidadãos; fortalecer a gestão do Sistema Único de Saúde, através da ampliação da capacidade de monitoramento e da incorporação da percepção dos cidadãos sobre o funcionamento do mesmo; e, por fim, empoderar as regiões de saúde.

A proposta contempla o repasse de recursos quadrimestralmente para os municípios, preferencialmente os pólos de região, podendo ser definido – por opção da Comissão Intergestores Regional – um município de referência em casos específicos.

O conceito de regionalização é fundamental para o funcionamento dos serviços de saúde, uma vez que boa parte dos serviços ofertados não se

esgota no território municipal. No desenho proposto, caberá às Ouvidorias de Saúde com função regional acolher as demandas, analisá-las, tratá-las, e enviar para a rede, trabalhando conjuntamente com as referências indicadas pelos demais municípios da região e por prestadores, a fim de construir a resposta para o cidadão.

Diversos compromissos são estabelecidos e devem ser cumpridos por aqueles que aderirem, quais sejam:



A responsabilidade da qualificação das respostas é compartilhada entre a Ouvidoria com função regional e os demais “atores” identificados como referência – lembrando que o objetivo de todos é gerar valor para os cidadãos.

A SES/MG em conjunto com a OGE deverá providenciar programas de capacitação, inclusive treinamento no sistema (OuvidorSUS). É importante ressaltar que esta iniciativa é parte de um contexto mais amplo, no qual o Estado já vem há cerca de 3 anos empregando esforços, tendo capacitado, inclusive, cerca de 3.400 profissionais do SUS através do Canal Minas Saúde.

Além de atender às demandas dos cidadãos, as Ouvidorias com função regional podem e devem realizar ações proativas, como a Ouvidoria ativa, a Ouvidoria móvel e as Pesquisas de Opinião / Satisfação / Percepção.

5. Avanços relatados na participação social na saúde em Minas Gerais

São notáveis os avanços obtidos no exercício da plena participação social em Minas Gerais nos últimos anos. Entre estes, destacam-se:

- Construção e aprovação dos Planos Estaduais de Saúde 2008-11 e 2012-15; dos Relatórios Anuais de Gestão 2009, 2010, 2011 e 2012; das Programações Anuais de Saúde 2012, 2013, 2014 e 2015.
- 98% dos conselhos municipais de saúde cadastrados em sistema desenvolvido pela SES, em parceria com o CES, o Cadastro de Conselhos Municipais de Saúde do Estado de Minas Gerais (CADCES), cujo objetivo é instrumentalizar o CES e também a SES de informações, de modo que, conhecendo a realidade dos mesmos, seja possível instituir um verdadeiro plano de ação para que os conselheiros e os conselhos municipais sejam verdadeiros agentes de transformação e atuantes, por uma saúde pública melhor.
- Pactuação de Deliberação que aprova o repasse de recursos para estruturação e pleno funcionamento dos conselhos municipais de saúde, por meio de indicadores e metas a serem cumpridos, visando o fortalecimento da participação social no âmbito local. O total de repasses representa um montante de R\$5.240.000,00.
- Pactuação, por 63 Regiões de Saúde, para implantação da Ouvidoria com Função Regional e cumprimento das ações previstas na Resolução Conjunta SES/OGE 0159 de 16 de Outubro de 2013. Desta forma, são 711 municípios em Minas Gerais abrangidos pelas Ouvidorias.

6. Considerações finais e desafios

Os avanços inerentes ao processo de participação social no SUS em Minas Gerais são visíveis e demonstram um importante resultado da abertura do Governo ao reforço do exercício da participação social e da cidadania.

Nesse sentido, espera-se fortalecer ainda mais os mecanismos de participação existentes, a exemplo do Conselho Estadual de Saúde e das Ouvidorias de Saúde com Função Regional, de modo a se construir uma verdadeira Rede de Participação Social em Minas Gerais. Muitos são os desafios pela frente para o alcance desse resultado, tais como:

- maior aproximação com os Conselhos Municipais de Saúde e estruturação dos Colegiados Regionais de Conselheiros Municipais de Saúde, proporcionando o desenvolvimento de uma política de Educação Permanente ao Controle Social;
- atendimento de todos os 853 municípios por meio das Ouvidorias Regionais;
- promulgação da Lei, em tramitação na Assembleia Legislativa de Minas Gerais, que dispõe sobre a organização e as atribuições do Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, visando promover sua melhor regulamentação e organização dos fluxos de trabalho.

Assim, torna-se indispensável, para o efetivo exercício da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, que se constituam espaços permanentes de discussão e construção visando à capacitação e ao estabelecimento de processos de gestão da informação.

A reflexão que fica, enfim, é de que sempre há no que avançar quando se trata deste assunto, como a utilização mais efetiva dos dados e informações gerados nestas instâncias para retroalimentar a gestão e subsidiar o desenvolvimento das políticas públicas com base nas reais necessidades da sociedade.

Referências Bibliográficas

ARRETCHE, M. T. S. Políticas sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. *Revista Brasileira Ciências Sociais*, v. 14, n. 40., jun. 1999, p. 111-141.

AVRITZER L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autorização à legitimidade da ação. *Dados* 2007; v. 50, n. 3, 2007, p. 443-464.

BENEVIDES, M. V. M. Cidadania e democracia. *Lua Nova*, São Paulo, n. 33, ago. 1994.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002, v.7, n. 3, p. 401-412.

BRASIL. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado, 1998.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990a.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990b.

CHAUÍ, M. *Cultura e democracia*. São Paulo: Moderna, 1984.

DAHL, R. A. *Sobre a democracia*. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2001. 230 p.

FERREIRA, N. T. *Cidadania: uma questão para a educação*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

GERSCHMAN, Sílvia. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18 n. 1, p. 7-16, 2013.

GOHN, M. G. *O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias*. São Paulo: Cortez, 2005. 120 p.

MARSHALL, T. H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967. 220 p.

OLIVEIRA, Lucia Conde de; PINHEIRO, Roseni. A participação nos conselhos de saúde e sua interface com a cultura política. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2455-2464, 2010.

SHIMIZU, Helena Eri; PEREIRA, Marcio Florentino; CARDOSO, Antonio José Costa Cardoso; BERMUDEZ, Ximena Pamela Claudia Dias. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, 2013.

VALLA, V. V. Sobre a participação popular: uma questão de perspectiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro v. 14 (suplemento 02), 1998.

OS DESAFIOS DA CONTRATUALIZAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA SES/MG

Elisabete Costa Reis Dutra
Maria Thereza Coelho Papatela Jabour
Daniela Palhares de Faria
Maria Letícia Duarte Campos

1. Introdução

O modelo contratual, sob o ponto de vista formal, baseado apenas nas legislações vigentes, não apresenta proposições capazes de representar desafios e avanços para a assistência, em relação ao que se espera de um instrumento de gestão.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), considerando a relevância do contrato como importante ferramenta de gestão na prestação de serviços assistenciais de saúde, desde 2003 pontuou este tema em seu planejamento estratégico. A partir de 2011, reformulou sua estrutura organizacional, criando a Subsecretaria de Regulação em Saúde e, dentro dessa estrutura, elevou a Assessoria de Contratos Assistenciais à categoria de Superintendência de Contratação dos Serviços de Saúde (SCSS), subdividida em duas Diretorias: a Diretoria de Formalização de Contratos de Serviços e Programas de Saúde (DFCSPS) e a Diretoria de Gestão de Contratos de Serviços em Saúde (DGCSS).

No contexto dessa nova categoria organizacional, os modelos contratuais tem se apresentado como um grande desafio, sempre com o foco nos resultados das prestações de serviços assistenciais, promovendo melhorias no planejamento e execução dos mesmos.

Segundo Figueiras (2005), o planejamento estabelece as prioridades e as necessidades de saúde da população que se traduzem em um conjunto de objetivos, metas e serviços a serem ofertados através da contratação; o planejamento e a contratação são ciclos contínuos que se comunicam.

Um dos principais benefícios do contrato de gestão reside no ajuste de foco sobre os objetivos e a produção de serviços, considerando os aspectos relacionados à quantidade, qualidade e custos e sobre o monitoramento de padrões de desempenho (ASHTON *et al.*, 2004; WHO, 2004; MILLS *et al.*, 1997; MILLS, 1998).

England (2002) define que a essência dos arranjos contratuais, como instrumentos de gestão, reside em exigir das partes contratantes clareza e foco sobre o que uma quer e a outra pode oferecer. O documento deve proporcionar uma especificação quantificada dos resultados esperados de um serviço de saúde, segundo padrões de qualidade e financiamentos pré-definidos, durante um determinado período.

Lima (2004) define que, para o contratado agir como desejado pelo contratante, satisfazendo seus objetivos, o contratante deve desenhar contratos com incentivos positivos (prêmios) e negativos (penalidades) e instituir mecanismos de controle e monitoramento eficazes de forma a identificar possíveis desvios frente aos resultados esperados.

Na definição de Mendes (2007), para que seja possível a elaboração de um bom contrato, é necessário que se tenha alinhado os objetivos do modelo de atenção à saúde, baseado em um sistema lógico que organiza o funcionamento das redes de atenção à saúde.

2. Avanços na formalização contratual em Minas Gerais

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais tem procurado trabalhar de forma multisetorial nos planejamentos, resoluções/deliberações e processos de trabalho para que os instrumentos contratuais representem um avanço na gestão dos serviços de saúde do Estado. Os contratos de gestão devem objetivar solidez jurídica através da pactuação de direitos e obrigações com cooperação e reciprocidade entre os entes participantes.

Trosa (2001) descreve que o contrato deve deixar de ser um mero instrumento jurídico e se consolidar como uma nova cultura gerencial, cuja essência está na mudança do sistema de relações entre os entes contratadores e os entes contratados que passa a reger-se pelo princípio da parceria. Dentro dessa perspectiva, a SES vem pactuando indicadores e metas, desafiadoras e factíveis, com foco nos resultados e de forma alinhada com as prioridades estratégicas.

Segundo Mendes (2009), os objetivos de uma parceria entre as partes, em um contrato são: um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma partilha de riscos, lucros e perdas; relações mais estáveis e mais longas; e a construção do sentido de responsabilização. Pode-se constatar que, baseado nessas considerações, quanto mais o contrato de gestão representar uma parceria entre o Estado e os municípios e/ou instituições, melhores serão os nossos resultados.

Na definição de Brousseau (1993), os contratos de gestão deverão conter um conjunto de cláusulas essenciais que envolvem a definição dos produtos, a escolha e a organização dos recursos, a coordenação no tempo e no espaço, o sistema de garantias, o sistema de monitoramento e avaliação, o sistema de pagamento e o sistema de incentivos. Para tal, a SES/MG vem trabalhando nas minutas dos Contratos de modo a atender esses requisitos, no que se refere aos recursos Estaduais, em seus Programas Assistenciais, e nos recursos Federais, em relação aos Hospitais que participam do Programa de Contratualização do Ministério da Saúde. É importante que fiquem claras as responsabilidades e competências de cada ente envolvido, saindo da lógica de gestão hierárquica para a lógica poliárquica.

Quando relacionamos a estruturação dos serviços assistenciais aos contratos de gestão, sob o ponto de vista gerencial e assistencial, as dimensões territoriais e os contrastes socioeconômicos do estado de Minas Gerais ampliam o desafio na implantação dos instrumentos de gestão. Neste caso, se insere a definição, implantação, contratação, monitoramento e avaliação das Redes Assistenciais.

Com foco nas Redes, a SCSS/DFCSPS, está publicando uma edição revisada do Manual para a Contratação de Serviços Assistenciais sob Gestão do Estado de Minas Gerais (2014), com o estabelecimento de critérios de qualidade e melhorias da assistência para o chamamento público dos serviços que são mais requisitados pelos gestores municipais, através do Estudo de Viabilidade. Isso determinará um avanço na contratação de serviços assistenciais nos municípios que estão sob gestão do Estado. A ampliação desses critérios para todos os serviços ficará a cargo da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde.

3. A gestão dos contratos: importante ferramenta na melhoria assistencial

Entendendo a enorme abrangência e desafio da gestão dos contratos, a SCSS/DGCSS vem investindo e aprimorando seus processos com grande êxito.

Segundo Lima (2010), além do foco nos resultados que se quer alcançar, são aspectos centrais nos arranjos contratuais os mecanismos de acompanhamento e avaliação, incluindo os aspectos a serem monitorados; os padrões esperados; as formas, a periodicidade; os responsáveis pelo monitoramento; e os incentivos existentes, de forma a induzir o alcance dos resultados pré-definidos e acordados.

Para avaliar o desempenho da parte contratada, condição essencial para assegurar a credibilidade dos arranjos contratuais, é indispensável a existência de informações confiáveis e atualizadas. A regulação em saúde pressupõe disponibilidade de informação (SAVAS, 2000).

Nesse contexto, a SCSS/DGCSS vem se empenhando ativamente na atualização dos dados pelos prestadores de serviços nos bancos de dados oficiais e aprimorando o monitoramento e avaliação dos contratos que estão sob sua gestão, de forma sistemática, entendendo como um movimento dinâmico e evolutivo, para o alcance dos melhores resultados.

Nessa lógica, foram estabelecidas as comissões de acompanhamento nas Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais e um cronograma de acompanhamento e avaliação, com critérios pré-definidos, de forma a dar legitimidade aos processos. Os grandes desafios da gestão dos contratos são, a partir do acompanhamento e avaliação, identificar os pontos de fragilidade, definir estratégias de correção e ações de melhorias junto às áreas específicas, e corrigir os equívocos para alcançar os avanços no atendimento das redes assistenciais.

Segundo Mendes (2011), o contrato deve ser monitorado e avaliado por um sistema de informação gerencial que emite relatórios de gestão de acordo com as necessidades de diferentes atores. O ciclo se fecha quando a avaliação dos serviços prestados realimenta os planos estratégicos de saúde e os planos de contratos.

Assim, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde, com a participação de diversas áreas estratégicas, foi criado em 2010 o sistema GEICOM (Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas), a partir da metodologia do contrato de gestão criado pela Assessoria de Contratos Assistenciais, em 2008, com a participação de todas as áreas da SES envolvidas no processo contratual. O Sistema foi desenvolvido a partir do Decreto Estadual 45.468/10, com o objetivo de dar maior celeridade, maior segurança e transparência em todos os processos, anteriormente manuais, no que se refere aos recursos Estaduais, além de utilizar as assinaturas digitais para todos os fluxos, desde a formalização, monitoramento até os repasses financeiros (DUTRA *et al.*, 2010).

Paralelamente, a lógica de melhoria dos processos de gestão, a SCSS/DGCSS desenvolveu o SICONT (Sistema de Contratos), com o objetivo de promover agilidade, segurança e transparência ao fluxo da formalização contratual, no que se refere aos recursos federais. O sistema realiza de forma completa e organizada o cadastramento do contrato, acompanha sua tramitação, atualiza dados e informações, possibilita relatórios diversos, bem como sinaliza alertas de vencimento dos Termos. O SICONT se traduz em um instrumento de gestão eficiente e confiável.

Atualmente, a DGCSS encontra-se em fase de desenvolvimento de um sistema com foco no monitoramento e avaliação dos Hospitais que fazem parte do Programa de Contratualização do Ministério da Saúde, que estão sob gestão do Estado. Esse novo sistema possibilitará a apuração dos dados de produção ambulatorial e hospitalar dos referidos Hospitais, bem como realização da avaliação quantitativa e qualitativa dos indicadores e metas pactuados, aumentando a dinamicidade dos processos.

4. Considerações finais

Os instrumentos contratuais, sob a ótica do contrato de gestão devem ser capazes de criar estratégias de regulação para que, através do monitoramento dos entes prestadores de serviços, se logre a capacidade de atingir a equidade, qualidade e eficiência. Nesse contexto, uma importante estratégia a ser utilizada é o PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACT), ou seja, PLANEJAR, definindo as metas e os meios para atingi-las; EXECUTAR, treinando e capacitando para a correta execução do contrato de gestão; VERIFICAR, analisando os efeitos do que foi executado; CORRIGIR, sempre de acordo com os resultados obtidos.

No que tange aos objetivos da SCSS, a definição de Mendes (2011), explicita com clareza: “Os contratos devem obedecer um ciclo que se origina no plano estratégico que leva a um plano de contrato que deve ser monitorado e avaliado”, de acordo com a figura a seguir:

Figura 1: O ciclo de contratação em saúde



Fonte: Mendes (2011, p. 190).

A busca de estratégias para qualificar, cada vez mais, a assistência à saúde em Minas Gerais, deve estar sempre associada a um contrato de gestão formalizado, com indicadores e metas, desafiadores e factíveis, nos moldes do planejamento das redes assistenciais.

O grande desafio é a amplitude dos mecanismos de controle e avaliação. Para tal, há a necessidade de proceder a revisão sistemática de todos os processos envolvidos que vão desde o planejamento, a partir das necessidades da população, interlocução, pactuação de avanços e capacitação dos prestadores das redes assistenciais, melhoria dos recursos, formalização contratual, acompanhamento e avaliação, rastreando permanentemente e procedendo com os ajustes necessários para os avanços e aprimoramento das redes de atenção à saúde.

Referências Bibliográficas

- ASHTON T.; CUMMING J.; MCLEAN J. Contracting for health services in a public health systems: the New Zealand experience, *Health Policy*, n. 69, p. 21-31, 2004.
- BROUSSEAU, E. *L'économie des contrats: technologies de l'information et coordination interentreprises*. Paris: PUF, 1993.
- ENGLAND R. *La contratación y la Gestión del Rendimiento en el Sector Salud. Conceptos, indicaciones y ejemplos para su puesta en práctica*. Londres: Departamento para el Desarrollo Internacional (DFID), Centro de Recursos en Sistemas de Salud (HSRC), 2002.
- DUTRA, E. C. R.; FERREIRA, D. M. L.; OLIVEIRA, D. L. Sistema de contratualização e monitoramento. In: Lima, H. O. et al. (Org.). *O Choque de Gestão em Minas Gerais: Resultados na Saúde*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010. p. 289-297.
- FIGUERAS J.; ROBINSON R. J.; JAKUBOWSKI E. *Purchasing to improve health systems performance*. Londres: European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, 2005.
- LIMA, S. M. L. *Possibilidades e limites da contratualização no aprimoramento da gestão e da assistência em hospitais: o caso dos Hospitais de Ensino no Sistema Único de Saúde brasileiro*. 2010. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.
- LIMA S. M. L. et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 20, v. 5, set./out. 2004.
- MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde e CONASS, 2011.
- MILLS A.; BROOMBERG J. Experiences of Contracting: an overview of the literature. *Technical Paper, Macroeconomics, Health and Development Series*, n. 33, WHO, 1998.
- MILLS A.; HONGORO C.; BROOMBERG J. Improving the efficiency of district hospitals: contracting an option? *Tropical Medicine and International Health*, n. 1, v. 2, p. 116-126, 1997.
- MILLS A. To contract or not contract? Issues for low and middle income countries. *Health Policy and Planning*, v. 13, p. 32-40, 1998.
- SAVAS B. S.; MACH. *A methodology for analysing contracting in health care*. World Health Organization/WHO, 2000.
- TROSA S. *Gestão pública por resultados: quando o Estado se compromete*. Brasília: ENAP, 2001.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy. Application of contracting in health systems. *Key Messages, Technical Briefs for Policy-Makers*, n. 4, 2005.

REGULAÇÃO, FINANCIAMENTO DA SAÚDE E A LÓGICA DE REDES DE ATENÇÃO EM MINAS GERAIS

Maria Letícia Duarte Campos
Laura Monteiro de Castro Moreira
Leandro José Barros Lelis
Marcela Augusta Teixeira
Renata Paiva de Minas
Alisson Maciel de Faria Marques

1. Introdução

Marco de uma nova ordem social da saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) representa a superação de um modelo assistencial contributivo e centralizado, por outro que assegura, constitucionalmente, o acesso aos serviços de saúde, como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado (BRASIL, 1988).

Esse avanço, que qualifica o SUS como modelo de política assistencial inclusiva, absorvendo um grande número de indivíduos sem proteção securitária, sofre, desde o início da sua implantação, dificuldades para garantir recursos estáveis e suficientes para o financiamento do sistema, tornando evidente o descompasso entre as responsabilidades impostas pela universalização e seu reflexo no gasto público em saúde (DAIN, 2007).

A Constituição Federal de 1988 estabelece o financiamento do SUS de forma tripartite, com recursos oriundos do orçamento da Seguridade Social e Fiscal no âmbito federal, e com recursos dos orçamentos fiscais de Estados e Municípios (BRASIL, 1988). Em 2012, com a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29/2000 por meio da Lei Complementar nº 141/2012, foram definidos os valores mínimos a serem aplicados anualmente por cada ente da federação (BRASIL, 2012).

É importante destacar que tal legislação vinculou o percentual de aplicação mínimo de receitas para a saúde apenas para Estados e Municípios, (12% e 15%, respectivamente), mantendo a fórmula para a União da aplicação montante equivalente ao empenhado para essa finalidade no ano anterior, acrescido, no mínimo, do percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Dessa forma, a normativa preserva um nível

de aporte federal considerado insuficiente para reverter o quadro de subfinanciamento que tem caracterizado a saúde pública nos últimos 25 anos.

Tal situação tem impacto nos gastos dos Estados e, especialmente dos Municípios, cada vez mais pressionados com alocação crescente de recursos no setor saúde. Os dados apontam que, enquanto em 1980, a União era responsável por 75% do gasto público em saúde, Estados e Municípios aplicavam, respectivamente, 18% e 7%, em 2010 essa situação se inverte, e o gasto federal passa a corresponder a 45%, sendo 27% do gasto estadual e 28% municipal (MENDES, 2012).

Pode-se afirmar que financiamento da saúde suscita questões relevantes não apenas relacionadas à escassez de recursos, mas outras que merecem mesmo destaque e reflexão, como a equidade na sua alocação.

A equidade é um princípio constitucional assegurado como “direito de todos e dever do Estado” com conseqüente “acesso igualitário às ações e serviços de saúde”. Segundo Duarte (2000), “o grau de equidade de um sistema de saúde é também determinado por vários fatores; entre os mais importantes, a forma de distribuição de recursos financeiros”. Em seu estudo, a autora reconhece que apenas recentemente alguns aspectos, como o repasse de verbas através de incentivos, foi ampliado para as áreas com maiores problemas sanitários, visando a reduzir disparidades regionais.

Fato é que essa discussão é bastante incipiente e que o modelo de financiamento merece ajustes, pois a redução de diferenças na oportunidade e qualidade do acesso tem maior potencialidade de resolução dos problemas de saúde. Nas seções a seguir serão melhor problematizadas as fontes de financiamento e ferramentas de serviços no SUS e em Minas Gerais.

2. A Programação Pactuada Integrada (PPI/MG)

Inserida no contexto do SUS através da NOB 01/96, que traduziu a responsabilidade de cada Município em relação aos serviços de saúde de média e alta complexidade, pela oferta no próprio território ou pelo encaminhamento a outros Municípios, a PPI é base para os fluxos assistenciais eletivos e um norte na definição dos fluxos para usuários em situação de urgência ou emergência.

A PPI eletrônica

A partir de 2003, o banco de dados da PPI/MG passa a ser disponibilizado no sítio eletrônico <http://ppiassistencial.saude.mg.gov.br/>, consubstanciando todas as informações sobre o teto físico e financeiro dos Municípios, os procedimentos e recursos disponíveis, e o fluxo assistencial pactuado entre os entes municipais.

Essa ferramenta possibilita a efetivação, em ambiente virtual, dos remanejamentos e repactuações entre os gestores municipais, de forma confiável e segura, além de permitir o acompanhamento e a gestão, em tempo real, das ocorrências.

Os remanejamentos ordinários ocorrem semestralmente, nos meses de janeiro e julho. Em média, 5.000 remanejamentos ocorrem a cada ciclo, se considerado um ano típico¹. Esse número representa o universo de procedimentos assistenciais que sofreram mudanças em relação ao município de atendimento. Essas alterações que, em geral, buscam a melhoraria do acesso de usuários aos serviços, podem refletir, em alguma medida, a fragilidade da assistência em relação aos pactos já estabelecidos, as dificuldades enfrentadas para garantir acesso, e estruturar e manter os serviços em saúde, bem como o comprometimento jurídico dos contratos de prestação de serviço firmados.

Os municípios envolvidos nos remanejamentos devem proceder com estudos e com negociações prévias no âmbito das Comissões Intergestores Regional (CIR) e Regional Ampliada (CIRA). As solicitações de remanejamento podem sofrer negativas pelos atores envolvidos e, nesse caso, o recurso à solicitação é encaminhado para análise e parecer das instâncias próprias.

Está em curso uma remodelação na PPI eletrônica visando ao aprimoramento e o fortalecimento da gestão municipal, inserindo novas funcionalidades como o acompanhamento pelo gestor dos remanejamentos solicitados, através do filtro *andamento das solicitações de remanejamento complexidade, procedimento/forma de organização, status, tipo de pacto e tipo de remanejamento*.

Outros avanços também em curso, com impacto positivo no processo gerencial preveem, ainda, a interface entre ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), o TABWIN e o Sistema de Controle de Teto Financeiro de Minas Gerais (SISCOTEF). Está previsto um novo módulo que irá contemplar a automação dos estudos de custo médio, parâmetro de cobertura, regionalização e atualização de população, entre outros. Outro módulo contemplará uma biblioteca virtual onde serão arquivadas todas as Portarias e Deliberações pertinentes ao tema.

3. O Bloco de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial e a lógica de financiamento das Redes de Atenção

A Portaria GM/MS nº 204/2007 regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na

¹ O início de mandato dos chefes dos executivos municipais pode ser considerado período atípico para as situações de remanejamento, pois este quantitativo tende a duplicar, em razão dos novos arranjos assistenciais que são firmados com a entrada dos novos gestores. Este apontamento merece maiores análises e reflexões.

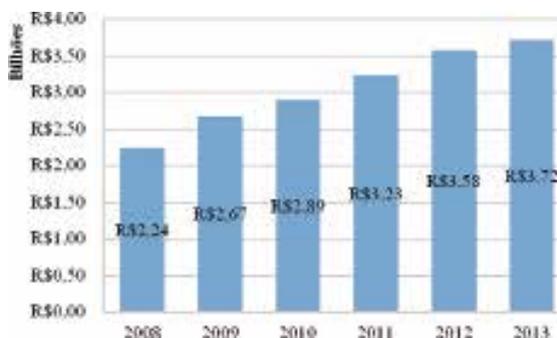
forma de blocos de financiamento, quais sejam: Atenção Primária; Assistência Farmacêutica; Vigilância em Saúde; Gestão do SUS; Alta e Média Complexidade; e Investimentos em Serviços de Saúde (BRASIL, 2007).

O Bloco de Alta e Média Complexidade (MAC) compreende, historicamente, a maior parcela de recursos transferidos aos entes estaduais e municipais. Em Minas Gerais, para 2014, o limite financeiro anual estabelecido até a competência de outubro é da ordem de R\$3,8 bilhões. Este recurso está consubstanciado na Programação Pactuada Integrada (PPI/MG), atendendo às pactuações definidas nas instâncias de deliberação intergestores (CIR, CIRA e CIB).

Com a publicação do Decreto nº. 7508/2011, a lógica de programação do teto MAC em metas físicas e financeiras vem evoluindo para a modelagem de transferência para pagamento de incentivo, de modo a se consolidar as redes de atenção à saúde, destacando-se as redes Cegonha, de Saúde Mental, de Urgência e Emergência, de Saúde Bucal, entre outras. Atualmente quase 30% dos recursos disponíveis já estão programados como incentivos, na PPI/MG.

Essa proposta de mudança encontrou campo fértil em Minas Gerais, tendo em vista que, desde 2003, a implantação das redes de atenção à saúde figurava como uma estratégia prioritária do Governo. Entretanto, apesar do investimento feito com recursos estaduais para ampliação e qualificação dessas redes na última década, com expressiva expansão da capacidade instalada, e do aumento da produção, o aporte de recursos federais não foi compatível com essa nova realidade. Embora as transferências federais para o Bloco de Alta e Média Complexidade hospitalar e ambulatorial terem aumentado ao longo dos anos, como pode ser observado no Gráfico 1, esse aumento não se revelou compatível com a ampliação da oferta de serviços no Estado.

Gráfico 1: Total repassado, segundo fluxo de caixa, do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Estadual de Saúde de Minas Gerais referente ao Teto de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial. Brasil, 2008-2013.



Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS (2014)

Nota: consulta em 05/09/2014

Quando comparado com as demais Unidades Federadas, Minas Gerais não figura nem entre os dez Estados com maiores *per capita* do Bloco MAC. Como pode ser observado na Tabela 1, Minas Gerais apresenta o segundo pior *per capita* da região Sudeste, variando entre a 12ª e a 15ª posição no ranking de recurso de Média e Alta Complexidade hospitalar e ambulatorial *per capita*, no período de 2008 a 2013. Em quatro dos cinco anos em análise, o *per capita* mineiro ficou abaixo da média do *per capita* brasileiro.

Tabela 1: Ranking dos Estados conforme recurso de Média e Alta Complexidade, em R\$ per capita. Brasil - 2008-2013.

Nº	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	UF	R\$	UF	R\$	UF	R\$	UF	R\$	UF	R\$	UF	R\$
1	MS	147,08	TO	179,85	TO	195,24	MS	209,12	PE	238,92	PE	240,70
2	RS	142,91	PE	166,90	MS	181,15	PE	203,10	MS	231,66	MS	234,70
3	PE	142,58	MS	165,66	PE	180,64	RS	193,66	SE	229,20	AC	230,71
4	SP	141,92	RS	152,45	RS	172,50	RN	186,10	RS	222,58	TO	218,03
5	AP	137,46	DF	151,02	RN	167,83	TO	184,40	AC	212,69	SE	213,96
6	TO	135,47	SP	147,45	SE	166,24	PR	183,56	PR	202,45	RS	212,20
7	BA	130,45	PR	144,63	PR	165,22	BA	177,88	AP	200,16	AP	206,04
8	PR	129,57	AP	142,68	SP	163,73	SE	177,81	RN	196,35	PR	199,97
9	SE	128,94	BA	140,97	BA	162,63	SP	175,37	AL	189,37	AL	192,42
10	RJ	123,92	SC	138,35	DF	159,73	AL	173,77	DF	189,31	RJ	189,78
11	CE	119,94	RJ	134,44	AL	151,96	RJ	171,16	TO	188,53	CE	181,88
12	SC	113,43	MG	133,31	RJ	150,86	DF	167,12	RJ	185,13	RN	181,64
13	PB	113,32	ES	132,66	SC	148,68	MG	163,85	BA	183,99	MG	180,46
14	MG	113,05	SE	131,74	MG	147,38	CE	159,94	SP	183,33	SC	178,21
15	PI	112,42	AC	129,25	PB	145,29	AC	158,56	MG	180,07	SP	177,48
16	GO	111,02	AL	128,79	CE	143,53	SC	154,96	CE	177,49	ES	169,19
17	ES	110,82	CE	128,50	AP	139,41	PB	154,43	PB	172,84	MT	168,35
18	RN	109,77	RN	126,81	ES	137,95	GO	152,44	MT	171,02	DF	168,12
19	AL	108,98	RR	125,91	PI	135,93	PI	150,75	SC	164,50	PB	166,27
20	DF	106,63	PI	123,64	GO	132,42	AP	147,90	ES	162,59	BA	164,35
21	MT	104,32	GO	123,43	AC	131,75	ES	146,05	PI	161,42	GO	162,24
22	MA	98,40	PB	119,83	RR	129,18	MT	134,37	GO	155,99	PI	159,02
23	RR	97,78	MT	113,29	MT	123,28	RO	131,51	RR	154,09	RR	154,49
24	AC	96,42	RO	110,11	RO	114,52	RR	128,97	MA	141,07	MA	145,93
25	RO	94,75	AM	103,41	AM	112,67	MA	128,22	AM	137,17	RO	145,34
26	AM	88,72	MA	100,15	MA	109,47	AM	120,44	RO	136,58	PA	132,01
27	PA	88,39	PA	94,08	PA	105,15	PA	109,67	PA	129,43	AM	121,64
	Brasil	124,11		136,62		152,41		167,34		182,88		180,44

Fonte: Sala de Apoio à Gestão Estratégica do SUS (2014)

Nota: consulta em 05/09/2014.

Em que pese o valor *per capita* não possa ser defendido como o melhor critério para a garantia de equidade, em razão das desigualdades e diferenças identificadas como necessidade de cada população, em cada território, e que naturalmente deveriam impactar o volume de recurso a ser alocado, reconhece-se que se trata de um indicador importante e necessário para o planejamento, gestão e avaliação do sistema de saúde.

4. Resposta de Minas Gerais aos desafios do subfinanciamento da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar

Diante da comprovada insuficiência dos recursos financeiros federais disponibilizados para o custeio das redes e considerando a necessidade de garantir, em tempo hábil, uma atenção integral e de qualidade, o Estado de Minas Gerais, de forma paritária com o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG), vem empreendendo importantes iniciativas com resultados positivos para a sustentabilidade financeira da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, merecendo destaque:

i) Os estudos sobre o *déficit* de custeio da média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial para formalização de pleitos junto ao Ministério da Saúde que, nos últimos 3 anos, resultaram em incorporações extraordinárias de recursos federais ao teto MAC, no montante de mais de 200 milhões de reais. Em 2014, encontra-se em fase de revisão novo estudo de recomposição dos tetos de redes prioritárias de cardiologia, ortopedia e oncologia.

ii) Revisão dos tetos dos hospitais filantrópicos contratualizados em 2013, esforço que garantiu a incorporação de novos recursos no teto MAC da ordem de mais de R\$ 100 milhões.

iii) Câmara de Compensação: Verificada a insuficiência de recursos financeiros federais destinados ao custeio de quimioterapia, radioterapia e Terapia Renal Substitutiva (TRS), foi constituída, em 2004, a Câmara de Compensação para ressarcimento dos extrapolamentos financeiros apurados nestas especialidades com recursos oriundos do tesouro estadual e do Fundo Estadual de Saúde. Com isso, a SES-MG assegurou o ressarcimento integral de toda a produção ambulatorial aprovada no Estado nestas especialidades cujo valor tenha extrapolado o teto financeiro da PPI Assistencial e ampliou o acesso da população a estas especialidades.

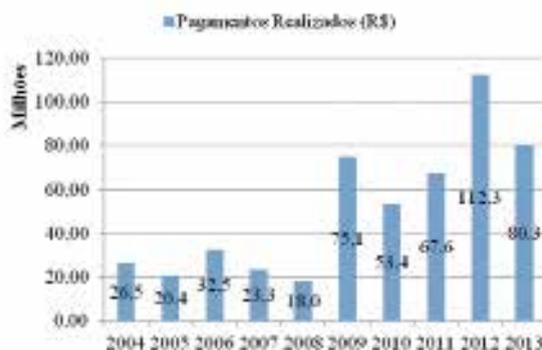
Em 2007, a fim de incrementar o acesso da população que dispõe de atendimento hospitalar de média e/ou alta complexidade referenciado a município diferente daquele de sua residência, a Câmara de Compensação também incorporou o custeio do extrapolamento das internações hospitalares.

Esta ação ampliou o acesso da população referenciada reduzindo as iniquidades regionais, garantindo a alternativa assistencial adequada frente às

solicitações de utilização de leitos para procedimentos eletivos e de urgência; fomentou a utilização do Sistema SUSfácilMG, ao ressarcir apenas internações devidamente reguladas por este; agilizou a troca de informações entre unidades executoras de serviços de saúde, conferindo maior transparência; fortaleceu a efetivação das Redes da Atenção à Saúde, na medida em que se coloca como um incentivo para o atendimento da população de referência; e, sobretudo, entra como uma resposta ao subfinanciamento da assistência, mas com foco não só na distribuição aleatória ou equitativa do recurso, mas centrado nas premissas anteriores.

A garantia de recursos estaduais capazes de custear a produção extrateto, desde que regulada conforme diretrizes previamente estabelecidas e pactuadas no âmbito do sistema estadual de regulação, conferiu credibilidade e legitimidade aos processos de trabalho desenvolvidos pelas Centrais de Regulação. Desde a sua criação, foram repassados pela Câmara de Compensação quase 510 milhões de reais entre os anos de 2004 e 2013, conforme pode ser observado no Gráfico 2.

Gráfico 2: Pagamentos realizados pela Câmara de Compensação por ano. Minas Gerais, 2004-2013



Fonte: Arquivos SES/MG (2014).

Nos últimos dois anos, foi verificada uma diversificação dos ressarcimentos realizados pela câmara de compensação. Em 2012 e 2013 também foram efetuados pagamentos de produção extrateto financeiro de UTI, cirurgias oncológicas e cardíacas de alta complexidade (independente da procedência dos pacientes), cirurgias eletivas, além de alguns exames ambulatoriais diagnósticos da oncologia, totalizando, nos últimos três anos (2012-2014), quase 80 milhões de reais.

Reconhecendo a necessidade de melhoria no processo de gestão da Câmara de Compensação, a Companhia de Tecnologia da Informação do

Estado de Minas Gerais (PRODEMGE) foi contratada para desenvolvimento de nova ferramenta tecnológica para apurações e armazenamento das informações relacionadas aos ressarcimentos realizados pelo Estado.

O novo sistema será *web* e poderá ser acessado por todos os entes envolvidos nas operações relacionadas à apuração do extrapolamento (prestadores, gestores municipais e Unidades Regionais de Saúde). O desenho proposto visa, além das melhorias tecnológicas inerentes ao próprio processo de desenvolvimento de um *software*, agilizar as apurações, a divulgação de resultados, bem como os respectivos pagamentos.

5. Legados e desafios

A discussão acerca da melhoria da qualidade da assistência prestada pelo SUS no país tangencia a questão do financiamento do sistema. Apesar de o subfinanciamento figurar como temática constante nas agendas políticas das diversas esferas de governo, e mesmo com a regulamentação dos recursos mínimos por meio da Lei Complementar nº.141/12, é notável que a mudança conceitual da assistência para o modelo de redes de atenção provocou mudanças robustas na lógica de financiamento e que os sistemas de devem se ajustar a esse processo. Nesse contexto, o aperfeiçoamento contínuo das ferramentas gerenciais discutidas neste capítulo, sobretudo a PPI, torna-se fundamental para colaborar com o novo modelo de gestão da assistência e dos recursos inerentes às redes de atenção. Tal aperfeiçoamento perpassa pelo dimensionamento da real necessidade epidemiológica para cada condição de saúde, procedimento e intervenção diagnóstica, a fim de balizar os pactos firmados e, conseqüentemente, orientar as metas físicas pactuadas e o financiamento pelo real diagnóstico da capacidade instalada de cada prestador. Isso permitirá direcionar investimentos e limitar os pactos e os compromissos firmados.

Outros pontos de avanço podem ser assim listados: o cumprimento de seus papéis e compromissos efetivados pelos prestadores e gestores; a facilitação e efetivação do acesso da população referenciada nos respectivos municípios pactuados, fortalecendo os sistemas logísticos e regulatórios em cada linha de cuidado; o efetivo monitoramento, por parte dos gestores municipais, dos pactos e acesso dos usuários, que pode ser favorecido pela transparência do processo de PPI/MG; e a transparência e a publicidade da execução e organização interna, entre outros.

O planejamento e monitoramento do Bloco MAC é, sem sombra de dúvida, um dos processos de trabalho mais importantes para otimizar o uso dos recursos físicos e financeiros nesse cenário de subfinanciamento. Ademais, para além da finalidade gerencial, o monitoramento dos recursos

consiste em etapa basilar para o desenvolvimento de estudos capazes de subsidiar demandas concretas ao Ministério da Saúde para a recomposição do teto de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial.

Neste sentido, geram grande expectativa os resultados esperados para o Grupo Gestor do Teto MAC, recém-instituído, com composição multisetorial, compreendendo as áreas da assistência – que planejam e normatizam as políticas –, da regulação – que organiza o fluxo assistencial –, e das demais áreas meio – que estão envolvidas com a orçamentação e execução dos recursos –, além do COSEMS/MG.

Outro ponto de grande relevância, a Câmara de Compensação, legado construído a muitas mãos, também tem se mostrado um mecanismo eficaz para minimizar os efeitos dos recursos escassos, além de ser uma potente ferramenta de gestão capaz de apontar lacunas assistenciais que podem direcionar investimentos futuros. O grande desafio é conseguir avançar em relação ao custeio federal das ações e serviços de média e alta complexidade hospitalar e ambulatorial, de modo que a Câmara não mais seja necessária, e que os recursos atualmente a ela destinados possam ser direcionados para o fortalecimento das redes, permitindo alcançar a tão desejada atenção integral universalizada.

Por fim, conclui-se destacando que a questão do financiamento é abrangente e compreende amplas e complexas discussões, como a composição do gasto em saúde por esfera de governo e a questão da equidade na alocação dos recursos, pois o que se percebe é que, mesmo estabelecido os percentuais mínimos a serem aplicados por cada ente, a atual configuração institucional do financiamento do SUS revela-se incapaz de superar as diferentes realidades e desigualdades encontradas no país e no Estado, comprometendo a equidade no acesso aos serviços de saúde.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei Complementar nº.141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: 13 janeiro 2012.

BRASIL. Decreto nº. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília: 28 junho 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília: 30 dez. 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. *Diário Oficial da União*. Brasília: 29 janeiro 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília, 1988.

DAIN, S. Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. Nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2014.

DUARTE, C. M. R.. Equidade na legislação: um princípio do sistema de saúde brasileiro?. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2014.

MENDES, A. *Tempos turbulentos na saúde pública brasileira: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado*. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB/SUS/MG n.º 1.024, de 07 de dezembro de 2011. Dispõe sobre os procedimentos, normas e critérios para apuração do extrapolemamento das internações de Média e Alta Complexidade. *Imprensa Oficial de Minas Gerais*, 2011.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB-SUS/MG nº 563 de 19 de agosto de 2009. Aprova os critérios para autorização de solicitação de remanejamento de urgência e institui Grupo de Trabalho para Revisão dos Fluxos, Prazos e Cronograma do Processo de remanejamento Eletrônico na Programação Pactuada Integrada/PPI-MG. *Imprensa Oficial de Minas Gerais*, 2009. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/deliberacoes/2009/Del%20536%20PT%203106.pdf>. Acesso em: ago. 2014.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB/SUS/MG n.º 118, de 15 de setembro de 2004. Aprova que a SES/MG assegurará, em caráter excepcional e transitório, o pagamento da Oncologia-Quimioterapia/Radioterapia - e da TRS, nos termos desta deliberação, até a recomposição dos tetos de Alta Complexidade e de TRS pelo Ministério da Saúde. *Imprensa Oficial de Minas Gerais*, 2004a.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. Deliberação CIB/SUS/MG n.º 404, de 06 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a criação da Câmara de Compensação de Média e Alta Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde - MG. *Imprensa Oficial de Minas Gerais*, 2004b.

Práticas e Inovações na Vigilância em Saúde

A VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM MINAS GERAIS

Nayara Dornela Quintino
Filipe Curzio Laguardia

1. Introdução

A Vigilância em Saúde (VS) é um importante elemento para o controle de determinantes, riscos e danos à saúde da população. Ela deve ser organizada o mais próxima possível de onde as pessoas vivem, proporcionando uma atuação mais efetiva sobre os riscos presentes no território. Deve estar também inserida nas Redes de Atenção à Saúde e integrada com a Atenção Primária à Saúde. Para tanto, o Estado de Minas Gerais tem empenhado esforços para fortalecer o processo de descentralização das ações de vigilância em saúde, principalmente a partir de 2011, com a implantação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde (ProFVS), reforçando, assim, uma **Vigilância em Saúde com foco nas necessidades de saúde do território, agregando valor aos resultados da política de saúde locorregional, visando tornar Minas o melhor Estado para se viver.**

Segundo Teixeira *et al.* (1998), a vigilância da saúde apresenta sete características básicas que são: intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ ou determinantes); ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos; a operacionalização do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; atuação inter-setorial; ações sobre o território; e intervenção sob a forma de operações.

Em sua essência, a Vigilância em Saúde visa garantir a **integralidade da atenção**, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde. Do ponto de vista normativo, em 2009, com a publicação da Portaria GM/MS nº 3.252/2009¹, define-se como campo de atuação da Vigilância em Saúde ações das áreas técnicas de Vigilância Epidemiológica,

¹ Portaria revogada pela Portaria GM/MS nº 1.378/2013. Porém, como os pressupostos utilizados para definir a estratégia da Vigilância em Saúde em Minas Gerais foi a Portaria GM/MS nº 3252/2009, a mesma será citada em algumas passagens do texto.

Promoção à Saúde, Vigilância da Situação de Saúde, Vigilância em Saúde Ambiental, Vigilância da Saúde do Trabalhador e Vigilância Sanitária.

2. O Programa Estadual de Vigilância em Saúde

Em 2011, com o propósito de desenvolver ações inovadoras e que transformassem a vigilância dos fatores de risco, dos determinantes e condicionantes de saúde em uma importante ferramenta de resultados para o governo e sociedade, a Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, em conjunto com as 28 Unidades Regionais de Saúde de Minas Gerais, definiu seu planejamento estratégico, no qual foi proposto o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde para o Estado, visando aproximar as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde com o território onde vivem e trabalham os cidadãos mineiros.

O objetivo do Projeto de Fortalecimento é descentralizar as ações das 6 (seis) áreas integrantes da Vigilância em Saúde (VS) para todos os 853 municípios mineiros, via adesão ao elenco de ações de Vigilância em Saúde, de acordo com o grau de complexidade. Em 2012, foi publicado o primeiro edital de adesão ao Projeto e, atualmente, está em curso o terceiro edital, com prazo de vigência até dezembro de 2015.

O valor maior desta política é reorganizar as práticas de trabalho da Vigilância em Saúde no Estado e municípios, considerando os seguintes atributos: aumentar o potencial antecipatório das ações de VS; subsidiar o planejamento da assistência; estar inserida nas Redes de Atenção à Saúde; estar focada em resultados nos territórios; utilizar ferramentas de planejamento e gestão; fazer-se legítima no ambiente; e fomentar a consciência sanitária.

2.1. Escopo e Estratégias de Implantação

O Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde possui em seu escopo 4 (quatro) grandes entregas que são: Estrutura Gestora; Processos de Trabalho, Ferramentas de Trabalho e Incentivo Financeiro.

Figura 1: Estrutura Analítica do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde de Minas Gerais



Fonte: SUBVPS/SES-MG (2014)

A **Estrutura Gestora** tem como estratégia de implantação a organização de uma estrutura gestora no âmbito das Unidades Regionais de Saúde, constituída

pela Área Temática de Vigilância em Saúde e os Núcleos Microrregionais de Vigilância em Saúde (referências da SRS/GRS para cada região de saúde). Além disto, busca também o fortalecimento das áreas técnicas das Unidades Regionais de Saúde: Núcleo de Vigilância Sanitária (NUVISA) e Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador (NUVEAST) e o estímulo aos municípios para a organização do Núcleo Municipal de Vigilância em Saúde.

Quanto aos **Processos de Trabalho** da Vigilância em Saúde, eles são organizados de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde, com uma proposta de um ciclo de formação que envolve profissionais de nível médio (agentes comunitários de saúde, agentes de endemias, fiscais sanitários), técnico (técnicos em Vigilância em Saúde) e superior (com a atualização profissional, formação de especialistas e mestres em VS), em um processo de formação continuada que subsidiará o Sistema Estadual de Vigilância em Saúde com novas tecnologias e abordagens próprias da área.

O projeto conta também com a implantação de **Ferramentas de Trabalho** estratégicas, como a Sala de Situação Regional, que consolida um forte sistema de monitoramento e avaliação das ações de vigilância em saúde criado a partir de ferramentas que disponibilizam ao ambiente gestor estadual, regional e municipal, informações suficientes para tomada de decisão, permitindo a visualização de indicadores de processo e resultado, bem como da dinâmica de risco no território.

O **Incentivo Financeiro** é o produto que estimula os municípios a organizarem os sistemas locais de Vigilância em Saúde por meio da vinculação deste com a realização de ações na área de Vigilância em Saúde. Com um componente fixo e outro variável, os municípios recebem os recursos de acordo com o seu desempenho quadrimestral na Vigilância em Saúde.

2.2. A Participação dos Municípios

Todos os 853 municípios mineiros aderiram voluntariamente ao Projeto de Fortalecimento e, para esta adesão, alguns requisitos são cobrados no intuito de auxiliar os municípios na organização da sua vigilância em saúde.

Neste processo destacam-se: a realização do **Diagnóstico Local da Vigilância em Saúde**, sendo esta uma importante ferramenta de análise de cenário, subsidiando a definição do elenco de ações a ser assumido pelo município e reorganização da estrutura e processos para a busca dos resultados loco-regionais; a **Designação do Fiscal Sanitário** como um instrumento legal para legitimar, estruturar e qualificar a descentralização da Vigilância Sanitária; e a elaboração do **Plano Municipal de Investimento em Vigilância em Saúde (PMIVS)**, uma importante ferramenta para o planejamento, monitoramento da execução financeira e controle social, haja vista a necessidade de aprovação pelos Conselhos de Saúde.

2.3. Os principais resultados e oportunidades de melhoria

Para apresentação dos principais resultados do ProFVS será considerado o escopo do Projeto.

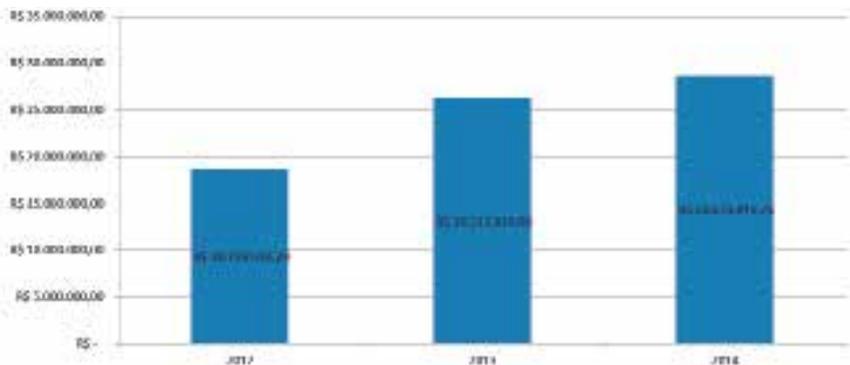
Com relação à **Estrutura Gestora**, 100% das SRS/GRS implantaram os Núcleos Microrregionais de Vigilância em Saúde com definição das referências para cada núcleo e para a Coordenação da Área Temática de Vigilância em Saúde. Este modelo foi responsável pela implementação de um sistema de monitoramento e avaliação regional que supervisiona quadrimestralmente todos os municípios mineiros. Com o acompanhamento *in loco* dos municípios e seus indicadores de desempenho, há uma produção constante de dados e informações sobre a situação da execução das ações de Vigilância em Saúde, subsidiando a definição de prioridades locais, regionais e estaduais, possibilitando o realinhamento da estratégia às necessidades de saúde do cidadão e dos serviços de saúde.

Para qualificar os **Processos de Trabalho**, foram ministrados cursos que priorizaram: 1) os fiscais sanitários municipais, com o Curso Básico para Fiscais Sanitários; 2) os profissionais de nível médio dos municípios com habilidades suficientes para execução de ações de vigilância em saúde, através do Curso Técnico em Vigilância em Saúde; e 3) os profissionais efetivos de nível superior da SES/MG (Autoridade Sanitária da Vigilância em Saúde, técnico da VS, representante da Atenção Primária à Saúde), com o Curso de Atualização Profissional em Vigilância em Saúde. Ainda não iniciados, mas com seus projetos já concluídos e em andamento, aparecem o Curso de Especialização em Vigilância em Saúde para profissionais efetivos de nível superior dos municípios que atuam na Vigilância em Saúde ou Atenção Primária à Saúde e o Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, que atenderá profissionais efetivos de nível superior da SES/MG, municípios, ESP-MG e CAO-Saúde/MP.

Entre as **Ferramentas de Trabalho** desenvolvidas pelo Projeto de Fortalecimento, destacam-se o Painel de Bordo, que permitiu a visualização do desempenho da Vigilância em Saúde dos municípios e regiões de saúde, e o Instrutivo para Execução e Avaliação das Ações de Vigilância em Saúde, elaborado para cada edital, e distribuído para todos os municípios, proporcionando um alinhamento técnico no desenvolvimento das ações da área.

Graças à adesão de 100% dos municípios ao Projeto, o **Incentivo Financeiro** para execução de ações de Vigilância em Saúde chegou a todas as cidades de mineiras. E para fortalecer a descentralização dos municípios mais carentes, em 2014, foi ampliado o incentivo para os municípios caracterizados com um baixo Índice Mineiro de Responsabilidade Social (IMRS). O gráfico 1 a seguir mostra o crescimento no orçamento do Incentivo Financeiro para o Projeto de Fortalecimento desde a sua implantação em 2012.

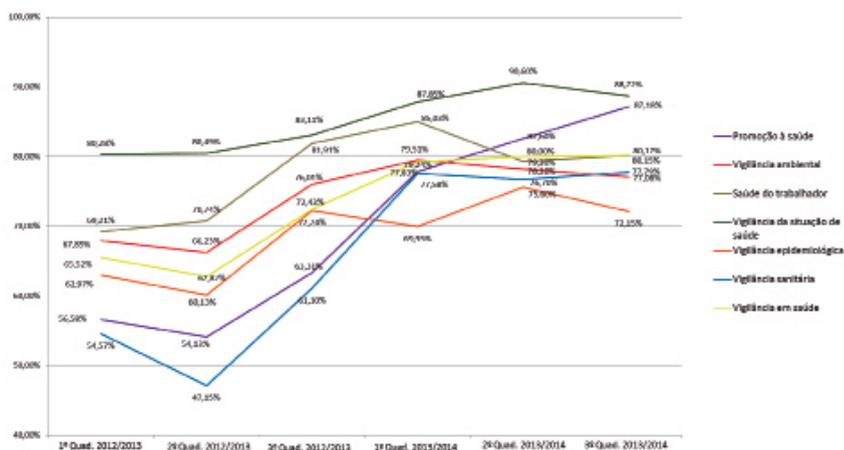
Gráfico 1: Orçamento dos anos 2012 a 2014 para Incentivo Financeiro aos Municípios que aderiram ao Projeto de Fortalecimento



Fonte: SUBVPS/SES-MG (2014)

O processo de Monitoramento e Avaliação do Incentivo Financeiro se dá a partir do percentual de execução das ações de Vigilância em Saúde definidas nos editais de adesão, durante os 3 (três) anos de vigência do projeto. A leitura do gráfico 2 a seguir permite visualizar como os municípios aumentaram seu percentual de execução das ações de vigilância em saúde ao longo do período do Projeto.

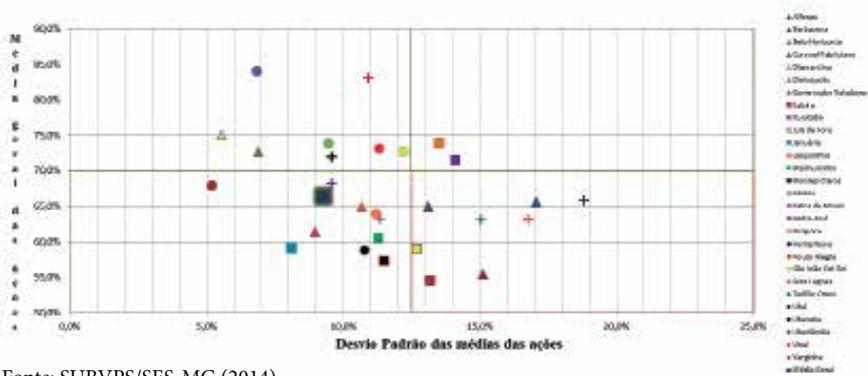
Gráfico 2: Percentual de execução das ações de Vigilância em Saúde, do Estado, por Área Técnica, série histórica 2012/2013 – 2013/2014



Fonte: Painel de Bordo/SUBVPS/SES-MG (2014)

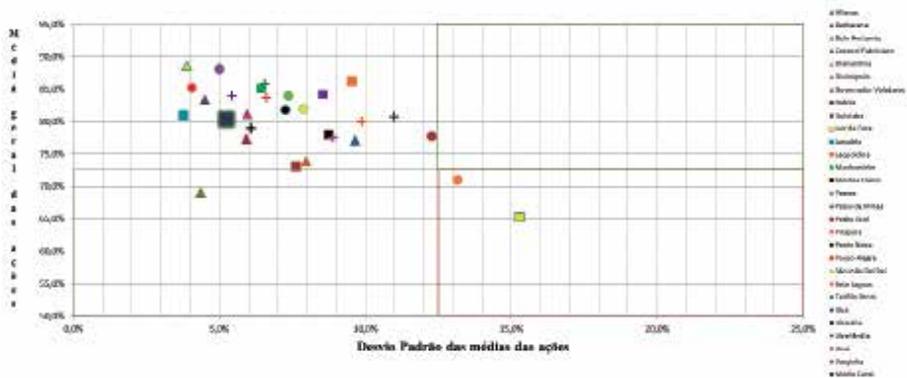
Destaca-se também, como importante critério de análise, o fator de proteção regional, apresentado nos gráficos 3 e 4. Este indicador é uma relação do desvio-padrão das médias das ações de vigilância em saúde (por área técnica) e a média geral das ações. Sua leitura permite identificar no primeiro quadrante as regiões em que há maior homogeneidade de execução nas ações das diferentes áreas técnicas da vigilância em saúde. Considerando que o Projeto de Fortalecimento busca diminuir as disparidades regionais que podem impactar no perfil de morbimortalidade da população, observa-se que no primeiro ano do projeto (2012/2013) o fator era mais disperso (gráfico 3), enquanto que nos resultados de 2013-2014 a tendência é de permanência dos resultados no 1º quadrante (gráfico 4).

Gráfico 3: Fator de Proteção por Regional de Saúde, 1º Ano de Projeto (2012/2013)



Fonte: SUBVPS/SES-MG (2014)

Gráfico 4: Fator de Proteção por Regional de Saúde, 2º Ano de Projeto (2013/2014)



Fonte: SUBVPS/SES-MG (2014)

3. Depoimento dos Gestores Municipais²

“O Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde promoveu a descentralização das ações de Vigilância em Saúde para os municípios, apoiando e organizando as ações pactuadas. Fortaleceu a realização das ações, permitindo o planejamento das estratégias para alcance das metas, melhorando a qualidade dos serviços prestados à população. Os profissionais vinculados à Vigilância em Saúde foram levados a refletir e conceituar seus processos de trabalho, agregando valor à estrutura das redes de atenção.”

Edivone Zaide Pessoa

Gestor Municipal de Saúde de Matutina
SRS/GRS Patos de Minas

“A Vigilância em Saúde existia [no município], porém de forma fragmentada, com ações pontuais relacionadas à epidemiologia e vigilância sanitária. O Projeto de Fortalecimento instituiu a abrangência de outras áreas, possibilitando integração e interface com a atenção primária à saúde e com os demais pontos da rede assistencial. Apontou para o direcionamento das ações, possibilitou impacto positivo na minimização dos riscos e nos determinantes, na melhoria da consciência sanitária da população e na sensibilização do setor regulado.”

Carlos Gonçalves da Fonseca

Gestor Municipal de Saúde de Passa-Quatro
SRS/GRS Varginha

“Acredito que, principalmente para os municípios pequenos, a maior contribuição do Projeto de Fortalecimento foi a interação efetiva entre as várias vigilâncias que havia no município e que trabalhavam isoladamente [...]. As respostas a problemas e o estudo em conjunto dos dados com toda equipe de vigilância foram fundamentais para que, ao longo do tempo, os gestores pudessem visualizar com mais exatidão as ações a serem tomadas pelo Departamento de Saúde.”

Paulo Roberto Cunha Araújo

Gestor Municipal de Saúde de Campo Florido
GRS/SRS Uberaba

“Com a implantação deste projeto, todo setor teve que ser reorganizado e reestruturado, de tal forma que todo o escopo de ações peculiares foram alocadas na sede do Setor de Vigilância em Saúde, facilitando, assim, o planejamento para a implantação dos indicadores. Neste interregno, o nosso serviço se fortaleceu e hoje desenvolve, juntamente com a equipe de Atenção Primária à Saúde, Controle Social e demais parceiros, todas as ações que outrora não existiam. Com isso, o município oferece aos seus

² Os depoimentos foram consentidos e tiveram essa publicação previamente autorizada pelos Gestores.

usuários ações de prevenção, promoção e proteção à saúde, melhorando de forma considerável a qualidade de vida da população.”

Daniel José da Silva
Gestor Municipal de Saúde de Antônio Carlos
GRS/SRS Barbacena

“Hoje entendemos que a contribuição maior do projeto de Fortalecimento para a organização da Vigilância em Saúde no município foi levar até os profissionais da saúde uma nova abordagem de acompanhamento, criando de fato uma rede de cuidados, através de estratégias de planejamento, busca ativa, monitoramento e avaliação, subsidiando as vigilâncias epidemiológica, sanitária, ambiental, de promoção à saúde, da situação de saúde e da saúde do trabalhador. Os dados ao serem confrontados e analisados nos permitem uma condição de identificação de deficiências, de melhorias e nos oportunizam o aprimoramento do sistema de vigilância, com vistas ao fortalecimento das ações intersetoriais, nos direcionando para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).”

Silvia Elita Cardoso Lima Oliveira
Gestora Municipal de Saúde de Carlos Chagas
SRS/GRS Teófilo Otoni

“O nosso desafio maior consiste em mobilizar e conscientizar a população sobre a importância do seu papel, principalmente nas ações de promoção à saúde, uma vez que o cidadão é o ator principal na busca pela qualidade de vida. Outro desafio é efetivar as parcerias intersetoriais tão importantes nas ações de vigilância em saúde.”

Márcia dos Anjos Ferreira Lopes
Gestora Municipal de Saúde de Paraopeba
SRS/GRS Sete Lagoas

4. Considerações finais: avanços e desafios

Desde a sua criação, a partir de 2011, o Projeto de Fortalecimento permitiu: a **implantação de um sistema de monitoramento e avaliação** regional com produção de dados e informações sobre a situação da execução das ações de Vigilância em Saúde, subsidiando a definição de prioridades locais, regionais e estaduais e realinhamento da estratégia às necessidades de saúde do cidadão e dos serviços de saúde; a **maior clareza dos processos de trabalho regionais** fortalecendo as atribuições do Estado como fomentador e gestor de políticas, considerando uma característica histórica do Estado de executor direto de ações de Vigilância em Saúde, principalmente de Vigilância Sanitária; o **reordenamento nos processos de trabalho de VS dos municípios** em função de resultados estratégicos, buscando-se diminuir a morbimortalidade da população mineira e organização de processos estratégicos; a **garantia**

de uma ação programática do ProFVS nos instrumentos de gestão como no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) e no Plano Estadual de Saúde (PES); e a compreensão das equipes de vigilância em saúde da importância do planejamento, execução e monitoramento das ações de VS em conjunto com as equipes de Atenção Primária à Saúde.

No entanto, alguns obstáculos são identificados, considerando a extensão territorial de Minas Gerais, o grande quantitativo de municípios de pequeno porte – impactando em condições estruturais díspares que geram uma dificuldade de fixação de profissionais – e também cenário conflituoso para execução de algumas ações de Vigilância em Saúde, como Vigilância em Sanitária e Vigilância da Saúde do Trabalhador. Neste contexto, sugerem-se algumas estratégias para aprimoramento da Política Estadual de Vigilância em Saúde em Minas Gerais.

Entre os principais desafios destaca-se a manutenção de uma equipe de Vigilância nos municípios, visando gerar continuidade na implantação e qualificação das ações de VS, cenário este muito evidente nas áreas de Vigilância Sanitária e Vigilância Ambiental. Além disso, têm relevância: a definição de um Programa Estadual de Vigilância em Saúde como área estruturante da Política de Saúde Estadual; o fortalecimento do apoio matricial para as ações de Vigilância em Saúde, principalmente Vigilância Sanitária e Vigilância da Saúde do Trabalhador; a qualificação das ações de Vigilância em Saúde desenvolvidas pelos municípios, com fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação e educação permanente dos profissionais; o aprimoramento do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Política de Vigilância em Saúde; a disponibilização de Sala de Situação Regional; e a Garantia da Bonificação dos municípios com melhores resultados alcançados, conforme definido no edital de adesão ao ProFVS.

Referências Bibliográficas

- BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.378 de 09 de julho de 2013. *Diário Oficial da União*, 2013.
- BRASIL. Portaria GM/MS nº 3.252 de 22 de dezembro de 2009. *Diário Oficial da União*, 2009.
- MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 4.238, de 19 de março de 2014. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2014.
- MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.717, de 17 de abril de 2013. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2013.
- MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 3.152, de 14 de fevereiro de 2012. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2012.
- TEIXEIRA, Carmem Fontes; PAIM, Jairnilson Silva; VILASBÔAS, Ana Luiza. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. *Informe epidemiológico do SUS 7.2*, 1998, 7-28.

PROMOÇÃO À SAÚDE EM MINAS GERAIS

Conceição Aparecida Moreira
Daniela Souzalima Campos
Farlen Matias Pereira
Joyce Mara Diniz Xavier de Lima
Juliana Cristina Diniz Guimarães
Kleber Rangel Silva
Priscila Vieira Elias

1. Introdução: o processo histórico de construção da promoção à saúde

Ao longo dos anos, é possível compreender o processo saúde/doença como uma prática social. No século XIX, teve início a discussão da relação entre o processo saúde/doença e as condições sociais (CZERESNIA, 2003). Nas décadas de 20 a 50, a medicina preventiva ressaltava a responsabilidade dos médicos com a Promoção da Saúde e a prevenção de doenças e introduziu a epidemiologia dos fatores de risco (AROUCA, 2003). O termo “Promoção da Saúde” foi utilizado pela primeira vez em 1945, por Sigerist, (TERRIS, 1996 *apud* CZERESNIA, 2003). Em 1960, Leavell e Clark possibilitaram ver a doença numa perspectiva multicausal e processual, quando chamaram a atenção sobre o potencial das atividades voltadas para o ambiente e estilos de vida na prevenção de doenças, e propuseram ações educativas voltadas para indivíduos, famílias e comunidades (BUSS, 2003). Nas décadas de 70 e 80, a crise europeia e da América do Norte evidenciou a influência de outras condições determinantes da saúde e da qualidade de vida, além da assistência à saúde: as políticas globais, nacionais e locais; as mudanças sociais; as diferenças culturais, étnicas e até religiosas (WESTPHAL; ZIGLIO, 1999, *apud* BRASIL, 2010). Apesar disso, o foco prevaleceu no “estilo de vida”, com o objetivo de influenciar indivíduos e comunidades a adotarem hábitos saudáveis de vida como forma de evitar doenças, responsabilizando-os pelo seu estado de saúde/doença (BRASIL, 2010). Em 1978, na I Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, a “saúde foi reconhecida como um direito a ser alcançado não apenas por meio da melhoria do acesso aos serviços de saúde, mas também

pela cooperação com outros setores da sociedade” (BRASIL, 2010). Em 1986, a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, originou a *Carta de Ottawa*, segundo a qual para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades, mudar e se adaptar ao meio. Saúde passou a ser um conceito positivo que enfatizava recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. (CZERESNIA, 2003).

Essa proposta amplia a responsabilidade do setor saúde, colocando-lhe outros campos de ação, que são:

- 1) a defesa de políticas públicas saudáveis; 2) a articulação para criar ambientes de apoio à Promoção da Saúde – cidades, escolas, ambientes de trabalho, praças, parques ecológicos e outros; 3) o fortalecimento da ação comunitária; 4) o apoio ao desenvolvimento de habilidades e atitudes, especialmente em relação aos estilos de vida saudáveis; e 5) a reorientação da gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que tem como objetivo “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006).

Em Helsinki, no ano de 2013, foi realizada a 8ª Conferência Global de Promoção da Saúde, cujo tema foi “Saúde em Todas as Políticas”, com a abordagem das políticas públicas de todos os setores que tivessem impacto na saúde e nos seus determinantes, buscando sinergias e evitando questões nocivas, a fim de melhorar a saúde da população e a equidade.

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é um direito garantido mediante políticas econômicas e sociais, que assegurem direitos fundamentais, como moradia, alimentação, educação e lazer. Essa visão é validada pela Lei nº 8.080 de 1990: “cuidar da saúde envolve o compromisso de abordar os seus fatores condicionantes e determinantes”.

Os “Determinantes Sociais da Saúde são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos / raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde” (BUSS; FILHO, 2007). Eles impactam diretamente na saúde e estruturam outros determinantes da saúde, ou seja, eles são “as causas das causas” (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Vários modelos foram construídos, procurando demonstrar a rede de relações entre os determinantes sociais e a situação de saúde. Entre os modelos mais conhecidos, destaca-se o Modelo de Determinação Social da Saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (BUSS, 2008 *apud* CARVALHO, 1998) e adotado pela Comissão Nacional dos Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS).

Figura 1: Modelo Determinantes Sociais de Saúde Dahlgren e Whitehead



Fonte: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (s.d.)

O Modelo dos Determinantes Sociais de Saúde propõe a estratificação dos determinantes sociais de saúde em camadas, de acordo com o nível de abrangência, dos determinantes individuais até os macrodeterminantes. Assim, as intervenções devem ser baseadas na **participação social** e na **intersetorialidade**, condições imprescindíveis para as ações de promoção da saúde. Trata-se de políticas que busquem fortalecer e organizar a participação das pessoas e das comunidades em ações coletivas para a melhoria de suas condições de saúde e bem-estar (FILHO; BUSS, 2007).

2. O Programa de Promoção à Saúde

Diante disso, a SES-MG trabalha com a concepção de Promoção da Saúde compreendida como uma estratégia de articulação transversal, na qual um conjunto de intervenções individuais, coletivas e ambientais, de responsabilidades intersetoriais, é responsável por atuar sobre os determinantes sociais da saúde e, dessa forma, reduzir a vulnerabilidade e as desigualdades sociais e empoderar indivíduos e comunidades para serem ativos sobre a produção da sua saúde, e apresenta como princípios para garantir a sustentabilidade das ações: participação social, intersetorialidade e empoderamento.

A abordagem dos determinantes sociais de saúde para a Promoção da Saúde e efetivação da equidade é um grande desafio para a organização das práticas, pois exige o uso articulado de três importantes referenciais: a intersetorialidade, o empoderamento e a participação social.

Em 2012, a Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde, criou o Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde de Minas Gerais, que objetiva a descentralização das ações de vigilância em saúde nas 06 áreas (Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Vigilância da Análise da Situação

de Saúde, Vigilância Sanitária, Saúde do Trabalhador e Promoção à Saúde). Nesse projeto as ações de promoção à saúde foram pautadas nos fatores de risco comportamental e no estímulo às ações intersetoriais para a organização das ações propostas. Essa estratégia possibilitou à área temática uma agenda permanente nos municípios de Minas Gerais e a implantação dos principais eixos na temática de Promoção à Saúde e de Agravos Não Transmissíveis.

Abaixo, apresenta-se um gráfico de evolução da implantação das ações de Promoção à saúde, no Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde nos municípios de Minas Gerais.

Gráfico 1: Resultados do Estado de Minas Gerais – Promoção à Saúde – PFVS



Fonte: Assessoria de Vigilância em Saúde MG (2014) - Nota: Série histórica 2012/2013 (3º quadrimestre do PFVS)

No eixo da alimentação saudável, algumas ações merecem destaque na sua execução, tais como:

Monitoramento de suplementação preventiva de sulfato ferros, ácido fólico (implantado em todos os municípios de Minas Gerais), e Vitamina A (292 municípios de Minas Gerais possuem o Programa implantado). Tais programas atuam na prevenção da anemia ferropriva e na carência de vitamina, respectivamente, além contribuir para a redução da mortalidade infantil.

Implantação da Estratégia de Fortificação da alimentação infantil com micronutrientes (vitaminas e minerais) em pó nas creches e escolas. Essa ação tem o objetivo de potencial o desenvolvimento infantil e a prevenção e controle das deficiências de vitaminas e minerais, mediante a adição direta de micronutrientes em pó aos alimentos que a criança com idade entre 6 meses e 3 anos e 11 meses irá consumir em uma de suas refeições diárias.

Gestão e acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa de Transferência de Renda na Saúde – Minas Gerais: na 1ª vigência de 2014 (primeiro semestre), foram acompanhados 79,28% dos beneficiários. Conforme o gráfico abaixo, as barras mostram a evolução no número de famílias beneficiárias acompanhadas em Minas Gerais. Em relação ao acompanhamento de crianças beneficiárias do Programa de Transferência de Renda na Saúde, merecem destaque os seguintes resultados: 76,7% das crianças acompanhadas, sendo que, destas, 75,8% estavam com o calendário vacinal em dia e 63,8% com dados nutricionais coletados, na última vigência (2014).

Gráfico 2: Número e percentual de famílias beneficiárias do PBF, na saúde, acompanhadas em MG - 1ª vigência 2005 a 1ª vigência 2014



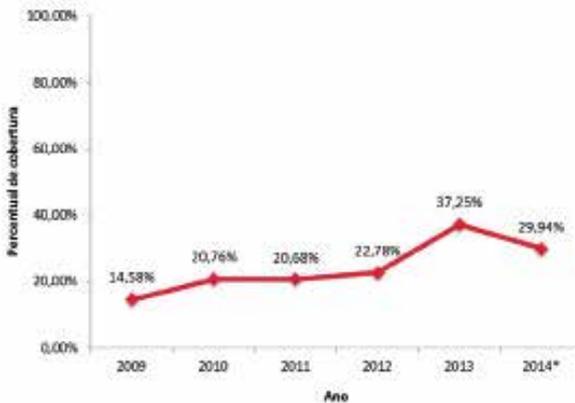
Fonte: DATASUS/Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde (2014)

Em 2013, realizaram-se 3 oficinas estaduais e 13 oficinas regionais da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, com a formação de 302 tutores e 988 profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em 129 municípios mineiros. Essa ação incentiva a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos na Atenção Primária.

Com a implementação de projetos e ações integradas no Estado, obteve-se um aumento considerável no total de crianças acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, permitindo um maior número de usuários com seu estado nutricional avaliado. Além disso, esse acompanhamento possibilitou um aumento das ações de prevenção e promoção à saúde com

vistas à alimentação saudável, favorecendo uma ampliação da sua cobertura, conforme demonstra o gráfico abaixo.

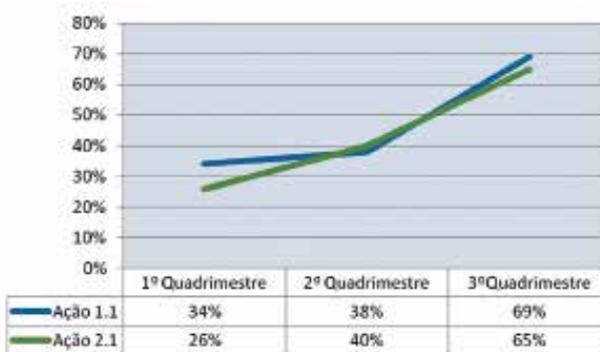
Gráfico 3: Cobertura dos acompanhamentos realizados em UBS/ESF – crianças de 0 a 5 anos, MG, 2009 a 2014



Fonte: Sisvan Web (2014) / Nota: Relatório gerado dia 23/09/2014. Dados parciais.

No eixo da atividade física, fomentou-se nos municípios a oferta de atividade física/prática corporal na atenção primária à saúde, visando proporcionar à população idosa, hipertensa e/ou diabética nos municípios participantes do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde um aumento dos níveis de atividade física.

Gráfico 4: Porcentagem de municípios que realizaram as ações de atividade física / prática corporal para idosos (Ação 1.1), hipertensos e/ou diabéticos (Ação2.1) - PFVS - Minas Gerais, 2013



Fonte: Assessoria de Vigilância em Saúde MG (2014)/ Nota: Série histórica 2013 (3º quadrimestre do PFVS)

Ainda nesse eixo, ocorre o monitoramento e a implantação do Programa Academia da Saúde, instituído em 2011, que tem como objetivo principal contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e outras atividades de promoção à saúde.

Gráfico 5: Total de polos do Programa Academias da Saúde

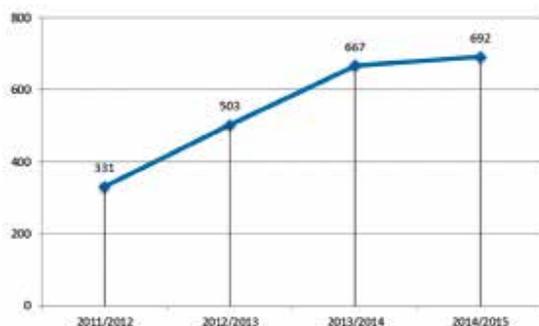


Fonte: Fundo Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde (2014). Nota: Dado de setembro de 2014. Dado parcial.

No eixo da educação e saúde, ocorre o monitoramento e a implantação do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem como objetivo “contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino” (BRASIL, 2012). Para alcançar esse propósito, o Programa conta com dois componentes principais: Componente I: Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública; e Componente II: Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção. Para sua gestão, são instituídos os Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI), sendo que o Grupo de Trabalho Intersetorial do Estado de Minas (GTI-E) já está articulado.

O gráfico 6 mostra a adesão dos municípios mineiros ao PSE ao longo dos anos de 2011 a 2014.

Gráfico 6: Número de municípios que aderiram ao PSE, Minas Gerais, 2011 a 2014



Fonte: Brasil (2014)

Nas ações da vigilância de doenças crônicas e agravos não transmissíveis, é importante destacar que, no período de janeiro de 2009 a setembro de 2014, foram notificados 106.959 casos de violências no SINAN, em Minas Gerais. Observou-se um significativo aumento das notificações a partir do ano de 2012, marco inicial do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde de Minas Gerais. O incentivo à notificação de casos de violências por meio da implementação da Ficha de Notificação de Violência doméstica, sexual e outras violências tem o objetivo de subsidiar o planejamento, a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais de proteção às pessoas em situação de violência para a redução da morbimortalidade decorrente das violências, e promover a saúde, a cultura de paz, a equidade e a qualidade de vida.

Gráfico 7: Número absoluto e média mensal de notificações de violência no período de 2009 até setembro de 2014



Fonte: SINAN/CDANT/DPSANT/SVEAST/SUBPVPS/SES-MG/SUS

*Dados parciais

Figura 2: Municípios que estão notificando casos de violência

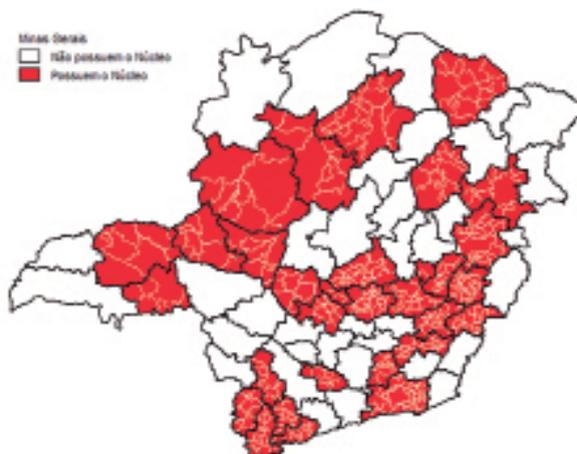


Fonte: Unidades Regionais de Saúde da SES/MG (2013)

Os Núcleos de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz apresentam-se como uma das estratégias estimuladas para o enfrentamento da violência no nível local e também são monitorados pela coordenação de doenças e agravos não transmissíveis. Os Núcleos possuem um caráter intersetorial, e a SES/MG possui uma metodologia que orienta os municípios na sua instituição e manutenção.

A figura abaixo apresenta o atual cenário dos núcleos em Minas Gerais, cuja intensificação na criação dos mesmos se deu também a partir da implementação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde.

Figura 3: Cenário dos Núcleos Intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz em Minas Gerais em 2014



Fonte: CDANT/DPSANT/SVEAST/SUBVPS/SES-MG (2014)

Há 54 Núcleos Intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz implantados, contemplando todas as macrorregiões de saúde do Estado, o que aponta para a criação da Rede Estadual de Núcleos Intersetoriais de Prevenção da Violência e Promoção da Cultura da Paz de Minas Gerais. Os Núcleos se propõem: articulação de redes de cuidado e de proteção social para o enfrentamento à violência nos territórios; qualificação das práticas de atenção à saúde segundo as dimensões do cuidado, visando à efetivação dos direitos sociais relacionados ao tema da(s) violência(s) e promoção da cultura da paz; e criação de redes de proteção intersetorial nos territórios para a garantia de direitos de cidadania das pessoas em situação de violência. Os Núcleos têm se mostrado, enfim, como uma forma adequada e integrada de atuação nos casos de proteção e de prevenção da violência,

baseadas na organização do trabalho em rede para a articulação de ações intersetoriais no território.

Outra importante ação na área da vigilância das doenças e agravos não transmissíveis foi a elaboração do Plano Estadual de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, o qual se fundamenta em diretrizes e ações que contemplam os eixos sugeridos pelo Plano Nacional. Como estratégias para a implantação do Plano Estadual de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a SES/MG contemplou as ações que tangem a vigilância e a promoção no Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde, permitindo um monitoramento mais próximo, e a melhoria da situação de saúde dos cidadãos, sendo as ações do eixo do cuidado trabalhadas intrasetorialmente com os devidos setores – além das ações de qualificação que são desenvolvidas para apoiar o seu desenvolvimento.

Para finalizar, a gestão do Projeto Estruturador Travessia Saúde é realizada pela Diretoria de Promoção à Saúde. Desde 2013, o Projeto passa a ter como objetivo “contribuir com a redução da mortalidade infantil e a desnutrição”, por meio de ações articuladas que visam ao fortalecimento da Atenção Primária e da Vigilância em Saúde, com o foco no território. As ações do projeto são pactuadas com os municípios por eixo e os municípios beneficiados recebem incentivo financeiro para apoio às áreas de Vigilância em Saúde e Atenção Primária. Desde 2008, quando o Projeto foi implantado, 438 municípios já foram beneficiados, sendo 5 municípios em 2008, 35 municípios em 2009, 70 municípios em 2010, 44 municípios em 2011, 84 em 2012, 130 municípios em 2013 e para o ano de 2014 esta atendendo a 70 municípios.

3. Considerações finais

A implementação do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde representou um enorme avanço no sentido de induzir uma agenda positiva da área temática da Promoção da Saúde. Dessa visão, entende-se a necessidade de sistematizar as ações de promoção e seus respectivos resultados em um documento intitulado Política Estadual de Promoção da Saúde de Minas Gerais.

Desafios importantes a fim de responder com efetividade à implantação/implementação da Promoção à Saúde é uma realidade a ser enfrentada. Os principais desafios que se fazem presentes são a necessidade de avanços na atuação de forma participativa e intersetorial em articulação com a atenção primária na perspectiva de rede; a integralidade das ações desenvolvidas; e a evolução da forma de monitoramento e avaliação, entendendo esta não apenas de forma quantitativa, mas também numa abordagem qualitativa, ou seja, como um dispositivo de aprendizagem comprometido com a mudança e o enfrentamento criativo dos problemas de saúde da população.

Referências Bibliográficas

- AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo; Rio de Janeiro: UNESP; Fiocruz, 2003. Disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=jP8aztiB_xQC&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 15 set. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: documento para discussão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_prom_saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- BRASIL. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BUSS, Paulo M.; FILHO, Alberto P. A saúde e seus determinantes sociais, *Physis*, v. 17, n. 1, Rio de Janeiro, jan./abr. 2007.
- BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, práticas e reflexões*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.
- CASTRO, A. M. et al. (org.). *Curso de extensão para gestores do SUS em promoção da saúde*. Brasília: CEAD/FUB, 2010.
- CZERESNIA, Dina. *Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS*. OPAS, 2003. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/AcoesPromocaoSaude.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2014.
- OMS. *8ª Conferência Global sobre Promoção da Saúde: saúde em todas as políticas*. OMS, 2013. Disponível em: <<http://www.healthpromotion2013.org>>. Acesso em: 23 set. 2014.
- TRAVERSO-YÉPEZ, M. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface*, v. 11, n. 22, Botucatu, maio/ago. 2007.

A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM MINAS GERAIS

Maria Goretti Martins Melo

1. Introdução

O processo histórico do controle sanitário no País demonstra a mudança evolutiva das ações de Vigilância Sanitária (VISA), incluindo a sua denominação de “vigilância”, incorporada na década de 1970, em substituição à “fiscalização”, o que faz remeter às ações de cuidado e prevenção mais abrangentes do que às ações fiscalizadoras voltadas ao controle e punição (COSTA, FERNANDES e PIMENTA, 2008 *apud* MINAS GERAIS, 2014, p. 65).

A VISA, cujo campo de atuação se insere na saúde coletiva, integra “um conjunto de ações que têm por objetos a prevenção de doenças e agravos, a proteção, promoção e recuperação da saúde da população, centrando-se predominantemente no controle de riscos e pela busca de mecanismos que garantam a segurança sanitária e a proteção da saúde (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, a VISA de Minas Gerais, no período de 2011 a 2014, assumiu o desafio de otimizar os instrumentos da fiscalização, da inspeção sanitária, do monitoramento da qualidade dos produtos e serviços, da avaliação de projetos arquitetônicos de estabelecimentos sujeitos ao controle sanitário, entre outros, direcionando-os para a avaliação e intervenção no risco sanitário.

Assim, a VISA pode ser identificada na Rede Viva Vida, quando participa e contribui na investigação do óbito fetal infantil e materno. Também na Rede Hiperdia, quando coleta e analisa a qualidade dos medicamentos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares e diabetes, e ainda, na análise dos alimentos, quando verifica o seu teor de sódio, açúcar e gorduras.

Ressaltam-se, ainda, os monitoramentos da qualidade realizados pela VISA, entre os quais se inclui o Controle da Qualidade das Imagens das

Mamografias (PECQMAMO), bem como o Monitoramento da Qualidade Sorológica dos Serviços Hemoterápicos e a Qualidade da Água utilizada nos Serviços de Hemodiálise. Todos oferecem informações e indicadores referentes à segurança e eficácia dos serviços de Mamografias, das Agências Transfusionais e das Hemodíalises – serviços fundamentais para a abordagem integral nas redes de atenção à saúde destacadas.

Novos desafios têm sido incorporados à agenda da VISA como, por exemplo, a estruturação de protocolos de segurança sanitária dos bens e serviços e dos programas de inclusão produtiva, conceito que caracteriza as ações do Estado no incentivo à inserção de cidadãos no mercado de trabalho, com o objetivo de acelerar o processo de emancipação social dos indivíduos, gerando trabalho e renda e reconhecendo a arte e o saber-fazer local (SERGIPE *apud* FERREIRA DE SOUZA, 2013 *apud* MINAS GERAIS, 2014, p. 65). Nesse sentido, destaca-se a publicação da Resolução nº 49 de 31/10/2013 da ANVISA/MS, que estabelece o licenciamento pela VISA das atividades do microempreendedor individual, do empreendimento familiar rural e do empreendimento econômico solidário.

Além disso, é importante lembrar as medidas que otimizam o desenvolvimento dos processos de trabalho da VISA envolvendo os seus atores, como o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que introduz a cultura de segurança como uma questão transversal e multiprofissional e insere a sociedade, os pacientes e seus familiares no cuidado à saúde.

Este capítulo apresenta a VISA de Minas Gerais e alguns dos resultados do seu processo de trabalho, referentes à gestão 2011-2014, o que demonstra a sua contribuição e responsabilidade no fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Vigilância sanitária e as redes de atenção à saúde

A Rede Hiperdia

Considerando a Política Nacional de Redução do Consumo de Sódio, na esteira da estratégia global da alimentação saudável, endossada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a VISA realiza o monitoramento de alimentos industrializados comercializados no Estado, organizado mediante o Programa da Vigilância Sanitária (PROGVISA). Para isso, conta com a estrutura das Vigilâncias Regionais, Municipais e o Laboratório Oficial do Instituto Otávio Magalhães da Fundação Ezequiel Dias (IOM/FUNED).

Esses alimentos são avaliados quanto ao conteúdo de sódio, carboidratos e gorduras (BRASIL, 2003), nutrientes diretamente relacionados à hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares e renais.

Os alimentos selecionados para coleta e análise são aqueles mais consumidos pela população, os industrializados e os que possuem alta densidade energética e baixo teor de fibras, como achocolatados, batatas fritas, doces pastosos e em calda, macarrão instantâneo, embutidos, queijos e refrigerantes.

Encontra-se na tabela 1 o resultado das análises realizadas nos alimentos coletados, referente ao período de 2011 a junho de 2014. Nesse período, foram analisadas 8 categorias de alimentos e 524 amostras, o que permitiu a avaliação quanto à inadequação dos fabricantes e quanto à inexistência de informações na rotulagem dos alimentos analisados, no que se refere ao teor de carboidratos, sódio e gorduras. Dentre os alimentos analisados, o queijo sobressai no percentual de insatisfatoriedade, uma vez que 89% das amostras analisadas não apresentaram informações no rótulo quanto aos fatores sódio e gorduras.

Tabela 1: Resultado das Análises dos alimentos coletados em Minas Gerais 2011

Alimentos analisados	Amostras analisadas	Amostras insatisfatórias	% Insatisfatoriedade	Fator de insatisfatoriedade
Achocolatados	17	3	25,0	Carboidratos
Batatas Fritas	73	52	72,0	Sódio
Doces pastosos e em calda	31	13	75,0	Carboidratos
Macarrão instantâneo	41	11	49,7	Sódio Gorduras
Embutidos	36	9	15,4	Sódio
Pão de Queijo	108	36	30,0	Gorduras
Queijo	183	92	89,0	Sódio Gorduras
Refrigerante	40	16	36,8	Sódio

Fonte: Diretoria de Vigilância em Alimentos/DVA/SVS/SESMTG (2014)

A Rede Viva Vida

O Grupo de Trabalho para Redução da Mortalidade Materna, Fetal e Infantil para o Estado de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2013), conta com a participação da VISA. No Subgrupo de Informações do Óbito, que atua no processo de investigação, a VISA contribui para verificar se os fatores desencadeantes dos óbitos são decorrentes de inadequações sanitárias na prestação dos serviços de saúde.

Assim, foram definidos critérios para atuação da VISA no processo de investigação, que são marcadores para verificar a necessidade de realização da inspeção sanitária investigativa nos serviços envolvidos com os óbitos.

O processo é desencadeado pelo preenchimento de fichas de investigação com dados coletados nos serviços ambulatoriais e hospitalares, bem como em entrevista domiciliar. Uma vez que se enquadrem nestes critérios predefinidos pela VISA, a inspeção sanitária investigativa é realizada.

Conforme Tabela 2 apresentada abaixo, no período de junho a dezembro de 2013, 4 (quatro) óbitos maternos se enquadraram nos critérios citados e foram investigados pela VISA. Desses, 3 (três) foram decorrentes de irregularidades relacionadas ao serviço prestado. Quanto aos óbitos infantis, foram 2 (dois) casos investigados, ambos também decorrentes de irregularidades no serviço prestado. Todos esses foram notificados à correção das irregularidades. Ocorreram também, um óbito fetal que desencadeou um Processo Administrativo Sanitário (PAS), e um óbito em mulher em idade fértil com notificação para o cumprimento da irregularidade encontrada.

Com relação ao período de janeiro a julho de 2014, após a avaliação dos critérios da VISA, foram investigados 3 (três) óbitos, sendo 2 (dois) desses notificados para a correção das irregularidades, e um no qual não foi necessária intervenção da VISA.

Tabela 2: Óbitos investigados pela VISA, em Minas Gerais – junho a dezembro de 2013 a julho de 2014.

Natureza do Óbito	Total de Óbitos Investigados	
	2013	2014
Materno	4	1
Infantil	2	1

Fonte: Diretoria de Vigilância Sanitária de Serviços de Saúde. DVSS/SVS/SES-MG 2014

Nota: Foram investigados, além desses, um óbito fetal.

3. A vigilância sanitária e os Programas de monitoramento de produtos e serviços

Controle da qualidade em mamografia

A mamografia é, atualmente, o método mais efetivo para a detecção precoce do câncer de mama. Não obstante, o acesso ao exame, por si só, não assegura que as medidas para o controle da doença sejam efetivas, sendo indispensável a garantia do padrão mínimo de qualidade dos exames. Em Minas Gerais, a avaliação dos serviços de mamografia é realizada através do Programa Estadual de Controle de Qualidade em Mamografia (PECQMamo). Além do PECQMamo, os serviços de mamografia do Estado são avaliados segundo as diretrizes do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM). Esses Programas têm por finalidade assegurar à população feminina

de Minas Gerais exames dentro dos padrões de qualidade necessários, para a detecção do câncer de mama.

Programa Estadual de Controle de Qualidade em Mamografia (PECQMAMO)

Com o propósito de monitorar a prestação dos serviços de mamografia do Estado de Minas Gerais e assegurar o cumprimento dos requisitos de qualidade estabelecidos nas normas sanitárias, a Superintendência de Vigilância Sanitária/SESMG, através do Programa Estadual de Controle de Qualidade em Mamografia (PECQMamo), desenvolve ações distribuídas em dois eixos: 1) avaliação da estrutura e realização, *in loco*, de testes de desempenho dos equipamentos e assessórios dos serviços de mamografia; e 2) monitoramento mensal da qualidade da imagem, em que os serviços de mamografia devem encaminhar mensalmente para a DVSS uma imagem radiográfica de um simulador de mama. Desde a implementação do Programa em 2009, o número de serviços monitorados aumentou 72,6%. Outro indicador que obteve avaliação positiva foi o índice de conformidade das imagens, cujos resultados passaram de 58%, em 2009, para 92,9% em 2013, atingindo um resultado parcial de 87% em 2014.

Tabela 3: Monitoramento mensal da qualidade em mamografia de 2009 a 2014

Ano	Códigos Enviados	Códigos Recebidos	Imagens Conformes	Índice de conformidade - imagens recebidas
Média 2009	73	56	33	58,9%
Média 2010	68	57	50	87,7%
Média 2011	89	75	63	84,0%
Média 2012	102	89	75	84,3%
Média 2013	110	98	91	92,9%
Média 2014 ¹	126	103	90	87,4%
Média total	97	82	71	86,6%

Fonte: DVSS/SVS/SES-MG (2014)

¹ Dados referentes aos meses de janeiro a agosto

Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM)

O Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM), criado em 2012 e atualizado pela Portaria GM/MS Nº 2.898 de 28 de novembro 2013, tem como objetivo avaliar o desempenho dos serviços que realizam exames de mamografia. Em 2013, aproximadamente 54% dos serviços de mamografia foram avaliados através da aplicação do questionário do Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.

Tabela 4: Aplicação questionário do PNQM em Minas Gerais em 2013

Equipamentos em uso	Questionários preenchidos - PNQM	Índice de avaliação dos mamógrafos
560	300	54%

Fonte: CNES/DATASUS e ANVISA (2014)

Programa Estadual de Monitoramento de Água Tratada para Hemodiálise

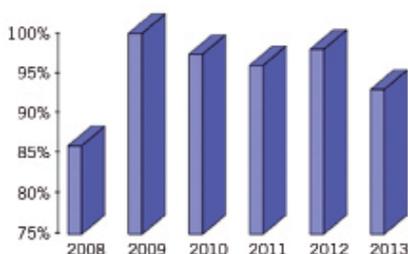
A monitorização contínua da qualidade da água tratada para hemodiálise constitui uma importante ação da Vigilância Sanitária (VISA), uma vez que os principais contaminantes dos fluídos dialíticos são encontrados na água.

O Programa de Monitoramento da Água Tratada para Hemodiálise existe desde o ano de 2005, e tem como objetivo verificar se a qualidade desta água encontra-se de acordo com os parâmetros estabelecidos pela legislação vigente (BRASIL, 2008).

Ao longo de 2013 o Programa atendeu a 88 serviços, perfazendo cerca de 400 amostras de água tratada para diálise, que foram analisadas quanto aos parâmetros físico-químico e microbiológicos. Os resultados de adequação aos parâmetros preconizados, dentro do prazo estabelecido pela vigilância sanitária, foram de 86% em 2008, 100% em 2009, 97,4% em 2010, 96,6% em 2011, 98% em 2012 e 93% em 2013. Em 2014, os dados ainda não foram concluídos, pois o Programa está em andamento.

Com o monitoramento da água tratada para hemodiálise obtêm-se subsídios para que se atue de forma eficiente e hábil, caso haja risco de contaminação para o usuário, bem como para o planejamento de ações de vigilância em saúde, com finalidade de promoção da saúde dos usuários do tratamento hemodialítico.

Gráfico 1: Distribuição percentual de satisfatoriedade da água tratada para hemodiálise de 2008 a 2013



Fonte: DVSS/SVS/SES-MG (2014)

Conforme o Gráfico 1, verifica-se que, no início do Programa em 2008, o índice de adequação dos serviços de diálise era de 86%. Com a evolução

do Programa, percebe-se uma manutenção entre 93% e 100%. Ressalta-se, que o prazo para adequação dos serviços quanto a este quesito foi reduzido pela VISA de 110 dias para 70 dias, a partir de 2010. No entanto, toda insatisfação gera intervenção no serviço.

O Programa de Monitoramento da Qualidade Sorológica

O Programa de Monitoramento da Qualidade Sorológica dos Serviços Hemoterápicos, realizado em parceria com o Instituto Octávio Magalhães (IOM), da Fundação Ezequiel Dias (FUNED), tem como objetivo a promoção de melhorias no processo da triagem sorológica dos serviços de hemoterapia, aumentando, assim, a qualidade e a segurança da hemotransfusão, cumprindo com a missão institucional da VISA de preservar, proteger e promover a saúde da população.

O quantitativo de laudos pactuados entre a SES-MG e a IOM/FUNED é representado por 10% da média da produção mensal de cada um dos serviços de hemoterapia participantes do Programa, de acordo o Sistema Nacional de Informação da Produção Hemoterápica (HEMOPROD). Após a pactuação com a IOM/FUNED, cabe à Diretoria de Vigilância em Serviços de Saúde (DVSS), junto com as unidades de VISA regionais/municipais de referência de cada serviço participante, elaborar cronograma semestral de coleta e envio de amostras à IOM/FUNED, bem como acompanhar o cumprimento da sua execução. Ao IOM/FUNED cabe o recebimento das amostras, a realização da análise visual e sorológica seguida da emissão dos laudos de análises. O quadro 1 abaixo mostra os 10 serviços participantes do Programa e suas respectivas unidades regionais.

Quadro 1: Serviços de Hemoterapia por Unidade Regional participantes do Programa em Minas Gerais

Nº	Unidade Regional Responsável	Serviço de Hemoterapia
01	GRS Alfenas	Núcleo Hemoterápico Santa Casa de Alfenas
02		Hospital Universitário Alzira Velano
03	GRS Barbacena	HEMOLAB*
04	GRS BH/ VISA Municipal	Hemocentro – HBH
05		HEMOSERVICE
06		Serviço de Hemoterapia do Hospital BIOCOR
07		Clínica Hematológica Romeu Ibraim
08	GRS Cel. Fabriciano	Marcio Cunha
09	GRS Teófilo Otoni	Hospital Santa Rosália
10	GRS Varginha	Hemocentro Frota de Varginha

Fonte: DVSS/SVS/SES-MG (2014)

Nota: O HEMOLAB encerrou suas atividades no final de 2013

Destaca-se que, durante a gestão 2011-2014, o Programa de Monitoramento da Qualidade Sorológica dos Serviços Hemoterápicos tem cumprido integralmente a pactuação referente ao quantitativo de amostras.

Para facilitar o monitoramento da Vigilância Sanitária e garantir a rastreabilidade do processo de Hemovigilância, quando há confirmação, por análise fiscal, da existência de resultados divergentes entre o laboratório oficial e do serviço de hemoterapia, a equipe de hemoterapia da DVSS elaborou o “Formulário de Acompanhamento de Processo de Resultados Divergentes com Risco Sanitário”. A análise dos laudos emitidos ao longo do período de 2011 a 2014 mostra que os resultados insatisfatórios da sorologia (positivo na FUNED e negativo no serviço de hemoterapia) foram abaixo de 1%, conforme Quadro 2 apresentado abaixo.

Quadro 2: Resultados das Análises do Programa de Monitoramento Sorológico de 2011 – 2014

Amostras	N	%
Amostras Não Reagentes	7161	98,02
Amostras Rejeitadas	17	0,23
Amostras Indeterminadas/Inconclusivas	08	0,11
Amostras Reagentes	95	1,3
Amostras Insatisfatórias quanto à Inspeção Visual	7161	98,02
Amostras Divergentes com Risco Sanitário (Amostra Pericial)	05	0,07
Total de amostras	7306	100%

Fonte: DVSS/SVS/SES-MG (2014)

O Programa de Monitoramento da Qualidade de Cosméticos, Saneantes, Medicamentos e Produtos para a Saúde

Esse Programa foi criado para verificar a qualidade dos produtos sujeitos a controle sanitário pós-comercialização, ou seja, quando já estão disponíveis ao consumidor e não sofrerão mais nenhum processo pelo fabricante. Esse monitoramento permite a identificação de produtos não-conformes, que apresentam algum desvio de qualidade, sob o ponto de vista físico e/ou químico – uma concentração abaixo da especificada, por exemplo – ou microbiológico – uma contaminação bacteriana, por exemplo – bem como irregulares no mercado – a falta de registro junto à ANVISA, a ausência de informações importantes na rotulagem, entre outros.

A definição sobre qual tipo de medicamento, cosméticos, saneantes ou produtos para saúde que será coletado, considera os seguintes aspectos:

- históricos de desvio de qualidade;
- maior consumo pela população;
- distribuição por Programas governamentais.

Para a execução desse monitoramento, é realizada uma pactuação entre a Superintendência de Vigilância Sanitária do Estado de Minas Gerais, suas Unidades Regionais e Municípios, e o Laboratório Oficial IOM/FUNED, responsável pelas análises.

No ano de 2011, foram analisados 50 medicamentos, dos quais 37 obtiveram resultados satisfatórios e 13, insatisfatórios, ou seja, 26% do total coletado. Nesse mesmo ano também foram analisados 53 cosméticos, sendo que 35 obtiveram resultados satisfatórios e 18, resultados insatisfatórios, correspondendo a 33% do total coletado. Quanto aos saneantes, foram analisados 36, sendo que 21 obtiveram resultados satisfatórios e 15, insatisfatórios, ou seja, 41% do total coletado.

No ano de 2012, por sua vez, foram analisados 41 medicamentos, sendo que 35 obtiveram resultados satisfatórios e 6, resultados insatisfatórios, somando 14% do total coletado. Dos cosméticos, foram analisados 53, com 27 considerados satisfatórios e 26 insatisfatórios – ou seja, 49% do total coletado. Também foram analisados 28 saneantes, dos quais 9 obtiveram resultados satisfatórios e 19, insatisfatórios; 67% do total coletado. Iniciou-se esse ano a coleta de produtos para saúde, sendo analisadas 6 amostras, das quais 5 obtiveram resultados satisfatórios e 1 resultado insatisfatório (16% do total coletado).

Já no ano de 2013¹, enfim, foram coletados 81 medicamentos, dos quais 79 obtiveram resultados satisfatórios e 2 resultados insatisfatórios (apenas 0,02% do total coletado). Dos 53 cosméticos analisados, 42 obtiveram resultados satisfatórios e 11, resultados insatisfatórios, ou seja, 20% do total coletado. Na categoria dos saneantes, dos 30 analisados, 21 obtiveram resultados satisfatórios e 9, insatisfatórios: 30% do total coletado. Também foram analisados 4 produtos para saúde, sendo que 2 obtiveram resultados satisfatórios e 2, resultados insatisfatórios, somando 50% do total coletado.

Como pode ser observado, os medicamentos, por serem o produto pioneiro do monitoramento, possuem uma série histórica de resultados analíticos, que permite a avaliação da redução da insatisfatoriedade para análises físico-químico e microbiológica. No entanto, ainda permanecem desvios de rotulagem que necessitam adequação por parte dos fabricantes. Nesse sentido, a VISA utiliza seu instrumento de fiscalização e intervenção, instruindo Processos Administrativos Sanitários (PAS) contra as empresas infratoras.

Enfim, é importante considerar que esse Programa de monitoramento permite avaliar uma redução do percentual do quantitativo de laudos insatisfatórios, em relação ao quantitativo total coletado, o que demonstra o alcance do seu principal objetivo, que é a proteção da saúde da população.

¹ Os dados dos resultados referentes ao ano de 2014 não estavam consolidados à época da redação deste capítulo, havendo a coleta das amostras iniciado em agosto de 2014.

4. Considerações Finais

A Vigilância Sanitária (VISA) está inserida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e é responsável por desenvolver um conjunto de ações, que têm como objetivo eliminar, diminuir ou prevenir os riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse à saúde (BRASIL, 1999).

A priorização de ações de proteção, prevenção e promoção tem sido a estratégia utilizada pela VISA, o que pode ser evidenciado nas contribuições de suas ações frente às Redes de Atenção.

Os Programas apresentados, como o PNQM e PECQMamo, motivaram a definição de novas metas para o seu aperfeiçoamento, bem como a sua ampliação para todos os serviços do Estado e a sua inserção na Rede Viva Vida. Além disso, o surgimento da nova tecnologia das imagens geradas por sistemas digitais demanda a inclusão da avaliação da qualidade dessas imagens nos Programas citados.

Quanto ao Programa de Monitoramento da Qualidade Sorológica, o destarte de um projeto-piloto para o monitoramento da qualidade dos testes pré-transfusionais (Programa de Monitoramento da Qualidade dos Testes Pré-Transfusionais nas Agências Transfusionais) faz-se necessário, a fim de propiciar melhoria e eficiência no controle sanitário das atividades críticas desses serviços, o que deve ser gradativamente ampliado para os demais serviços de hemoterapia de todas as Unidades Regionais de Saúde.

Com relação aos Programas de Monitoramento da Qualidade da Água para Hemodiálise, dos Alimentos e Medicamentos, há necessidade do aumento do número de unidades e da diversidade de amostras coletadas para análise, a fim de contemplar um maior universo de serviços e produtos monitorados.

Além das ações aqui apresentadas, merece destaque, ainda, a participação da VISA na avaliação dos projetos arquitetônicos dos estabelecimentos que fazem parte das Redes de Atenção, como as Unidades Básicas de Saúde, os Hospitais, as Unidades de Pronto Atendimento, o SAMU, os Centros Viva Vida, os Centros Hiperdia, entre outros. Esses projetos são avaliados prioritariamente, auxiliando na tarefa de garantir o bom gerenciamento dos recursos públicos e uma infraestrutura física adequada dos serviços de saúde. Ademais, essas análises também asseguram o conforto de pacientes e funcionários, a minimização dos riscos de infecção hospitalar, a otimização dos recursos humanos e materiais e reflete no bom atendimento prestado à população. A VISA Estadual avalia aproximadamente 5.000 projetos de área física, por ano.

A descentralização proporcionada pelo Projeto de Fortalecimento em Vigilância em Saúde (SES/MG, 2014) permitiu a organização dos processos

de trabalho da VISA e a estruturação de várias VISAs municipais. Isso facilita a retomada da identidade da VISA Estadual, responsável pelas ações complementares e suplementares.

O Sistema Integrado de Gestão da Vigilância Sanitária (SIGVISA) vem somar a este processo como uma ferramenta que possibilita a informação padronizada e em tempo real. Esse sistema já foi disponibilizado às 28 Unidades Regionais de Saúde, com a capacitação de 196 técnicos, incluindo os do nível central da SES/MG. A próxima etapa é a extensão do SIGVISA às VISAs Municipais.

O SIGVISA foi definido como componente do Projeto Estruturador de Minas Gerais “Descomplicar”, que tem como objetivo principal a padronização e a agilidade nos processos de abertura e encerramento de empresas no Estado.

Entre os desafios incorporados na agenda da VISA, merece destaque o tema da inclusão produtiva com segurança sanitária. O Projeto Estruturador Cultivar, Nutrir e Educar (PECNE) é um deles, pois tem entre seus objetivos a habilitação sanitária das agroindústrias familiares, o que permite a inclusão desses atores no mercado formal e o aumento da sua capacidade produtiva. Considerando que as agroindústrias familiares são fornecedores da alimentação para as cantinas escolares, estaduais e municipais, o projeto também permite o aumento da segurança alimentar nesses estabelecimentos.

Enfim, para concluir, é bom lembrar que o universo de atuação da VISA é complexo e para isso necessita de quadro técnico capacitado, em constante atualização e em número suficiente, a fim de que possa manter a qualidade de suas ações.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 11, de 13 de março de 2014, que estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de diálise. *Diário Oficial da União*, 2014.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 33, de 3 de junho de 2008, que dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração, avaliação e aprovação dos Sistemas de Tratamento e Distribuição de Água para Hemodiálise no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. *Diário Oficial da União*, 2008.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Guia Didático ANVISA*. Brasília: ANVISA, 2007. p. 63-64.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 360, de 23 de dezembro de 2003, que aprova Regulamento Técnico sobre Rotulagem Nutricional de Alimentos Embalados, tornando obrigatória a rotulagem nutricional. *Diário Oficial da União*, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES/MG nº 4.238, de 19 de março de 2014. *Imprensa Oficial de Minas Gerais*, 2014a.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde. *Atualização profissional de vigilância em saúde*: caderno de organização das práticas de vigilância sanitária, guia do aluno. Belo Horizonte: ESP-MG, 2014b.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde. Ordem de Serviço SES/MG n° 788/2013, que cria o Grupo Trabalho Redução Mortalidade Materna e Infantil. *Imprensa Oficial de Minas Gerais*, 2013.

BRASIL. Lei n°13.317 de 1999, que dispõe sobre o Código de Saúde do Estado de Minas Gerais. *Imprensa Oficial de Minas Gerais*, 1999.

Sites Consultados

Programa Nacional de Segurança. Disponível em <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 2014.

Projeto Descomplicar. Disponível em: <<http://www.descomplicar.mg.gov.br>>. Acesso em 2014.

Programa Cultivar, Nutrir e Educar. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/programas/program/18-cultiva-nutrir-e-educar>>. Acesso em 2014.



OS ORGANIZADORES

Bruno Reis de Oliveira

Possui graduação em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro (FJP), é pós-graduado em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) e graduando em Letras pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Atua na Secretaria de Estado de Saúde como assessor da Subsecretaria de Gestão Regional, órgão em que já ocupou o cargo de Diretor de Políticas e Gestão Hospitalar e a Assessoria do Secretário-Adjunto. Pertence à carreira de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental (EPPGG). É docente credenciado da ESP-MG em disciplinas de especialização relativas às redes de atenção à saúde e à gestão hospitalar, bem como na orientação de trabalhos de conclusão de curso. Possui formação complementar na área de gestão pública pelo Instituto Nacional de Administração de Portugal e em Estudos Portugueses e Lusófonos pela Universidade do Porto. E-mail: reoli.bruno@gmail.com.

José Geraldo de Oliveira Prado

Atual Secretário de Estado de Saúde, é servidor de carreira da Assembleia Legislativa de Minas Gerais, onde já exerceu diversos cargos, dentre eles o de diretor de Comunicação, assessor da Liderança da Maioria e Governo e Secretário-Geral da Mesa de 2007 a 2014.

Tiago Lucas da Cunha Silva

Bacharel em Administração com ênfase em Gestão de Negócios pela Faculdade Estácio de Sá, na Secretaria de Estado de Saúde exerceu diversos cargos, como Coordenador Estadual do Pro-Hosp e Diretor de Políticas e Gestão Hospitalar. Atualmente, é Subsecretário de Políticas e Ações de Saúde. E-mail: tiago.lucas@saude.mg.gov.br.



OS AUTORES

Alexandre Viana Andrade

Graduado em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, cursa Especialização em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG) e o Curso Internacional em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz (ENSP). Possui experiência em Supervisão de Enfermagem na Unidade de Tratamento Intensivo Adulto do Hospital da Baleia, em Gestão Hospitalar como técnico da Diretoria de Políticas e Gestão Hospitalar (Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp), em docência pela ESP-MG e pela Escola Saúde e Vida no Curso Técnico em Enfermagem (Concentração e Dispersão), e em tutoria para cursos de formação/capacitação (modalidade EaD) pelo Canal Minas Saúde / Fundação Renato Azeredo. Atualmente, desenvolve cursos e palestras diversas no contexto da saúde (contratado), leciona e responde como Gerente do Projeto Rede de Urgência e Emergência na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: alexandre.andrade@saude.mg.gov.br.

Aline Machado Caetano Costa

Possui Graduação em Matemática pelo UNI-BH; Especialização em Serviços e Sistemas de Saúde pela Escola de Medicina da UFMG e em Economia da Saúde pela Fundação João Pinheiro. Exerce o cargo de Analista em Educação e Pesquisa em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e possui a função de Diretora de Análise de Situação de Saúde, realizando atividades de planejamento e gestão das ações de vigilância em saúde, gerenciamento dos sistemas de informações de interesse epidemiológico e de monitoramento das ações de vigilância em saúde no Estado. E-mail: aline.machado@saude.mg.gov.br.

Alisson Maciel de Faria Marques

Mestre em Administração pela Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), possui pós-graduação em Planejamento Orçamentário e Financeiro do SUS Municipal pela PUC Minas e Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde pelo SENAC-MG. Graduado em

Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro e em Ciências Contábeis pela UFMG, foi gerente-adjunto do Projeto Estruturador Viva Vida. Atualmente ocupa o cargo de Assessor na Subsecretaria de Regulação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: alisson.faria@saude.mg.gov.br.

Ana Luísa Caires de Souza

Farmacêutica, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Assessora técnica da Superintendência de Assistência Farmacêutica Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: ana.caires@saude.mg.gov.br.

Anaíde Oliveira da Silva

Mestre em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, pós-graduada em Planejamento em Saúde pela Universidade Federal da Bahia (WISC), em Gestão Microrregional pelo SENAC-BH/MG, em Psicologia do Trânsito pela Universidade Estadual de Minas Gerais (UEMG), graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais e Letras pela Fundação Educacional de Divinópolis (FUNEDI). Atuou em várias áreas da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG). Atualmente exerce a função de Secretária Executiva da Comissão Intergestores Bipartite (CIB-SUS/MG). E-mail: anaide.oliveira@saude.mg.gov.br.

André Luiz Guimarães Amorim

Mestrando em Administração pela Universidade Federal de Minas Gerais, possui pós-graduação em Planejamento em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia, sendo graduado em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro. Atualmente ocupa o cargo de Superintendente de Monitoramento, Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: andre.amorim@saude.mg.gov.br.

Camilla Teixeira da Silveira

Possui graduação em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro e graduanda em Direito pela Faculdade de Direito Milton Campos. Atua na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) como Diretora de Estrutura de Atenção Primária à Saúde (DEAPS) e Gerente do Projeto Estruturador Ampliação da Estrutura de Atenção Primária à Saúde. No mesmo órgão já ocupou função na Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação (AGEI). E-mail: camilla.silveira@saude.mg.gov.br.

Carla Carvalho Martins

Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIO-CRUZ. Possui experiência em Docência nos cursos de graduação em gestão de serviços de saúde pela UFMG, enfermagem e fisioterapia pela FAMINAS e docente no curso de especialização em Gestão Hospitalar- ESP/MG. Atua na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais como Empreendedora Pública – Gerente do Projeto Viva Vida/ Mães de Minas, órgão em que já ocupou o cargo de Assessora-Adjunta de Gestão Estratégica. E-mail: carla.carvalho@saude.mg.gov.br.

Carlos Humberto Ornelas Oliveira

Possui graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal do Sudoeste da Bahia (UESB), residência Saúde da Família pela Universidade de Montes Claros (Unimontes) e especialização em Gestão de Tecnologias da Saúde pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Atua na Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde ocupa o cargo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. E-mail: carlos.oliveira@saude.mg.gov.br.

Cássio Vinícius de Almeida Duarte

Técnico jurídico da empresa Minas Gerais Serviços, lotado na Diretoria de Regulação Assistencial, advogado, bacharel em Direito pela UNIFENAS - Universidade José do Rosário Velloso. E-mail: cassio.duarte@saude.mg.gov.br.

Chirley Alexandra Rodrigues Moreira

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC), São João Del Rei/MG, e especialização de Gestão em Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Atua na Secretaria de Estado de Saúde como referência técnica do Programa Mães de Minas pela Coordenadoria de Atenção a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, Programa Viva Vida. E-mail: alexandra.rodrigues.moreira@saude.mg.gov.br.

Conceição Aparecida Moreira

Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e pós-graduada em Vigilância em Saúde, pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG). Atua na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG) na Diretoria de Promoção à Saúde e Agravos Não Transmissíveis, Coordenadoria de Tabaco, Álcool e Outras e Drogas. E-mail: conceicao.aparecida@saude.mg.gov.br.

Cristina Guzmán Siácara

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Atua como Referência Técnica da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde ocupa o cargo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. E-mail: cristina.siacara@saude.mg.gov.br.

Daniela Palhares de Faria

Diretora de Gestão de Contratos em Serviços em Saúde (SES/MG), graduada em Publicidade e Propaganda pelo Centro Universitário Newton Paiva. E-mail: daniela.faria@saude.mg.gov.br.

Daniela Souzalima Campos

Graduada em Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa e pós-graduada em Políticas de Gestão de Alimentação e Nutrição pela Fundação Oswaldo Cruz (Brasília-DF), atua Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, na Diretoria de Promoção à Saúde e Agravos Não Transmissíveis. E-mail: daniela.campos@saude.mg.gov.br.

Daniele Lopes Leal

Graduada em Odontologia (PUC-Minas), Especialista em Saúde Coletiva (Ipsemg), Especialista em Gestão da Clínica (Senac), Mestra em Saúde Coletiva (UFMG) e Doutoranda em Saúde Coletiva (UFMG). Especialista em Políticas e Gestão de Saúde (EPGS) na SES-MG, atuando como Diretora de Saúde Bucal/Diretoria de Saúde Bucal. E-mail: dsb@saude.mg.gov.br.

Darlan Venâncio Thomaz Pereira

Possui graduação em Geografia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), pós-graduação em Gestão da Atenção à Saúde pela Fundação Dom Cabral (FDC) e Gestão Microrregional em Saúde pelo SENAC-Minas. É vinculado à Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais (SES/MG) como Especialista em Políticas e Gestão em Saúde (EPGS / Geografia), exercendo as funções de Assessor de Cooperação Intermunicipal em Saúde e Coordenador do Núcleo de Informação e Governança Regional. Atualmente cursa Especialização em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG). E-mail: darlan.pereira@saude.mg.gov.br.

Deise Aparecida dos Santos

Possui Graduação em Ciências Biológicas pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Mestrado em Ciências Biológicas (Microbiologia) pela

Universidade Federal de Minas Gerais. Epidemiologista pelo Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS) pela Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), em parceria com o Centers for Disease Control and Prevention (CDC/Atlanta-EUA). Consultora OPAS (2007 a 2009) com experiência em docência, avaliação de sistemas de vigilância em saúde, investigação de surtos e emergências em saúde pública. Coordenadora do EPISUS/SVS/MS (2009 e 2010). Diretora de Análise de Situação de Saúde (entre 2011 e novembro de 2012) e Superintendente de Vigilância Epidemiológica, Ambiental e Saúde do Trabalhador da Subsecretaria de Vigilância e Proteção à Saúde da Secretária Estadual de Saúde de Minas Gerais (de dezembro de 2012 até presente data). E-mail: deise.santos@saude.mg.gov.br.

Diana Martins Barbosa

Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na SES-MG, mestre em Ciências Farmacêuticas e bacharel em Farmácia com ênfase em Farmácia Industrial, ambos pela UFMG. Atualmente, exerce a função de Superintendente de Programação Assistencial/SUBSREG/SES-MG. Foi Coordenadora do projeto Estruturador Mães de Minas/SES-MG; da Avaliação Executiva dos Projetos estruturadores do Governo de Minas na Coordenação Executiva do Programa Estado para Resultados (EpR/Governadoria); membro do projeto Jovens Mineiros Cidadãos do Mundo, delegação de Minas em Cingapura; Coordenadora de Atenção Básica na SRS-BH/SES-MG; docente de pós-graduação no curso Farmacologia aplicada à Atenção Farmacêutica (UMA) e de graduação na (UNIPAC) nas disciplinas de Farmácia Hospitalar e Controle de Infecção Hospitalar; orientadora de TCC na ESP-MG, UNA, UNIPAC e SENAC-MG. Iniciou suas atividades como Farmacêutica no Hospital Odilon Behrens. Presidente e Fundadora da Associação dos Especialista em Políticas e Gestão da Saúde (AEPGS). E-mail: diana.barbosa@saude.mg.gov.br.

Elisabete Costa Reis Dutra

Atualmente está cedida à SES/MG e ocupa o cargo de Superintendente de Contratação de Serviços de Saúde, professora da pós-graduação em Análises Clínicas e Toxicológicas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), farmacêutica-bioquímica do Hospital das Clínicas da UFMG, mestre em Inovação Biofarmacêutica pela UFMG, graduada em Farmácia-Bioquímica pela Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: elisabete.costa@saude.mg.gov.br.

Farlen Matias Pereira

Graduado em Gestão de Processos Gerenciais pela FACISA-BH, atua Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, na Diretoria de Promoção à Saúde

e Agravos Não Transmissíveis, Coordenadoria de Alimentação e Nutrição.
E-mail: farlen.pereira@saude.mg.gov.br.

Felipe Braga Ribeiro Rosa

Graduado em Gestão Pública pelo Centro Universitário de Belo Horizonte, é especialista em Gerenciamento de Projetos e em Logística e Produção pelo Centro Universitário UNA. Desde 2008, trabalha na Secretaria de Estado de Saúde como Gerente do Sistema Estadual de Transporte em Saúde. Atua, ainda, como consultor da Secretaria de Estado de Saúde do Ceará e da Secretaria de Estado de Saúde do Piauí. E-mail: felipe.braga@saude.mg.gov.br.

Filipe Curzio Laguardia

É graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Bacharel em Administração Pública pela Escola de Governo/Fundação João Pinheiro (FJP). Desde 2012, está na assessoria do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais. E-mail: filipe.laguardia@saude.mg.gov.br.

Francisco Antônio Tavares Junior

Graduado em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro, Especialista em Economia da Saúde e Farmacoeconomia pela Universidade Pompeu Fabra de Barcelona, Especialista em Planejamento em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Especialista em Gestão da Atenção à Saúde pela Fundação Dom Cabral. Foi Secretário-Adjunto da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, e atualmente está como Presidente da Fundação Ezequiel Dias. E-mail: fatavaresjr44@gmail.com.

Gabriela Cintra Januário

Possui graduação em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário Izabela Hendrix, pós graduação em Audiologia pelo CEFAC e mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atua como Coordenadora da Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde ocupa o cargo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. E-mail: gabriela.januario@saude.mg.gov.br.

Gabriela de Souza Diniz

Graduada em Enfermagem (PUC- MG) e Especialista em Enfermagem de Urgência, Emergência e Atendimento Pré-hospitalar (UNA). Contrato de Especialista em Políticas e Gestão de Saúde na SES-MG, atuando como Técnica da Coordenação de Atenção Primária em Saúde Bucal/Diretoria de Saúde Bucal. E-mail: dsb@saude.mg.gov.br.

Gisele Maria Bicalho Resende

Jornalista, atual ocupante do cargo de Assessora de Comunicação Social da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, a partir de fevereiro de 2003. Realizações: reconstrução do modelo da Assessoria de Comunicação Social/SES; redefinição da concepção de Comunicação Social/Saúde Pública; reformulação do papel do comunicador social/Saúde Pública; definição de modelo de Comunicação Social/28 Regionais de Saúde/MG; introdução da concepção de comunicação integrada; interlocução entre SES e os 853 municípios, extensivo às Secretarias Municipais de Saúde e lideranças municipais e regionais. E-mail: gisele.bicalho@saude.mg.gov.br.

Grazielle Dias Silva

Farmacêutica, mestre em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, doutoranda em Epidemiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Superintendente da Superintendência de Assistência Farmacêutica Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: grazielle.dias@saude.mg.gov.br.

Hellen Fernanda de Souza

Graduada em Ciências Econômicas pela PUC-Minas, especialista em Gestão em Saúde pela Fiocruz e em Gestão Hospitalar pela ESP-MG. Já atuou como Coordenadora do Núcleo Estadual de Economia da Saúde, Auditora Assistencial e Gerente do Processo de Atendimento às Urgências e Emergências. Atualmente, exerce o cargo de Gerente do Projeto Rede de Urgência e Emergência na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: hellen.fesouza@gmail.com.

Ilaine Cristina Alves Tiago

Coordenadora da Central Estadual de Regulação de Alta Complexidade (SES/MG), bacharel em Direito pelo Centro Universitário Faculdade Estácio de Sá. E-mail: ilaine.tiago@saude.mg.gov.br.

Jacqueline Silva Santos

Graduada em Odontologia (UFMG), Especialista em Saúde Coletiva (UFMG), Especialista em Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (UFJF), Mestra em Saúde Coletiva (UFMG). Especialista em Políticas e Gestão de Saúde (EPGS) na SES-MG, atuando como Técnica da Coordenação de Atenção Especializada em Saúde Bucal/Diretoria de Saúde Bucal. E-mail: dsb@saude.mg.gov.br.

Joney Fonseca Vieira

Ator com formação técnica em Artes Cênicas, professor de Língua Inglesa, Jornalista, graduando em Letras pela UFMG e pós-graduando em Comunicação e Saúde pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Atualmente é coordenador do Núcleo de Mobilização Social, parte da Assessoria de Comunicação Social da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, instituição na qual atua há 21 anos. E-mail: joney.vieira@saude.mg.gov.br.

Joyce Mara Diniz Xavier de Lima

Graduada em Nutrição pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e pós-graduada em Obesidade e Emagrecimento, pela Universidade Gama Filho, atua Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, na Diretoria de Promoção à Saúde e Agravos Não Transmissíveis, Coordenadoria de Alimentação e Nutrição. E-mail: joyce.xavier@saude.mg.gov.br.

Juliana Cristina Diniz Guimarães

Graduada em Nutrição pela Universidade do Vale do Rio Verde de Três Corações, pós-graduada em Formação Pedagógica para Profissionais da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais, atua na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, na Diretoria de Promoção à Saúde e Agravos Não Transmissíveis, Coordenadoria de Alimentação e Nutrição. E-mail: juliana.guimaraes@saude.mg.gov.br.

Karina Antunes

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Juiz de Fora e pós graduação em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Universidade Gama Filho. Atua como Referência Técnica em Reabilitação Física na Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde ocupa o cargo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. E-mail: karina.antunes@saude.mg.gov.br.

Kleber Rangel Silva

Graduado em fonoaudiologia UFMG, com pós-graduação em Impactos da Violência na Saúde pela ENSP/FIOCRUZ e Mestrado Profissional em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela UFMG, atua Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, na Diretoria de Promoção à Saúde e Agravos Não Transmissíveis, Coordenadoria de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. E-mail: kleber.rangel@saude.mg.gov.br.

Laura Monteiro de Castro Moreira

Doutoranda em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da UFMG, é mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFMG, possui pós-graduação em Planejamento Orçamentário e Financeiro do SUS Municipal pela PUC Minas e Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde pelo SENAC-MG, sendo graduada em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Atualmente ocupa o cargo de Diretora de Monitoramento e Avaliação de Resultados Assistenciais na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: laura.moreira@saude.mg.gov.br.

Leandro José Barros Lélis

Graduado em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Atualmente ocupa o cargo de Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental com exercício na Diretoria de Informações em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Graduando em Direito pela Universidade Federal de Minas Gerais e Pós graduando em Gestão Pública em Organizações de Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora. E-mail: leandro.lelis@saude.mg.gov.br.

Lidiane Moreira Martins

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), pós-graduação em Enfermagem do Trabalho pela Fundação São Camilo, pós-graduação em Gestão de Emergências em Saúde Pública pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Atua na Secretaria de Estado de Saúde como referência técnica para o Grupo de Redução da Mortalidade Materna, Infantil e fetal e atuação em Comitês de prevenção pela Coordenadoria de Atenção a saúde Da Mulher, Criança e adolescente – Programa Viva Vida/Mães de Minas. E-mail: lidiane.moreira@saude.mg.gov.br.

Liziane Silva

Farmacêutica, mestre em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais. Diretora de Medicamentos Estratégicos da Superintendência de Assistência Farmacêutica Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: liziane.silva@saude.mg.gov.br.

Lizziane d'Ávila Pereira

Graduada em Enfermagem. Pós-graduada em Docência do Ensino Superior, Gestão em Saúde com ênfase em Saúde Pública, Educação a Distância e em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde. Mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Analista em Educação e Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas

Gerais (ESP/MG). Atua na Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) como referência técnica da Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes, órgão em que já ocupou o cargo de Diretora de Políticas de Atenção Primária à Saúde. E-mail: liz.davila@hotmail.com.

Marcela Augusta Teixeira

Diretora de Informações em Saúde (SES/MG), Especialista em Políticas e Gestão de Saúde, pós-graduada em Gestão Hospitalar pela ESPMG e em Gestão Pública de Organização de Saúde pela UFJF, graduada em Psicologia pela Universidade Federal de São João del Rei. E-mail: marcela.teixeira@saude.mg.gov.br.

Maria Goretti Martins Melo

Farmacêutica graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), MBA pela Fundação Getúlio Vargas na Gestão da Produção Farmacêutica e especialista em Vigilância Sanitária pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Possui experiência profissional na Vigilância Sanitária do Estado de Minas Gerais, atualmente como Superintendente de Vigilância Sanitária (VISA); na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) na Gerência de Medicamentos Genéricos e posteriormente nas Ações de Descentralização de VISA (1999 a 2004). Possui também experiência na Indústria Farmacêutica, na área da Gestão da Qualidade e em Assuntos Regulatórios (2005 a 2011). Na área acadêmica, ministrou aulas nas disciplinas de Gestão da Qualidade, Assuntos Regulatórios e Vigilância Sanitária. E-mail: goretti.melo@saude.mg.gov.br.

Maria Heliadora de Souza Lui

Farmacêutica Bioquímica, especialista em Gestão Microrregional de Saúde pela Universidade Senac Minas. Diretora de Medicamentos Especializados da Superintendência de Assistência Farmacêutica Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: dora.lui@saude.mg.gov.br.

Maria Isabela Nicácio Gusmão Vieira

Possui graduação em Enfermagem pela Faculdade Pitágoras, pós-graduação em Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica pelo Centro Universitário UNA, pós-graduação em Gestão da Clínica pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês. Atua na Secretaria de Estado de Saúde como referência técnica do Programa Mães de Minas e do Método Canguru pela Coordenadoria de Atenção a saúde Da Mulher, Criança e adolescente – Programa Viva Vida/Mães de Minas. E-mail: maria.vieira@saude.mg.gov.br.

Maria Letícia Duarte Campos

Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro, possui pós-graduação em Planejamento Orçamentário e Financeiro do SUS Municipal pela PUC Minas, sendo graduada em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Minas Gerais. Atualmente ocupa o cargo de Subsecretária de Regulação em Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: leticia.campos@saude.mg.gov.br.

Maria Regina Dias de Bastos

Mestre em Ciências da Saúde pelo IPSEMG, possui Especialização em Gerontologia pela FUMEC, Especialização em Acreditação Hospitalar pela FELUMA e Especialização em Gestão de Hemocentros pela Universidade Federal de Pernambuco. É graduada em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais e concursada da Fundação Hemominas como médica da área de Hematologia e Hemoterapia. Foi Gerente Técnica e Coordenadora do Hemocentro de Belo Horizonte. Atualmente exerce a Função de Coordenadora Estadual de Regulação em Minas Gerais. E-mail: regina.bastos@saude.mg.gov.br.

Maria Regina Sant'ana

Professora de Língua Portuguesa e Pedagoga atuou, como docente, na rede pública e privada de ensino fundamental, médio e técnico. Atualmente, compõe a equipe técnica da Assessoria de Comunicação Social (SES-MG). E-mail: maria.regina@saude.mg.gov.br.

Maria Thereza Coelho Papatela Jabour

Diretora de Formalização de Contratos de Serviços e Programas de Saúde (SES/MG), Especialista em Políticas e Gestão de Saúde, pós-graduada em Gestão Microrregional em Saúde pelo SENAC/MG, pós-graduada em Acupuntura pelo Instituto Mineiro de Acupuntura e Massagens (IMAM), graduada em Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: maria.coelho@saude.mg.gov.br.

Mariana Cristina Pereira Santos

Graduada em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro, Especialista em Gestão da Atenção à Saúde pela Fundação Dom Cabral, atuou na Secretaria de Estado de Saúde nas áreas de Vigilância em Saúde e Gabinete. Atualmente, está na Assessoria de Gestão Estratégica e Inovação. E-mail: mariana.santos@saude.mg.gov.br.

Marina Mendonça de Oliveira

Graduada em Administração Pública pela Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho é graduanda em Administração de Empresas pela UFMG. Atua desde 2012 na Diretoria de Monitoramento e Avaliação de Resultados Assistenciais na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: marina.oliveira@saude.mg.gov.br.

Mauro Souza Ribeiro

Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais e Especialização em Estomaterapia pela Escola Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Atua como Referência Técnica em Reabilitação do Estomizado da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, onde ocupa o cargo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. E-mail: mauro.ribeiro@saude.mg.gov.br.

Mônica Farina Neves Santos

Possui graduação em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário Izabela Hendrix e Especialização em Gestão Pública em Serviços de Saúde pela Faculdades Integradas Jacarepaguá. Atuou como Coordenadora da Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais de 2007 a 2013, onde atua como Referência Técnica da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e ocupa o cargo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. E-mail: monica.farina@saude.mg.gov.br.

Naiara Abreu de Oliveira Silva

Possui graduação em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro. Atua na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, assessorando o Programa Viva Vida/Mães de Minas. E-mail: naiara.silva@saude.mg.gov.br.

Nayara Dornela Quintino

É graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MINAS), Especialista em Ergonomia pelo Departamento de Engenharia de Produção (DEPUFMG), Mestre em Saúde Pública e Meio Ambiente, pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP-FIOCRUZ) e Especialista em Políticas e Gestão em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Desde 2012, está na assessoria do Projeto de Fortalecimento da Vigilância em Saúde em Minas Gerais. E-mail: nayara.dornela@saude.mg.gov.br.

Patrícia Rodrigues Rocha Santana

Especialista em Políticas e Gestão da Saúde contratada pela SES/MG, lotada na Diretoria de Regulação Assistencial. Enfermeira pela Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), pós-graduada em Gestão em Saúde e Administração Hospitalar (Faculdade Estácio de Sá) e especialista em Pedagogia para Profissionais da Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: patricia.santana@saude.mg.gov.br.

Priscila Vieira Elias

Graduada em Fisioterapia pela Universidade FUMEC, atua Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais, na Diretoria de Promoção à Saúde e Agravos Não Transmissíveis, Coordenadoria de Atividade Física. E-mail: priscila.elias@saude.mg.gov.br.

Poliana Cardoso Lopes

Assessora-chefe de Gestão Estratégica e Inovação da Secretária de Estado de Saúde desde 2012, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental pela Fundação João Pinheiro, Bacharel em Direito pela UFMG, especialista em Gestão Estratégica pela FJP e em Economia da Saúde pela USP. E-mail: poliana.lopes@saude.mg.gov.br.

Rafaela da Silveira Pinto

Graduada em Odontologia (UFMG), Especialista em Saúde Coletiva (UFMG), Especialista em Análise de Situação de Saúde (UFG), Mestra em Ciências da Saúde (Fiocruz Minas) e Doutoranda em Saúde Coletiva (UFMG). Especialista em Políticas e Gestão de Saúde (EPGS) na SES-MG, atuando como Técnica da Coordenação de Atenção Primária em Saúde Bucal/Diretoria de Saúde Bucal. E-mail: dsb@saude.mg.gov.br.

Rasivel dos Reis Santos Júnior

Médico formado pela Faculdade de Medicina da UFMG e MBA Executivo em Gestão de Sistemas de Saúde e Hospitalar pela Fundação Getúlio Vargas. Tem experiência como médico plantonista do pronto atendimento e sala de emergência no Hospital das Clínicas da UFMG. Foi Coordenador Municipal da Atenção às Urgências e Emergências na Prefeitura de Betim e, na Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), exerceu o cargo de Coordenador Estadual da Urgência e Emergência. Atualmente, é Subsecretário de Gestão Regional na SES/MG. É, ainda, formador e triador pelo Protocolo de Triagem de Manchester e instrutor do “Fundamentals of Disaster Management”. E-mail: rasivel@gmail.com.

Renata Paiva de Minas

Mestre em Odontologia pela Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), possui pós-graduação em Saúde Pública pela Faculdade de Farmácia pela UFMG. Graduada em Odontologia pela UFMG. Atualmente ocupa o cargo de Especialista de Políticas Públicas de Saúde na Diretoria de Programação Assistencial da Subsecretaria de Regulação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. E-mail: renata.paiva@saude.mg.gov.br.

Thais Abreu Maia

Possui graduação em Fisioterapia pela Universidade Federal de Minas Gerais, MBA em Gestão Estratégica de Saúde pelo Centro Universitário UNA e é mestranda em Sistema de Informação e Gestão do Conhecimento pela Universidade FUMEC. Atua na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais como Gerente do Projeto Tecnologia da Informação para Atenção Primária à Saúde. E-mail: thais.abreu@saude.mg.gov.br.

Taiz Rogério

Especialista em Políticas e Gestão da Saúde contratada pela SES/MG, lotada na Diretoria de Regulação Assistencial. Advogada, bacharel em Direito pela Universidade Federal de Ouro Preto, pós-graduada em Direito Processual pela PUC Minas. E-mail: taiz.rogerio@saude.mg.gov.br.

Tiago Campos Silva

Possui Graduação em Fisioterapia pela UFMG; Especialização em Geriatria e Gerontologia pela UFMG e em Vigilância em Saúde pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; Aperfeiçoamento em Epidemiologia para Gerentes de Salud pela Johns Hopkins University; e Mestrado em Epidemiologia pela UFMG. Exerce o cargo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e possui a função de Coordenador de Monitoramento Sistemático das Ações de Vigilância Epidemiológica e Ambiental da Diretoria de Análise de Situação de Saúde. Já atuou, ainda, como técnico na vigilância epidemiológica de doenças e agravos não transmissíveis. E-mail: tiago.campos@saude.mg.gov.br.

Vanessa Costa

Diretora de Regulação Assistencial (SES/MG), advogada, bacharel em Direito pela PUC Minas, pós-graduada em Direito Sanitário pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais e Universidade de São Paulo. E-mail: vanessa.costa@saude.mg.gov.br.

Vanessa do Carmo Silva

Graduada em Enfermagem. Pós-graduada em Gestão em Saúde e Enfermagem Clínica Cirúrgica. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde. Atua na Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) como referência técnica da Coordenadoria da Rede de Hipertensão e Diabetes. E-mail: vanessacarmoo@gmail.com.

Vitória Lúcia da Silva Figueiredo

Advogada pela Faculdade de Direito de Sete Lagoas, pós-graduada em Contabilidade Pública pela UFMG, em Gestão de Pessoas pela Fundação João Pinheiro e em Planejamento em Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Funcionária concursada da MinasCaixa, onde exerceu cargos de chefia de expedientes e gerente administrativo. Atuou como diretora da Superintendência Regional de Saúde de Sete Lagoas por 4 anos e como diretora de Educação Permanente da SES/MG. Atualmente, exerce a função de Gerente do Núcleo de Coordenação das Regionais de Saúde na Subsecretaria de Gestão Regional (SES/MG). E-mail: vitoria.lucia@saude.mg.gov.br.

Wagner Fulgêncio Elias

Formado em Odontologia pela UFMG com especialização em Gestão, com ênfase em Negócios pela Fundação Dom Cabral. Superintendente de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais desde 2011. Mestrando em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. E-mail: wagner.fulgencio@saude.mg.gov.br.

Wanda Taulois Braga

Graduada em Odontologia (UFJF), Especialista em Saúde Coletiva (ENSP-Fiocruz) e Mestra em Dental Public Health (University College London, University of London). Especialista em Políticas e Gestão de Saúde (EPGS) na SES-MG, atuando como Técnica da Coordenação de Atenção Primária em Saúde Bucal/Diretoria de Saúde Bucal. E-mail: dsb@saude.mg.gov.br.

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





O Sistema Único de Saúde ainda é um modelo em construção no Brasil. O percurso histórico de sua evolução evidencia que a experiência e os (des)acertos vêm trazendo cada vez mais maturidade institucional e consistência no desenho das políticas públicas de saúde implementadas. A proposta deste livro é compartilhar a experiência recente acumulada no Estado de Minas Gerais com o processo de implantação das Redes de Atenção à Saúde, bem como de outras políticas consideradas exitosas, contribuindo para o fortalecimento do debate e das práticas de gestão da saúde no Brasil.

ISBN 978-85-8408-005-2



9 788584 080052