O CHOQUE DE GESTÃO EM MINAS GERAIS

Resultados na Saúde

GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Organização

Antônio Jorge de Souza Marques
Eugênio Vilaça Mendes
Helidéa de Oliveira Lima

O CHOQUE DE GESTÃO EM MINAS GERAIS

Resultados na Saúde

SUS

GOVERNO DE MINAS

Governador do Estado de Minas Gerais
Antonio Augusto Junho Anastasia

Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais
Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto
Wagner Eduardo Ferreira

Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde
Helidéa de Oliveira Lima

Subsecretário de Inovação e Logística em Saúde
Jorge Luiz Vieira

Subsecretária de Vigilância em Saúde
Gisele Onete Marani Bahia

Revisão
Josete Barbosa Miranda
Darissa Marielle Lucas Ferreira
Micheli Fonseca Lima
Bruno Reis de Oliveira

Projeto Gráfico, Editoração Eletrônica e Produção Gráfica
Autêntica Editora Ltda.

C549 O Choque de Gestão em Minas Gerais : Resultados na Saúde / organizado por Antônio Jorge de Souza Marques , Eugênio Vilaça Mendes , Helidéa de Oliveira Lima . – Belo Horizonte : Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais , 2010. 360 p. il.

ISBN: 978-85-89239-63-9

1. Saúde pública - Minas Gerais. 2. Política de saúde - Minas Gerais. 3. Sistema Único de Saúde (SUS) - Minas Gerais. I. Marques, Antônio Jorge de Souza. II. Mendes, Eugênio Vilaça. III. Lima, Helidéa de Oliveira. IV. Título.

CDU 614 (815.1)

Elaborada por Rinaldo de Moura Faria - CRB-6 n.º 1006

Sumário

7 **Apresentação** | Resultados do Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais

11 **Capítulo 1** | O Choque de Gestão em Minas Gerais

19 **Capítulo 2** | A Gestão Estratégica Aplicada à Saúde em Minas Gerais

31 **Capítulo 3** | Saúde em Casa – Atenção Primária à Saúde

61 **Capítulo 4** | Rede Viva Vida – Resultados e desafios para a saúde da mulher e da criança em Minas Gerais

87 **Capítulo 5** | Rede Hiperdia: Saúde Cardiovascular ao alcance dos mineiros

103 **Capítulo 6** | Rede Mais Vida: vencendo desafios e produzindo resultados efetivos na construção de um estado onde se viva mais e melhor

117 **Capítulo 7** | Rede de Urgência e Emergência

137 **Capítulo 8** | O Pro-Hosp no Contexto do Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais: Resultados e Desafios

157 **Capítulo 9** | Avanços e Desafios da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais

179 **Capítulo 10** | Sistema Estadual de Transporte em Saúde em Minas Gerais

191 **Capítulo 11** | Regulação Assistencial

205 **Capítulo 12** | Canal Minas Saúde

215 **Capítulo 13** | O Projeto TeleMinas Saúde: Ampliando o Acesso aos Serviços e à Rede de Atenção à Saúde

237 **Capítulo 14** | Choque de Gestão na Comunicação Social

249 **Capítulo 15** | Logística e Inovações

255 **Capítulo 16** | Gestão por Processos

275 **Capítulo 17** | Gestão de Pessoas

289 **Capítulo 18** | Sistema de Contratualização e Monitoramento

299 **Capítulo 19** | Análise da situação da Saúde em Minas Gerais – 2009

327 **Capítulo 20** | A Governança Regional: Promovendo a Descentralização, a Equidade e o Acesso

345 **Os autores**

RESULTADOS DO "CHOQUE DE GESTÃO" NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

Em 2003, o Governo de Minas iniciou um processo de implementação de importantes mudanças nas mais diversas agendas do setor público estadual, transformando suas ações e seus programas em referência para o Brasil e para o mundo. O esforço empreendido na Saúde nos últimos oito anos de gestão fez com que Minas alcançasse resultados expressivos para os mais diversos atores, destinatários ou parceiros do moderno e vigoroso Sistema Único de Saúde (SUS) que vem sendo construído no Estado. Durante esse período, muitos programas foram desenhados e implantados com o fim de proporcionar aos mineiros serviços de saúde acessíveis e de qualidade. Esses programas nasceram das diretrizes estabelecidas por um projeto maior, o chamado Choque de Gestão, o qual proporcionou uma verdadeira revolução no modo de fazer a gestão em Minas Gerais, no sentido de uma administração pública cada vez mais eficiente e efetiva para os cidadãos.

O livro *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*, editado em 2009, focou-se no desenho das políticas de saúde e na sua relação com os 20 primeiros anos do SUS. Com o fim de complementar a discussão iniciada, nos propusemos a elaborar o presente livro, cujo foco está em disseminar parte dos resultados do que tem sido desenvolvido e os pontos em que ainda se pretende avançar na saúde pública do Estado. Aqui são abordadas algumas mudanças implementadas e os impactos mensurados, até o momento, pelo arrojado projeto descrito no primeiro livro.

Destaca-se que foram muitas as conquistas, as quais, em grande medida, foram efetivadas graças à parceria dos municípios e de outras entidades, como os Consórcios Intermunicipais de Saúde. Tais parcerias possibilitaram, por exemplo, a implementação do Sistema Estadual de Transporte em

Saúde (SETS), que garante, em uma de suas vertentes, o acesso agendado e gratuito de mais de sete milhões de mineiros, de 527 municípios, aos serviços de saúde do Estado, em confortáveis micro-ônibus de 26 lugares, equipados com ar-condicionado e televisores. O apoio dos municípios em políticas como essa tem possibilitado a criação de um fecundo ambiente de federalismo cooperativo, em que o Estado, como coordenador e financiador, contribui com uma abordagem regionalizada da saúde e, por isso mesmo, mais próxima do cidadão.

No mesmo sentido de incentivar essa proximidade do cidadão com os serviços de saúde, foram investidos mais de R$ 500 milhões em 128 hospitais de todas as regiões do Estado pelo Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp). Somente no que tange à ampliação dos serviços, o Pro-Hosp criou 221 novos leitos de UTI, 114 novos leitos de maternidade e 179 novos leitos de clínica médica, favorecendo a descentralização do atendimento hospitalar e um considerável aumento da qualidade do mesmo.

A Rede de Atenção à Urgência e Emergência também tem rendido bons frutos para a população. A experiência do Norte Minas, que será estendida a todas as macrorregiões do Estado até 2014, tem propiciado uma redução de cerca de 1.000 mortes por ano em eventos de urgência naquela região. Além disso, a implantação do SAMU Macrorregional, que já é uma realidade na maior parte das regiões de Minas Gerais, vem gerando redução dos custos e melhoria dos resultados de saúde.

Além dos avanços nos pontos de atenção secundários e terciários das redes de atenção, é importante destacar a nossa preocupação com os cuidados do nível de Atenção Primária à Saúde (APS). Já são mais de 4.000 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) em atuação no Estado, número que representa o maior efetivo no país, graças aos esforços e aos incentivos criados no âmbito do Programa Saúde em Casa. No total, são 14 milhões de mineiros assistidos, o que representa uma cobertura de 70,2% da população, em 835 municípios. Isso sem citar a construção, reforma e ampliação de 1.634 Unidades Básicas de Saúde em todo o Estado, também realizadas pelo programa. Em outras palavras, essa é uma grande prova de que Minas Gerais vem assumindo de fato a responsabilidade de reforçar e incentivar o incremento da APS, o que favorece tanto a melhoria dos índices de saúde da família mineira como a estruturação das redes de atenção à saúde.

Também procuramos focar em algumas áreas temáticas prioritárias do ponto de vista da estratégia traçada pela SES/MG, como a saúde da mulher e da criança. No âmbito do Programa Viva Vida, até o final de 2010 já terão sido entregues à população 24 Centros Viva Vida de atendimento especializado

a mulheres, gestantes e recém-nascidos, os quais, somados às demais ações do programa – que, por exemplo, dobrou o número de UTIs neonatais do Estado –, fizeram com que a mortalidade infantil caísse 22,7%, de 2003 a 2009, em Minas Gerais.

Lembro que esse conjunto integrado de ações – que contemplam tantas outras que serão mais bem elucidadas ao longo dessa obra –, organizadas de forma sistêmica e estrategicamente embasadas, não seria possível sem a liderança e constância de propósitos do secretário Marcus Pestana, o comprometimento de toda equipe o notável empenho do Governo de Minas em assegurar a ampliação dos recursos aplicados no Sistema Estadual de Saúde, os quais passaram de R$ 692 milhões em 2003 para quase R$ 2 bilhões em 2009. Isso representa um incremento de 273% no gasto em ações e serviços de saúde no Estado, o que, somado à maior qualidade do gasto – um dos pilares do Choque de Gestão –, gerou efeitos claramente positivos sobre os níveis de saúde da população, como poderá ser constatado a seguir.

Enfim, não poderia deixar de dedicar a presente publicação a todos que, de alguma maneira, contribuíram com a construção desse sonho coletivo, hoje materializado em um sistema público de saúde muito mais presente e resolutivo na vida do cidadão de Minas Gerais. O trabalho de cada uma dessas pessoas, certamente, tem sua parcela de colaboração na busca do lugar almejado por Minas Gerais no cenário nacional, como definido por sua visão de futuro: o melhor Estado para se viver – ou, em matéria de saúde, o Estado onde se viva mais e melhor.

Antônio Jorge de Souza Marques
Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais

Capítulo 1

O CHOQUE DE GESTÃO EM MINAS GERAIS

Renata Maria Paes de Vilhena

1- Antecedentes

O ideário da Reforma do Estado surge em âmbito mundial no final dos anos 1970 e início dos anos 1980, como resposta às dificuldades pelas quais vinha passando o Estado de Bem-Estar Social em "atender com eficiência a sobrecarga de demandas a ele dirigidas, sobretudo na área social" (Brasil, 1995). Esse movimento buscou o redimensionamento do Estado, propondo mudanças institucionais que agregariam mecanismos do Mercado ao setor público. Tal concepção pressupunha que as inovações resultariam na melhora dos serviços prestados aos cidadãos. Nesse contexto, diversos países adotaram medidas para adequar seu aparato público.

No Brasil, o diagnóstico de ineficiência do Estado não foi diferente; somou-se a uma grave crise fiscal, marcada por "um período de estagnação de renda *per capita* e de alta inflação sem precedentes" (Bresser Pereira, 2006), deflagrada após o segundo choque do petróleo em 1979 e somente estabilizada em 1994 por meio do Plano Real. Esse quadro conduziu o país a uma reforma administrativa. Paralelamente, a promulgação da Constituição da República de 1988 impôs o desafio de consolidação da democracia brasileira, ao estimular "a participação cidadã e o aumento da porosidade do Estado para a definição e o cumprimento de suas funções, em um ambiente institucional marcado pela tradição autoritária e paternalista, a par de múltiplas clivagens sociais" (Vilhena *et al.*, 2005).

Assim como a maioria dos entes federados, o Estado de Minas Gerais sofreu o impacto desse processo. Ao final de 2002, constatou-se um *déficit* orçamentário fiscal de R$ 874 milhões, e o orçamento para 2003 indicava

déficit estrutural de R$ 1,4 bilhão. Ademais, a folha de pessoal representava 73% das receitas correntes líquidas previstas para 2003, e outros 15% seriam consumidos com amortização e encargos da dívida pública interna e externa. A dívida com a União era da ordem de R$ 35,28 bilhões.

Tal quadro tem sua gênese no início dos anos 1980, como consequência do aumento da taxa de juros e da queda da arrecadação fiscal e dos investimentos federais e das empresas estatais. Se, por um lado, as receitas estaduais passavam por um achatamento, as despesas aumentavam substancialmente, principalmente em razão do aumento da despesa de pessoal e previdenciária, promovendo um desequilíbrio fiscal (Neves, 2010).

Como se vê, o cenário apresentado apontava para a necessidade de uma reforma institucional estadual, consubstanciada no saneamento das contas públicas. Foi considerada, portanto, como "emergencial a adoção de práticas que modernizassem e modificassem o padrão de comportamento da Administração Pública estadual" (Melo *et al.*, 2007). Para tanto, foram implantados no Estado diversos pressupostos da Administração Pública Gerencial, a partir do chamado "Choque de Gestão".

2- A primeira Geração do Choque de Gestão em Minas Gerais e na Secretaria de Estado de Saúde

O Choque de Gestão foi definido como "o conjunto integrado de políticas de gestão públicas orientadas para o desenvolvimento" (Vilhena *et al.*, 2006) e pretendeu provocar a reflexão sobre a necessidade de transformar o modelo burocrático, centralizado e lento da administração pública em uma nova modalidade de gerenciamento focado nos resultados para atender às demandas da sociedade. A primeira geração consistiu em um conjunto de medidas orientadas para o ajuste estrutural das contas públicas e iniciativas voltadas para a geração de um novo padrão de desenvolvimento, tendo a inovação na gestão como elemento de sustentabilidade. A linha mestra adotada era gastar menos com o próprio Estado e mais com o cidadão (Minas Gerais, 2003).

Desse modo, o Choque de Gestão sustentou-se em três grandes pilares: alcançar o equilíbrio fiscal, por meio da efetiva disciplina financeira, que, por determinação legal, proíbe concessões de orçamento sem uma relativa fonte de receita para fazer frente aos gastos; intensificar o esforço de geração de receitas; e melhorar a qualidade da gestão, reduzindo os gastos e planejando as prioridades orçadas em bases realistas. Para implantar as medidas necessárias à realização desse conjunto de políticas, houve a reestruturação orgânica do Poder Executivo, por meio da publicação de 111 Leis Delegadas, e o número de secretarias foi reduzido de 21 para 15. Destaca-se nessa reestruturação a

criação da SEPLAG, que passou a constituir o órgão responsável pela coordenação e condução do Choque de Gestão.

A concepção da reforma foi consubstanciada no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), documento que estabeleceu a estratégia de governo de longo prazo. Em 2003, o PMDI foi reformulado, estabelecendo-se uma nova visão de futuro – tornar Minas Gerais o melhor lugar do país para se viver em 2020 (Minas Gerais, 2003). Foi definida ainda uma carteira de 31 Projetos Estruturadores denominada GERAES (Gestão Estratégica de Recursos e Ações do Estado), com o propósito de se atingirem resultados concretos alinhados à visão de futuro. Esses projetos teriam prioridade de repasse dos recursos previstos no orçamento e um gerenciamento intensivo por parte da SEPLAG, possibilitando uma avaliação da aderência dos recursos à estratégia e agilidade e tempestividade na adoção de medidas corretivas necessárias (Vilhena *et al*., 2006). Destaca-se o projeto estruturador "Choque de Gestão, Pessoas e Qualidade e Inovação na Administração Pública", cujo objetivo era melhorar a qualidade dos serviços públicos, mediante a reorganização da estrutura institucional e do modelo de gestão do Estado (Vilhena *et al*., 2006).

Essa reestruturação administrativa e de gestão representou o pilar de sustentação para o alcance dos objetivos finalísticos constantes da Agenda de Prioridades de Governo. Dentre os 10 objetivos definidos na referida Agenda, merece ênfase o de melhorar e ampliar o atendimento ao cidadão, por meio da oferta de serviços públicos de qualidade, especialmente na educação, saúde e habitação (Minas Gerais, 2003). Para a realização de tal objetivo, as Orientações Estratégicas na área de saúde estabelecidas no PMDI foram assim definidas: reorganização da oferta em relação à demanda, promovendo equidade, qualidade e ordenamento dos fluxos assistenciais; e 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:

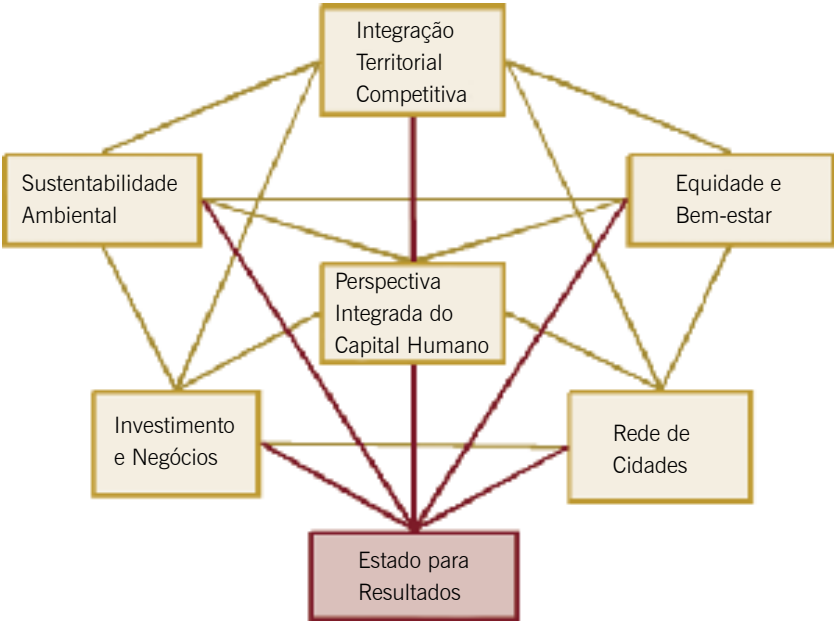
- regionalizar a oferta de serviços de acordo com a demanda, proporcionando ganhos de escala (Plano Diretor de Regionalização e Plano Diretor de Investimentos);
- enfatizar as ações preventivas mediante expansão do Programa Saúde da Família;
- ampliar a assistência farmacêutica, com ênfase em doenças 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).

3- A Reformulação da Estratégia de Longo Prazo e a Segunda Geração do Choque de Gestão

Em 2007, houve a continuidade da reforma implementada no período de 2003 a 2006. O objetivo traçado para o segundo período foi o de consolidar e institucionalizar a reforma. Assim, a estratégia adotada para os próximos 17 anos foi a de "Desenvolvimento", sustentada por iniciativas de vários atores da sociedade: o Estado, a iniciativa privada e a sociedade civil organizada. A referida estratégia foi desdobrada em um conjunto de seis estratégias setoriais que formam o núcleo propulsor do processo de transformação de Minas Gerais, apresentadas na figura seguinte. A sétima estratégia setorial definida – Estado para Resultados – tem como objetivo dar sustentabilidade à execução das demais, uma vez que pretende garantir um aparelho estatal eficiente e que promova a plena conversão dos gastos governamentais em resultados efetivos e mensuráveis (Minas Gerais, 2007). As aludidas estratégias são representadas na Fig. 1 pelo "Diamante da Estratégia de Desenvolvimento", dadas grande inter-relação, complementaridade e articulação entre elas:

Figura 1: Estratégia de desenvolvimento de Minas Gerais no horizonte 2007 a 2023



Fonte: Minas Gerais, 2007.

Para a materialização dessa estratégia, foram identificadas 11 Áreas de Resultados, "núcleos focais" de concentração dos melhores esforços e recursos visando às transformações e às melhorias desejadas na realidade. Cada área agrega os principais desafios, objetivos e metas para a administração pública, bem como iniciativas essenciais para transformar a estratégia em resultados efetivos. Duas dimensões complementares do Estado para Resultados, a Qualidade Fiscal e a Gestão Eficiente, contendo metas de desempenho para a administração, são os pilares para a realização dos resultados. A interligação da Visão de Futuro com as Estratégias de Desenvolvimento e com as Áreas de Resultados está representada no seguinte Mapa Estratégico:

Figura 2: Mapa estratégico de Minas Gerais

Fonte: Minas Gerais, 2007.

Para cada área de resultados foi definido um rol de objetivos estratégicos e resultados finalísticos e está sendo alvo da intervenção de um Grupo de Projetos Estruturadores (Minas Gerais, 2007). Nesse arranjo, a sociedade teria informações sobre o ônus e o resultado esperado das políticas públicas.

Constata-se que, não obstante as ações no âmbito da saúde estejam presentes em várias áreas de resultados, elas se concentram na área "Vida Saudável". Para consecução dos objetivos estratégicos dessa área de resultados, foram definidos três projetos estruturadores: Rede Viva Vida: projeto de redução da mortalidade infantil e materna; Saúde em Casa: programa de fortalecimento de Atenção Primária à Saúde; e Regionalização da Atenção à Saúde: programa que tem como objetivo fortalecer a regionalização cooperativa da atenção no SUS, garantindo a implantação de redes, com todos os seus componentes, incluindo os sistemas logísticos e de apoio.

Além de ações finalísticas na área da saúde, foram executadas ao longo da implementação do Choque de Gestão ações buscando modernizar sua área de gestão. Na área de gestão de pessoas, foram reestruturadas todas as carreiras do Grupo de Saúde por meio da Lei n.º 15.462 (Minas Gerais, 2005) e instituídas novas tabelas salariais. Ademais, para adequar sua estrutura organizacional aos novos objetivos traçados no PMDI, a SES

passou, ao longo de 2003 a 2009, por várias reestruturações. Em relação aos Acordos de Resultados, a Secretaria de Estado de Saúde assinou seu primeiro documento em 2005 e teve acordos vigentes em todos os anos subsequentes. Os resultados na SES foram, nos termos da legislação vigente, sempre satisfatórios (Neves, 2010).

Pode-se inferir que, na Secretaria de Estado de Saúde, o Choque de Gestão trouxe resultados positivos para a sociedade mineira. Registra-se uma redução de 17,6% da taxa de mortalidade infantil em 2003 para 13,8% em 2009 (Minas Gerais, 2010), seguindo a tendência decrescente registrada para o Brasil. Cabe destacar, ainda, a ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família, que atua diretamente na Atenção Primária à Saúde. Em 2008, Minas Gerais tinha uma cobertura nominal de 63,2% da população mineira, acima da média nacional, que era de 49,5%, de acordo com dados do Ministério da Saúde.[1]

Dessa forma, ressalta-se que a experiência do Choque de Gestão mineiro, em especial o Choque de Gestão na Saúde, demonstra o quão importante é a adoção de modelos de governança para o atingimento de resultados alinhados aos objetivos estratégicos governamentais, que visam precipuamente maximizar e melhorar as entregas para a sociedade.

4- Referências

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE). *Plano diretor da reforma do Estado*. Brasília, DF: Mare, 1995.

BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos. Da administração pública burocrática à gerencial. In: BRESSER PEREIRA, Luiz Carlos; SPINK, Peter. *Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial*. 7. ed. Rio de Janeiro. Editora FGV, 2006.

MELO, Frederico César Silva; NEVES, Fernanda de Siqueira. *O Estado para resultados em Minas Gerais: inovações no modelo de gestão.* XII Congresso Internacional del CLAD sobre La reforma del Estado y la Administración Pública. Santo Domingo, 2007.

MINAS GERAIS. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado*. 2003.

MINAS GERAIS. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado*. 2007.

MINAS GERAIS. *Caderno de Indicadores*. 2010.

MINAS GERAIS. Lei n.º 15.462, de 13 de janeiro de 2005. *Institui as carreiras do grupo de atividades de saúde do Poder Executivo.*

NEVES, Fernanda de Siqueira. *A participação e o envolvimento dos servidores como fatores críticos para a implementação de um processo de mudança organizacional:*

[1] Extraído do site <http://www.agendademelhorias.org.br/>.

Um estudo de caso no Governo do Estado de Minas Gerais. 131f. Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

VILHENA, R.; ATHAYDE, L. A. *Choque de Gestão na administração pública*. X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Santiago, Chile, 2005.

VILHENA, R.; MARTINS, H. F.; MARINI, C.; GUIMARÃES, T. B. *O Choque de Gestão em Minas Gerais: políticas de gestão pública para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

Capítulo 2

A GESTÃO ESTRATÉGICA APLICADA À SAÚDE EM MINAS GERAIS

Antônio Jorge de Souza Marques
Francisco Antônio Tavares Júnior
Eugênio Vilaça Mendes
José Maria Borges

1- O Início das Transformações

Minas Gerais passa, desde 2003, por uma revolução na governança pública. No primeiro período governamental, o Choque de Gestão de primeira geração objetivou superar a crise fiscal do Estado; no segundo período, o Choque de Gestão de segunda geração buscou produzir resultados tangíveis para a população mineira por meio do Estado para Resultados. Essa estratégia vem produzindo importantes resultados, contribuindo para a elevação do padrão de desenvolvimento do Estado.

Trata-se de uma mudança na forma de governar, valorizando a gestão como ponto principal da ação governamental e pilar de sustentação das políticas públicas desenvolvidas.

Neste sentido, o governo de Minas tem trabalhado uma gestão com caráter dual, combinando estratégias de enfrentamento da crise fiscal e de superação de adversidades econômicas (dimensão emergencial e impacto imediato) com a formulação de estratégias sustentáveis e de longo prazo orientadas para a garantia de resultados para a sociedade (dimensão estruturante e transformadora da realidade).

O desafio atual vem sendo consolidar em Minas Gerais um Estado capaz de executar as estratégias governamentais de forma efetiva e eficiente, promovendo a conexão entre os gastos públicos e os resultados esperados.

Tão ou mais importante que saber quanto um governo investe é verificar se este investimento proporciona benefícios e resultados tangíveis para a sociedade. Diversas decisões no âmbito do Sistema Único de Saúde ainda são tomadas sem o suporte adequado de informações.

Conforme o modelo de gestão proposto pelo Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GesPública) (2010, p. 16):

> A tomada de decisões e a execução de ações devem estar suportadas por medição e análise do desempenho, levando-se em consideração as informações disponíveis, além de incluir os riscos identificados [...]. As informações e dados definem tendências, projeções e causas e efeitos e devem, portanto, subsidiar o planejamento, a avaliação, a tomada de decisões e a implementação de melhorias.

Existe no SUS um grande número de sistemas de informação em saúde com, capacidade de gerar uma infinidade de dados e informações relativas à saúde da população, financiamento e organização dos serviços. Contudo, esses sistemas encontram-se difusos e com lógicas próprias de alimentação e dispersão de dados. Portanto, são poucos aqueles sistemas que comunicam entre si, e muitos deles geram informações redundantes e, em alguns casos, até contraditórias.

Tende-se a considerar que informação é um coletivo de dados; porém, não o é. Um conjunto de dados somente irá constituir uma informação se, para o indivíduo que o recebe, possuir algum significado, o qual é determinado pelo próprio contexto em que aquela pessoa se insere. Se determinados dados não possuírem significado algum, eles simplesmente são desprezados.

A informação é matéria-prima para as organizações e as auxiliam a sobreviver no mercado competitivo. Dessa forma, além dos importantes avanços destacados nos referenciais de planejamento é importante reafirmar ainda os avanços no monitoramento e destacar importantes resultados entregues à sociedade.

2- O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) e o Mapa Estratégico da SES/MG

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) foi elaborado em 2003 e serviu de referência para a primeira geração do Choque de Gestão do Governo de Minas Gerais. Em 2006 fez-se a revisão do PMDI, com algumas questões fundamentais: "Onde estamos?" fundamentou-se em documentos de políticas para diagnosticar a situação do Estado, explicitar informações estratégicas e mapear condicionantes do futuro; "Aonde podemos chegar?" fundamentou-se na definição de quatro cenários num horizonte de prospecção de 2007 a 2023; "Aonde queremos chegar?" fundamentou-se na definição da visão de futuro; "Como vamos chegar lá?" fundamentou-se no processo de construção da estratégia de desenvolvimento do Estado.

Após a revisão, foi publicado um novo PMDI, que, apesar de refinar a estratégia, mantém a mesma visão de futuro proposta em 2003: "Tornar Minas o melhor Estado para se viver", prolongando o horizonte temporal até 2023.

Esse refinamento resultou na definição de uma estratégia de desenvolvimento para o Estado e culminou na configuração de sete objetivos estratégicos de longo prazo, de 11 áreas de resultados e de dois alicerces sobre os quais se estrutura o Estado para Resultados.

Cada área de resultado está integrada por Programas Estruturadores, Programas Associados e Programas Especiais. Os Programas Estruturadores são os programas estratégicos de cada área de resultados, com prioridade de execução e garantia de aporte dos recursos previstos, com gerenciamento unificado e articulação das ações. São eles que compõem o eixo fundamental de atuação do governo. Os Programas Associados são aqueles que, em associação com os Programas Estruturadores, colaboram sinergicamente para o alcance da visão de futuro e dos objetivos estratégicos do plano. Os Programas Especiais não apresentam identificação evidente no Mapa Estratégico das Áreas de Resultados, mas são importantes por contemplarem ações setoriais complementares às ações dos Projetos Estruturadores e dos Programas Associados.

O planejamento estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais articula-se com o PMDI e com a área de resultado Vida Saudável, por meio do Mapa Estratégico mostrado na Fig. 1.

Figura 1: O Mapa Estratégico da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais

Fonte: SES.

A visão da SES deriva-se do PMDI "Minas Gerais, o melhor Estado para se viver" e de sua missão de "Formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS" e expressa-se assim: "Ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor".

A visão do mapa estratégico na perspectiva da sociedade apresenta duas dimensões: viver mais e viver melhor. Para definir as implicações estratégicas dessas duas dimensões, procurou-se questionar, a partir da análise da situação de saúde do Estado, de que morrem e adoecem os mineiros.

Essa análise, feita a partir dos anos de vida perdidos por morte prematura (YLL), mostrou que 30% das causas dessas mortes são por doenças do aparelho circulatório; 18% são por causas externas e 8% por condições do período perinatal. Esses dados levaram à definição dos problemas a serem enfrentados para que se viva mais no Estado: as doenças do aparelho circulatório e o diabetes, as causas maternas e perinatais e as causas externas. A partir dessa análise, definiram-se os objetivos estratégicos relativos ao viver mais. Em relação à elevada mortalidade por doenças do aparelho circulatório e diabetes: ampliar a longevidade da população adulta com doenças cardiovasculares e diabetes. Em relação à elevada mortalidade por causas maternas e perinatais: reduzir a mortalidade infantil. Em relação à elevada mortalidade por causas externas: ampliar a longevidade da população adulta por causas externas.

A análise da situação de saúde mostrou uma transição demográfica acelerada convivendo com elevada incapacidade funcional das pessoas idosas. Isso levou à definição do objetivo estratégico relativo ao viver melhor, que é aumentar a capacidade funcional das pessoas idosas (Meira, 2007).

Para que esses objetivos estratégicos possam ser cumpridos, no âmbito dos processos, definiu-se que a resposta social do SUS em Minas Gerais às grandes situações-problema seria feita por meio da implantação de redes de atenção à saúde:

- A situação-problema da elevada mortalidade por doenças do aparelho circulatório e diabetes: a Rede Hiperdia de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes e a Rede de Urgência e Emergência.
- A situação-problema da mortalidade infantil em queda, mas com 70% de causas evitáveis e fortes desigualdades regionais: a Rede Viva Vida de atenção integral às mulheres e às crianças.
- A situação-problema de elevada mortalidade por causas externas: a Rede de Urgência e Emergência.
- A situação- problema da elevada incapacidade funcional das pessoas idosas: a Rede Mais Vida de atenção às pessoas idosas.

A situação epidemiológica, medida pelo estudo de carga de doenças em Minas Gerais, tomando-se como indicador os anos de vida perdidos por mortes prematuras (YLL), indicou que o YLL por mil habitantes teve uma taxa bruta média de 89,19 anos, no período 2004 a 2006. A proporção de anos de vida perdidos devido à mortalidade foi de 18% para o grupo I (doenças infecciosas, parasitárias, causas maternas e perinatais e deficiências nutricionais), de 66% para o grupo II (doenças crônicas) e de 16% para o grupo III (causas externas). Esse perfil de predominância relativamente forte de mortes prematuras por doenças crônicas repete-se em todo o Estado, variando de 73% nas macrorregiões Sul e Sudeste a 60% nas macrorregiões Noroeste e Nordeste.

Esses dados indicam que Minas Gerais apresenta uma transição epidemiológica singular, diferente das transições clássicas dos países desenvolvidos, que tem sido definida como tripla carga de doenças. A tripla carga de doenças envolve, coetaneamente: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como o tabagismo, o sobrepeso, a obesidade, a inatividade física, o estresse, a alimentação inadequada e outros determinantes sociais da saúde proximais; e o forte crescimento das causas externas, decorrente da urbanização e do aumento da violência.

Essa situação de saúde tem sido enfrentada de forma inadequada por um sistema de atenção à saúde fragmentado. Essa é a crise central do SUS no Estado.

A crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde, que se manifesta, em maior ou menor grau, em todos os países mundo e no Brasil e em Minas Gerais, decorre de uma incoerência entre uma situação de saúde de transição demográfica completa ou acelerada e de uma transição epidemiológica clássica nos países desenvolvidos e de dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento e o modo como se estruturam as respostas sociais deliberadas às necessidades das populações. Ocorre que a situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada, reativa e episódica.

Essa crise decorre da incongruência entre uma situação de saúde do século XXI convivendo com um sistema de atenção à saúde do século XX. Isso não deu certo nos países desenvolvidos e isso não está dando certo no Brasil, nem no setor público nem no setor privado. Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde adverte, de forma incisiva, que os sistemas de atenção à saúde predominantes em o todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona.

A explicação para essa crise está na natureza dos sistemas de atenção à saúde que se movem numa relação dialética entre fatores contextuais, como envelhecimento da população, transição epidemiológica e inovação tecnológica, e fatores internos, como cultura organizacional, recursos institucionais, sistemas de incentivo, estrutura organizacional e estilos de liderança e gestão. Os fatores contextuais, externos aos sistemas de atenção à saúde, mudam em ritmos mais rápidos que os fatores internos, que estão sob a governabilidade setorial. Isso faz com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, oportunamente, às mudanças contextuais. Nisso reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde que foram concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e eventos agudos e desconsiderando a epidemia moderna das condições crônicas.

A transição da situação de saúde, juntamente com outros fatores como o desenvolvimento científico, tecnológico e econômico, determina a transição da atenção à saúde. Por essa razão, em qualquer tempo e em qualquer sociedade, deve haver uma coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde. Quando essa coerência se rompe, como ocorre, neste momento, em escala global e em Minas Gerais, instala-se uma crise nos sistemas de atenção à saúde.

O SUS estrutura-se, no Estado, como um sistema fragmentado, voltado para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas e organizado para dar respostas reativas e episódicas às condições de saúde.

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Os sistemas fragmentados caracterizam-se por: a forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas e nas agudizações das condições crônicas por meio de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos.

A solução do problema fundamental do SUS em Minas Gerais consiste em restabelecer a coerência entre a situação de saúde de transição demográfica acelerada e de tripla carga de doenças, com predominância relativa forte de condições crônicas, e a forma como se organiza o sistema de atenção à saúde. Isso vai exigir mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado vigente por meio da implantação de redes integradas de atenção à saúde (Mendes, 2009).

As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada –, com responsabilidades sanitárias e econômicas por essa população.

As redes de atenção á saúde constituem-se de três elementos: a população, o modelo de atenção à saúde e a estrutura operacional.

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde e sua razão de ser é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. É isso que marca a atenção à saúde baseada na população, uma característica essencial das redes de atenção à saúde.

O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas. Os modelos de atenção às condições agudas convocam algum tipo de classificação de riscos e, em Minas Gerais, está se adotando o sistema de triagem de Manchester que opera com algoritmos e determinantes, associado a tempos de espera simbolizados por cinco cores e que tem sido usado em vários países. Os modelos de atenção às condições crônicas são modelos de maior complexidade que derivam, em geral, do modelo seminal de atenção crônica e que, na experiência da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, foi ampliado para abranger ações de saúde pública.

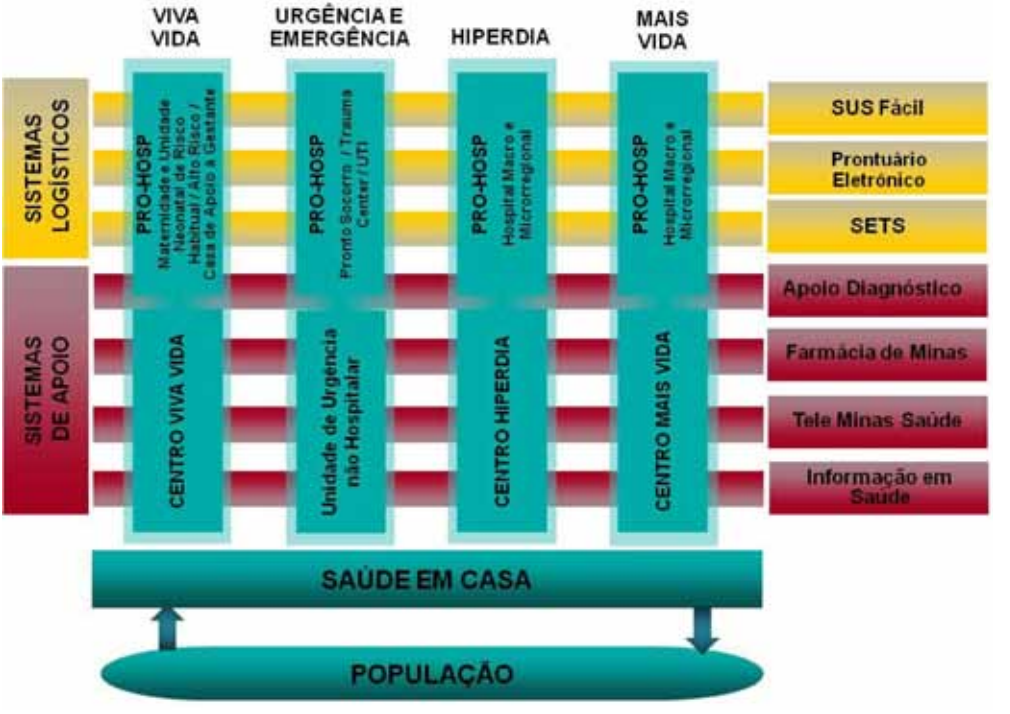
O terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. A estrutura operacional das redes de atenção à saúde compõe-se de cinco componentes: o centro de comunicação, a Atenção Primária à Saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistemas de informação em saúde, sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de assistência farmacêutica e sistemas de teleassistência); os sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, sistema de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); o sistema de governança da rede de atenção à saúde. Os três primeiros correspondem aos nós das redes; quarto, às ligações que comunicam

os diferentes nós, o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros (Mendes, 2009).

A Fig. 2 mostra a estrutura operacional das redes de atenção à saúde.

Assim, os Programas (ou seja, as respostas aos problemas identificados) da Área de Resultado Vida Saudável estão organizados da seguinte forma:

Figura 2: A estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: SAS/SUBPAS/SES/MG, 2008.

Programas Estruturadores:

- Saúde em Casa – programa de expansão e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde. As principais iniciativas relacionadas a esse programa são:
  - ⇨ Ampliação do número de equipes de Saúde da Família;
  - ⇨ Construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde;
  - ⇨ Realização de ações de qualificação dos profissionais da atenção primária, através do Plano Diretor da Atenção Primária e do Programa de Educação Permanente;

- ⇨ Implantação do registro eletrônico de saúde dos cidadãos, também conhecido como Prontuário Eletrônico;
- ⇨ Criação de uma rede de serviços de telessaúde.

- Viva Vida – programa que contempla o projeto de implantação da Rede e sua manutenção, visando garantir a redução da mortalidade infantil e materna.
- Regionalização da Atenção à Saúde – programa que tem como objetivo fortalecer a regionalização cooperativa da atenção no SUS, garantindo a implantação de redes, com todos os seus componentes, incluindo os sistemas logísticos e de apoio. As principais iniciativas relacionadas a esse programa são:
  - ⇨ Programa de Aperfeiçoamento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (Pro-Hosp) – programa de revitalização do parque hospitalar do Estado, estimulando os hospitais socialmente necessários a desenvolverem uma política de qualidade.
  - ⇨ Rede de Atenção às Urgências e às Emergências – programa de implantação e manutenção da Rede no Estado, visando o aprimoramento dos serviços de atendimentos de urgência e emergência.
  - ⇨ Rede Mais Vida – programa de implantação e manutenção da Rede Mais Vida no Estado, visando proporcionar a qualidade de vida população idosa.
  - ⇨ Rede Hiperdia – programa de implantação e manutenção da Rede no Estado, visando garantir a atenção às pessoas portadoras de doenças cardiovasculares e diabetes.
  - ⇨ Sistema Estadual de Regulação em Saúde – programa de acesso regulado à atenção à saúde.
  - ⇨ Transporte em Saúde – programa de organização do transporte de passageiros, exames e resíduos, que busca otimizar a comunicação entre os diversos pontos da Rede, garantindo à população o acesso aos serviços de saúde.
  - ⇨ Vida no Vale – Copanor – programa que visa melhorar a qualidade de vida e promover condições para a prosperidade dos 92 municípios pertencentes às bacias hidrográficas dos Rios Jequitinhonha, Mucuri e Leste, por meio da universalização dos serviços de abastecimento de água e de esgotamento sanitário, através de modelo sustentável.

⇨ Saneamento Básico: Mais Saúde para Todos – programa que visa promover a saúde por meio da implantação, ampliação e melhoria dos sistemas de abastecimento de água e de esgotamento sanitário.

Programas Associados:

- Farmácia de Minas – programa de distribuição de medicamentos e implantação da Rede de Farmácias Básicas;
- Gestão do SUS – programa que visa fortalecer componentes indispensáveis à Gestão do Sistema Único de Saúde, como o Controle Social, o Desenvolvimento de Recursos Humanos e a Tecnologia da Informação;
- Vigilância em Saúde – programa que visa garantir ações de vigilância e prevenção dos fatores de risco;
- Atenção à Saúde – programa que contempla ações voltadas para áreas como saúde mental, saúde indígena, saúde das pessoas portadoras de deficiência, etc.

Além disso, a SES/MG tem participação e relação com diversos outros Programas que não estão inseridos na área de resultados Vida Saudável, como:

- Minas Olímpica – programa que tem por objetivo educar pelo esporte, promover a cultura do esporte e da atividade física e beneficiar o cidadão por meio da oportunidade de um estilo de vida mais saudável.
- Descomplicar – programa que busca simplificar as relações entre o Estado e as empresas, tendo em vista a construção de um ambiente institucional adequado ao bom desenvolvimento dos negócios e investimentos privados.
- Travessia – programa que visa promover a emancipação social e econômica das camadas mais pobres e vulneráveis da população através da articulação de ações integradas de base local.

3- O Monitoramento e a Avaliação de Políticas Públicas

Algumas tentativas de monitoramento do desempenho organizacional no âmbito do SUS têm se mostrado limitadas, como, o Pacto da Atenção Básica e os atuais indicadores do Pacto pela Saúde, sobretudo por uma falta de categorização dos indicadores pactuados como estratégicos, táticos ou operacionais ou mesmo como indicadores de estrutura, processos e resultados.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais já tem elaborado o seu mapa estratégico, com indicadores definidos e objetivos e metas desdobradas por equipe (Acordo de 2ª etapa).

Atualmente, encontra-se em fase final de implantação o Portal de Indicadores Estratégicos e o Enterprise Project Management (EPM). O Portal de Indicadores Estratégicos possibilitará o acompanhamento dos indicadores do mapa estratégico e outros indicadores importantes para o nível gerencial da SES. O EPM é uma ferramenta que auxilia no gerenciamento intensivo de Projetos. Essas ferramentas estão sendo construídas na plataforma Microsoft, utilizando o Project Server e o Share Point. O Escritório de Projetos da SES encontra-se implantado, tendo como maior desafio atualmente a padronização da metodologia e a disseminação da cultura na SES.

Todos esses meios têm permitido identificar importantes avanços obtidos desde 2003. Há ainda muito a ser feito, mas sem dúvida resultados como a redução da mortalidade infantil e dos anos potenciais de vida perdidos pela população, a ampliação da cobertura das equipes de Saúde da Família e outros resultados que serão apresentados nos capítulos subsequentes permitem verificar que a SES/MG vem sendo bem-sucedida em suas estratégias.

A taxa de mortalidade infantil, que estima o risco de morte de recém-nascidos durante o seu primeiro ano de vida, reduziu de 17,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2003 para 13,8 óbitos por mil nascidos vivos[1], que, se confirmado no fechamento do banco de dados, representará uma redução de 21,59% na mortalidade infantil nesse período. Isso reflete, de maneira geral, melhorias das condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como na ampliação do acesso e melhora da qualidade dos serviços de saúde disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

Outro ganho para a população pode ser medido pela mensuração da Taxa de APVP (anos potenciais de vida perdidos), que indica a média, por mil habitantes, de anos perdidos por morte prematura, considerando a distância entre a idade que a morte ocorre e a expectativa de vida padrão (que é a expectativa de vida no Japão). Em Minas Gerais está pactuada a redução da Taxa de APVP por doenças do aparelho circulatório e diabetes, a qual, entre 2003 e 2008, ela foi reduzida em 21,4%, atingindo a taxa de 10,89. Esses resultados finalísticos só foram possíveis devido ao êxito nos Programas Estruturadores e Associados da SES/MG.

4- Conclusão

O SUS consolida-se, cada vez mais, como política de Estado, o que garante sua continuidade ao longo dos seus mais de 20 anos de existência.

[1] Dado referente a 2009 é preliminar, pois se refere à consulta realizada em 29/04/2010.

Juntando-se à contribuição relevante de muitos governos para os contínuos avanços de Minas Gerais na área da saúde, o Choque de Gestão implantado a partir de 2003 vem determinando mudanças significativas nas estruturas, nos processos e nos resultados do SUS no Estado.

O Choque de Gestão de primeira geração permitiu superar, de forma adequada e com rapidez, uma crise fiscal do Estado que impossibilitava uma gestão pública eficaz. Produziram-se, assim, as condições para o desenvolvimento do Choque de Gestão de segunda geração, que deve voltar-se para a consolidação das mudanças, com a produção de resultados tangíveis para os cidadãos e as cidadãs de Minas Gerais.

A principal mudança promovida na atuação do Estado na área de saúde baseia-se no conceito holístico do trabalho em rede. Esse conceito e a formação de redes estão incorporados a todos os projetos do Choque de Gestão na Saúde, interligados aos resultados constantes do PMDI e integrantes do PPAG, que serão detalhados nos capítulos deste livro

As mudanças no SUS em Minas Gerais, decorrentes do Choque de Gestão na saúde, são inegavelmente profundas e perceptíveis, produzindo resultados concretos para a sociedade e permitindo que a SES/MG possa alcançar sua visão de "ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se viva mais e melhor".

A SES/MG, ao traçar sua visão de futuro e, assim, estabelecer suas prioridades e criar as condições necessárias para o cumprimento da sua agenda programática ofereceu, bons resultados à população mineira.

5- Referências

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO – Pesquisa nacional de amostra domiciliar 2003, Minas Gerais. Belo Horizonte, CEES/FJP, 2005.

MEIRA, A. J. *Análise da situação de saúde de Minas Gerais 2007*. Belo Horizonte, SE/SVS - SES/MG, 2008.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

NEVES, A. *Novo paradigma para a gestão pública.* Estado de Minas, 28 de dezembro de 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Os cuidados inovadores para as condições crônicas.* Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

PROGRAMA NACIONAL DE GESTÃO PÚBLICA E DESBUROCRATIZAÇÃO (GesPública); Prêmio Nacional da Gestão Pública (PQGF). *Instruções para Avaliação da Gestão Pública* –2010. Brasília; MP, SEGES, 2009. Versão 1/2010. 105p.

SCHRAMM, J. M. de A. *et al.* – Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9: 897-908, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2000: health systems, improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.

Capítulo 3

SAÚDE EM CASA – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernando Santos Schneider
Helidéa de Oliveira Lima
Fernando Antônio Gomes Leles
Marco Antônio Bragança de Matos
Wagner Fulgêncio Elias

1- A Importância da Atenção Primária à Saúde (APS) e seu Papel nas Redes de Atenção à Saúde

> Os sistemas de atenção à saúde baseados numa forte orientação para a Atenção Primária à Saúde, analisados em relação aos sistemas de baixa orientação para a Atenção Primária à Saúde, são: mais adequados porque se organizam a partir das necessidades de saúde da população; mais efetivos porque são a única forma de enfrentar conseqüentemente a situação epidemiológica de hegemonia das condições crônicas e por impactar significativamente os níveis de saúde da população; mais eficientes porque apresentam menores custos e reduzem procedimentos mais caros; mais eqüitativos porque discriminam positivamente grupos e regiões mais pobres e diminuem o gasto do bolso das pessoas e famílias; e de maior qualidade porque colocam ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças e porque ofertam tecnologias mais seguras para os usuários e para os profissionais de saúde (Mendes, 2009).

Esse excerto retrata a visão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), também expressada no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) na Área de Resultados "Vida Saudável", que apresenta como um de seus objetivos "universalizar a Atenção Primária à Saúde para a população".

Numa rede de atenção à saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) ocupa a função de centro coordenador e de comunicação, responsável por coordenar os fluxos e contrafluxos do sistema de serviços de saúde.

Para desempenhar seu papel de centro de comunicação da rede horizontal de um sistema de serviços de saúde, a APS deve cumprir três papéis essenciais (Mendes, 2009):

- Resolução: visa resolver a maioria dos problemas de saúde da população;
- Organização: visa organizar os fluxos e contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;

- Responsabilização: visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em qualquer ponto de atenção à saúde em que estejam.

Além desses atributos, a APS deve orientar-se por princípios essenciais que vão garantir que ela ocupe seu papel como estratégia de reorganização dos sistemas de saúde, além de possibilitar mais qualidade do cuidado à população. São eles (Starfield, 2002): primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; coordenação; abordagem familiar; enfoque comunitário.

2- O Programa Saúde da Família (PSF)

O PSF é uma das formas de organização da Atenção Primária nos municípios. Implantado em todo o país pelo Ministério da Saúde em 1994, vem se fortalecendo, desde então, com uma grande expansão do número de equipes em funcionamento e, consequentemente, da cobertura da população, tanto no Brasil quanto em Minas Gerais.

O propósito do PSF, que, após sua fase de consolidação passa a ser chamado de estratégia de Saúde da Família, é de orientar a organização da Atenção Primária, no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, foco na família e na comunidade, intersetorialidade, descentralização (cf. Portaria n.º 648/GM, de 28 de março de 2006).

Minas Gerais é o Estado brasileiro com o maior número absoluto de equipes de Saúde da Família do Brasil. Em maio de 2010, o Estado contava com 4.050 equipes do PSF, representando uma cobertura nominal de 70% da população mineira.

Entretanto, a implantação e o funcionamento das equipes de Saúde da Família não significam necessariamente que os princípios da Atenção Primária estejam sendo concretizados. Os principais obstáculos ao melhor funcionamento da APS, apontados pela literatura e pelos gestores, são: banalização da Atenção Primária – entendendo-a como uma atenção primitiva que pode ser ofertada com poucos recursos e a regiões e populações mais pobres; infraestrutura física inadequada; falta de equipamentos; alto custo de manutenção das equipes; dificuldade de acesso à população; perfil dos profissionais inadequado ou deficiente; fragilidade do sistema de educação permanente dos profissionais; escassez e rotatividade de profissionais, em especial de médicos; formas de contratação pouco rígidas; disparidade remuneratória entre os profissionais, além da cultura das especialidades pelos profissionais e "hospitalocêntrica" pela população (Marques *et al.*, 2009).

Embora no Estado de Minas Gerais seja observado um aumento significativo do número de equipes de Saúde da Família (ver Graf. 1 e o Fig. 2 mais adiante), ainda existem problemas em relação à cobertura e, sobretudo, uma grande necessidade de melhoria da qualidade em saúde da população.

A resposta de Minas Gerais a essa situação tem a forma de um programa estratégico de governo: o Saúde em Casa.

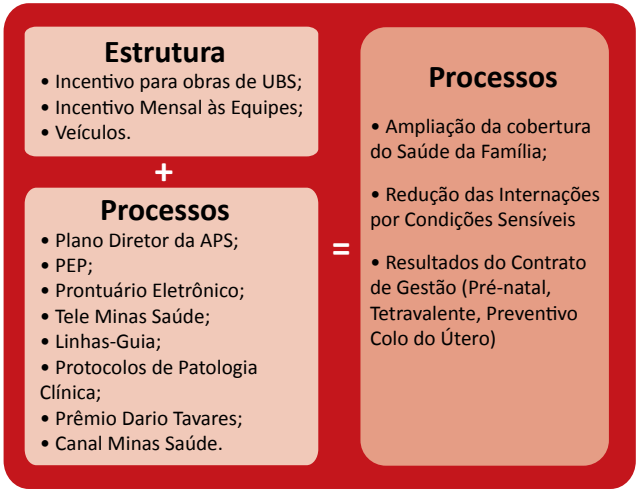
2.1- O Saúde em Casa

Lançado pelo governo estadual em 2005, o Projeto Estruturador Saúde em Casa vem desenvolvendo ações sistemáticas para promover a ampliação do acesso à APS e o incremento qualitativo de sua infraestrutura, equipamentos e processos de trabalho, com ênfase em ações de promoção, prevenção e assistência à Saúde da Família. O projeto possui como missão "universalizar a Atenção Primária à Saúde para a população SUS exclusiva e ampliar a qualidade de seus serviços, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado em que se vive mais e melhor".

Entre as suas principais ações estão: incentivo para construção e reforma de Unidades de Saúde, a normalização de estrutura física e equipamentos para APS; incentivo mensal às equipes de Saúde da Família; doação de veículos para melhor acesso da equipe de saúde à população, Prêmio Dario Tavares de "incentivo às boas práticas de organização de sistemas municipais de saúde, a partir da APS"; elaboração e divulgação das linhas-guia referentes às principais condições e patologias; o Programa de Educação Permanente (PEP); o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) e o projeto de Serviço de Registro Eletrônico em Saúde estadual.

A Fig. 1 representa os produtos do Programa Saúde em Casa concebidos para atendimento aos requisitos de estrutura, processo e resultado, segundo a proposta de avaliação da qualidade de Donabedian (1980).

Figura 1: Produtos do Programa Saúde em Casa



Fonte: LELES, 2008. GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

2.2- Produtos para Melhoria da Estrutura da APS

Em março de 2005, quando da criação do Programa Saúde em Casa, foram disponibilizados aos municípios de Minas Gerais, inicialmente, os produtos relacionados à melhoria da estrutura das equipes do Programa Saúde da Família, dispostos na Resolução SES/MG n.º 661/05 e na Resolução SES/MG n.º 760/05. Nesse período, iniciou-se a concessão, observando-se os critérios equitativos dos seguintes produtos: incentivo mensal para o custeio das equipes de Saúde da Família; recurso para a realização de obras para construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e doação de veículos para transporte das ESF.

Os produtos para melhoria da estrutura da Atenção Primária à Saúde foram definidos com base no diagnóstico da baixa resolutividade em função da densidade tecnológica, das desigualdades em saúde e da infraestrutura inadequada.

Precedendo a criação do Saúde em Casa, foi elaborado, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pela Fundação João Pinheiro (FJP), um Fator de Alocação (FA) dos recursos em saúde, que foi construído a partir da associação de dois índices:

- Índice de Necessidade em Saúde (INS) – indicador composto de um conjunto de seis variáveis epidemiológicas e socioeconômicas;
- Índice de Porte Econômico (IPE) – corresponde ao valor *per capita* do ICMS de cada município, trabalhado por uma expressão logarítmica. Esse índice expressa a capacidade do município em financiar, com recursos próprios, os cuidados com a saúde de seus cidadãos.

O FA possibilitou a classificação dos municípios em ordem crescente. A distribuição foi dividida em quatro partes iguais (quartis), o que resultou em quatro grupos descritos na Tab. 1:

Tabela 1: Fator de alocação e base de repasse por ESF – 2005

Grupo	Fator de alocação	Valor do incentivo (R$)
1 (1º quartil)	1,0805 a 1,3364	1.000,00
2 (2º quartil)	1,3364 a 1,4392	1.250,00
3 (3º quartil)	1,4392 a 1,5893	1.750,00
4 (4º quartil)	1,5893 a 2	2.000

Fonte: Resolução SES/MG n.º 661/2005.

Os municípios classificados no Grupo 1 são aqueles que têm menor necessidade relativa de recursos; os do Grupo 4 são os que têm maior necessidade e, por isso, receberão mais aporte financeiro por equipe.

No que se refere ao aspecto quantitativo, a SES/MG, por meio do repasse de recursos do fundo estadual para o fundo municipal, a título de incentivos de custeio e investimento, busca possibilitar o aumento do número de ESF e, consequentemente, a cobertura populacional.

No que tange ao aspecto qualitativo, estão previstos investimentos que contemplam o repasse de recursos mediante resoluções para a realização de intervenções sobre a estrutura física e aquisição de equipamentos. Assim, proporciona-se melhor estruturação das unidades, qualificando-as para a atuação dos profissionais e a boa prestação de serviços ao cidadão. O governo do Estado elaborou uma proposta mínima de área física e equipamentos para as UBS.

Incentivo Financeiro às Equipes

Buscando apoiar os municípios no custeio das atividades das equipes, é disponibilizado mensalmente, de acordo com o Fator de Alocação, o incentivo financeiro por equipe de PSF, buscando promover o princípio da equidade. A partir de 2010, também é considerado como critério para o repasse o cumprimento de indicadores de avaliação quadrimestral, incentivando ainda mais a gestão por resultados que melhorem a vida dos mineiros. De 2005 a 2010, já foram repassados quase R$ 300 milhões a mais 4.000 equipes.

Com esse incentivo os municípios podem custear as equipes de PSF com a aquisição de:

a) material permanente;
b) material de consumo;
c) medicamentos básicos;
d) construção, reforma e/ou ampliação de Unidades Básicas de Saúde em imóvel público, desde que respeitando as normas da resolução vigente que dispõe sobre o Programa Físico das Unidades Básicas de Saúde;
e) manutenção de equipamentos;
f) ações educacionais.

Incentivo para obras de Unidades Básicas de Saúde (UBS)

Trata-se do maior programa de financiamento de obras na APS do país. Foram financiadas 1.249 unidades entre os anos 2005-2008 e mais 380 no biênio 2009-2010, totalizando um investimento aproximado de R$ 293 milhões. Ao todo foram beneficiadas 1.844 equipes de PSF, estendendo essa melhoria de infraestrutura para cerca de 6,4 milhões de mineiros atendidos por essas equipes beneficiadas.

A normalização das UBS foi publicada pela SES/MG na Resolução SES/MG n.º 1.797, de 13 de março de 2009. Visando garantir segurança para os

profissionais de saúde, qualidade e conforto aos usuários, são normalizadas quatro modalidades: UBS para uma, duas ou três equipes e UBS-Apoio, para garantir acesso aos serviços o mais próximo possível da casa das pessoas.

Merecem destaque as inovações inseridas na metodologia de transferência de recursos e no acompanhamento das contemplações do Programa, com o seu amadurecimento. A segunda grande contemplação, nos anos 2007 e 2008, introduziu a transferência de parte do recurso no primeiro ano de exercício e o restante no segundo. Essa alteração permitiu que o dobro de municípios fosse contemplado e iniciasse suas obras já em 2007. Dessa maneira, a SES/MG proporcionou que o andamento das mais de 600 obras fosse acelerado.

A fim de monitorar o investimento em infraestrutura, a SES/MG implantou um sistema de monitoramento de obras, por meio de todas as 28 Gerências Regionais de Saúde (GRS), com visitas trimestrais a cada unidade, demarcando estágios de construção e os documentando com fotos da infraestrutura.

Na contemplação atual, por meio da Resolução SES n.º 1.904/2009, foram criados mecanismos para engatilhar o pagamento das parcelas, condicionando-os ao alcance de estágios importantes do cronograma de execução da obra e, assim, majorando seu monitoramento.

Nessa resolução, a SES/MG passou a transferir a primeira parcela no momento em que os contemplados apresentassem a comprovação de propriedade do imóvel e o projeto arquitetônico aprovado conforme diretrizes da Resolução n.º 1.797/2009. Já a segunda parcela seria transferida com a comprovação do erguimento da fundação, para as respectivas UBS. Houve ainda a introdução de um terceiro estágio de monitoramento, com o envio de documentação pelo contemplado para o recebimento da última parcela, no acabamento.

Desde a criação do Projeto Saúde em Casa, 832 municípios foram contemplados com recurso para a melhoria da infraestrutura, o que corresponde a 97,53% dos municípios mineiros. Todo esse esforço, realizado em parceria com os municípios beneficiados, certamente proporcionará um salto de qualidade para a Atenção Primária à Saúde me Minas Gerais.

Doação de veículos

Reconhecendo uma das maiores dificuldades para a execução de ações da APS, a SES/MG doou, aos municípios mineiros, veículos para garantir o acesso dos profissionais das equipes de Saúde da Família aos domicílios de sua área de abrangência, em especial àqueles em que residam usuários com dificuldades de locomoção, idosos e acamados.

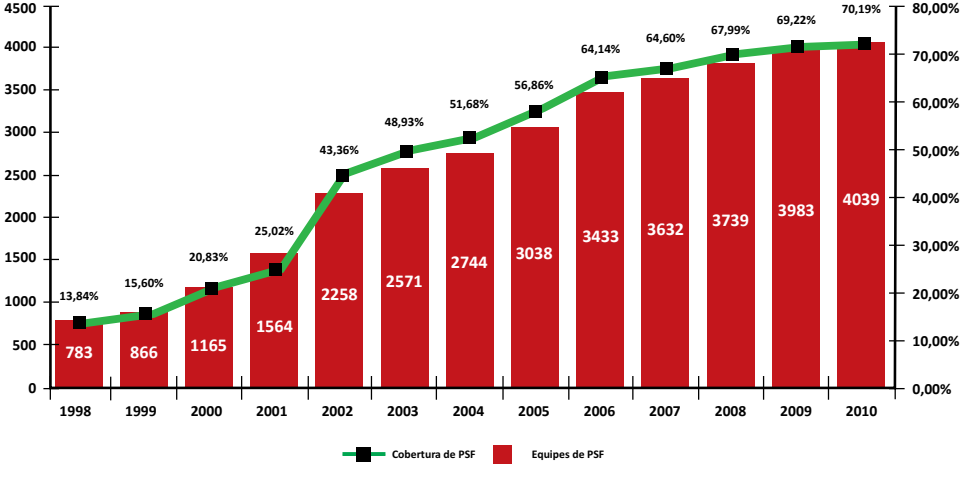
Doados na proporção de um veículo para cada cinco ESF ou fração, esse produto do Saúde em Casa beneficiou as equipes mineiras com 997 veículos, num total de 17 milhões de reais investidos pelo Tesouro Estadual.

Figura 2: Distribuição de veículos para as ESF – 2006

Fonte: ACS/SES/MG.

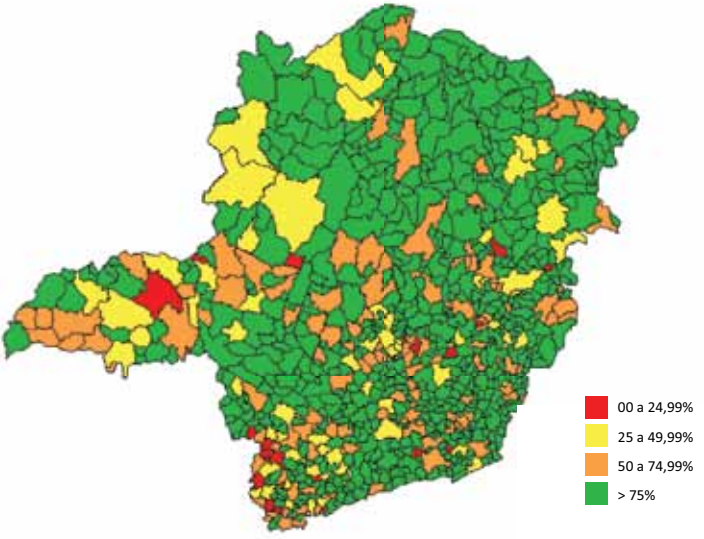
2.3- Resultados Alcançados

Gráfico 1: Evolução do PSF em Minas Gerais – 1998-2010



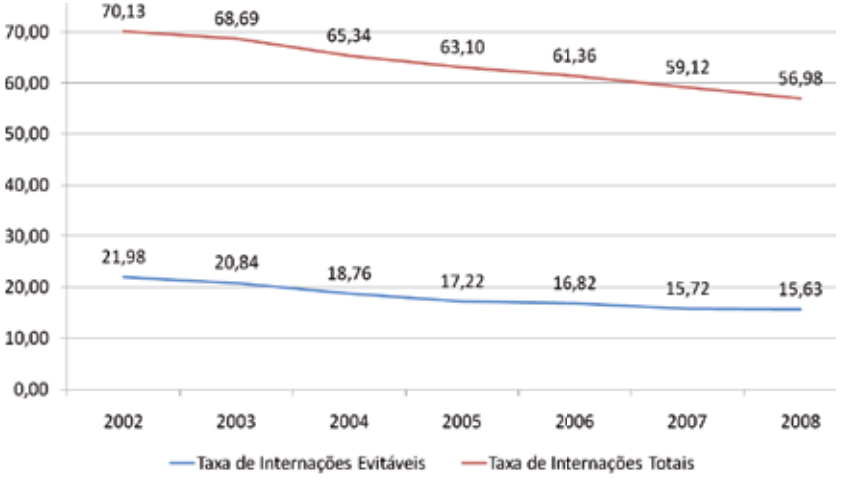
Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

Figura 3: Cobertura de PSF nos municípios mineiros – maio 2010



Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

Gráfico 2: Redução da taxa de internações sensíveis à atenção ambulatorial – 2002-2008



Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

Tabela 2: Investimento estadual em infraestrutura pelo Programa Saúde em Casa – 2005-2010

ANO	2005/2006	2007/2008	2009/2010	TOTAL
UBS	606	643	380	1.629
ESF beneficiadas	606	673	565	1.844
Investimento (em milhões de R$)	89,5	87,7	116, 5	293,7

Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

3- Produtos para Melhoria dos Processos da APS

3.1- A Revisão das Linhas-Guia de Atenção à Saúde

Elaboradas a partir de 2002, as Linhas-Guia de Atenção à Saúde da SES/MG passam por um período de revisão sistemática, visando à sua adequação às mais recentes evidências clínicas e ao Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS (Fig. 4).

Uma característica marcante nesse processo é a sua clara orientação para a equipe multiprofissional da APS. As linhas-guia contemplam os profissionais da equipe em suas ações de prevenção e de cuidado para as principais condições e patologias.

Além disso, há uma seção para orientação da organização de processos que contém ferramentas que possibilitam a estruturação do trabalho na APS, como organização da agenda, programação de ações e de insumos e a organização da rede de atenção.

A revisão das linhas-guia está sendo coordenada pela Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade, que atua em parceria com profissionais das especialidades abordadas e das diferentes profissões que compõem a equipe de saúde.

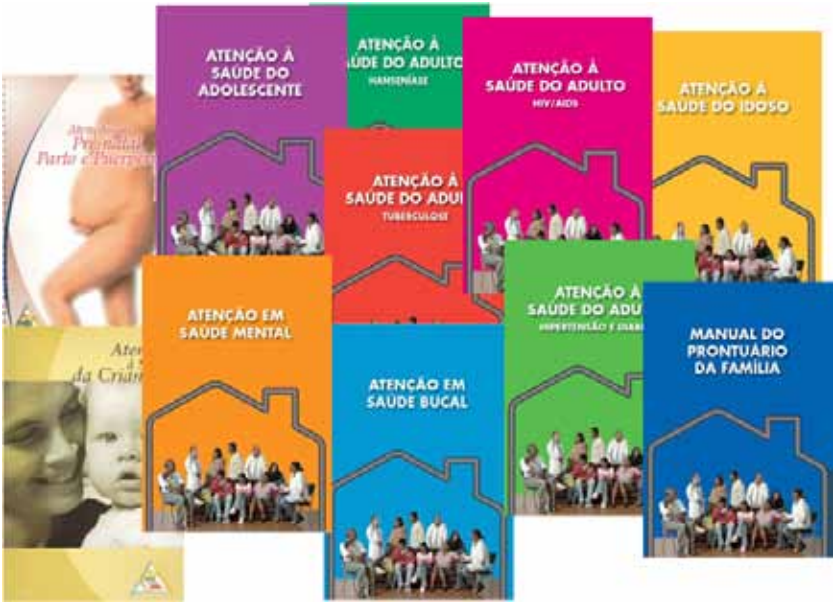
Resultados Alcançados

- A elaboração e a publicação das Linhas-Guia de Atenção à Saúde é a base de um processo de educação e mudança de comportamento do profissional de saúde e da população e tem permitido a atualização de conhecimentos e o aperfeiçoamento da prática dos profissionais da APS em Minas Gerais, contribuindo na redução da mortalidade e da morbidade e na melhoria da APS.
- As diretrizes clínicas da SES/MG têm possibilitado a organização da APS com base em critérios para padronização e dimensionamento

da necessidade de saúde, programação das ações, contratualização e monitoramento.

- A SES/MG efetuou a distribuição de três linhas-guia por equipe de PSF, tendo distribuído entre 2005 e 2010 mais de 130 mil exemplares aos profissionais da APS, considerando todas as 11 edições.

Figura 4: Linhas-guia



Fonte: SAS/SUBPAS/SES/MG, 2007.

3.2- O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

Toda a atuação da SES/MG nos municípios é orientada pelo Plano Diretor da Atenção Primária (PDAPS), que vem sendo desenvolvido nas microrregiões de saúde por uma ação coordenada da SES/MG e das Secretarias Municipais de Saúde (PDAPS, 2009).

A metodologia de implantação do plano se baseia em oficinas educacionais, construídas com base nos princípios andragógicos da educação de adultos.

A Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP/MG) é a responsável pela celebração de Acordos de Cooperação Técnico-Educacional com as universidades regionais, que selecionam tutores que devem planejar e conduzir, em integração com as Gerências Regionais de Saúde (GRS), as oficinas microrregionais de replicação de conteúdos. Nas oficinas microrregionais, são capacitados facilitadores municipais, que têm a missão de levar os conteúdos do PDAPS às equipes

de saúde de seus municípios e assessorar a implantação dos instrumentos das oficinas em cada uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Estado.

A primeira etapa de implantação do PDAPS é composta de 10 oficinas (Figura 5), com período de dispersão de cerca de dois meses entre cada evento, para aprofundamento dos estudos e implantação dos instrumentos:

Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde: debate sobre os aspectos conceituais da gestão da clínica e fundamentos das redes de atenção à saúde, competências de cada ponto de atenção, dos sistemas de apoio diagnóstico, terapêutico, logístico e de governança, incutindo os princípios de organização da atenção e dimensionamento dos serviços a partir das necessidades de saúde da população.

Oficina 2 – Análise da Atenção Primária: reflexão sobre o estágio de desenvolvimento das equipes e do sistema municipal de saúde, identificando as lacunas e elaborando os Planos Locais e Municipais de Fortalecimento da Atenção Primária, em consonância com o Plano Municipal de Investimentos na Atenção Primária.

Oficina 3 – Diagnóstico Local: metodologias de territorialização, (re) cadastramento e levantamento de problemas das famílias e estratificação por grau de risco social e clínico, analisando os perfis territorial-ambiental, demográfico, socioeconômico, epidemiológico e assistencial. Disponibilização de instrumentos para sistematização do conhecimento da população adscrita pelas equipes de Atenção Primária e da situação de saúde do município e da microrregião. O instrumento maximiza o papel de coordenação da rede a ser desempenhado pela Atenção Primária, já que torna possível o planejamento dos serviços a serem prestados nos outros pontos de atenção a partir do dimensionamento das necessidades da população adscrita e da organização, por meio da regulação, dos fluxos de encaminhamento à Atenção Secundária e terciária dos usuários com grau de risco.

Oficina 4 – Atenção Programada: valendo-se do conhecimento das competências a serem desempenhadas na rede, dos princípios da Atenção Primária, da população adscrita e sua situação de saúde, as equipes são levadas à aplicação dos parâmetros propostos nas linhas-guia para reorganizar, de forma humanizada, a prestação de serviços e elaborar a agenda dos profissionais a partir das necessidades dessa população. Para o planejamento das ações, a equipe deve utilizar o instrumento eletrônico de programação, considerar sua capacidade de atendimento potencial e determinar as metas de cobertura a serem pactuadas com a gestão municipal e com a comunidade. Assim, é possível saber quanto tempo cada profissional deveria dedicar para atendimento a cada ciclo de vida e condição de saúde, o tempo que deve ser reservado para atividades de educação permanente, entre outras.

Oficina 5 – Atenção à Demanda Espontânea: mesmo em sistemas com mais alto desenvolvimento da atenção programada, é sempre necessário que se reserve parte da agenda das equipes de saúde para o atendimento aos momentos de agudização e à demanda espontânea da população. Nesta oficina é disponibilizada metodologia de acolhimento com classificação por grau de risco nas UBS para urgência e emergência.

Oficina 6 – Abordagem Familiar: a partir da relação equipe-família e dos ciclos de vida, discutem-se os critérios e a operacionalização prática da abordagem familiar, introduzindo instrumentos de abordagem familiar como: Genograma, Ciclo de Vida Familiar, Practice, Firo e Conferência Familiar.

Oficina 7 – Contrato de Gestão: considerando a programação das ações elaborada pelas equipes, esta oficina propõe instrumento para a celebração de contratos de gestão entre os municípios e suas equipes e profissionais, que considere o alcance das metas pactuadas, a estrutura de incentivos para a melhoria da qualidade, inclusive com a possibilidade de gratificações por desempenho. É a consolidação da proposta do "Estado para Resultados", quando todas as equipes estarão prestando serviços de qualidade e de acordo com as necessidades de saúde da população;

Oficina 8 – Sistema de Apoio Diagnóstico: baseando-se nos protocolos de Exames Laboratoriais de Patologia Clínica, orienta os municípios na organização de processos de trabalho para coleta e processamento dos principais exames da APS, além de programar a oferta destes, conforme os parâmetros das linhas-guia.

Oficina 9 – Prontuário da Família: para que um prontuário centrado na família? Como ele funciona e qual sua estrutura? Essas questões são o conteúdo do Manual do Prontuário da Família. A oficina aborda ainda o acompanhamento familiar, as consultas e o atendimento por ciclo de vida.

Oficina 10 – Monitoramento: discute a função de "responsabilização" da Atenção Primária pelos resultados de saúde de sua população adscrita, a linha de base do Plano Diretor da Atenção Primária e a planilha de monitoramento das ações programadas e indicadores de saúde.

Validação e Extensão da Metodologia

A participação dos municípios no processo e os produtos elaborados pelas equipes em cada período de dispersão das oficinas são relatados e discutidos nas reuniões dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde pelas Secretarias Municipais e, mensalmente, nas CIB-microrregionais pelas GRS, buscando fortalecer o controle social e a governança microrregional da rede.

A primeira fase do PDAPS foi implantada entre 2008 e 2009, em nove macrorregiões (Norte, Nordeste, Jequitinhonha, Sudeste, Leste do Sul, Centro, Sul, Triângulo Norte, Noroeste e Oeste) e em 43 microrregiões, com

a participação de mais de 450 municípios, cerca de 1.800 equipes e mais de 12 mil agentes comunitários de saúde (ACS). A implantação ocorreu por meio de parceria com a Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) e com as Universidades Federais de Juiz de Fora (UFJF) e de Uberlândia (UFU).

A expansão para as demais quatro macrorregiões (Centro, Sul, Leste e Triângulo Sul) iniciou em 2009, com a celebração de parceria com outras universidades: Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL); Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), junto com a própria ESP/MG, para a Macrorregião Leste.

As parcerias com as universidades, além de descentralizar as ações, têm possibilitado a absorção dos conteúdos e das tecnologias pelos tutores universitários, de modo que passem a fazer parte das atividades de ensino nessas instituições.

Figura 5: Oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde – 2008-2010

Fonte: SAS/SUBPAS/SES/MG, 2008.

Resultados Alcançados

- Mais de 50.000 profissionais capacitados por metodologia presencial: é o maior programa de capacitação registrado para a APS.
- A introdução de ferramentas de gestão da APS nas equipes de saúde, entre elas: diagnóstico local e municipal, dimensionamento da necessidade de saúde da população, parametrização da assistência, programação das ações de saúde por ciclo de vida e por condições crônicas, contratualização e monitoramento.
- Mudança cultural dos profissionais da APS, introduzindo e operacionalizando os conceitos de gestão da clínica, gestão da condição de

saúde, manejo das condições crônicas, papel da APS nas redes integradas de atenção, produzindo uma APS mais resolutiva que impacta positivamente na melhoria dos indicadores de saúde, como a queda da mortalidade infantil, o aumento do número de consultas de pré-natal e dos exames preventivos de câncer de colo do útero.

- Adoção da metodologia pelo CONASS: "O trabalho desenvolvido pelo CONASS foi baseado no processo em implantação no Estado de Minas Gerais, pela Secretaria Estadual de Saúde, das oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, o CONASS agradece a equipe da SES/MG e a seu Secretário de Saúde, que nos oportunizaram desenvolver essas oficinas para todas as SES do país" (CONASS, 2009).
- O início de um processo de melhoria contínua da APS, baseado no ciclo do PDCA.[1]
- O envolvimento das universidades, resultando na introdução de conteúdos do PDAPS na grade curricular da graduação e pós-graduação, numa maior aproximação e formação dos profissionais, considerando o âmbito de trabalho do SUS.

3.3- O Programa de Educação Permanente (PEP) 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 do médico e criar um sistema de melhoria permanente de performance 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 multifacetada que articula estratégias educacionais para aprendizagem de indivíduos, de pequenos grupos, de grandes grupos e de treinamento em serviço. Para além da aprendizagem do conhecimento científico factual, o programa enfatiza o desenvolvimento de habilidades, especialmente as de comunicação, comportamentos e atitudes, essenciais para atuar na Atenção Primária. O ponto de partida da aprendizagem é a consulta médica centrada no paciente, sendo a abordagem colaborativa, com foco em dados da realidade dos pares, na avaliação da prática e na mensuração de desfechos. As atividades educacionais do programa são orientadas para

[1] O ciclo PDCA foi desenvolvido por Walter A. Shewart na década de 1920, mas começou a ser conhecido como ciclo de Deming, em 1950, por ter sido amplamente difundido por este autor. O Ciclo PDCA compõe o conjunto de ações em sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (plan: planejar), D (do: fazer, executar), C (check: verificar, controlar) e, finalmente, o A (act: agir, atuar corretivamente).

o desenvolvimento da aprendizagem autodirigida de longo prazo e para a qualidade da atenção à saúde.

O PEP está estruturado em torno dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática (GAP), que reúnem de oito a 12 médicos das equipes de Saúde da Família de uma mesma microrregião de saúde. As atividades de aprendizagem estão organizadas em quatro estratégias educacionais: o Ciclo de Aperfeiçoamento da Prática Profissional (CAPP), o Plano de Desenvolvimento Pessoal (PDP), os Módulos de Capacitação e o treinamento em serviço de habilidades clínicas. Na seleção dos tópicos para estudo e na programação das atividades educacionais, as áreas prioritárias da Política Estadual de Saúde são contempladas.

As atividades são desenvolvidas em uma sala de educação permanente dotada de mobiliário, equipamentos, material de consumo e acervo bibliográfico, constituindo um ambiente apropriado para a aprendizagem de adultos, com privacidade, tranquilidade e conforto. Os recursos para investimento e para custeio são oriundos da SES/MG com recursos do Tesouro Estadual, não havendo nenhuma contrapartida financeira dos municípios, das escolas médicas parceiras nem dos profissionais participantes do programa. O custo aproximado do programa é de R$ 40.000,00 por GAP/ano.

O programa é operacionalizado por meio de parcerias com as escolas regionais de Medicina, cujos professores são capacitados na metodologia do programa e supervisionam as atividades educacionais dos GAPs. Fazem parte dessa pareceria, no momento, as Escolas de Medicina da UNIMONTES, das Universidades Federais de Uberlândia, Triângulo Mineiro, Juiz de Fora, Ouro Preto, São João del-Rei, Minas Gerais e a Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Faz parte também a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e as Faculdades de Medicina de Barbacena, da UNIFENAS-BH e do UNIPAM de Patos de Minas.

Outra parceria importante foi estabelecida com a Associação Mineira de Medicina de Família e Comunidade para que a Associação proceda ao acompanhamento longitudinal do funcionamento dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática, assumindo a função de acreditação dos grupos e validando as atividades educacionais dos médicos participantes para fins de certificação e recertificação.

Resultados Alcançados

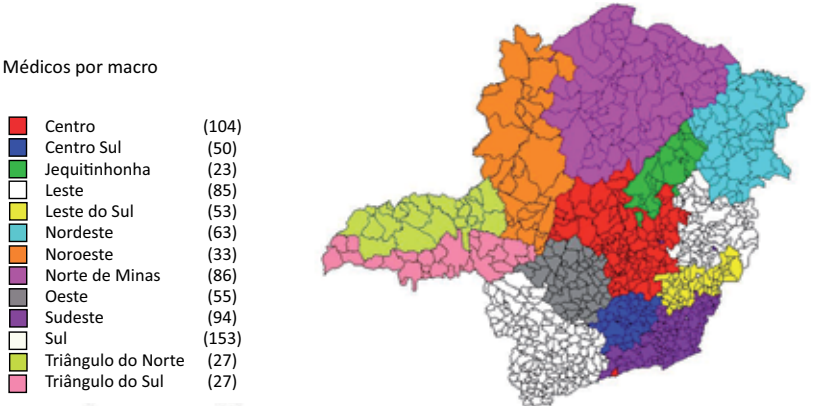
Resultados em setembro de 2010:

- Número de municípios com PEP funcionando: 356
- Número de microrregiões com PEP funcionando: 33
- Número de médicos participando nos municípios: 1.696

- Número de GAPs implantados: 183
- No inicio de 2011, o programa estará implantado em 612 municípios de 55 microrregiões de saúde, com a inclusão de 3.500 médicos organizados em 330 grupos.

Figura 6: Projeção PEP em março de 2011

Microrregiões	Municípios	Médicos	GAP's	Escolas Medicas	Salas de EP
55	612	3.500	330	12	200



Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

3.4- O Prontuário Eletrônico de Saúde da Família

O prontuário de saúde é um repositório destinado a armazenar em um mesmo lugar todos os dados relativos à saúde do paciente e aos cuidados médicos a ele já oferecidos. Esses registros são feitos, usualmente, em papel, meio de delicado manuseio e extremamente sujeito à deterioração, podendo resultar na perda de informações essenciais para que os profissionais de saúde possam oferecer ao paciente tratamento adequado.

Apesar da obrigatoriedade legal de elaboração do prontuário nos serviços de saúde, grande parte dos profissionais e gestores do setor ignora essa determinação, bem como a importância, a utilidade e a aplicabilidade do instrumento. Na maioria dos serviços de APS que elaboram prontuários, o documento é direcionado para os profissionais médicos, com foco no indivíduo, dificultando o trabalho de uma equipe multiprofissional, além de não favorecer a abordagem familiar.

Ao analisar os serviços que integram uma rede de atenção à saúde, os sistemas informatizados, quando existem, normalmente são encontrados isolados em um único ponto de atenção, não sendo observada uma integração

entre eles, com o compartilhamento da informação gerada no atendimento aos mesmos usuários.

A elaboração e a implantação de um Sistema de Registro Eletrônico em Saúde é uma solução proposta pelo governo de Minas para suprir essa 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.

Apelidado de Prontuário Eletrônico, 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 nos instrumentos de normalização da gestão da clínica elaborados pela SES/MG. 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 também informações referentes à área de atuação da unidade de saúde, à relação com outros pontos da rede, à programação, à pactuação e ao monitoramento das ações de saúde, às vigilâncias em saúde, entre outras.

Resultados Alcançados

A modelagem do Sistema de Registro Eletrônico em Saúde da SES/MG foi o resultado de um longo processo de elaboração e implantação iniciado com o Manual do Prontuário de Saúde da Família e com as Oficinas do PDAPS sobre Prontuário. Hoje, concluída essa modelagem, ela está sedo utilizada por municípios de Minas Gerais como base para elaboração de processos licitatórios para a compra de Prontuário Eletrônico e como referência para o desenvolvimento de sistemas de Registro Eletrônico em Saúde baseados na APS.

3.5- TeleMinas Saúde

O Projeto consiste em integrar as ESF a centros universitários de referência, responsáveis pelo suporte às demandas dos municípios, difundindo conhecimentos e melhorando a qualidade do atendimento, bem como facilitando o acesso da população às consultas especializadas, evitando assim o deslocamento do paciente para outras cidades. A proposta é efetivada por meio de atividades de teleassistência, teleconsultoria e teleducação, em que é possível conhecer uma segunda opinião formativa sobre o caso e são consentidos laudos de exames de baixa, média e alta complexidade.

O projeto utiliza moderna tecnologia de informática, eletrônica e telecomunicação para integrar as equipes de Saúde da Família com os centros universitários. A SES/MG disponibiliza para as Unidades Básicas de Saúde um kit composto de computador, *webcam*, impressora, estabilizador, kit multimídia e eletrocardiógrafo, e as UBS complementam a estrutura ofertando a conectividade.

Em detalhes, o projeto será discutido em capítulo posterior, o qual demonstrará também os importantes resultados já alcançados e as perspectivas de ações futuras, mas já podemos destacar o grande benefício gerado por elo, com redução de aproximadamente 70% de encaminhamentos de pacientes pela Atenção Primária às consultas de cardiologia.

4- Resultados Contratados para Universalização e Melhoria da APS

A SES/MG vem construindo seu planejamento estratégico, tendo hoje bem definidas: visão, missão, negócio e valores. O mapa estratégico da SES mostra claramente o caminho a ser percorrido para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor.

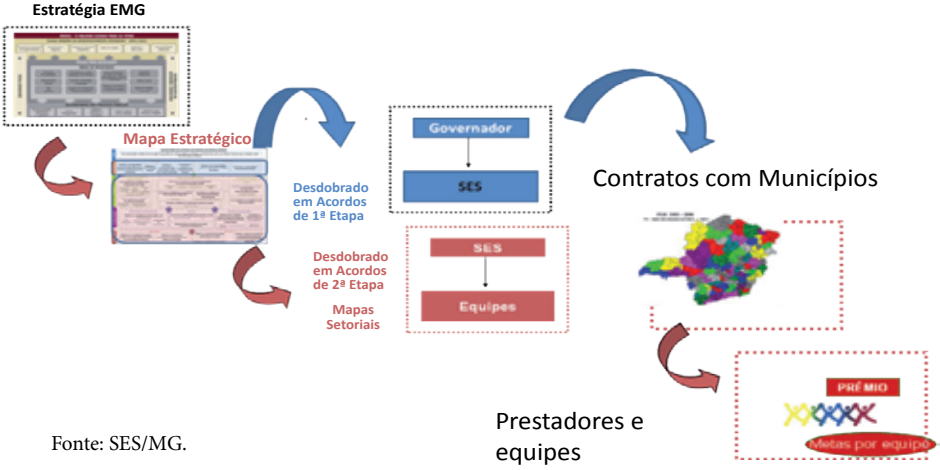
O mapa estratégico foi orientado primordialmente pela visão – ambição futura da SES/MG – que é ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor. Entretanto, nota-se uma relação bastante peculiar entre a visão da SES/MG, sua missão e seu negócio.

A partir da reforma da saúde pública no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde, foi alterado o papel de cada nível de governo na prestação dos serviços públicos de saúde. De acordo com Souza (2001) "Um dos principais avanços da implementação do SUS, ao longo da década de 1990, se relaciona ao acelerado processo de descentralização político-administrativa, com progressiva transferência de responsabilidades e recursos do nível federal para os gestores estaduais e municipais". Esse novo escopo da política de saúde pública com a prestação dos serviços colocada sob a responsabilidade dos municípios gerou uma alteração da missão da Secretaria Estadual de Saúde, dessa forma a missão da SES/MG, ou sua razão de ser, foi definida como: "Formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS".

Todavia o negócio da SES/MG se focaliza em resultados para a população, independentemente de a Secretaria ser ou não responsável direta por sua execução. Por meio da articulação entre os componentes do SUS, a atuação da Secretaria deve focar-se em "Promoção e proteção da saúde no Estado de Minas Gerais, identificando as necessidades de sua população". Espera-se que essa articulação entre os instrumentos do planejamento e da contratualização

possibilite o alcance dos objetivos estratégicos traçados no mapa. Assim, a lógica de gestão aplicada foi focada na contratualização de resultados. Num primeiro momento, contratualização entre governo e secretaria de saúde, o que foi desdobrado para as equipes e os prestadores (Fig. 7). O objetivo é inserir a cultura de premiação por resultado, a partir do cumprimento das metas pactuadas.

Figura 7: Esquema da contratualização de resultados



Fonte: SES/MG.

Em 2009, foram reestruturadas as normas de adesão e execução do projeto pelos municípios parceiros, culminando com a publicação de um termo de compromisso único para adesão ao projeto e comprometimento pelo município e suas equipes no cumprimento de indicadores e metas com avaliação quadrimestral. Essa reestruturação alinhou os resultados esperados para a APS, redistribuindo compromissos e metas do Sistema Estadual aos executores de Atenção Primária à Saúde, os municípios e as equipes.

O instrumento de monitoramento anterior ainda era insuficiente, pois não havia a especificação clara das metas nem tampouco a diferenciação destas por município, a consideração de fatores como o porte populacional, a cobertura de PSF e a população usuária exclusiva da SUS.

Considerando os avanços já conquistados na melhoria da qualidade da APS e a necessidade de aprimoramento das relações entre a SES/MG e os municípios mineiros participantes do Saúde em Casa, foi lançada uma nova proposta contratual, que estabelece relações de parceria mais claras e objetivas de forma mais orientada para o alcance de resultados para a sociedade.

O que se pretende com essa reformulação é promover maior identificação e sinergia, reunindo em um único instrumento todos os produtos ofertados pelo Saúde em Casa para a melhoria da qualidade da APS nos municípios.

As metas são variáveis de acordo com a natureza do indicador, a situação inicial e o cenário desejado, além de levar em consideração fatores característicos dos municípios, como o porte populacional.

É muito clara a intenção de se promover a Gestão por Resultados. Assim, estão sendo introduzidos o pagamento variável do incentivo mensal às equipes conforme a Tab. 3 e o Bônus por Desempenho, que será pago pelo governo do Estado de Minas Gerais aos municípios que cumprirem todos os indicadores contratados após três avaliações consecutivas, sendo possível o repasse aos profissionais das equipes, a título de Prêmio de Produtividade.

Tabela 3: Repasse do incentivo mensal por equipe de PSF a partir de 2010

Fator de Alocação	Cumprimento de indicadores				
	4	3	2	1	0
4	R$ 2.000,00	R$ 1.750,00	R$ 1.500,00	R$ 1.250,00	R$ 1.000,00
3	R$ 1.750,00	R$ 1.531,25	R$ 1.312,50	R$ 1.093,75	R$ 875,00
2	R$ 1.250,00	R$ 1.093,75	R$ 937,50	R$ 781,25	R$ 625,00
1	R$ 1.000,00	R$ 875,00	R$ 750,00	R$ 625,00	R$ 500,00

Fonte: Resolução SES/MG n.º 1.935/2009.

A nova estrutura de contratualização do programa visa ao atingimento dos seguintes objetivos específicos:

1. Promover o alinhamento entre a estratégia do Sistema Estadual de Saúde, representada pelo mapa estratégico da SES/MG, os produtos do Saúde em Casa, o Pacto pela Vida, os incentivos estaduais e os resultados alcançados para a sociedade na APS.
2. Fortalecer a gestão por resultados.
3. Trazer para sua relação com os municípios, na Atenção Primária, a lógica da gestão por resultados, rediscutindo e repactuando os Termos de Compromisso municipais e disponibilizando a todos os municípios um instrumento de contratualização de seus profissionais, o Contrato de Gestão das Equipes (Minas Gerais, 2008, p. 85).
4. Alinhar os indicadores contratados às redes de atenção, observando os sistemas de informação em sua abrangência e forma de alimentação.
5. Melhorar o monitoramento de resultados na gestão do SUS/MG.
6. Prover metodologia para a melhoria das pactuações do Estado e dos municípios no Pacto pela Vida, possibilitando a assunção de metas

desafiadoras, com responsabilidades divididas, tornando-as, dessa maneira, mais factíveis.

Atualmente são monitorados quadrimestralmente quatro indicadores, conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Indicadores pactuados pelo Projeto Estruturador Saúde em Casa

Objetivo estratégico	Nome do indicador	Fontes
Ampliar e melhorar a Atenção Primária à Saúde	% de cobertura populacional da estratégia Saúde da Família	SES/MG
Ampliar e melhorar a APS e reduzir a mortalidade infantil	% de recém nascidos com a cobertura de sete ou mais consultas pré-natal	SINASC SES/MG
Ter excelência na vigilância dos fatores de risco e reduzir a mortalidade infantil	% de Cobertura vacinal por tetravalente em menores de 1 ano de idade	PNI/ SINASC SES/MG
Rede Viva Vida	Razão de exames citopatológicos cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo	SISCOLO SES/MG

Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

7. Cobertura de PSF: ligado aos princípios do SUS, principalmente a universalização do acesso, compromisso do SUS/MG.
8. Sete ou mais consultas de pré-natal: redução da morbimortalidade materna e infantil, melhoria de acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal.
9. Tetravalente: contribuição para controle ou erradicação de doenças em menores de um ano.
10. Citopatológico em mulheres de 25 a 59 anos: sua realização periódica permite reduzir a mortalidade por câncer de colo uterino.

Os primeiros resultados desse novo modelo de gestão, que busca contribuir com a estratégia do governo e da SES/MG,[2] são animadores. Houve melhora significativa no resultado de todos os quatro indicadores pactuados, tanto no âmbito estadual quanto na avaliação da maioria dos municípios.

[2] Há claramente o alinhamento do Termo de Compromisso do Saúde em Casa com os objetivos estratégicos da SES/MG de "Ampliar e melhorar a Atenção Primária à Saúde" e "Modernizar a gestão pública, desenvolvendo no SUS uma cultura orientada a resultados". Há ainda colaboração do nível primário com os objetivos estratégicos da perspectiva sociedade estruturados pelas redes de atenção à saúde.

Tabela 4: Indicadores contratados pelo Saúde em Casa e seus resultados em Minas Gerais –2008-2010

N.º	Indicador	Valor antes do contrato[3]	Valor após a 1ª avaliação[4]	Valor após a 2ª avaliação[5]	Variação total
1	Cobertura do PSF	67,11%	69,22%	70,19%	4,59%
2	Cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal	64,04%	64,06%	65,61%	2,45%
3	Homogeneidade na vacinação tetravalente	65,77%	71,51%	74,56%	13,36%
4	Razão de citopatológico cérvico-vaginal	0,21	0,21	0,22	4,76%

Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

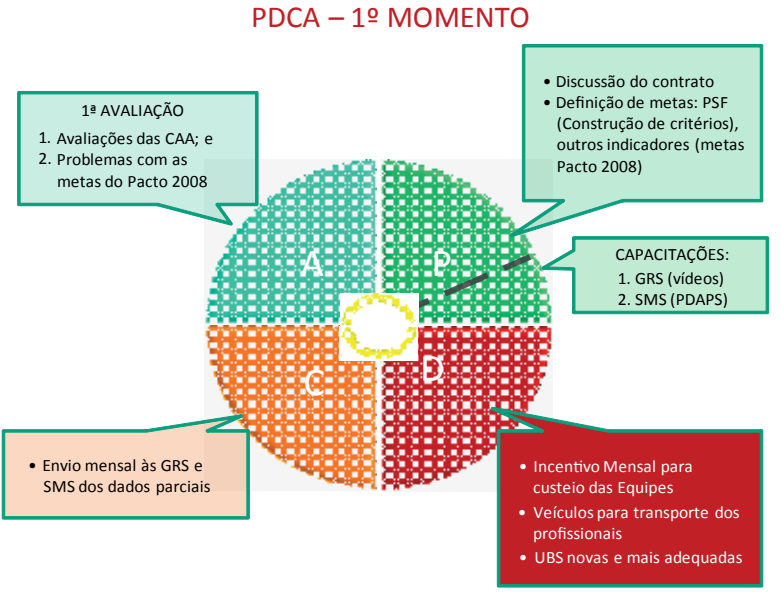
O processo de implantação desse modelo gerou um aprendizado enorme em todo o SUS/MG, tendo também contribuído para a melhoria das discussões técnicas sobre os indicadores, por meio da CIB estadual, das 76 CIBs microrregionais e da criação de Comissões de Acompanhamento e Avaliação (CAA) do contrato do programa para todos os 853 municípios. Foram realizadas mais de mil reuniões para avaliação dos resultados e proposições de planos de ação para melhoria nos resultados dos indicadores conforme Fig. 8. Após a primeira avaliação do contrato, em fevereiro de 2010, foi reformulada a metodologia de pactuação das metas do Pacto pela Vida, o que criou maior alinhamento com a pactuação estadual, de acordo com a situação de cada município, criando, assim, metas factíveis e desafiadoras para todos os municípios, no pacto e no Saúde em Casa.

[3] Nos indicadores 2 a 4, foi calculada a média móvel dos meses de mai/08 a abr/09, excetuando o indicador de PSF, cujo dado se refere a jun/09.

[4] Nos indicadores 2 a 4, foi calculada a média móvel dos meses de nov/08 a out/09, excetuando o indicador de PSF, cujo dado se refere a dez/09.

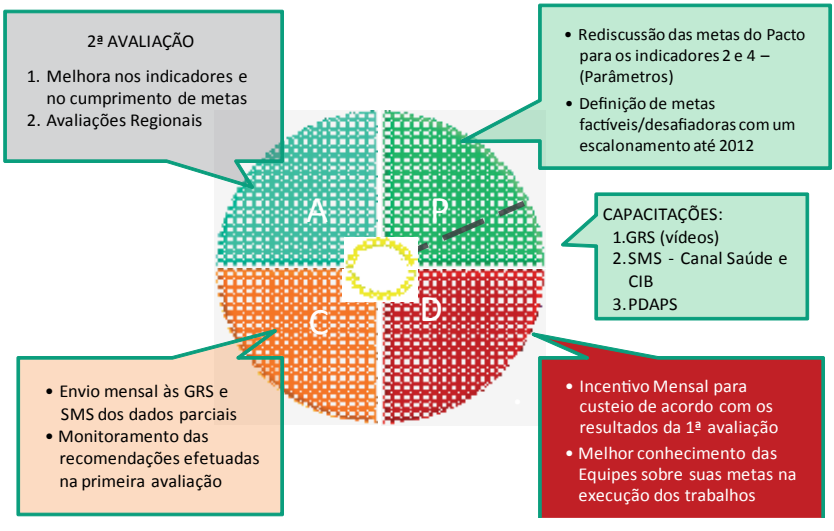
[5] Nos indicadores 2 a 4, foi calculada a média móvel dos meses de mar/09 a fev/10, excetuando o indicador de PSF, cujo dado se refere a mai/10.

Figura 8: O PDCA na 1ª avaliação do contrato do Saúde em Casa



Fonte: SCHNEIDER, F., 2010. GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

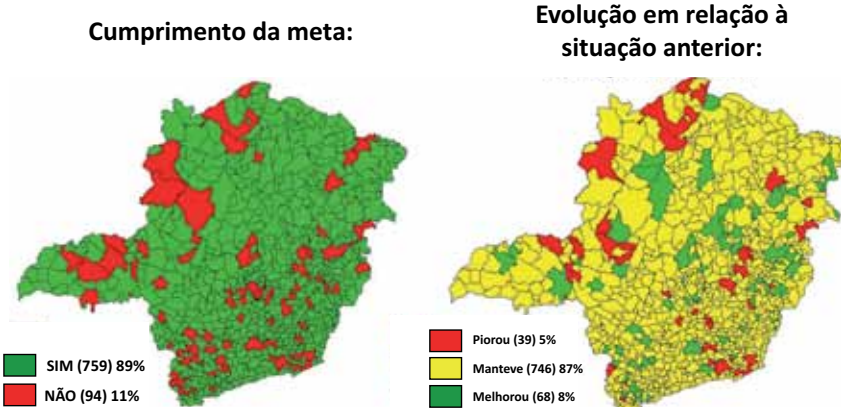
Figura 9: O PDCA na 2ª avaliação do contrato do Saúde em Casa



Fonte: SCHNEIDER, 2010. GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

A Fig. 10 demonstra os resultados do indicador cobertura de PSF em sua segunda avaliação. Nota-se que 89% dos municípios cumpriram a meta, havendo, entretanto, um grande número de municípios, 87%, que mantiveram o resultado da primeira avaliação do programa. Esse resultado corresponde ao observado na Fig. 2, em que temos a maioria dos municípios com alta cobertura de PSF, devendo estes mantê-la, em contrapartida uma cobertura abaixo do ideal e da meta, localizada principalmente nos municípios de médio e grande porte. Contudo, é de se ressaltar que houve mais municípios melhorando a cobertura de PSF entre a primeira e a segunda avaliação do que municípios que pioraram esse indicador.

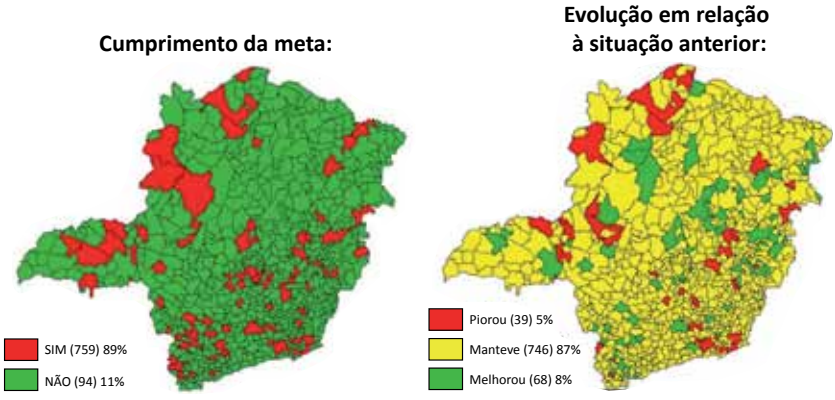
Figura 10: 2ª avaliação do indicador cobertura do PSF – 2010



Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

Já a Fig. 11 demonstra os resultados do indicador % de recém-nascidos com a cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal, também em sua segunda avaliação. Tratando-se de um indicador relacionado a um processo de trabalho muito mais complexo e com resultados de maturação mais demorada, é extremamente satisfatório observar que já na segunda avaliação do contrato de gestão 535 municípios obtivessem a melhora de seus resultados, tendo 499 alcançado a meta. Esse indicador, de suma importância para a redução da mortalidade materno-infantil, deverá ser discutido minuciosamente na nova fase do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, visando a aperfeiçoar seus processos de trabalho nas Unidades.

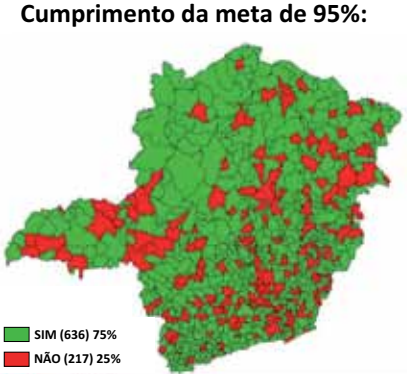
Figura 11: 2ª avaliação do indicador cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal – 2010



Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

A Fig. 12 demonstra a segunda avaliação do indicador de cobertura da vacinação tetravalente em menores de um ano. A análise de variação nesse indicador não se aplica, pois a meta é sempre estar acima de 95% de cobertura. Nesse caso, pode um município estar cumprindo 98% em uma avaliação e 95% na posterior e, mesmo assim, continuará dentro do preconizado e cumprindo a meta. Nota-se que nessa avaliação 75% dos municípios atingiram esse resultado, 13% a mais do que alcançavam antes do contrato de gestão.

Figura 12: 2ª avaliação do indicador cobertura da vacinação tetravalente, municípios acima do valor preconizado – 2010

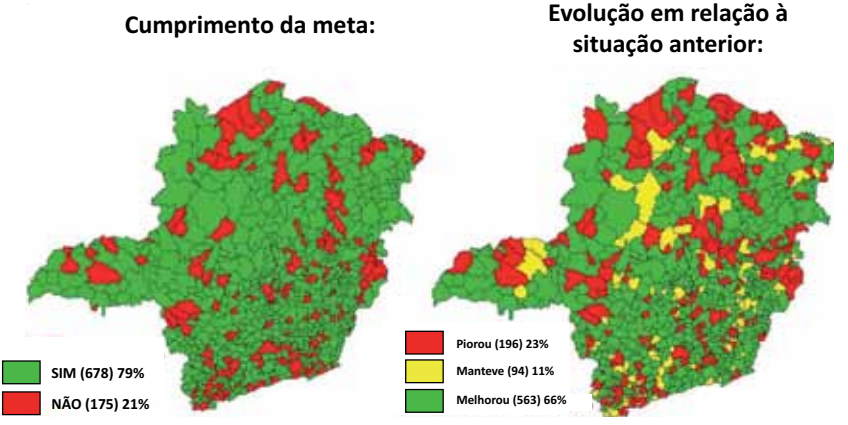


Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

Obs.: A análise de variação nesse indicador não se aplica, pois a meta é sempre estar acima de 95% de cobertura.

A Fig. 13 demonstra os resultados do indicador razão de exames citopatológico cérvico-vaginais na faixa etária de 25 a 59 anos em relação à população-alvo, na segunda avaliação. Assim como o indicador de pré-natal, esse indicador está relacionado a um processo de trabalho mais complexo, entretanto, com resultados de maturação menos demorada. Nessa segunda avaliação do contrato de gestão, 563 municípios obtiveram a melhora em seus resultados, tendo 678 alcançado a meta. Esse indicador também deverá ter o seu processo de trabalho desenvolvido e implantado na nova fase do PDAPS.

Figura 13: 2ª avaliação do indicador razão de citopatológico cérvico-vaginal – 2010

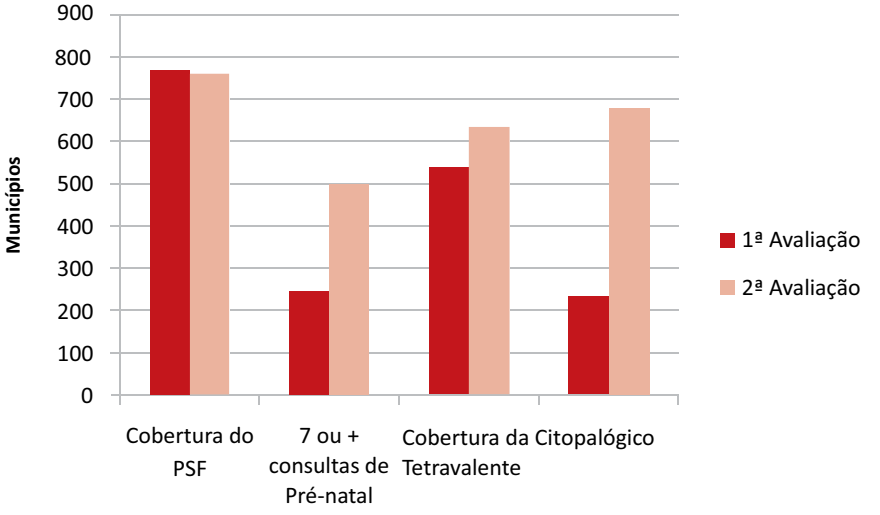


Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

O processo de contratualização e as reuniões das comissões de acompanhamento e avaliação permitiram que fossem observadas diversas especificidades regionais ou municipais, que podem prejudicar o cumprimento de alguns indicadores. Entre elas, estão: problemas de alimentação de bancos de dados, como ocorreu em municípios do Triângulo Mineiro que encaminhavam a coleta do citopatológico a laboratórios de outro Estado, e estes não alimentavam o SISCOLO, ficando a informação fora do sistema de informação; além da a existência de emigração para a colheita de café, de gestantes próximas ao puerpério, sem consultas pré-natais, e que viriam a dar a luz como residentes no município avaliado. Para cada um desses casos foi efetuada uma discussão técnica buscando, após o compartilhamento do problema, conjuntamente sua solução.

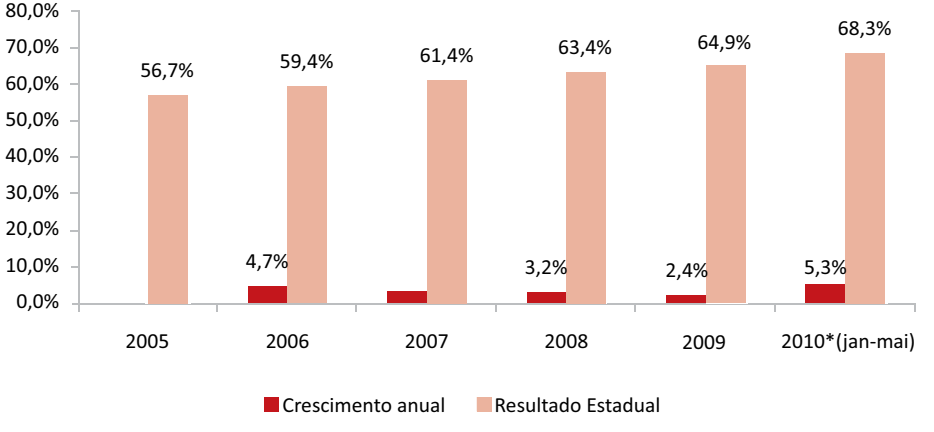
Nota-se grande melhora entre a primeira e a segunda avaliação no cumprimento de metas municipais como apresentado nos gráficos 3,4 e 5. Ao analisar os indicadores de pré-natal e citopatológico na série histórica estadual, vê-se também uma melhora espantosa.

Gráfico 3: Cumprimento de metas na 1ª e na 2ª avaliação – 2010



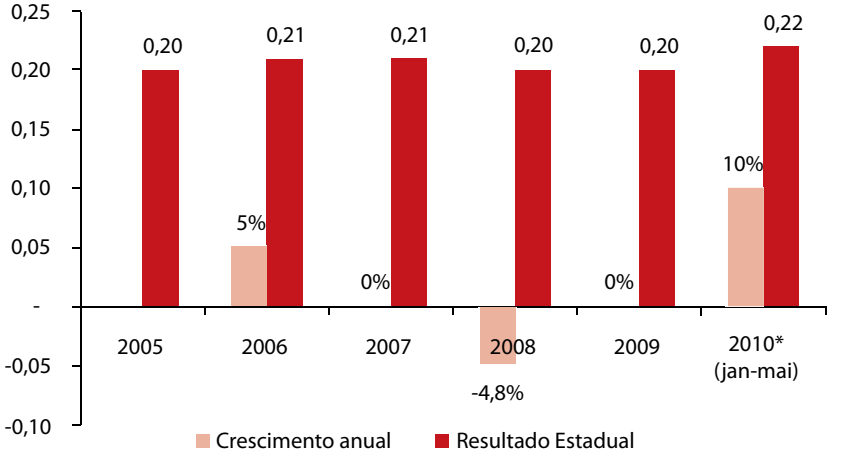
Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

Gráfico 4: Evolução de cobertura de pré-natal em Minas Gerais – 2005-2010



Fonte : CPD/GIE/SE/SUBVS/SES/MG.

Gráfico 5: Evolução de razão de exames citopatológicos em Minas Gerais – 2005-2010



Fonte: GAPS/SAS/SUBPAS/SES/MG.

Após a terceira avaliação, cujos resultados ainda não se consolidaram para essa edição, foram apurados 354 municípios com excelente resultado na APS, tendo cumprido todos os quatro indicadores em todas as avaliações. Assim, o projeto iniciará 2011 concedendo R$ 6 milhões, e cerca de R$ 4 mil em bônus por equipe de PSF, a cada um desses parceiros, permitindo-os inclusive, repassar esse recurso como prêmio por produtividade aos profissionais do PSF.

5- Perspectivas futuras: o que ainda precisa ser feito

É importante manter o bom trabalho que vem sendo realizado, mas, além disso, é necessário também ampliá-lo e melhorá-lo, para que os melhores resultados de saúde possam ser alcançados em menor tempo.

Algumas das ações propostas:

- Ampliação do incentivo mensal para as ESF, priorizando a implantação de equipes de PSF que também possuam equipe de saúde bucal. Construção de UBS nos municípios pequenos (com menos de 10 mil habitantes), que ainda não foram contemplados. Já em 2011, todos os municípios de MG com menos de 10 mil habitantes e que possuam PSF terão UBS construídas ou reformadas com recursos do Saúde em Casa.
- Para os municípios de médio e grande porte: incentivar simultaneamente o aumento do número de equipes e a melhoria da infraestrutura com a distribuição de novas UBS aos municípios que implantarem e derem garantia de manutenção para novas ESF.

- Está prevista uma reformulação do Plano Arquitetônico das UBS, que deverá incluir modernos conceitos de arquitetura, vinculados a conceitos ainda mais adequados das novas práticas de saúde junto à população. Unidades sustentáveis, com utilização de energia solar e uso racional da água; espaço destinado ao acolhimento com classificação de risco para as urgências e melhores espaços em prol da realização de grupos operativos, com mais recursos e conforto para a população.
- Para o Plano Diretor da APS, uma nova etapa, voltada para o Ciclo de Melhoria Contínua da Qualidade na APS, deverá ser consolidada. O objetivo é fazer com que todos os municípios de Minas Gerais tenham como diretriz a busca pela melhor qualidade de atendimento e maior geração de valor para a população na saúde. Além disso, a construção de uma segunda geração do PDAPS, com foco no Modelo da Atenção às Condições Crônicas, trazendo novas tecnologias de saúde, mais adequadas e eficazes, para serem implantadas nas ESF.
- Para o Programa de Educação Permanente (PEP): completar a implantação em 2011 para todas as macrorregiões do Estado. Fortalecer o vínculo com as universidades parceiras de modo a garantir a continuidade do projeto e o fortalecimento metodológico e institucional dos Grupos de Aperfeiçoamento da Prática.
- Incentivo, através do repasse de recursos financeiros, aos municípios, para realizarem a contratação de gerente profissional para as unidades de APS, o que proporcionará maior eficiência operacional da unidade e da equipe, além de liberar a agenda de profissionais de saúde que antes estavam responsáveis pelas áreas administrativas, para que se dediquem ao cuidado da população.
- Incentivo, através do repasse de recursos financeiros, aos municípios, para realizarem a expansão multiprofissional da equipe da APS com a contratação de profissionais de nível superior além dos atualmente atuantes na ESF, com o objetivo de melhor estruturar a equipe multiprofissional da APS, incorporando conhecimentos específicos para uma abordagem mais ampla e efetiva das condições crônicas.
- Elaboração de uma proposta de Plano de Cargos e Salários e de fundo de equalização salarial a ser repassada aos municípios, para que se organizem cooperativamente e possam discutir uma proposta uniforme que permitirá maior fixação de profissionais.
- Aprimorar o contrato de gestão e vinculá-lo a mais redes de atenção

Para os próximos anos, têm-se como grandes objetivos os seguintes resultados:

- Ampliar para 4.663 equipes, atingindo 80% da população.
- Reajustar gradativamente o incentivo mensal, chegando a 50% de aumento em 2014.

- Implantar a 2ª geração do Plano Diretor da APS com foco em melhoria da qualidade.
- Expandir o PEP para 4.600 médicos de família.
- Financiar a construção ou a ampliação de UBS em 560 municípios.
- Repassar incentivo aos municípios para a expansão multiprofissional da equipe da APS com a contratação de profissionais de nível superior, focalizados no autocuidado apoiado e no manejo de condições crônicas, além dos que atualmente são atuantes na ESF.[6]
- Expansão multiprofissional da equipe da APS com a contratação de profissionais de nível superior além dos atualmente atuantes na ESF.
- A hipótese de três profissionais entre fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo e educador físico, para manejo da condição crônica, na proporção de um para três equipes.
- Repassar incentivo aos municípios para a inclusão de profissionais.
- Instituir um fundo de equalização salarial de equipes de PSF.

6- Referências

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment (Explorations in quality assessment and monitoring, volume I)*. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

MARQUES, A. J. *et al*. (Orgs.). *O Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: SES/MG, 2009.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MINAS GERAIS. Plano Estadual de Saúde – 2008-2011, 2008. Belo Horizonte, SES/MG, 2008. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/planejamento-gestao-em-saude/sistema-de-gestao-do-sus/Plano%20Estadual%20de%20Saude.pdf>.

PDAPS - *Oficinas do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde. Oficinas I a X*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

SCHNEIDER, F.; LIMA, H. O.; TAVARES JUNIOR, F. A O Uso do BSC para Disseminação e Monitoramento da Estratégia: a Elaboração do Scorecard e do Mapa Estratégico. II Congresso CONSAD de Gestão Pública, 2009.

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

[6] Esse novo produto privilegiará três profissionais entre fisioterapeuta ou educador físico (corpo), psicólogo ou assistente social (mente) e nutricionista (alimentação), para manejo da condição crônica; na proporção de um para três equipes.

Capítulo 4

REDE VIVA VIDA – RESULTADOS E DESAFIOS PARA A SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA EM MINAS GERAIS

Marta Alice Venâncio Romanini
Alisson Maciel de Faria Marques
Laura Monteiro de Castro Moreira
Márcia Rovena de Oliveira

1- Contextualização

Historicamente, a mortalidade infantil se destaca como um dos principais problemas sociais, refletindo as condições de vida e saúde da população. Fatores como a redução da fecundidade, a expansão de serviços de saúde e de outros benefícios sociais, bem como o maior acesso a novas tecnologias em saúde, vêm contribuindo para o seu decréscimo. Apesar dos avanços observados, tanto no Brasil quanto no Estado de Minas Gerais, a redução da taxa de mortalidade infantil (TMI) esconde diferenças regionais importantes, que refletem a distribuição desigual de recursos e condições socioeconômicas das famílias.

Tal como a mortalidade infantil, a mortalidade materna é um problema sensível à qualidade da assistência prestada e às condições de vida da população. Da mesma forma que a TMI, a razão de morte materna (RMM) vem declinando. Essa tendência é verificada, em parte, graças a mudanças socioeconômicas e aos avanços nos cuidados médicos e obstétricos oferecidos. De fato, as causas dessas mortes estão diretamente vinculadas à baixa qualidade da assistência ao pré-natal, ao parto e ao nascimento e possuem custo social elevado para as famílias, pela perda inestimável de mães e crianças.

O elevado número de mortes infantis e maternas em Minas Gerais foi o motivo da implantação da Rede Viva Vida de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança, considerada estratégica pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

A Rede Viva Vida, primeira rede temática a ser implantada no Estado, tem suas ações coordenadas por meio do Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais ou, simplesmente, Programa Viva Vida. Esse programa, lançado em 2003, fundamenta-se *na sistematização de ações*, que, até então, eram desenvolvidas de forma desarticulada, e na parceria entre esforços e vontade do governo e da sociedade civil organizada, consideradas como fundamentais para o combate à mortalidade infantil e materna.

Como meta inicial, definiu-se a redução da mortalidade infantil em 25% e da razão de morte materna em 15%, em todo o Estado, no intervalo entre 2003-2006. Para o quadriênio de 2007-2010, essas metas foram revistas para uma redução de 15% em cada um dos indicadores. Para perseguir o alcance das suas metas, o Programa Viva Vida estrutura-se em três estratégias: a estruturação da Rede Viva Vida, a qualificação dessa Rede e a construção de um amplo processo de Mobilização Social.

As ações da Rede Viva Vida, além de buscarem a geração do valor social, possuem grande importância financeira e administrativa para o Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado. Dados oficiais mostram que, em 2009, o SUS foi responsável por mais de 1,12 milhões de internações em todo o Estado, que, juntas, foram financiadas com R$ 1,16 bilhão (Tab. 1). Dessas internações, 28,1% foram por causas obstétricas ou pediátricas, que utilizaram R$ 255 milhões, ou seja, 22,1% do recurso total. A obstetrícia foi a terceira maior causa de internação em Minas Gerais em 2009 (206.801), seguida pela pediatria, em quarto lugar (107.065).

Tabela 1: Internações hospitalares do SUS em Minas Gerais, por especialidade, em 2009.

Especialidade	N.º	Internações	%	N.º	Valor pago (R$)	%
AIDS - Hospital-Dia	11	213	0,00%	11	28.716	0,00%
Clínica cirúrgica	2	340.290	30,40%	1	494.525.554	42,70%
Clínica cirúrgica - Hospital-Dia	7	1.688	0,20%	9	570.817	0,00%
Clínica médica	1	434.811	38,90%	2	346.258.755	29,90%
Cuidados prolongados (crônicos)	8	1.074	0,10%	6	18.342.884	1,60%
Obstetrícia	3	206.801	18,50%	4	124.043.730	10,70%
Pediatria	4	107.065	9,60%	3	131.952.481	11,40%
Pneumologia sanitária (tisiologia)	9	970	0,10%	8	1.238.395	0,10%
Psiquiatria	5	22.639	2,00%	5	38.638.866	3,30%
Reabilitação	6	2.833	0,30%	7	2.180.982	0,20%
Saúde mental - Hospital-Dia	10	574	0,10%	10	460.893	0,00%
Internações totais	-	1.118.958	100%	-	1.158.242.073	100,00%

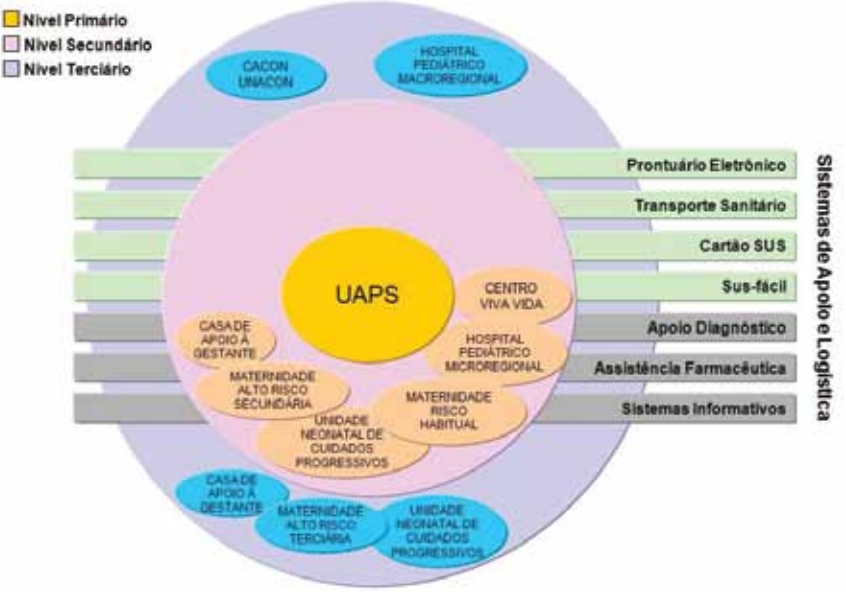
Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH, 2010.

Este capítulo pretende apresentar e analisar a evolução dos resultados do Programa Viva Vida entre 2003 e 2009. Para isso, é feita breve caracterização da Rede Viva Vida, cujos detalhes de implantação e ações realizadas foram sumarizadas em Lima *et al* (2009), para posterior apresentação e análise dos principais resultados alcançados, desde 2003, considerando cada um dos seus níveis de atenção.

2- Caracterização da Rede Viva Vida

Tal como o modelo teórico proposto por Mendes (2009), a Rede Viva Vida se organiza de forma poliárquica, centrada na Atenção Primária à Saúde, composta por seus pontos temáticos específicos de atenção à saúde. Além disso, ela é perpassada por sistemas transversais de apoio, logística e governança, com o objetivo de promover a integração, a organização e a otimização dos pontos de atenção à saúde (Fig. 1).

Figura 1: Rede Viva Vida de Atenção à Saúde



Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Como observado, a Rede Viva Vida se organiza em três níveis. Os pontos de atenção em cada um desses níveis devem prestar assistência ao seu público-alvo, seguindo as linhas de cuidado assistenciais. Os pontos de atenção à saúde podem ser gerais ou especializados, ambulatoriais (realizando consultas e exames) ou hospitalares (que incluem internações).

Na Atenção Primária à Saúde, as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) destacam-se como responsáveis pelo maior conjunto das ações assistenciais, uma vez que dizem respeito ao nível básico da assistência. Além disso, as UAPS configuram-se como agentes coordenadores do sistema, sendo responsáveis pelas ações de referência e contrarreferência dos usuários para uma unidade de atendimento especializado, quando necessário.

Na Atenção Secundária à Saúde, os pontos de atenção passam a ser mais especializados, com maior grau de tecnologia incorporado ao cuidado. As unidades nesse nível de atenção podem ser ambulatoriais ou hospitalares. Na Rede Viva Vida, o atendimento ambulatorial fora das unidades hospitalares é realizado pelos Centros Viva Vida.

Os pontos hospitalares da Atenção Secundária à Saúde são subdivididos por grau de risco. Os casos de menor risco (denominados tecnicamente de "risco habitual") são encaminhados para as maternidades de risco habitual e para os hospitais pediátricos microrregionais. Os casos de riscos maiores (denominados tecnicamente de "alto risco") são encaminhados para as maternidades de alto risco secundárias e unidades neonatais de cuidado progressivo, preferencialmente havendo, anexa, uma casa de apoio à gestante.

O último nível de cuidado da Rede Viva Vida, tal como desenhado na Fig. 1, é prestado pela Atenção Terciária à Saúde. Esse nível de atenção possui pontos de atenção ainda mais especializados que o anterior, com grau intenso de tecnologia incorporado à assistência prestada. Em resumo, os pontos de atenção são os hospitais pediátricos macrorregionais, as maternidades de alto risco terciárias (com leitos de UTI neonatais e adulto e preferencialmente com uma casa de apoio à gestante anexa a sua estrutura) e as unidades neonatais de cuidado progressivo. Complementam esse nível os centros e as unidades de alta complexidade em oncologia. Esses pontos de atenção são responsáveis pela assistência aos cânceres específicos da área de saúde sexual e reprodutiva (mama, colo do útero, próstata e pênis).

3- Resultados do Programa Viva Vida

A mortalidade infantil e materna, como mencionado, é um fenômeno complexo e, por esse motivo, não é possível afirmar que a ação específica do Viva Vida é a única responsável pelos resultados de redução da TMI e da RMM. De fato, não é possível dissociar os efeitos de investimentos da área da saúde (p. ex. Pro-Hosp, Saúde em Casa, SETS, entre outros), ou mesmo de outras ações complementares (Pró-Acesso, Educação de Qualidade, COPASA, etc.), dessa evolução positiva que será apresentada. Para conhecer um exemplo de interface da Rede Viva Vida com outras ações da SES/MG, ver o Box "Interfaces".

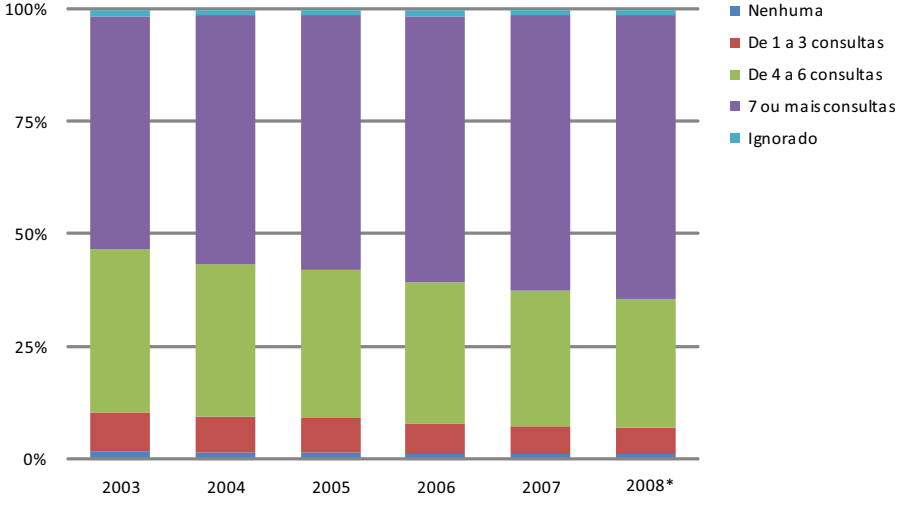
Entretanto, é possível apresentar alguns resultados intermediários, referentes a processos assistenciais subjacentes à mortalidade infantil e materna, que possibilitam estimar a avaliação dos resultados encontrados. Para isso, apresentaremos os resultados segundo os níveis de atenção, como uma aproximação dos avanços obtidos.

3.1- Atenção Primária à Saúde

As causas evitáveis das mortes maternas e infantis, mencionadas no início deste capítulo, estão vinculadas a uma assistência ao pré-natal, ao parto e ao nascimento de baixa qualidade, como mostra Minas Gerais (2005). Isso significa que esses indicadores somente melhorariam se fossem evidenciadas melhorias na promoção e na assistência à saúde, que, na Rede Viva Vida, se referem ao planejamento familiar e ao pré-natal.

O Graf. 1 apresenta a proporção das consultas de pré-natal no Estado, a partir dos nascidos vivos em cada ano; são observados dois aspectos. O primeiro deles é um aumento constante dos nascidos vivos com sete ou mais consultas. Além disso, a segunda proporção maior está entre quatro e seis consultas.

Gráfico 1: Proporção de consultas de pré-natal em nascidos vivos, 2003-2008 em Minas Gerais



Fonte: DATASUS/MS/SVS/DASIS - SINASC, 2010.
Nota: (*) Dados Preliminares, atualizados em abril/2010.

Os dados apresentados sugerem que os investimentos realizados pelo Programa Viva Vida na Atenção Primária à Saúde contribuíram para avanços no planejamento familiar e no aumento da cobertura do pré-natal. Deve-se destacar que esse resultado foi potencializado pelas ações

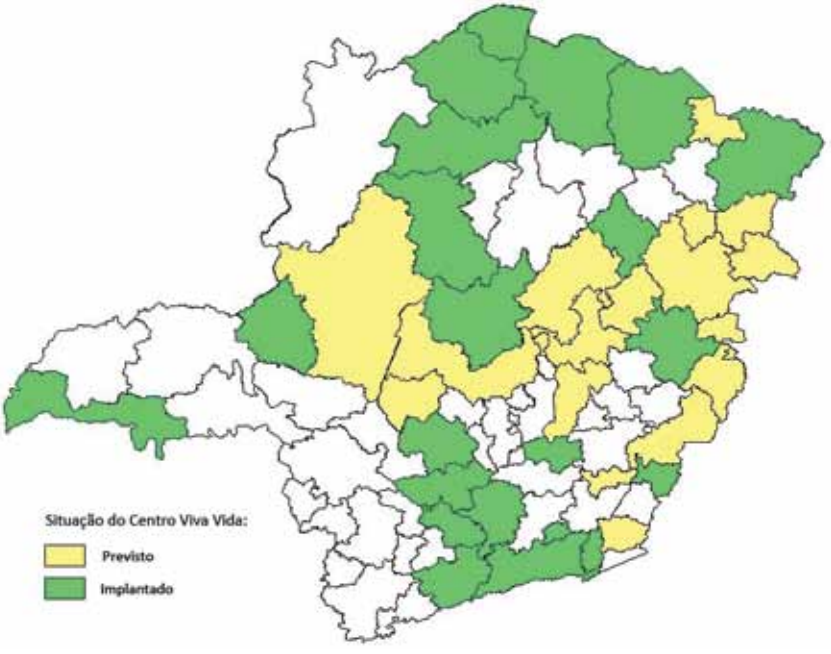
do Programa Saúde em Casa, que sistematicamente vem fortalecendo esse nível de atenção à saúde em todo o Estado.

3.2- Atenção Secundária à Saúde e os Centros Viva Vida

A Atenção Secundária à Saúde na Rede Viva Vida é composta de diversos pontos de atenção. A análise de resultado destes, por sua vez, só faz sentido de forma agregada. Dessa forma, este tópico abordará somente os Centros Viva Vida, por serem eles exclusivos desse nível de atenção. Os demais resultados serão analisados na Atenção Terciária à Saúde.

Os Centros Viva Vida (CVV) são unidades ambulatoriais que realizam consultas e exames nas áreas de assistência à saúde sexual e reprodutiva e na assistência à saúde da criança de risco. Até o terceiro trimestre de 2010, foram implantados 21 CVV, que cobrem 27 microrregiões. A projeção de implantação é de mais sete Centros até o fim de 2010, havendo projeto em andamento para outros 11 (Fig. 2).

Figura 2: Centros Viva Vida implantados e previstos



Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Os resultados apresentados por essas unidades serão divididos em dois conjuntos. O primeiro refere-se à cobertura dos CVV no Estado. Da perspectiva geográfica, tem-se que os CVV implantados cobrem 29,3% das microrregiões de saúde do Estado. Da perspectiva populacional, eles cobrem 27,03% da população de Minas Gerais, em 2010. Explica-se que a cobertura populacional é menor que o percentual relativo às microrregiões devido à opção pela equidade. A consequência é que grande parte das unidades implantadas (31,58% dos CVV) está localizada nas microrregiões de maior necessidade em saúde, segundo estudo da Fundação João Pinheiro, mas que são as áreas com menor densidade populacional.

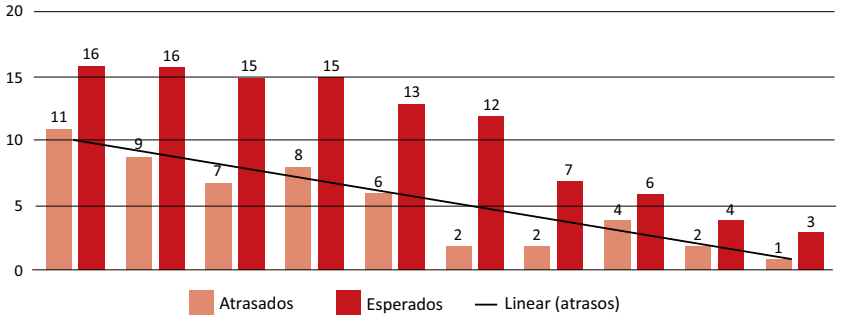
O segundo conjunto de resultados referentes aos CVV é obtido a partir do monitoramento dessas unidades. O objetivo do monitoramento de políticas públicas, ao promover o acompanhamento sistemático e contínuo, é produzir informações úteis e oportunas que subsidiem uma avaliação situacional capaz de confirmar, corrigir ou aprimorar ações. Assim, além de aumentar a efetividade do gerenciamento do projeto, permite julgar a validade da intervenção e aumentar a transparência.

Sob esse ponto de vista, os Centros Viva Vida já foram implantados contemplando um sistema de monitoramento. Formalizando a importância atribuída ao monitoramento, a Resolução SES n.º 1.150/07 vincula o pagamento da parte variável repassada para o custeio dos CVV (25% do recurso mensal) ao desempenho auferido nesse processo.

Tal proposta consiste no monitoramento de indicadores estratégicos de estrutura, processos e resultados, por meio de formulários padronizados constantes de um Plano Anual de Metas. Esses indicadores são acompanhados quadrimestralmente, por uma Câmara Técnica constituída na CIB-Micro, composta de representantes do CVV, da Gerência Regional de Saúde e dos municípios de abrangência do Centro.

Em razão da prática ainda incipiente de se monitorar políticas públicas, algumas dificuldades foram enfrentadas no início desse processo; dentre elas, destaca-se a inobservância dos prazos previstos para o ciclo de monitoramento. Com medidas corretivas como oficinas de sensibilização dos envolvidos no processo, automatização dos formulários, entre outras, tanto o número de formulários atrasados quanto a média de atraso caíram satisfatoriamente, conforme observado nos gráficos a seguir.

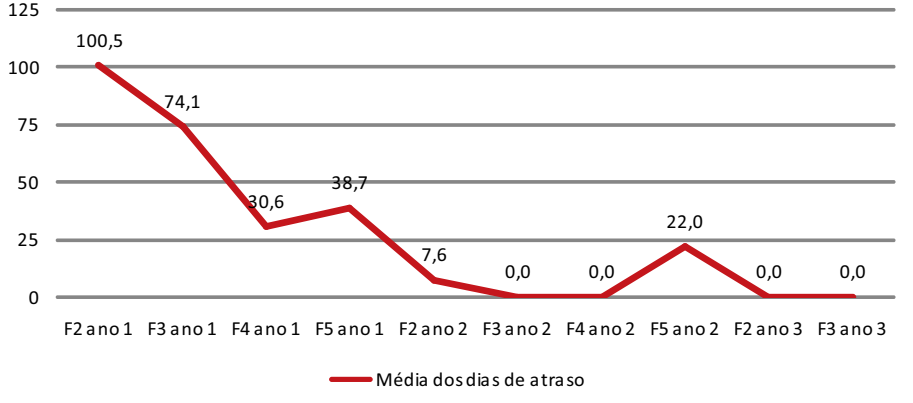
Gráfico 2: Número de formulários atrasados em reação aos formulários esperados, por formulário, por ano



Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Como pode ser visto no Graf. 2, há uma forte tendência decrescente no número de formulários atrasados em cada período. Da mesma forma, quando medimos a média de atraso, no Graf. 3, vemos que ela já atingiu o nível mínimo, havendo períodos em que a média foi negativa, o que significa que os formulários foram entregues antes do prazo limite previsto no cronograma. Nesse gráfico, os picos observados nos formulários 5 devem-se ao fato de que a maioria desses formulários tem entrega prevista para os meses de dezembro e janeiro, quando o trâmite da documentação fica mais difícil.

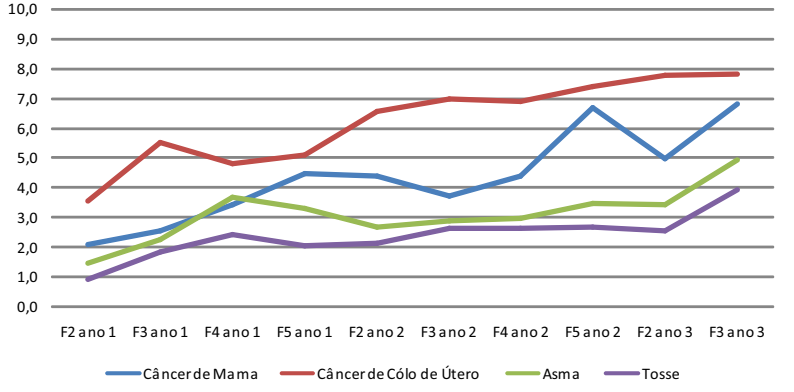
Gráfico 3: Média dos dias de atraso na entrega dos formulários de monitoramento dos Centros Viva Vida, por formulário



Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Além desses avanços administrativos e processuais, percebe-se melhoria do desempenho dos Centros conforme seu processo de maturação ao longo do tempo. Os gráficos a seguir apresentam a evolução dos resultados apurados pelo monitoramento. A nota final significa o percentual de cumprimento dos indicadores pelos quais os CVV foram contratados (Graf. 4).

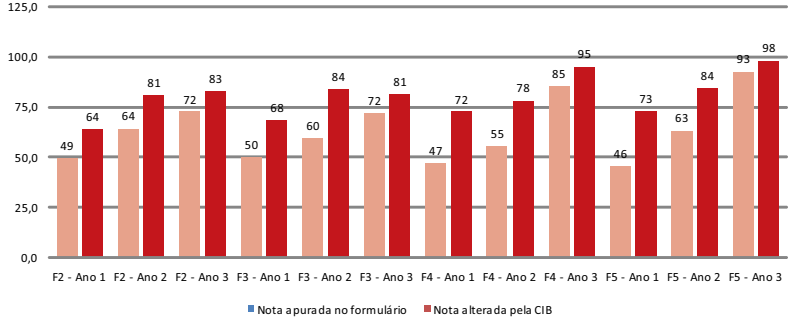
Gráfico 4: Nota apurada nos indicadores assistenciais do monitoramento dos Centros Viva Vida, por formulário, por indicador



Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Conforme pode ser observado no Graf. 4, ocorreram melhorias em todos os indicadores que são monitorados; todos apresentam tendência crescente. No Graf. 5, são apresentados os ajustes feitos pela CIB Microrregional na nota apurada. Observa-se que, na média, não há diferença muito grande entre a nota apurada e a nota final emitida pela CIB, sugerindo que essas Comissões não são perdulárias com os recursos públicos.

Gráfico 5: Comparação entre formulários nos respectivos ciclos de monitoramento por nota apurada e por nota alterada pela CIB-Micro



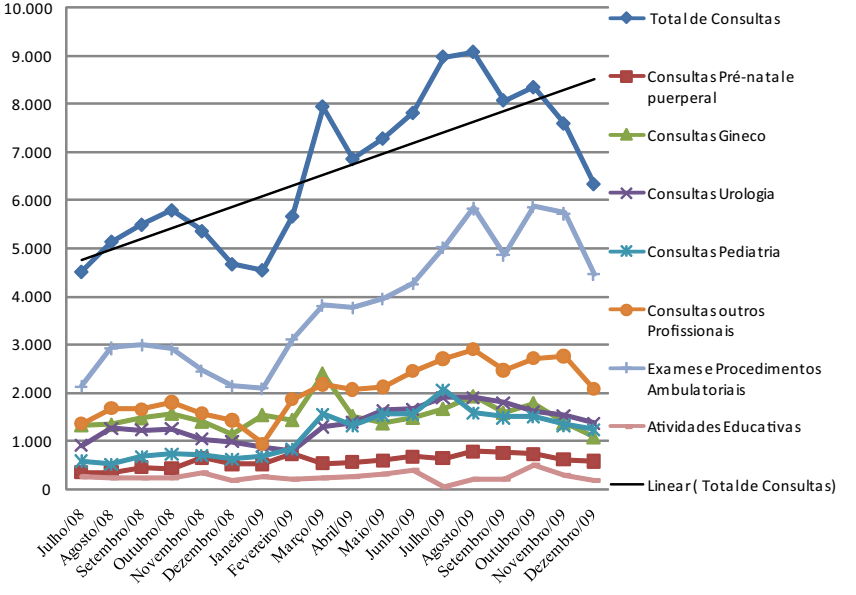
Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Na tentativa de aprimorar esse ciclo de monitoramento e superar as fragilidades e as limitações do instrumento de monitoramento proposto pela Resolução SES n.º 1.150/07, foram desenvolvidos, em uma parceria entre a Coordenação do Programa Viva Vida, a Coordenação de Gestão da Informação e uma consultoria externa, dois novos instrumentos de monitoramento do CVV: o Demonstrativo Mensal Contábil Operacional (DMCO) e o Informe de Produção Assistencial (IPA).

Esses instrumentos, de preenchimento mensal e em formato eletrônico, têm como objetivo, respectivamente, acompanhar a contabilidade (receitas e despesas) e a produção assistencial do Centro Viva Vida, servido assim como base para implantação de centros de custos para os CVV.

Os resultados apresentados pela análise desses instrumentos também são satisfatórios e demonstram que há consolidação dos Centros Viva Vida nas microrregiões. Com os dados disponibilizados pelo DMCO, por exemplo, foi possível compreender a composição das despesas por natureza do gasto, o que permitirá uma revisão da previsão de custeio mais real. Já os dados do IPA confirmaram as tendências de crescimento da produção dos Centros já apontadas pelo monitoramento quadrimestral (Graf. 6).

Gráfico 6: Total de procedimentos realizados pelos Centros Viva Vida, por mês, entre 2008 e 2009



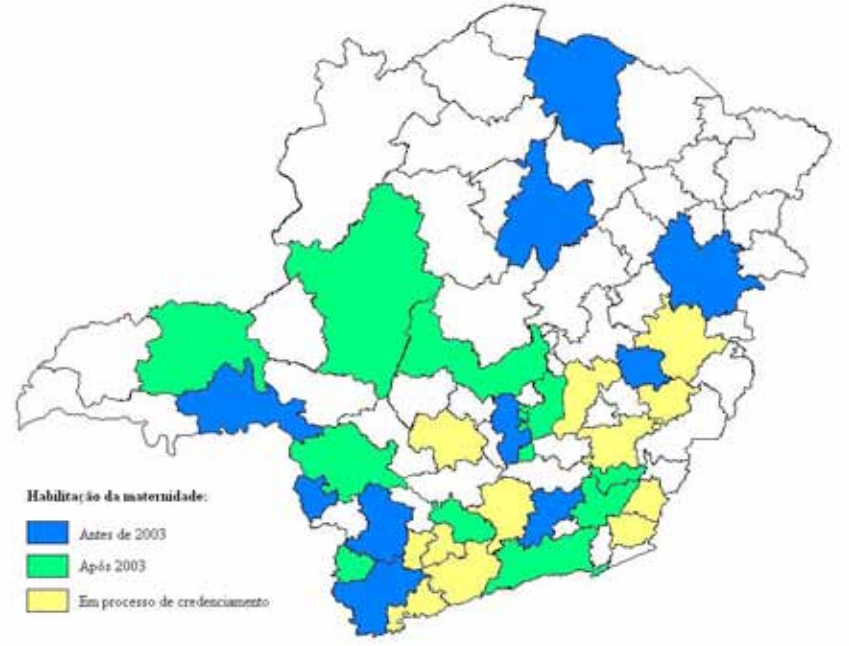
Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Nota-se, nos meses com feriados, festas e férias regulares, a diminuição da produção, provavelmente associada a esses eventos e ao aumento do absenteísmo.

3.3- Atenção Terciária à Saúde

Os resultados da Rede Viva Vida na Atenção Terciária estão associados às maternidades de alto risco, tanto secundárias quanto terciárias. Desde 2003, a Rede Viva Vida quase dobrou as maternidades de referência no Estado, passando de 15 para 28 instituições. O processo de credenciamento das maternidades foi iniciado no Ministério da Saúde, em 1998 e, após 2005, foi assumido pela SES/MG. A dispersão dessas unidades pode ser vista na Fig. 3.

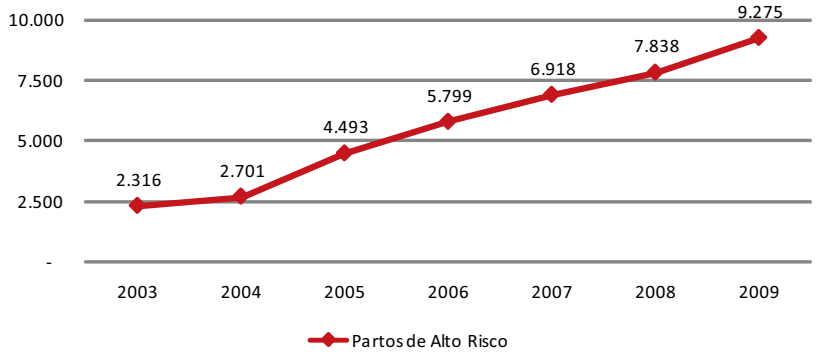
Figura 3: Dispersão das maternidades de alto risco



Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Essa expansão no credenciamento gera um resultado importante para a Rede Viva Vida. A partir do credenciamento, é possível visualizar, no sistema oficial, os partos de alto risco realizados no Estado. Isso acontece porque, tão logo seja feito o credenciamento, as instituições hospitalares poderão fazer uso de códigos específicos de partos em gestantes de alto risco e receber o valor correspondente a esses procedimentos, que é superior ao dos de risco habitual.

Gráfico 7: Evolução dos partos de alto risco remunerados pelo SUS com recursos do Tesouro Estadual, em Minas Gerais, por ano



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH, 2010.

Com esses dados, foi permitido prover a remuneração adequada das instituições hospitalares habilitadas, que passam a receber valores diferenciados para partos de alto risco, custeados com recursos do Tesouro Estadual, via câmara de compensação. Um dos resultados desse credenciamento, observado ao nível macrorregional, é o aumento da resolubilidade das macrorregiões de saúde, conforme pode ser visto no Apêndice A.

3.4- Resultados de Ações Transversais: Qualificação da Rede e Mobilização Social

As ações de qualificação dos profissionais que prestam assistência na Rede Viva Vida, bem como as ações referentes à Mobilização Social, não podem ser associadas a um nível de atenção específico. Isso porque essas ações são transversais e podem atingir, simultaneamente, mais de um nível de atenção à saúde.

A Tab. 2 apresenta os profissionais capacitados pelo Programa Viva Vida entre 2003 e 2009. Ao todo foram capacitados mais de 15 mil profissionais, nos diversos cursos técnicos e gerenciais promovidos ou contratados pela SES/MG por meio do programa.

Tabela 2: Profissionais capacitados em áreas técnicas e gerenciais da Rede Viva Vida, entre 2003 e 2009, por área

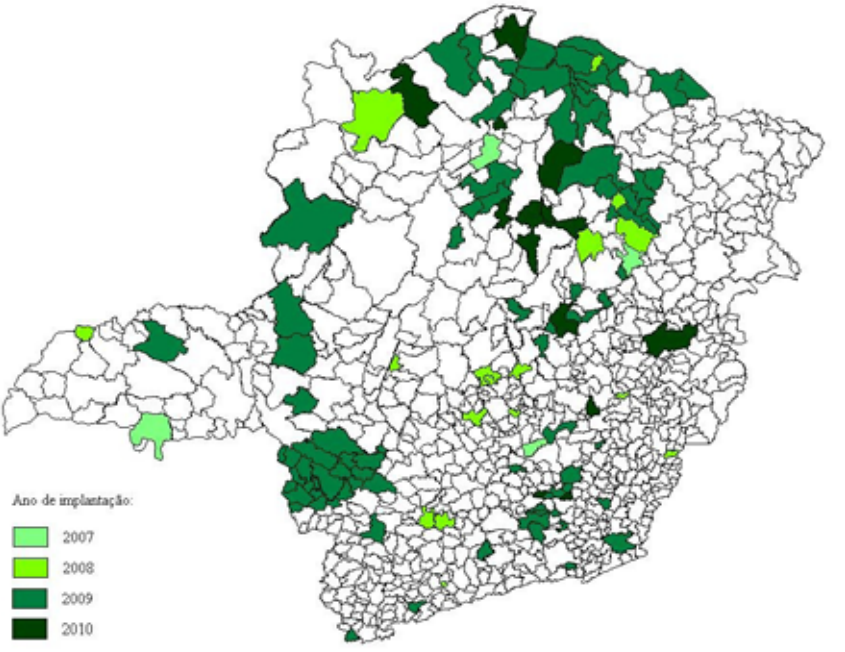
Área da capacitação realizada	Profissionais Capacitados
Aleitamento Materno	1.534
ALSO (Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia)	733
Atualização em Core Biopsy	20
Capacitação de Multiplicadores nas Oficinas	1.605
Capacitação dos profissionais dos Centros Viva Vida (várias áreas)	200
Curso de Atualização em Cirurgia de Alta Frequência	21
Curso de Atualização em Cirurgia Mamária	27
Curso SISMAMA	197
Cursos Ultrassom	86
Emergências Clínicas e Cirúrgicas em Obstetrícia	89
Formação de Tutores Estaduais do Método Canguru	5
Fortalecendo e Sustentando a Iniciativa Hospital Amigo da Criança	52
Implantação das Linhas-Guia da Gestante e Criança	4.500
Oficina de Implantação da Caderneta de Saúde do Adolescente	23
Oficinas de Mobilização Social	28
Oficinas do CVV	560
Reanimação Neonatal	512
Seminário de Prevenção da Mortalidade Materna	53
Sensibilização para Acolhimento ao Adolescente	20
Treinamento de Parteiras Tradicionais (Multipicadores)	46
Treinamento de Parteiras Tradicionais (Parteiras)	88
Treinamentos de Capacitação em Triagem Neonatal	2.690
Treinamentos em Urgência para Doença Falciforme	2.436
Total de profissionais capacitados	15.525

Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Essa capacitação impacta diretamente a assistência prestada nos pontos de atenção da Rede Viva Vida, ao promover atualização das práticas e do conhecimento dos profissionais e estimular melhor organização da assistência prestada nesses locais.

Outro conjunto de ações transversais realizadas pelo Programa Viva Vida refere-se à Mobilização Social. Conforme apresentado em Lima *et al.* (2009), essa iniciativa busca envolver Estado e sociedade civil na concentração de esforços para reduzir a mortalidade infantil e materna. O resultado desse esforço é a implantação da Rede Estadual de Defesa da Vida, composta dos Comitês Estadual e Municipais de Defesa da Vida (Fig. 4).

Figura 4: Dispersão dos Comitês Municipais de Defesa da Vida



Fonte: Coordenação da Rede Viva Vida/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Os Comitês Municipais de Defesa da Vida vêm sendo implantados em todo o Estado desde a criação do Comitê Estadual, em 2004. Esses Comitês geram um espaço institucionalizado que possibilita atuação intersetorial em relação à redução da mortalidade infantil e materna e são compostos de instituições governamentais e não governamentais. Ao todo, foram implantados 95 Comitês Municipais entre 2003 e 2009.

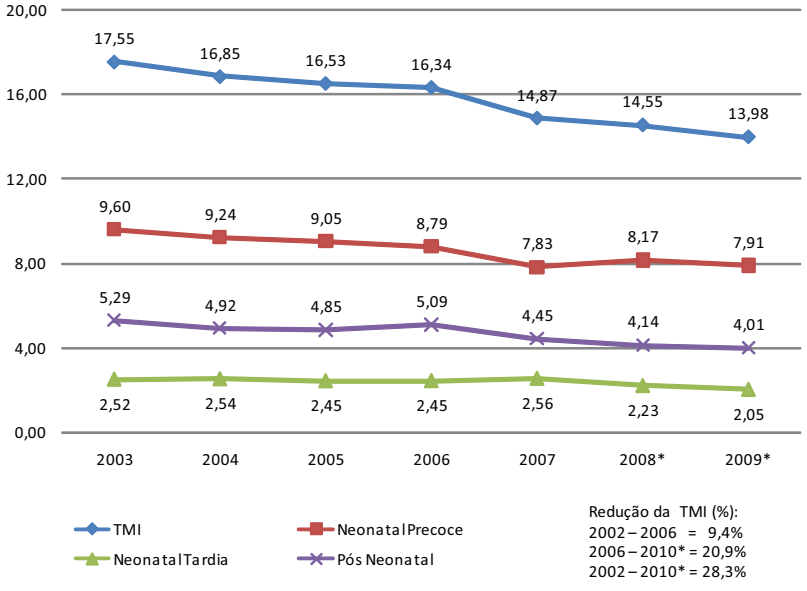
Além dos Comitês, a Mobilização Social estabeleceu parcerias com organizações não governamentais, por meio da celebração de nove convênios, e realizou três premiações anuais, para os destaques na redução da mortalidade infantil e materna, para mais de 20 entidades, entre organizações e municípios.

3.5- Os Indicadores Estratégicos: a TMI e a RMM

A TMI, desde a implantação do Programa Viva Vida, vem apresentando queda sustentada. Contudo, esse indicador ainda se encontra acima do aceitável definido pela OMS, que é de menos de dez óbitos em cada mil nascidos vivos. Observa-se que a redução da TMI passa por dois momentos distintos: nos primeiros quatro anos, a queda foi menos acentuada que nos três anos após 2006. Isso parece sugerir que a Rede levou um tempo para

se organizar, após os primeiros estímulos, e os resultados estão melhorando substancialmente desde 2007.

Gráfico 8: Evolução da taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais, por ano, por componente



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIH/SIM. Superintendência de Epidemiologia/SES/MG, 2010.

Outro resultado importante é a queda apresentada pelo componente neonatal precoce. Isso sugere que os serviços de saúde estruturados e qualificados pela Rede Viva Vida estão provocando resultados concretos. O componente neonatal tardio também está apresentando um discreto decréscimo. O mesmo ocorre com o componente pós-neonatal, o que sugere melhorias ambientais externas à saúde e seu impacto na TMI.

Apesar de todos os esforços despendidos para aumentar a equidade no planejamento e na execução do Programa Viva Vida, o desafio da redução das desigualdades ainda está sendo buscado. Os dados da Tab. 3 mostram que o desvio entre as macrorregiões ainda permanece no mesmo patamar do início do programa, se considerarmos os dados já concluídos. Da mesma forma, as médias entre os anos, para cada macrorregião, ainda são bastante diferentes, variando entre os extremos do Triângulo do Norte (12,83) e Nordeste (23,82).

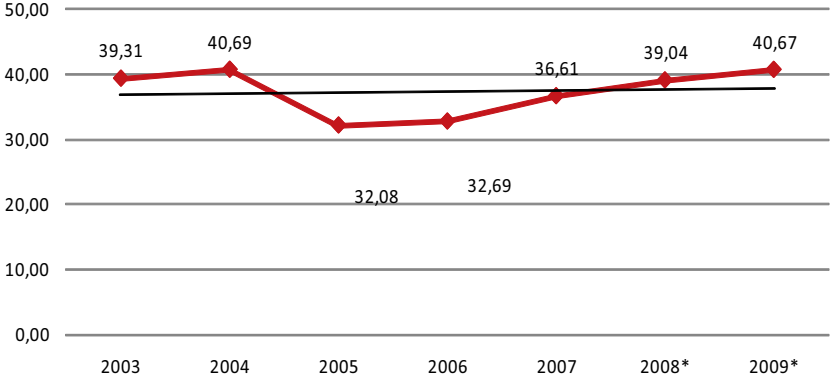
Tabela 3: Taxa de Mortalidade Infantil, em Minas Gerais, por macrorregião, 2003-2009

Ano	CT	CS	JQ	LT	LS	NE	NO	NT	OE	SE	SU	TN	TS	Desvio
2003	16,77	19,08	15,89	18,9	20,49	23,67	14,12	16,51	16,97	22,42	16,84	12,41	15,26	*3,2*
2004	15,03	19,79	17,2	19,3	18,92	25,96	13,33	17,12	16,92	20,68	15,73	12,62	13,24	*3,66*
2005	15,82	20,4	18,19	19,71	16,55	23,33	13,72	15,99	16,02	19,55	13,51	12,48	15,92	*3,1*
2006	14,51	19,68	21,83	19,27	21,22	23,76	14,24	15,43	14,93	19,43	15,08	13,66	12,74	*3,62*
2007	12,74	19,05	18,74	16,67	16,91	24,44	12,81	14,19	15,12	17,49	13,26	13,65	13,36	*3,37*
2008*	12,69	17,45	16,37	15,67	18,65	21,44	13,91	14,67	12,77	17,37	14,08	11,99	13,87	*2,72*
2009*	12,36	18,45	21,12	14,96	15,34	24,14	11,09	12,98	10,85	16,36	12,55	13,03	11,99	*4,05*
Média	*14,27*	*19,13*	*18,48*	*17,78*	*18,3*	*23,82*	*13,32*	*15,27*	*14,8*	*19,04*	*14,44*	*12,83*	*13,77*	3,17

Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM,XINASC, 2010. Superintendência de Epidemiologia/ SES/MG, 2010.
Notas: (*) Dados provisórios.
Legenda: (1) Macrorregiões de saúde em Minas Gerais: CT - Centro; CS - Centro-Sul; JQ - Jequitinhonha; LT - Leste; LS - Leste do Sul; NE - Nordeste; NT - Norte; OE - Oeste; SE - Sudeste; SU - Sul; TN - Triângulo do Norte; TS - Triângulo do Sul

Os resultados referentes à evolução da razão de morte materna não são, entretanto, tão positivos quanto os encontrados na taxa de mortalidade infantil (Graf. 8). Conforme pode ser observado, a RMM apresenta tendência constante desde o início do Programa Viva Vida, embora se destaque uma grande flutuação no período.

Gráfico 9: Evolução da razão de morte materna, em Minas Gerais

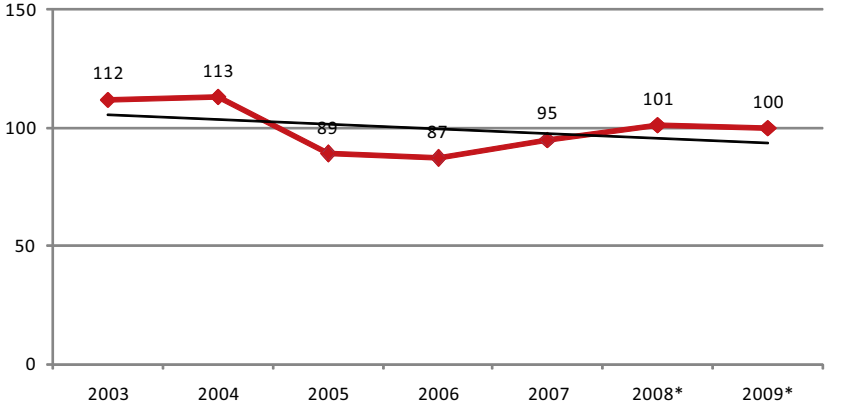


Fonte: 2000 à 2008: DATASUS/MS/SVS/DASIS - SIM e SINASC.
2009 e 2010: SE/SES/MG.
Nota: (*) Dados Preliminares, atualizados em Abril/2010.

É preciso, entretanto, fazer algumas ressalvas importantes em relação a esse indicador. Em primeiro lugar, ele é muito sensível ao aumento de um óbito, dado que seu cálculo é realizado considerando cem mil nascidos vivos. Em segundo lugar, o aumento da notificação dos óbitos maternos, a partir do avanço dos trabalhos dos comitês de prevenção da morte materna, melhora a qualidade da informação disponível, o que eleva a razão de morte materna.

Por fim, o aumento da taxa não significa, necessariamente, aumento expressivo do número absoluto de óbitos. Isso porque a fecundidade vem caindo sistematicamente, e, por consequência, também o número de nascidos vivos. Assim, como pode ser observado no Graf. 10, embora a taxa de 2003 seja maior que a de 2009, o número absoluto de óbitos é menor em 12 mortes (redução de 12%).

Gráfico 10: Evolução dos óbitos maternos em Minas Gerais, por ano



Fonte: Ministério da Saúde/DATASUS/SIM, 2010.
Nota: (*) Dados preliminares.

Conclui-se, assim, que, apesar da impossibilidade de fazer associações diretas entre os indicadores estratégicos, e a implantação do Programa Viva Vida, os avanços nos indicadores de processo e nos de resultado sugerem que o programa apresentou impacto positivo para a melhora da saúde da população mineira.

3.6- INTERFACES: A Triagem Auditiva Neonatal em Minas Gerais

Gabriela Cintra Januário
Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

O Programa Estadual de Triagem Auditiva Neonatal foi instituído em outubro de 2007 através da publicação da Resolução SES n.º 1.321. O objetivo do Programa é a detecção precoce das alterações auditivas neonatais, possibilitando o diagnóstico e a intervenção imediatos e, consequentemente, evitando as alterações de linguagem da criança com deficiência auditiva.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) está credenciando maternidades como Serviços de Referência de Triagem Auditiva Neonatal (SRTAN), responsáveis por avaliar não apenas os nascidos vivos na instituição, mas também os nascidos na região de abrangência. O foco prioritário – porém não exclusivo – são os neonatos de alto risco, que devem ser avaliados antes da alta hospitalar. Os neonatos de baixo risco devem retornar à maternidade para realização do teste nos primeiros 30 dias de vida.

Atualmente o Programa possui 20 SRTAN distribuídos em nove das 13 macrorregiões de saúde do Estado. Com a conclusão da primeira etapa, o Estado terá 45 maternidades credenciadas, definidas em parceria entre o Programa Viva Vida, o Pro-Hosp e as Comissões Intergestores Bipartite Macrorregionais.

Mensalmente são avaliados pelo Programa 2.900 neonatos, representando aproximadamente 13% dos nascidos vivos de Minas Gerais. O objetivo é a cobertura de 100%. No município de Belo Horizonte, onde o Programa Estadual está vinculado à Atenção Primária à Saúde, com os agendamentos realizados pelas Unidades Básicas de Saúde nas ações do 5º dia de vida da criança, foi alcançada uma cobertura de 70% em oito meses de Programa.

3.7- Serviços de Referência de Triagem Auditiva Neonatal de Minas Gerais

A seguir são citados os hospitais credenciados até junho de 2010

- Hospital Universitário Alzira Velano (Alfenas)
- Santa Casa de Passos (Passos)
- Hospital das Clínicas Samuel Libânio (Pouso Alegre)

- Santa Casa de Misericórdia de Barbacena (Barbacena)
- Hospital das Clínicas da UFMG (Belo Horizonte)
- Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (Belo Horizonte)
- Hospital Odilon Behrens (Belo Horizonte)
- Hospital Sofia Feldman (Belo Horizonte)
- Hospital Julia Kubitschek (Belo Horizonte)
- Maternidade Odete Valadares (Belo Horizonte)
- Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora (Juiz de Fora)
- Hospital Santa Rosália (Teófilo Otoni)
- Hospital Escola da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (Uberaba)
- Hospital Municipal Senhora Santana (Brasília de Minas)
- Hospital Santa Isabel (Ubá)
- Irmandade Nossa Senhora da Saúde (Diamantina)
- Hospital Regional do Sul de Minas (Varginha)
- Santa Casa de Lagoa Santa (Lagoa Santa)
- Santa Casa de Misericórdia Nossa Senhora do Patrocínio (Patrocínio)
- Hospital de Clínicas (Uberlândia)

4- Perspectivas Futuras

Os resultados apresentados sugerem que um expressivo avanço foi conseguido na atenção à saúde da mulher e da criança no Estado de Minas Gerais. Isso não quer dizer, sob nenhum aspecto, que não há mais nada a ser feito. Ao contrário, são muito grandes os desafios que precisam ser perseguidos. Longe de esgotar as questões, segue uma agenda futura para as ações da Rede Viva Vida.

Em relação aos indicadores, embora todos tenham apresentado melhora, observa-se que em todos eles há espaço para avanços. Precisamos evoluir cada vez mais na quantidade de consultas de pré-natal e continuar perseguindo um aumento da qualidade dessas consultas. Da mesma forma, o planejamento familiar precisa avançar.

A atenção hospitalar também necessita de muitas ações. A primeira delas é aumentar o número de leitos de UTI, tanto adulto quanto neonatal, principalmente nas macrorregiões de saúde do Nordeste, do Norte de Minas e do Noroeste. Sem o cuidado progressivo, as melhorias nos resultados finalísticos ficam comprometidas dadas as limitações dos resultados da Atenção Primária e Secundária à Saúde.

Essa falta de leitos de UTI também dificulta a expansão do sistema de referência hospitalar para gestantes de alto risco. Observa-se, no mapa desse sistema, que ainda faltam referências em muitas microrregiões. Além disso, é preciso constante melhoria na qualidade dos leitos obstétricos, principalmente mediante as novas regulamentações da Vigilância em Saúde quanto à ambiência das maternidades.

Em relação aos Centros Viva Vida, apesar dos avanços obtidos, seu monitoramento ainda tem muito o que melhorar. Ficam como desafios para o futuro: (a) avançar na análise dos dados dos formulários de monitoramento, a partir de um banco de dados unificado, introduzindo os indicadores de processo do novo modelo de contratualização (mais bem detalhado no capítulo específico sobre o assunto) e criando uma rotina de análise agregada dos dados, em um boletim quadrimestral a ser entregue para todos os CVV com as principais informações sobre o seu desempenho; (b) implementar o cruzamento sistemático dos dados de produção lançados no SIA com os de produção declarados no IPA, além de complementar a análise do DMCO com aqueles da prestação de contas; (c) implantar e consolidar o Centro de Custos, expandindo para todos os CVV; (d) implantar o módulo dos CVV no SUSFácil e elaborar relatórios com dados futuros; (e) revisar a carteira de serviços e o valor do custeio.

Além desses compromissos referentes aos pontos de atenção específicos da Rede Viva Vida, é preciso ressaltar que os resultados do programa dependem dos avanços dos sistemas logísticos e de apoio. Afinal, a Rede somente funciona bem se esses sistemas estiverem integrados. Em contrapartida, é preciso que o programa avance na análise técnico-assistencial dos óbitos, escalonando as prioridades da assistência no Estado.

Por fim, destacam-se dois compromissos paralelos aos estritamente ligados às estratégias do Programa Viva Vida. O primeiro deles é fomentar o debate para a implementação de uma política sustentada de recursos humanos assistenciais no Estado. Isso porque, cada vez mais, há uma dependência de profissionais especialistas, que precisam de remuneração adequada para sua fixação nas regiões onde há vazios assistenciais na Rede Viva Vida. O segundo é a implementação da política de saúde do adolescente, atualmente muito vinculada somente às ações do planejamento familiar.

5- Referências

LIMA, H. O.; ROMANINI, M. A. V.; MARQUES, A. M. F.; OLIVEIRA, M. R., MOREIRA, L. M. C. Rede Viva Vida de atenção integral à saúde da mulher e da criança. In: MARQUES, A. J. S. *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2009. p. 111-128.

MENDES, E. V. *Redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Análise da mortalidade materna e infantil no Estado de Minas Gerais*. Maria do Carmo Paixão Rausch *et al*. Belo Horizonte: SES/MG, 2005. 47p.

APÊNDICE A – A resolubilidade na gestão: descentralização e redução das iniquidades na atenção hospitalar às gestantes de alto risco

Ivêta Malachias
Fernando Antônio Gomes Leles
Luiz Cláudio Fraga de Andrade
Genesi Batista de Castro

O propósito de um Plano Diretor de Regionalização (PDR) da saúde é estruturar um dos pilares para descentralização e organização dos serviços em redes de atenção à saúde, tendo em vista possibilitar o direcionamento integral e equitativo das políticas públicas e programas. Assim, esse é um dos instrumentos de planejamento e, portanto, de gestão em saúde que estabelece a base territorial e populacional para cálculos, possibilita melhor identificação loco-regional e estadual das necessidades e a priorização para alocação dos recursos de saúde.

As economias de escala e escopo e a acessibilidade são princípios que induzem maior eficiência e qualidade dos serviços. O PDR/MG foi elaborado com base nesses princípios, que também orientaram a organização da "tipologia" de serviços como referência ideal para a estruturação das redes de atenção, as de demanda espontânea ou as organizadas por programas prioritários nas micro e macrorregiões. Esses componentes do PDR possibilitam a utilização da resolubilidade como um dos indicadores de resultado regional que orientam análises de cada microrregião no território da macro e no total do Estado, conforme sua localização e condições socioeconômicas.

Uma vez estabelecidos nos planos de governo do Estado metas e prioridades, a monitoria e a avaliação do alcance dos resultados são, teoricamente, o passo subsequente. Esse fato justifica o estudo aqui apresentado, que também responde quanto ao papel do PDR/MG e do próprio indicador enquanto contribuição para os processos de gestão e avaliação.

As grandes distâncias geográficas do Estado de Minas Gerais são de conhecimento geral. A atenção hospitalar às gestantes de alto risco, em 2003, apresentava-se deficitária e altamente concentrada em uma das 13 macrorregiões do Estado, a Macro Centro. O reforço e/ou descentralização da atenção hospitalar foi uma das ações apontadas como necessárias para redução da mortalidade infantil e materna, prioridade nos planos de governo de 2003-2007 e 2008-2011.

Como indicador, a resolubilidade é a medida percentual da capacidade de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar da população residente na sua própria região – micro ou macro – em relação à tipologia definida como referência ideal para cada nível regionalização/atenção à saúde, conforme PDR/MG, na assistência em geral e/ou por programa.

A tipologia reagrupa os procedimentos hospitalares por clínica de especialidade médica e nível de regionalização/ nível de atenção à saúde, conforme agregação de tecnologia. O reagrupamento dos procedimentos foi elaborado com base em análises da concentração de serviços e distribuição espacial, da viabilidade de expansão de serviço na perspectiva da integralidade e equidade, uma vez considerados os níveis de atenção propostos no PDR/MG e as economias de escala e escopo.

Dessa forma, como objetivo propõe-se avaliar os resultados obtidos nas propostas de descentralização e superação dos vazios assistenciais hospitalares, com foco no atendimento às gestantes de alto risco residentes, por macrorregião do Estado. Para esses estudos, serão considerados apenas os aspectos quantitativos da resolubilidade.

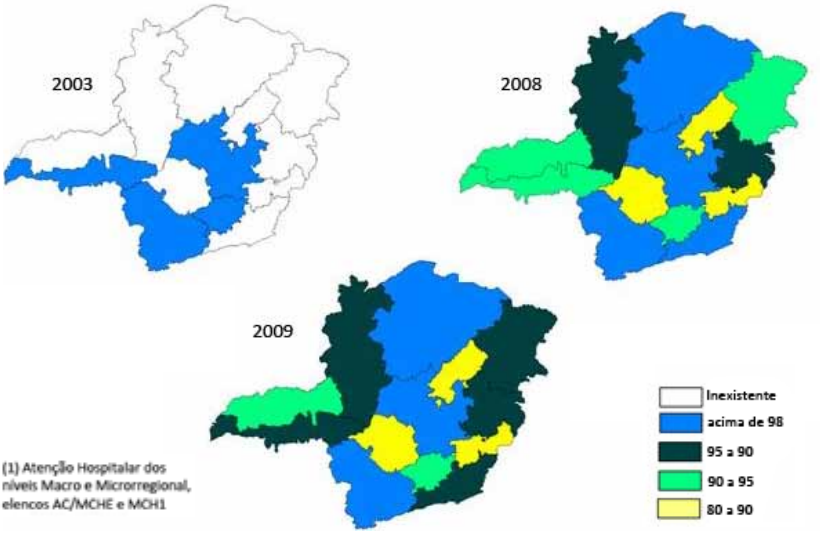
Para coleta, interpretação e análise dos dados, divulgação e discussão dos resultados, foram utilizados métodos estatísticos e cartográficos. Tornou-se necessária, primeiramente, a validação da tipologia de serviços proposta no PDR/MG para os níveis Terciário e Secundário de Atenção à Saúde. Noutros termos, considerando a implantação de nova tabela de procedimentos SIAH/SUS/MS, foram confirmados os procedimentos hospitalares de responsabilidade do nível macrorregional e os do nível microrregional. Os especialistas técnicos da Coordenação do Programa Viva Vida da Superintendência de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SAS/SES/MG), consultados pelo Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde (NARS), opinaram quanto à tipologia elaborada anteriormente, conforme metodologia específica utilizada para estruturação do PDR/MG, e também no reagrupamento efetuado em 2009.

Na sequência, utilizando como fonte os bancos de dados DATASUS, foram efetuados levantamentos e cálculos para se aferir onde e quando os residentes de cada macrorregião são atendidos, numa série histórica de sete anos, de 2003 a 2009. O sistema Tabwin do DATASUS foi adequado para esse referenciamento conforme tipologia e regiões do PDR/SUS/MG.

Resultados

A Fig. A ilustra a gradativa expansão dos serviços hospitalares no atendimento às Gestantes de Alto Risco (GAR). Até 2003, apenas quatro das 13 macrorregiões estavam habilitadas para atendimento às GAR residentes e, já então, com resolubilidade acima de 98%.

Figura 1: Descentralização e resolubilidade da atenção hospitalar[1] às Gestantes de Alto Risco (GAR), por macrorregião



Fonte: MARS/AGR/SES/MG

Em 2004, 2005 e 2006, o atendimento às GAR foi descentralizado para as macrorregiões Norte, Leste e Sudeste, respectivamente. As duas primeiras estão localizadas em regiões menos favorecidas, considerados o acesso viário e as condições socioeconômicas. Até 2008, o serviço foi estendido às demais regiões do Estado, inclusive àquelas em condições ainda mais precárias e, eventualmente, com menores condições de fixação de equipes multiprofissionais de altíssima especialidade e intensivistas: Noroeste, Jequitinhonha e Nordeste. Esse fato faz pressupor, em médio prazo, certa dependência em relação a alguma outra macrorregião, especialmente para a Atenção Terciária de mais alta complexidade, com capacidade instalada para atendimento dos procedimentos de alto custo da neurologia e da cardiologia, entre outros.

A resolubilidade aqui dimensionada diz respeito à capacidade de atendimento da demanda atendida pelo SUS; não se refere à identificação real das gestantes por região. A necessidade real, provavelmente diferente por macrorregião, no futuro poderá ser mais bem dimensionada, o que requer investigação e revisão dos parâmetros hoje adotados.

Pelos parâmetros atualmente utilizados e confirmados pela equipe técnica da coordenação do Viva Vida, sobre 1,8% da população há uma expectativa de demanda de atendimento à GAR da ordem de 15%. Tais parâmetros podem estar indicando uma demanda não identificada e/ou não atendida no SUS/MG da ordem de 50% a 60% nas regiões Jequitinhonha, Nordeste e Oeste. A demanda não identificada torna a resolubilidade dessas

macros, na realidade, muito superestimada, especialmente considerando que o percentual da população SUS dessas macros é bastante elevado.

Conclusão

Em relação à atenção às GAR, o cálculo da resolubilidade e a utilização das técnicas de cartografia têm permitido retratar a evolução cronológica e relativa entre regiões, o que tem facilitado e subsidiado decisões de investimentos, repactuações e ampliação da governabilidade. Como quaisquer e necessárias avaliações globais, essa não dispensa medidas e ações particulares, de competência de outras equipes da SES/MG, tais como: ampliar e agilizar a capacidade operacional dos hospitais envolvidos, rever as quotas de internação pactuadas, a capacidade de identificação e o cadastramento das GAR por parte das equipes do PSF em determinada região, ações de governabilidade regional articuladas com as de nível estadual.

Este estudo de avaliação, voltado para um enfoque global, não propõe esgotar o assunto. Tornou-se útil como gatilho para acionar outros estudos, promover contatos e integração entre as diversas equipes envolvidas no assunto.

Os espaços territoriais bem estruturados confirmaram-se como referenciais que ilustram e facilitam abordagens técnicas para diversas avaliações. A visualização dos avanços por região através de mapas facilita a comunicação e a abertura de discussões. Para tanto, o Plano Diretor de Regionalização requer boa definição dos espaços micros e macrorregionais no que diz respeito à atenção à saúde.

Referências

ALETRAS, V.; JONES, A; SHELDON, T. A. Economies of scale and scope. In: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. *Concentration and choice in health care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.

BRASIL. *Lei Orgânica da Saúde – Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]*, Brasília, DF, 20 set. 1990, p. 18.055.

BRASIL. *Lei n.º 8142, 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 de saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 10 de fevereiro de 2008.

MALACHIAS, I.; CASTRO, G. B.; ANDRADE, L. C. F.; CARVALHO, C. H. G.; BORGES, J. M.; OLIVEIRA, M. R.; RAUSH, M. C.; YOKOTA, M. *Carteira de Serviços Hospitalares do SUS/MG*. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/plano-diretor-de-regionalizacao-pdr>. Acesso em: mar. 2010.

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

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

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão da municipalização autárquica à regionalização cooperativ*a. Belo Horizonte, 2004. 80 p.

Capítulo 5

REDE HIPERDIA: SAÚDE CARDIOVASCULAR AO ALCANCE DOS MINEIROS

Ailton Cezário Alves Júnior
André Henrique Freitas de Braga e Bessa
Fernanda Santos Pereira
Lidiane Gonçalves dos Santos
Luiza Lisboa
Maria de Fátima Castanheira

1- Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) são patologias consideradas hoje prioritárias em saúde pública. No cenário epidemiológico contemporâneo, em que as condições crônicas assumem papel cada vez mais relevante, a hipertensão e o diabetes se destacam por apresentarem tendência de aumento acentuado e pelo forte impacto que exercem no perfil de morbimortalidade da população, sendo fatores de risco para o surgimento das doenças cardiovasculares (DCV) e da doença renal crônica (DRC).

A prevalência média estimada da HAS em adultos (acima de 20 anos) é cerca de 20% (em 2006). O Censo Brasileiro de Diabetes (1986-1988) indica que, na população entre 30 e 69 anos de idade, esse distúrbio metabólico apresenta uma ocorrência média de 7,6%, e que a ocorrência média de tolerância diminuída à glicose nessa faixa etária é de 7,8% (Brasil, Ministério da Saúde, 2001).

Os custos mundiais diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais com saúde, dependendo da prevalência local do diabetes e da complexidade do tratamento disponível (Brasil, Ministério da Saúde, 2006). Já as doenças cardiovasculares são responsáveis por 40% das aposentadorias (Brasil, Ministério da Saúde, 2001).

Uma análise do estudo de carga de doença concluído em nosso país em 2002 mostra que o Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, tem vivenciado nas últimas décadas uma importante transição em sua situação epidemiológica. As condições crônicas hoje predominam e apresentam tendência de aumento da sua prevalência (em 1998, 66% da carga de doença

no país deveu-se a doenças denominadas como "não transmissíveis", entre as quais se incluem o DM e as afecções cardiovasculares, comparado com 24% a doenças contagiosas, maternas, perinatais e nutricionais – muitas das quais são condições crônicas – e 10% a ferimentos – causas externas), conforme apresentado na Tab. 1 (ESP, 1998).

Tabela 1: Carga de doença no Brasil por grupos de causas em anos de vida perdidos por morte prematura ou vida com incapacidade (DALYS), 1998

Grupos de Doenças	Taxa (em anos de vida)	
Todas as causas	232	100
Grupo I – D. Inf. Parasit., Maternas, Perin. e Nutricionais	54	23,5
I.A. Infecciosas e parasitárias	21	9,2
I.B. Infecções respiratórias	8	3,5
I.C. Condições maternas	6	2,4
I.D. Condições do período perinatal	15	6,4
I.E. Deficiências nutricionais	5	2,1
Grupo II – Doenças não transmissíveis	154	66,3
II.A. Câncer	15	6,3
II.B. Neoplasias benignas	0	0,1
II.C. Diabetes *mellitus*	12	5,1
II.D. Doenças endócrinas e metabólicas	4	1,5
II.E. Doenças neuropsiquiátricas	43	18,6
II.F. Desordens de órgãos do sentido	2	1,1
II.G. Doenças cardiovasculares	31	13,3
II.H. Doenças respiratórias crônicas	19	8,1
II.I. Doenças do aparelho digestivo	6	2,7
II.J. Doenças genitourinárias	2	0,8
II.K. Doenças de pele	0	0,1
II.L. Doenças músculoesqueléticas	13	5,5
II.M. Anomalias congênitas	4	1,8
II.N. Condições orais	3	1,2
Grupo III – Causas externas	24	10,2
III.A. Causas externas não intencionais	15	6,4
III.B. Causas externas intencionais	9	3,9

Fonte: Projeto Carga de Doença. Brasil, 1998. ENSP/Fiocruz.

Uma análise específica da mortalidade por doenças hipertensivas, no período de 1998 a 2008, no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) revela tendência crescente na taxa de mortalidade por doenças hipertensivas em Minas Gerais. Similarmente, para os anos 2001 a 2007, esse sistema demonstrou constante incremento no número de óbitos por DM no Estado.

A transição epidemiológica ora vivenciada apresenta causas multifatoriais. As melhorias socioeconômicas do país, que se revelam através de maior acesso aos serviços de educação e saúde, a urbanização acelerada e o estilo de vida moderno, acompanhados pelo sedentarismo, o estresse e as mudanças nos hábitos alimentares, entre outros fatores, contribuem para alterar os padrões de doenças e de mortalidade.

Alguns fatores demográficos têm sido também relevantes na composição do quadro de doenças e agravos observados no Brasil. A expectativa de vida da população brasileira aumentou sensivelmente, passando de 54 anos em 1960 para 72 anos em 2006 (IBGE, 2006). Esse ganho na esperança de vida tem sido acompanhado por um aumento progressivo das doenças crônicas, que são mais resistentes ao tratamento, de difícil prevenção e de longa duração.

Em Minas Gerais, atualmente 10% da população tem mais de 60 anos e no ano 2025 o percentual de pessoas idosas alcançará 15% do total, chegando a mais de quatro milhões de mineiros idosos. Tais números fortaleceram a necessidade de se adequar o sistema de saúde vigente para responder de forma proativa às necessidades em saúde dessa população.

Para enfrentamento desse desafio, o governo do Estado de Minas Gerais iniciou a estruturação da Rede Hiperdia, buscando romper com uma situação caracterizada, entre outras, 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 Júnior *et al.*, 2010).

2- A Rede Hiperdia

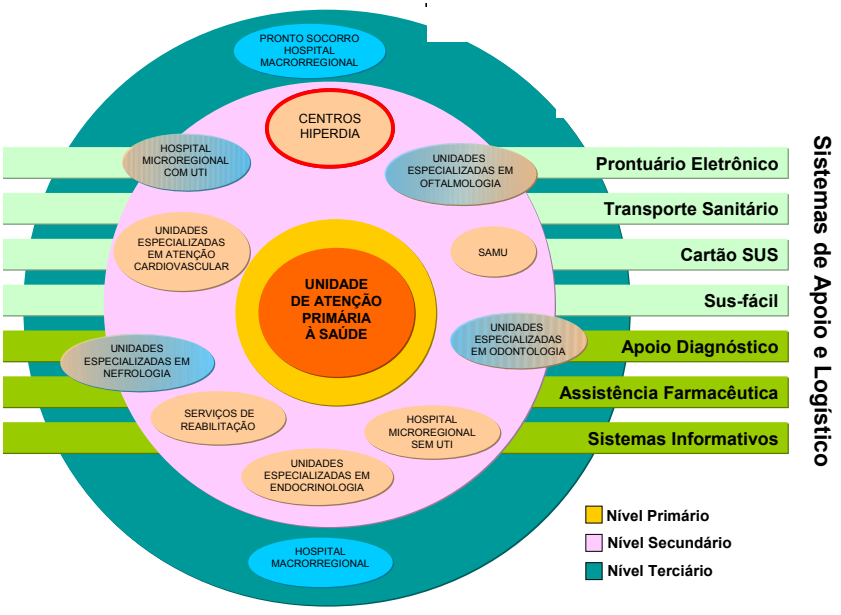
Consolidar uma rede de atenção que atue com intervenções sobre os fatores de risco para o aparecimento da HAS, do DM, das DCVs e DRCs e sobre as necessidades dos portadores dessas condições, visando propiciar uma atenção contínua sobre os possíveis eventos relacionados ao curso dessas doenças, é uma prioridade da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais – SES/MG (Alves Júnior *et al.*, 2010).

Assim, a Rede Hiperdia objetiva planejar e integrar ações no Estado de Minas Gerais, nos diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde, para reduzir fatores de risco e a morbimortalidade pela hipertensão arterial, diabetes

mellitus, doenças cardiovasculares e doença renal crônica, além de suas complicações, priorizando a promoção de hábitos saudáveis de vida, a prevenção e o diagnóstico precoce e a atenção programada de qualidade para os portadores dessas patologias. Através da Rede Hiperdia, esperam-se uma reestruturação, ampliação e maior resolutividade da atenção sistematizada a esses pacientes na sistema público de serviços de saúde do Estado, melhorando a expectativa e a qualidade de vida da população em geral (Alves Júnior *et al.*, 2010).

De acordo com o Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), proposto por Mendes (2009), a estrutura operacional de uma rede tem os seguintes componentes: pontos de atenção à saúde, sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistema de governança da rede. Na Rede Hiperdia em estruturação, esses componentes estão representados na figura a seguir, com exceção do sistema de governança, que incide sobre todos os outros componentes (Mendes, 2009).

Figura 1: Rede assistencial de hipertensão e diabetes



Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes/ SES/MG, 2010. SAS/SUBPAS.

Na estrutura proposta, a Rede Hiperdia promove a continuidade e a integralidade da atenção à saúde referente às condições citadas, cujo centro de comunicação é a Atenção Primária à Saúde – ponto de atenção que coordena os fluxos e contrafluxos do sistema (Mendes, 2009).

Na Atenção Secundária à Saúde, a estruturação de pontos de atenção, por meio da implantação dos Centros de hipertensão arterial e diabetes

mellitus – Centros Hiperdia – nas microrregiões sanitárias do Estado, visa dar suporte às ações ambulatoriais consideradas prioritárias. Assim, esses pontos devem estar organizados de maneira integrada à Atenção Primária e à Atenção Terciária, através do sistema de referência e contrarreferência.

Os Centros Hiperdia (CHDs) têm como objetivos principais em sua população-alvo: reduzir a mortalidade por hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças cardiovasculares e doença renal crônica; diminuir as complicações preveníveis por essas enfermidades; e melhorar a qualidade de vida dos portadores dessas condições crônicas. Além de prestar assistência especializada ao seu público-alvo (definidos como os portadores dessas condições crônicas com maior complexidade), os objetivos específicos dos CHDs são: supervisionar a atenção prestada a esses pacientes pelo nível primário de assistência à saúde; promover educação permanente aos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Primária e Secundária à Saúde; por último, fomentar pesquisas científicas e operacionais nas condições crônicas citadas (Alves Júnior *et al.*, 2010).

Esses serviços são implantados prioritariamente nos municípios-polo de microrregião. Por economia de escopo e de escala, apresentam-se comumente integrados aos Centros Viva Vida e têm como público-alvo a população do município-polo e dos respectivos municípios que compõem a microrregião.

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.

O modelo assistencial em construção busca estruturar um sistema inovador com perspectivas de restabelecer a coerência entre a assistência prestada pelo SUS e a realidade epidemiológica explanada (Alves Júnior *et al.*, 2010).

3- Principais Resultados Alcançados no Período de 2002 a 2009

3.1- Promoção à Saúde

Dois programas se destacam nesse cenário. O primeiro é o Programa de Prevenção Primária do Câncer (PREVPRI), desenvolvido pela SES/MG em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS), o qual se insere no contexto da promoção à saúde, por meio de ações que visam à cessação do tabagismo, um dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*. Esse programa desenvolve ações em dois eixos:

- Ambientes Livres do Tabaco: implantação de ambientes livres do uso do tabaco e seus derivados dentro das Unidades de Saúde, Secretarias Municipais de Saúde, Gerências Regionais de Saúdes e instituições diversas.

- Abordagem Intensiva aos Fumantes: implantação de Centros de Tratamento aos fumantes nas Unidades de Saúde da Rede SUS, credenciadas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Atualmente, no Estado de Minas Gerais, existem 212 Unidades de Saúde oferecendo tratamento aos fumantes.

A fim de avançar na consolidação de políticas públicas esportivas, o segundo programa que se destaca no que se refere à promoção à saúde é o Programa Saúde na Praça, o qual é desenvolvido em parceria com a Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude de Minas Gerais. Esse programa tem como objetivo equipar locais públicos para a prática de atividade física e disponibilizar profissionais como fisioterapeuta, educador físico e nutricionista para o acompanhamento das atividades realizadas. Atualmente, no Estado, existem 26 praças equipadas por esse programa.

3.2- Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel essencial no funcionamento das redes de atenção à saúde, realizado por meio de ações desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família (Leles; Matos; Mayer, 2009).

O Programa Saúde da Família é uma estratégia de reorganização desse nível de atenção à saúde, que vem sendo implantada pela SES/MG desde 1994 (Leles; Matos; Mayer, 2009). Em 2002, o Estado contava com 2.278 equipes de Saúde da Família. Ao final de 2009, eram 3.988 equipes em 838 municípios do Estado, o que representa uma cobertura de 69,22% da população mineira.

Apesar de existirem obstáculos para o alcance dos objetivos da APS, como alto custo de manutenção das equipes, a limitação quantitativa dos recursos humanos, a escassez e a rotatividade de profissionais (Leles; Matos; Mayer, 2009), a expansão da estratégia de Saúde da Família favorece a operacionalização da Rede Hiperdia, uma vez que as equipes de Saúde da Família têm como algumas de suas atribuições: atuar na prevenção das condições de saúde, entre elas a hipertensão arterial e o diabetes, por meio da abordagem dos fatores de risco como a obesidade e o sedentarismo; identificar os portadores dessas patologias; incentivar o acompanhamento, a adesão e o tratamento dos usuários com condições crônicas; e responsabilizar-se e corresponsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Com o objetivo de fornecer um instrumento que facilitasse a organização da assistência e orientasse o cuidado prestado na Atenção Primária à Saúde do Estado, a SES/MG elaborou, em 2006, a primeira versão da Linha-Guia de Atenção à Saúde do Adulto – Hipertensão e Diabetes.

A partir de 2009, iniciou-se uma revisão desse material com o intuito de propor recomendações de acordo com as diretrizes e evidências clínicas atuais. Essa revisão foi realizada por uma equipe multidisciplinar composta de médicos especialistas em medicina de família e comunidade, médicos sanitaristas, epidemiologista, cardiologista, endocrinologista e nefrologista. Englobava ainda outros profissionais como nutricionista, farmacêutico, fisioterapeuta, enfermeira e especialistas em políticas e gestão da saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

O processo de revisão foi realizado de maneira inovadora por meio das seguintes etapas:

- Revisão de literatura em fonte de dados secundários pela Associação Mineira dos Médicos de Saúde da Família e Comunidade (AMMFC). Quando essa fonte não se mostrava suficiente, foram feitas buscas na Biblioteca Virtual da Saúde.
- Elaboração de texto, pela equipe da AMMFC, contendo evidências levantadas.
- Revisão do texto, realizada pela Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes.
- Seleção de temas conflitantes ou geradores de dúvidas.
- Realização de duas oficinas para discussão dos temas selecionados. Ambas as oficinas contaram com a participação dos especialistas citados.
- Adequação, por parte da equipe da AMMFC, do texto, conforme as recomendações estabelecidas nas oficinas.

As seguintes etapas estão em fase de execução ou serão brevemente realizadas:

- Elaboração do capítulo "Organização da Assistência".
- Revisão final do texto pela SES/MG e sua submissão para validação de associações relacionadas aos temas abordados.
- Adequação do texto conforme solicitação das associações consultadas, caso seja necessário.
- Publicação, reprodução, distribuição e treinamento dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

3.3- Atenção Secundária à Saúde

A SES/MG, diante da necessidade de desatar um dos nós das redes de atenção à saúde, iniciou, em dezembro de 2007, a implantação dos CHDs. A Microrregião de Janaúba/Monte Azul, região com necessidade significativa de assistência e acesso a saúde, evidenciada pelo alto fator de alocação (composto do índice de necessidade em saúde e índice de porte econômico), foi a primeira do Estado a receber um CHD.

Nas microrregiões de Brasília de Minas/São Francisco e de Itabirito, foram implantados, em 2008 e 2009, respectivamente, o segundo e o terceiro CHD.

Embora esses CHDs já estivessem em funcionamento disponibilizando várias consultas (14.925 em cardiologia, 1.372 em oftalmologia e 3.165 em endocrinologia) e exames (1.187 testes ergométricos, 650 exames de *holter*, 465 exames de monitorização ambulatorial da pressão arterial e 10.183 eletrocardiogramas), até o ano 2009, ainda não havia uma definição clara da modelagem desses serviços.

Em 2009, diante da necessidade evidenciada pelo Estado em priorizar as ações voltadas ao controle e prevenção de HAS, DM, DCV e DRC, o Hiperdia tornou-se um programa estruturador do governo de Minas, o que possibilitou maiores investimentos para a área e progressos imediatos relacionados à organização da assistência aos portadores de hipertensão e diabetes.

Assim, os resultados do programa passaram a ser acompanhados pela Secretaria de Planejamento e Gestão; e a Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes alcançou avanços significativos com a definição da modelagem dos CHDs, o início do acompanhamento sistemático desses serviços e os investimentos financeiros substanciais em equipamentos e materiais permanentes para os CHDs, no valor de aproximadamente dois milhões de reais.

A partir da realização de duas oficinas com uma equipe multidisciplinar, incluindo médicos sanitaristas, médicos especialistas em nefrologia, endocrinologia e cardiologia, vários avanços para a modelagem dos CHDs foram sedimentados, como as seguintes definições:

- Os parâmetros de prevalência de cada condição de saúde.
- A população-alvo desse ponto de atenção, bem como a estratificação dessa população de acordo com riscos.
- As competências do ponto de atenção.
- Os profissionais que devem integrar a equipe assistencial.
- Os procedimentos a serem realizados de acordo com a estratificação.
- Os exames diagnósticos laboratoriais, por imagem e outros.
- O número de exames e consultas que cada paciente realizará por ano no serviço.
- Os medicamentos e procedimentos a serem disponibilizados.
- Os equipamentos que devem ser disponibilizados, bem como os profissionais responsáveis pela realização do procedimento.

Com relação à carteira de serviços, levando-se em consideração a rede de saúde existente, os recursos disponíveis e o número de especialistas que atuam em Minas Gerais, definiu-se que os CHDs podem ser de carteira básica ou de carteira ampliada, conforme os quadros apresentadas a seguir.

Quadro 1: Atendimentos e exames propostos nos CHDs de carteira básica

Atendimentos	Exames
Cardiologia Endocrinologia Enfermagem Nutrição Assistente Social Psicologia	Eletrocardiografia Teste ergométrico Holter 24 horas Ecocardiografia Monitorização ambulatorial da pressão arterial Retinografia sem contraste

Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Quadro 2: Atendimentos e exames propostos nos CHDs de carteira ampliada

Atendimentos	Exames/procedimento
Cardiologia Endocrinologia Enfermagem Nutrição Assistente Social Psicologia Angiologia* Nefrologia* Oftalmologia*	Eletrocardiografia Teste ergométrico Holter 24 horas Ecocardiografia Monitorização ambulatorial da pressão arterial Retinografia sem contraste Retinografia com contraste** Fotocoagulação a laser**

Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

* Pelo menos um desses atendimentos estará presente no Centro de carteira ampliada.

** Exame e procedimento disponíveis apenas nos CHDs com oftalmologista.

A próxima etapa da modelagem, a ser desenvolvida, é a elaboração dos protocolos clínicos que irão padronizar ações e processos realizados nos CHDs. Essa etapa necessita de consultorias e tem como atual fator dificultador a grande burocracia existente no serviço público para contratação dos profissionais necessários.

No processo de implantação dos CHDs, são realizadas oficinas que abrangem, por meio de exposições dialogadas, trabalhos em grupo e discussões em plenária, assuntos relacionados a esse serviço e à reorganização da Rede de Hipertensão e Diabetes na microrregião de implantação desse ponto de Atenção Secundária.

Essas duas oficinas tiveram sua metodologia desenvolvida no ano 2009 e 2010 têm como público-alvo profissionais da Atenção Primária à Saúde e gestores dos municípios pertencentes à microrregião na qual o CHD será implantado, além dos profissionais que trabalharão no serviço. Elas têm como objetivo principal a compreensão, por parte dos profissionais, de conceitos fundamentais à proposta da SES/MG na implantação desses Centros.

Na primeira oficina, os seguintes temas são focos do evento: as condições de saúde, a análise da situação de saúde de Minas Gerais, os sistemas de atenção à saúde, os elementos constitutivos das redes de atenção à saúde, pontos de atenção, sistemas de apoio e logísticos da Rede Hiperdia, o CHD, o dimensionamento e análise da necessidade de saúde da microrregião e a apresentação de um questionário de análise da situação de saúde.

Já na segunda oficina, são abordados: o modelo de atenção às condições crônicas para o SUS, a gestão da clínica, a gestão da condição de saúde, a gestão de caso, o plano de autocuidado apoiado, a discussão do consolidado dos questionários de análise da situação de saúde dos municípios participantes e a proposta de divisão de consultas e exames disponíveis para o CHD. Até o momento, já ocorreram nove oficinas, e, até o final de 2010, serão realizadas mais sete.

Outro progresso significativo que a Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes vem consolidando é a realização de supervisões diretas e indiretas aos CHDs. As primeiras caracterizam-se pela observação das atividades práticas e do contato com a equipe local e permitem uma avaliação qualitativa do serviço. Já as supervisões indiretas são baseadas na análise dos dados enviados mensalmente pelo nível local e fornecem informações quantitativas sobre o Centro.

Em 2010, foram realizadas supervisões diretas e indiretas nos Centros de Brasília de Minas/São Francisco, Janaúba/Monte Azul e Itabirito. As informações geradas por ambas as supervisões são utilizadas para identificar oportunidades de aprimoramento ou correção das ações executadas, além de experiências exitosas.

Figura 2: Centro Hiperdia da Microrregião de Janaúba/ Monte Azul

Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Figura 3: Centro Hiperdia da Microrregião de Brasília de Minas / São Francisco

Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Figura 4: Centro Hiperdia da Microrregião de Itabirito

Fonte: Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

3.4- Atenção Terciária

Os avanços obtidos na organização da Rede de Urgência e Emergência, com resultados mais expressivos na Macrorregião Norte, são outra iniciativa de que se espera repercussão favorável na qualidade de vida dos portadores de hipertensão e diabetes do Estado.

O atendimento das urgências cardiovasculares e cerebrovasculares foi eleito como um dos principais problemas a ser enfrentado por essa Rede, que, com seus desdobramentos, poderá proporcionar a redução de mortes e sequelas relacionadas à falta de acesso a serviços adequados e no tempo oportuno, nos momentos de agudização apresentados no curso dessas patologias (Mafra *et al.*, 2009).

A adoção do protocolo de triagem de pacientes, segundo o modelo de classificação de risco de Manchester, com capacitação de cerca de 1.700 profissionais de saúde no Estado, o desenho e pactuação do fluxo de pacientes a partir do risco apresentado e os investimentos feitos para permitir o atendimento ao infarto agudo do miocárdio e ao acidente vascular cerebral, com equipamentos e centros de tratamento intensivo dimensionados segundo a

necessidade apresentada, são medidas que vão ao encontro da melhoria do quadro de morbimortalidade associado à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* (Mafra *et al.*, 2009).

3.5- Assistência Farmacêutica

Em relação à assistência farmacêutica, de 2002 a 2010, avanços importantes foram concretizados no âmbito do Estado de Minas Gerais. Em 2002, com a publicação da Lei n.º 14.533, que institui a Política Estadual de Prevenção do Diabetes e de Assistência Integral à Saúde da Pessoa Portadora da Doença, reafirmou-se o acesso dos portadores de diabetes aos medicamentos e aos insumos para o automonitoramento, tão necessários para o manejo de sua condição (Minas Gerais, Lei n.º 14.533, 2002). Essa lei é um marco norteador das políticas para os portadores de diabetes no Estado.

A contrapartida estadual do componente básico da assistência farmacêutica é, desde 2005, de R$ 3,00 *per capita*/ano (Minas Gerais, Comissão Intergestores Bipartite, 2002), valor este acima daquele fixado pelas Portarias Ministeriais, que variam de R$ 1,00 *per capita*/ano (Brasil, Ministério da Saúde, 2005) a R$ 1,86 *per capita*/ano (Brasil, Ministério da Saúde, 2009). Essa medida tem sido importante para elevar o aporte de recursos para a aquisição de medicamentos da Atenção Primária à Saúde, incluindo aqueles utilizados no tratamento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*. Esta é um das formas de se ampliar o acesso aos insumos e medicamentos necessários aos portadores de hipertensão e diabetes.

Observam-se, ainda, avanços na incorporação de novos medicamentos. Além da aquisição das insulinas NPH e Regular por parte do Ministério da Saúde, houve a introdução da insulina glargina na Relação de Medicamentos do estado de Minas Gerais. A diversificação de agentes terapêuticos disponíveis na rede pública de saúde do Estado, balizada por parâmetros epidemiológicos, é fundamental para um manejo adequado do diabetes.

Em 2006, foi iniciada a distribuição dos insumos de automonitoramento pelo Estado para os portadores de diabetes tipo 1 e de diabetes gestacional. Os itens distribuídos àquela época eram: fitas reagentes para verificação da glicemia capilar, glicosímetros, seringas para aplicação de insulina e lancetas. Atualmente, por meio da Deliberação CIB/SUS/MG n.º 670, de 19 de maio de 2010, o acesso às tiras e aos glicosímetros foi expandido aos portadores de diabetes tipo 2 insulino-dependentes, o que representa um ganho importante no que tange ao automonitoramento desses usuários (Minas Gerais, Comissão Intergestores Bipartite, 2010).

Os avanços ocorridos na assistência farmacêutica são claros. Entretanto, somente a disponibilização e a distribuição de insumos aos portadores de diabetes não garantem que esses materiais estão sendo utilizados de forma adequada e que os resultados na saúde dos usuários serão alcançados. O tratamento com antidiabéticos orais e/ou insulina, quando necessário, é sempre adjuvante ao tratamento dietético e físico. Se ao paciente é apenas oferecido o tratamento farmacológico, sem a devida orientação nutricional e de hábitos de vida, tanto o paciente quanto o profissional de saúde serão frustrados nos esforços de controle glicêmico e prevenção de complicações (Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde, 2009).

Por isso, para que a Assistência Farmacêutica produza maior impacto na saúde da população acometida por essas condições crônicas, é necessário manter e incrementar a interface daquela com a Coordenação de Hipertensão e Diabetes, que é a responsável por traçar as Políticas de Hipertensão e Diabetes no Estado de Minas Gerais.

4- Perspectivas Futuras

Espera-se para os próximos anos a consolidação da Rede Hiperdia por meio das seguintes estratégias:

- Fortalecimento da Atenção Secundária através da ampliação do número de CHDs, priorizando as microrregiões com maiores necessidades em saúde.
- Aumento da cobertura de atendimento desses Centros.
- Articulação com outras secretarias para o desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Assessorar, monitorar, supervisionar e avaliar a implantação e implementação dos CHDs no Estado, colaborando para a implantação de serviços adequados à realidade de saúde microrregional e em áreas prioritárias.
- Realizar diagnóstico situacional dos pontos de Atenção Secundária à Saúde relacionados à Rede Hiperdia no Estado, com ênfase nas microrregiões onde estão os CHDs.
- Estabelecer ações de articulação da Rede Hiperdia com os pontos de atenção em nível secundário entre esses pontos, buscando a lógica da economia de escala e de escopo.
- Elaborar diretrizes operacionais e protocolos clínicos para acompanhamento dos pacientes hipertensos e diabéticos nos CHDs.
- Colaborar na definição de parâmetros assistenciais referentes ao processo de diagnóstico de complicações e monitoramento da efetividade das ações nos CHDs.

- Colaborar na definição de parâmetros e na criação de mecanismos que garantam a adequada referência de usuários da Atenção Primária para os CHDs e dos CHDs para a referência terciária, assim como a contrarreferência de usuários para a Atenção Primária com um plano de cuidado devidamente estabelecido.
- Instrumentalizar os CHDs para que supervisionem a qualidade do cuidado à saúde prestada aos usuários pelo APS.
- Promover e/ou articular a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos na Atenção Secundária à Saúde, utilizando o Programa de Educação Permanente (PEP) e interfaces com as universidades e com as sociedades de especialistas.
- Promover o acesso dos pacientes hipertensos e diabéticos mais complexos, especialmente os vinculados aos CHDs, aos demais serviços especializados necessários às suas condições de saúde.
- Fomentar parcerias com projetos de telessaúde para aprimoramento de ações e intervenções a serem implantadas para o controle e atendimento adequado aos pacientes portadores de HAS e DM e suas complicações nos centros de referência secundária do Estado.
- Fomentar parcerias com sociedades científicas, conselhos de classe e universidades para o aprimoramento de ações e intervenções a serem oferecidas nos CHDs, inclusive a realização de investigações científicas e operacionais.

5- Referências

ALVES JÚNIOR, A. C. *et al. Projeto de reestruturação da Rede Hiperdia*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais/Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes, 2010. (No prelo.)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica diabetes mellitus.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006. n. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus – Protocolo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 1.105/GM/MS, de 05 de julho de 2005*. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.982/GM/MS, de 26 de novembro de 2009*. Aprova as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. Fundação Oswaldo Cruz. *Projeto Carga de Doença. Brasil*. Rio de Janeiro, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Tábuas completas de mortalidade.* 2006. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1043&>. Acesso em: 21 jun. 2010.

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. de Souza *et al.* (Org.). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2009. p. 45-77.

MAFRA, A. A. *et al*. Rede de Urgência e Emergência. In: MARQUES, A. J. S. *et al.* (Org.). *O choque de gestão na Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Minas Gerais, 2009. p. 79-109.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. *CIB/SUS/MG n.º 670, de 19 de maio de 2010*. Pactua, no âmbito do Estado de Minas Gerais, o financiamento do componente básico da assistência farmacêutica a ser realizado no SUS/MG e dá outras providências.

MINAS GERAIS. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB/SUS/MG n.º 196, de 30 de setembro de 2005*. Altera a relação estadual de medicamentos básicos, o valor do incentivo e dá outras providências.

MINAS GERAIS. *Lei n.º 14.533*, de 27 *de dezembro de 2002*. Institui política estadual de prevenção do diabetes e de assistência Integral à saúde da pessoa portadora de doença no Estado de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes*. Belo Horizonte: SAS/MG, 2009.

Capítulo 6

REDE MAIS VIDA: VENCENDO DESAFIOS E PRODUZINDO RESULTADOS EFETIVOS NA CONSTRUÇÃO DE UM ESTADO ONDE SE VIVA MAIS E MELHOR

Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira

1- Introdução

O rápido envelhecimento da população brasileira resultou em mudança do perfil demográfico e epidemiológico do país, gerando uma nova realidade no segmento da saúde. A transição demográfica ocorreu de forma acelerada com um aumento, particularmente, da população mais idosa, a diminuição do tamanho das famílias, a seguridade social inadequada e a desigualdade nos níveis de saúde e no acesso aos serviços.

Um novo olhar se volta para a população acima de 60 anos como uma das atuais prioridades das políticas públicas de saúde em Minas Gerais. Mudam-se paradigmas e surge a necessidade de um sistema de saúde que contemple as peculiaridades dessa população, particularmente quanto à abordagem das condições crônicas e a efetiva organização dos sistemas de saúde, adequando-o às suas peculiaridades. Ações qualificadas em saúde na redução dos fatores de risco e a priorização da promoção de hábitos saudáveis de vida, assim como o diagnóstico precoce, têm como objetivo diminuir as incapacidades, melhorando a qualidade de vida dessa população no intuito de "agregar anos à vida e vida aos anos vividos".

O conceito de saúde nessa faixa populacional é abrangente e não se restringe a presença ou ausência de doença ou agravo. Um problema que pode afetar o idoso como consequência da evolução das suas enfermidades e estilo de vida é a perda da sua capacidade funcional, ou seja, a perda das suas habilidades físicas e mentais suficientes e necessárias para realizar as atividades cotidianas, também denominadas atividades de vida diária. Estudos populacionais demonstram que 85% dos idosos apresentam pelo menos uma doença crônica e que 10 % apresentam pelo menos cinco dessas enfermidades (CEI-RS, 1997; Ramos *et al.*, 1993); no entanto esses idosos são capazes de realizar suas atividades cotidianas de maneira independente. Em geral, as doenças dos idosos

são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e de equipes multidisciplinares permanentes.

Torna-se imperioso um novo direcionamento do olhar na abordagem da pessoa idosa, atualmente centrada na doença, direcionando-o para a funcionalidade e sua inclusão social. A utilização de novos instrumentos, ferramentas e tecnologias surge como uma renovada perspectiva para essa abordagem.

Nesse contexto há a necessidade de políticas públicas específicas direcionadas a essa população. As ações em saúde do idoso têm como propósito a promoção de um estado de saúde com máxima expectativa de vida ativa, na comunidade, junto à sua família e com altos níveis de função e autonomia.

Em Minas Gerais, temos como marco a publicação da Resolução SES n.º 1.583, de 19 de setembro de 2008, e a Deliberação CIB-SUS n.º 479, de 19 de setembro de 2008, que institui o Programa Mais Vida, fundamentando na constituição de uma rede integrada de atenção à saúde do idoso. Tem como visão ser padrão de excelência em atenção ao idoso, com o objetivo de alcançar um aumento dos anos de vida da população, com independência e autonomia. Sua missão é estruturar a rede de atenção à saúde da população idosa de Minas Gerais, a Rede Mais Vida, através de sistema articulado e integrado de ações qualificadas em saúde, com o objetivo de manter, melhorar e/ou reabilitar a funcionalidade e autonomia, de acordo com as necessidades de cada idoso, assegurando os princípios doutrinários do SUS de equidade, universalidade e integralidade.

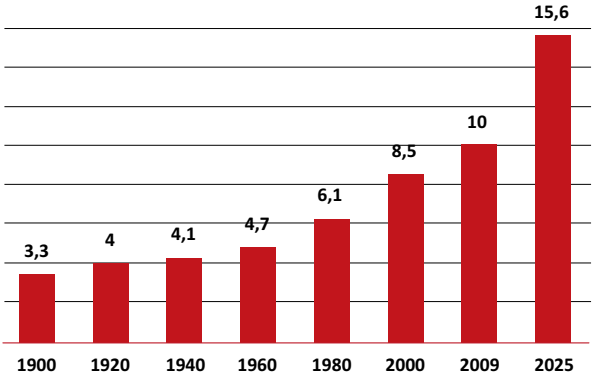
2- A Situação Demográfica

A principal característica da expansão da população idosa no Brasil consiste na rapidez com que vem ocorrendo. Até os anos 1960, todos os grupos etários cresciam de forma semelhante, mantendo a estrutura etária constante. A partir dessa data, o grupo com 60 anos ou mais foi o que mais cresceu proporcionalmente no Brasil, enquanto o contingente de jovens entrou num processo de desaceleração de crescimento. A perspectiva de crescimento da população acima de 60 anos colocará o Brasil, dentro de 25 anos, como a sexta população de idosos no mundo em números absolutos, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Observamos que a expectativa de vida do povo brasileiro era de 36,7 anos em 1900 estima-se que ela será de 80 anos em 2025, ou seja, um aumento de 2,2 vezes no período. Existe uma tendência à predominância do sexo feminino e um aumento mais acentuado da faixa etária acima dos 80 anos, o que implica a necessidade de ajustar o atual modelo de atenção à saúde da

população nessa faixa etária. O Graf. 1 descreve a porcentagem crescente da população idosa no Brasil.

Gráfico 1: Percentual de Idosos no Brasil - 1900 a 2025

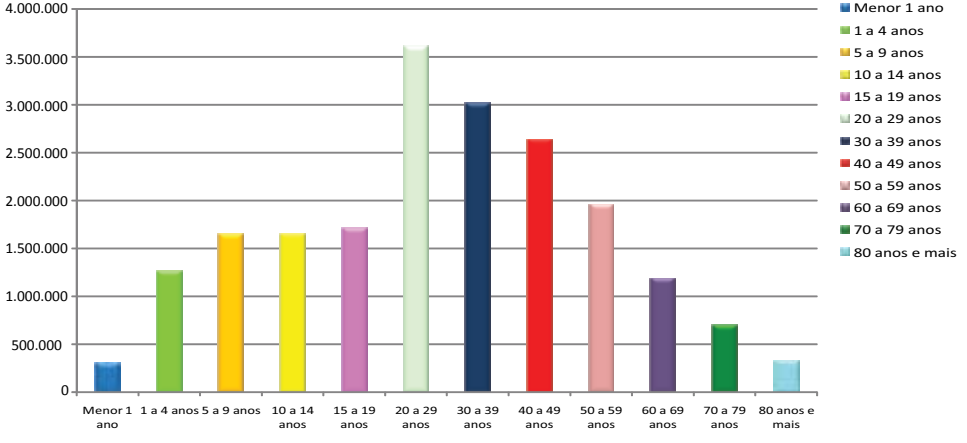


Fonte: IBGE, 2009.

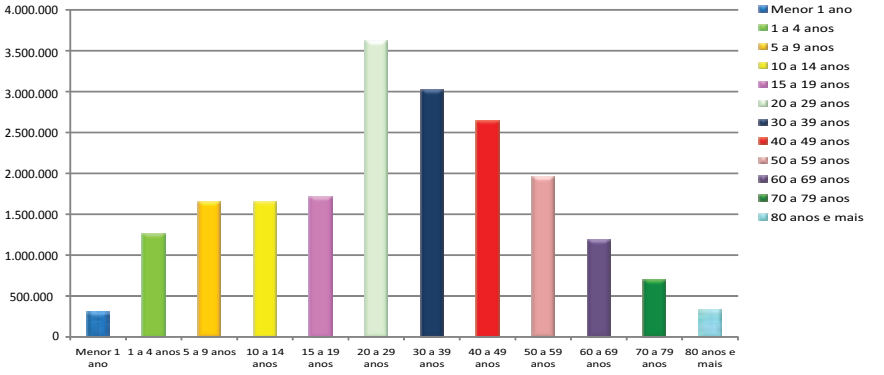
A seguir, temos os dados sociodemográficos dos idosos no Estado:

- 19.479.356 habitantes
- 10,42% da população brasileira
- 11,06% da população: 2.216.447 habitantes idosos
- 45,10% sexo masculino
- 54,89% sexo feminino
- Esperança de vida ao nascer: 73,74 anos
- Esperança de vida aos 60 anos: 22,07 anos
- Índice de envelhecimento: 37,20 para 100 jovens

Gráfico 3: População residente segundo faixa etária – MG (porcentagem)



Fonte: IBGE, 2006.

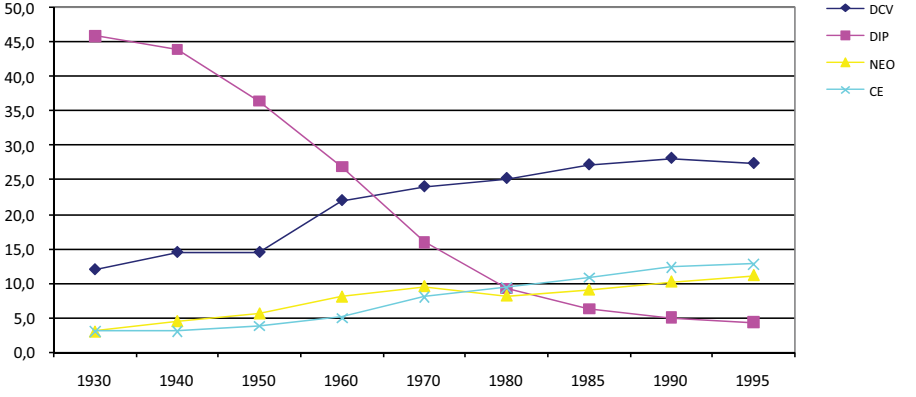


Fonte: IBGE, 2006.

3- A Situação Epidemiológica

O rápido processo de envelhecimento da população brasileira se dá em função da transição de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, para uma de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade, como justificam as projeções estatísticas para os próximos anos. Tal mudança se configura num desafio para as autoridades sanitárias, especialmente para a implantação de novos modelos e métodos para o enfrentamento do problema.

Gráfico 4: Evolução das causas de mortalidade no Brasil segundo grupo de causas*



Fonte: CENEPI/FNS/MS.

*Até 2003, os dados se referem apenas às capitais.

Além da rápida transição demográfica, tem sido observada uma rápida e relevante alteração nos perfis de saúde, que se caracteriza, em primeiro lugar, pelo predomínio das doenças crônicas não transmissíveis e, em segundo lugar, pela importância crescente de vários fatores de risco para a saúde alterando

o quadro de morbimortalidade no Brasil e que requerem ações preventivas em diversos níveis de atenção.

Essa situação de saúde é caracterizada por grandes desafios, como a tripla carga das doenças, com 2/3 determinados por condições crônicas, o aumento do número de consultas médicas e hospitalizações, a predominância relativa das condições crônicas com a mortalidade e a morbidade concentradas nessas condições. Observa-se ainda a prevalência de elevada morbimortalidade por condições agudas decorrentes de causas externas e de agudizações de condições crônicas, pela elevada incapacidade funcional da população idosa e por um sistema fragmentado de saúde, voltado para as condições agudas (Neves, 2002).

Nesse contexto, o grande desafio é "restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o modelo de atenção à saúde do SUS, implantando as redes de atenção à saúde" e com as ações coordenadas pela Atenção Primária à Saúde, *contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor*.

4- A Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa

A Rede Mais Vida é um projeto estruturador do Estado de Minas Gerais na área da saúde que tem como propósito ofertar padrão de excelência em atenção à saúde do idoso, com o objetivo de promover o aumento dos anos vividos com independência e autonomia. Fundamenta-se na constituição de uma rede integrada de atenção à saúde do idoso. Tem como base a macrorregião sanitária e é construída de acordo com uma base territorial definida no Plano Diretor de Regionalização (PDR) e com as políticas e estratégias do governo.

Seus objetivos específicos são:

- Descentralizar as ações em saúde da pessoa idosa através de um sistema de rede articulado e integrado, a Rede Mais Vida;
- Implantar progressivamente em cada macrorregião sanitária essa rede estadual de atenção à saúde do idoso contemplando a atenção ambulatorial, hospitalar e domiciliar;
- Implantar os diversos pontos de atenção da rede, a saber, o Centro Mais Vida, a atenção ambulatorial/APS, a atenção hospitalar, o Hospital Dia, os cuidados paliativos, a reabilitação e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI);
- Estabelecer fluxos bem definidos, um sistema logístico potente e um sistema de apoio que assegure o funcionamento da Rede;
- Promover a captação e o acolhimento do idoso pelos serviços de saúde e a classificação de risco com ênfase no idoso frágil;

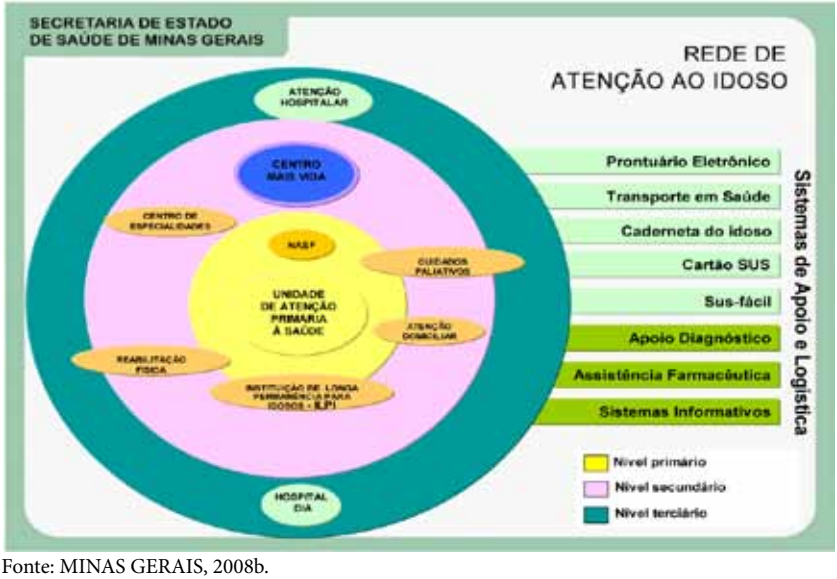
- Habilitar recursos humanos para ofertar ações resolutivas em saúde nos diversos níveis de atenção, de acordo com as necessidades individuais e com o objetivo de manter, melhorar e/ou reabilitar a funcionalidade e autonomia;
- Implantar os protocolos de atendimento à população idosa, segundo estabelecido na linha-guia;
- Disponibilizar suporte técnico permanente para os profissionais da rede pública de saúde do Estado através do Programa de Educação Permanente (PEP), Canal Minas Saúde, Tele Medicina e Centros Mais Vida (CMV);
- Facilitar o acesso a medicamentos, exames complementares e outras tecnologias necessárias ao tratamento de patologias específicas.

A Rede Mais Vida tem como estratégia a organização de uma rede integrada e descentralizada de atenção à saúde do idoso num desenho macrorregional, com intervenções nos diversos pontos de atenção, tendo como ênfase a promoção da saúde, a educação em saúde, a vigilância e, monitoramento, assim como preparação de recursos humanos para ofertar padrão de excelência nas ações com base em diretrizes clínicas.

Há necessidade da efetiva organização do sistema de serviços de saúde, que pressupõe o fortalecimento do nível primário de atenção, reforçando a necessidade de ruptura da visão piramidal e a captação progressiva da população idosa residente na área de abrangência de cada serviço. Ressaltamos que é de fundamental importância a implantação de sistema logístico potente para o bom funcionamento dessas redes de atenção à saúde. Para esse propósito é fundamental o fortalecimento do sistema de regulação da atenção no acesso regulado aos procedimentos ambulatoriais eletivos, às urgências e emergências e às internações hospitalares eletivas. A regulação do transporte sanitário macrorregional vem reforçar o fluxo dos usuários na rede, facilitando o acesso aos diversos pontos de atenção, e a utilização dos Cartões de identificação do usuário, como a Caderneta de saúde da pessoa idosa, Cartão SUS e o Prontuário eletrônico único, assim como um sistema de apoio diagnóstico e apoio terapêutico, vêm complementar este processo.

A seguir, é apresentado o desenho da rede de atenção ao idoso do Estado de Minas Gerais:

Figura 1: Rede de atenção à saúde do idoso



Fonte: MINAS GERAIS, 2008b.

A rede de atenção à saúde do idoso é composta por diversos pontos de atenção. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada e encaminhamento do idoso para os demais pontos de atenção. Conta com equipe de profissionais de saúde responsável pela população adscrita em determinado território, composta de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS). A atenção hospitalar é direcionada para atendimento à população geral, incluindo os idosos que apresentem processos agudos e que necessitem de cuidados hospitalares. O idoso frágil e os que apresentem comprometimento funcional devem ser acompanhados por equipe interdisciplinar especializada em geriatria e/ou gerontologia. A atenção domiciliar pode ser compreendida como a continuação da linha de cuidado por meio da qual os serviços de saúde são oferecidos ao indivíduo e à sua família em seu local de residência, com o objetivo de promover, manter ou restaurar a saúde ou maximizar o nível de independência, reduzindo os efeitos das incapacidades ou doenças (Marrelli, 1997). É prestada à pessoa idosa com algum nível de dependência por cuidadores de idosos e equipe de saúde da família, particularmente os agentes comunitários no próprio domicílio do idoso. Destina-se a apoiar o idoso e sua família na orientação das atividades da vida diária, articulando uma rede de serviços e praticando técnicas de intervenção profissional focadas no apoio psicossocial, pessoal e familiar, na atenção à saúde e na interação com a comunidade. Deve funcionar de forma integrada a Centros de Convivência, Centros-Dia e abrigos. O Hospital Dia constitui uma forma intermediária de assistência à saúde,

propiciando a continuidade da linha de cuidados e a desospitalização de usuários para a realização de procedimentos em caráter ambulatorial quando cessa a necessidade dos cuidados em nível hospitalar.

O Centro de Especialidades é um ponto de atenção da rede que se destina aos usuários que necessitem de interconsulta nas diversas especialidades médicas. A rede conta também com uma equipe destinada aos cuidados paliativos com vistas à permanência do paciente terminal pelo maior tempo possível em casa (Hurzele; Barnum; Klimas; Michael, 1997). O objetivo é permitir aos pacientes e suas famílias viverem cada dia, plena e confortavelmente, tanto quanto possível, ao lidar com o estresse causado pela doença, morte e dor da perda. Para o cuidado, se utiliza uma abordagem multidisciplinar que enfoca as necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais dos pacientes e familiares. A Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), apesar de não ser propriamente um ponto de atenção à saúde da pessoa idosa, é aqui colocada devido à importância do cuidado à população que apresenta grande fragilidade social. Podem ser instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com suporte familiar ou sem ele, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

O Centro Mais Vida, um novo ponto de atenção ambulatorial da rede, disponibiliza ações especializadas à saúde do idoso considerado frágil ou de risco alto, conforme critérios definidos. Devidamente cadastrado como tal, deve dispor de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada.

A equipe multiprofissional do Centro Mais Vida é responsável pela avaliação multidimensional do idoso. Tem como funções elaborar o prontuário, complementar o Plano de Cuidado de cada idoso frágil encaminhado pela APS quando do seu referenciamento e encaminhá-lo à unidade de saúde no município de origem para que seja acompanhado pela equipe da APS responsável. O Plano de Cuidados é um conjunto de orientações de cuidado e prescrições, que tem a finalidade de estabelecer a forma adequada de acompanhamento do idoso. A avaliação poderá ser complementada por exames de média e alta complexidade disponíveis na carteira de saúde do CMV, com vistas à avaliação funcional de acordo com necessidades individuais.

O usuário deve ser referenciado para o Centro Mais Vida, através de marcação de consulta pelo sistema de regulação, e é garantido transporte pelo Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), para o usuário e seu acompanhante. Deve ser contrarreferenciado para a equipe da APS, onde será acompanhado com o suporte técnico pela equipe do centro. A capacitação

dos profissionais da rede de atenção se dará através desse mecanismo de referência e contrarreferência, assim como a educação continuada em parceria com o Programa de Educação Permanente (PEP).

Os Centros Mais Vida de Referência Secundária, enquanto pontos de atenção de média complexidade, deverão atuar de maneira integrada à atenção primária e à Atenção Terciária, objetivando a atenção integral à saúde do idoso de forma adequada e humanizada. Têm como **visão** a busca da excelência em atenção ambulatorial multidimensional ao idoso, e o principal foco é assegurar a continuidade da vida com independência e autonomia. Disponibiliza ações especializadas à população idosa frágil (em situação de risco) e tem como estratégias a intervenção precoce, a promoção e a recuperação da saúde da população idosa e a identificação de situações de vulnerabilidade.

A carteira de serviços dos Centros Mais Vida é composta por:

- Equipe multidisciplinar – assistente social, enfermeiro, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico geriatra ou clínico habilitado, psicólogo, terapeuta ocupacional, gerente, assistente administrativo, auxiliar de serviços gerais, porteiro, segurança e auxiliar de limpeza;
- Exames de média e alta complexidade;
- Alimentação para o idoso e seu acompanhante no período de sua estada para atendimento no CMV;
- Casa de Apoio – serviço de hotelaria para o idoso e seu acompanhante, que residam em municípios situados a um raio de distância acima de 100 (cem) quilômetros do Centro Mais Vida, no período de sua estada para atendimento.

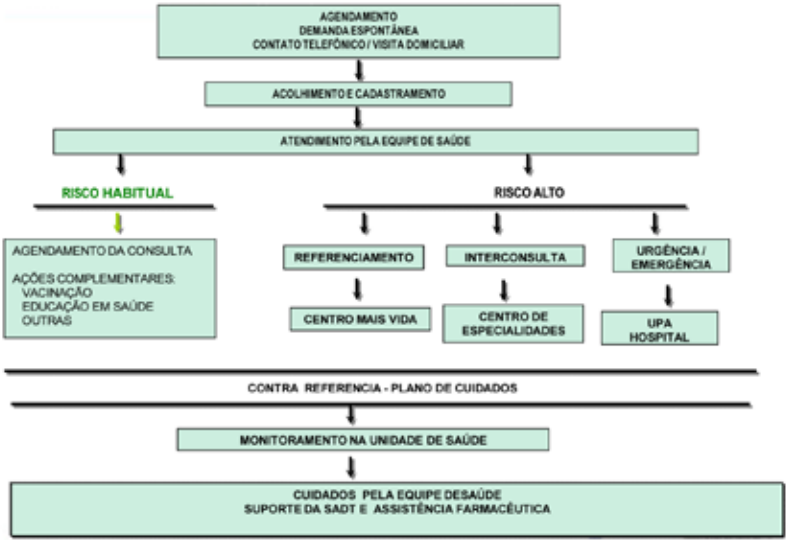
A população a ser encaminhada aos Centros é composta pela subpopulação acima de 60 anos, adscrita a cada macrorregião, referenciada pela rede de Atenção Primaria à Saúde (APS), de ambos os sexos, considerada de risco alto ou frágil, de acordo com critérios da Linha-Guia de Atenção à Saúde do Idoso, ou que apresente: dúvida diagnóstica, falha terapêutica e/ou complicações.

É considerado idoso de risco alto/idoso frágil:

- Idoso com ≥ 80 anos ou idoso com ≥ 60 anos que apresente no mínimo uma das características abaixo:
- Polipatologias (≥ 5 diagnósticos) e polifarmácia (≥ 5 medicamentos/dia)
- Imobilidade parcial ou total
- Incontinência urinária ou fecal
- Instabilidade postural (quedas de repetição)
- Incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, *delirium)*
- Dependência nas atividades básicas de vida diária (ABVD).

O fluxo de atendimento ao idoso está descrito na Fig. 2

Figura 2: Fluxo de atendimento ao idoso na Atenção Primária à saúde - MG



Fonte: Resolução 1583.

5- Resultados Alcançados até 2010

- Publicação da Resolução SES n.º 1.141, de 26/08/2002 – Criação da Coordenadoria de Atenção ao Idoso.
- Publicação da Resolução SES n.º 1.583, de 19/09/2008 – Institui o Programa Mais Vida e cria os Centros Mais Vida.
- Implantação do Centro Mais Vida (CMV) da Macrorregião Sudeste, em dezembro de 2008.
- Implantação do Centro Mais Vida (CMV) da Macrorregião Norte, em abril de 2009.
- Publicação da Resolução SES n.º 2.256, de 17/03/2010 – Dispõe sobre a implantação do Centro Mais Vida da Macrorregião Centro 1.
- Implantação do Centro Mais Vida (CMV) da Macrorregião Centro 1, em julho de 2010.

5.1- Resposta Social

Será implantado um Centro Mais Vida em cada macrorregião do Estado para compor a rede macrorregional de atenção ao idoso. As Macrorregiões Centro e Sul, por se tratar de macrorregiões muito populosas, foram divididas em duas redes.

O processo de implantação da rede macrorregional de atenção ao idoso se iniciou com a implantação de três centros até o momento. O Centro Mais Vida da Macrorregião Sudeste, localizado em Juiz de Fora, foi inaugurado em dezembro/2008. O Centro Mais Vida da Macrorregião Norte, localizado em Montes Claros, iniciou suas atividades em abril/2009. Ambos funcionam

como projeto piloto. Posteriormente, o programa foi expandido com a rede microrregional de Belo Horizonte: foi implantado o Centro Mais Vida da Macrorregião Centro 1, em julho de 2010, e serão implantados mais doze Centros Mais Vida, com recursos do Tesouro Estadual.

A seguir, os números de atendimentos de idosos frágeis/ano:

- 2009 - Macrorregião Sudeste: 5.179 (janeiro a dezembro)
- Macrorregião Norte: 1.839 (Maio a dezembro)
- 2010 - Macrorregião Sudeste: 6.219 (janeiro a dezembro)
  Macrorregião Norte: 3.349 (até o mês de agosto)
  Macrorregião Centro 1: início de atendimentos em setembro

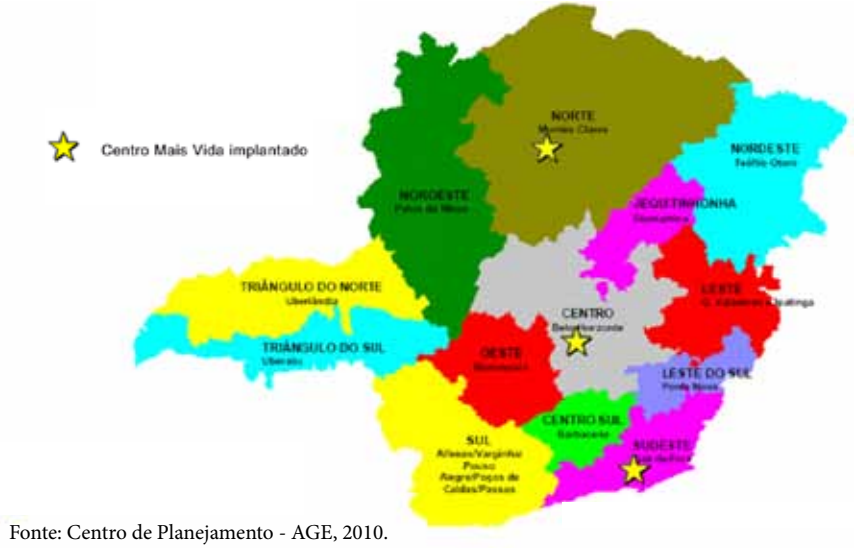
Os recursos financeiros empregados foram:

- 2008 - Macrorregião Sudeste: R$ 1.201,00
- 2009 - Macrorregião Sudeste: R$ 2.402.547,60
  Macrorregião Norte: R$ 1.727.048,08
- 2010 - Macrorregião Sudeste: R$ 3.332.279,69
  Macrorregião Norte: R$ 1.303.034,50
  Macrorregião Centro 1: R$ 2.356.648,90

A equipe contratada para cada Centro Mais vida é composta de 27 profissionais da área técnica da saúde, com 13 médicos, seis enfermeiros e um profissional em cada área além do suporte administrativo composto e seis profissionais.

Podemos observar o mapa do Estado de Minas Gerais com a sinalização dos locais onde foram implantados os Centros Mais Vida.

Figura 3: Centro Mais Vida implantados nas macrorregiões de saúde - MG



Fonte: Centro de Planejamento - AGE, 2010.

5.2- Outras Ações

Implantação do serviço de orientação a idosos e familiares – saúde, medicamentos, programas entre outros – Disque Idoso.

Implantação do programa de atendimento aos portadores de doença de Alzheimer. Atende cerca de 12.000 portadores de demência por é o segundo Estado da Federação na distribuição de medicamentos para o tratamento da demência por doença de Alzheimer, através de medicamentos disponibilizados pela SES/MG em parceria com o Ministério da Saúde.

Implantação do programa de atendimento aos portadores de doença de Parkinson e osteoporose.

6- Perspectivas Futuras

Ao se iniciar a implantação das redes macrorregionais de atenção à saúde do idoso, optamos pelo fortalecimento das ações na APS e, consequentemente, priorizamos a implantação dos centros de referência em atenção à saúde do idoso, os Centros Mais Vida (CMV), o novo ponto de atenção que tem o propósito de subsidiar positivamente as mudanças de condutas nas ações direcionadas a essa população. Tal propósito tem como estratégia a qualificação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), aumentando a resolutividade da rede nesse nível, assim como a organização da rede, a definição de fluxos entre os pontos de atenção e, a implantação de um sistema logístico potente, assim como um sistema de apoio, para garantir o seu funcionamento enquanto rede.

Os demais pontos de atenção, já modelados com fluxos definidos, serão implantados concomitantemente em todas as macrorregiões do Estado, melhorando a condição de saúde e, consequentemente a funcionalidade dessa população, para dessa forma tornar Minas "o melhor Estado para se viver mais e melhor em 2023". A partir de 2011, será instituído o "Prêmio de Incentivo à Melhoria da Atenção nas ILPIs" com valor total de R$ 520.000,00 distribuídos à Instituições de Longa Permanência para Idosos de acordo com critérios estabelecidos.

7- Referências

NEVES, Aécio. *Plano de Governo 2003/2006: Prosperidade à face humana do desenvolvimento*. Belo Horizonte, 2002.

BRASIL. *Lei n.º 8842, de 4 de janeiro de 1994*. Dispõe sobre a Política Nacional do idoso e dá outras providencias. Brasília, 1994.

MENDES, Eugenio Vilaça. As redes de Atenção à saúde. Belo Horizonte, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção à Saúde do idoso. 2. Ed. Belo Horizonte: SES/MG, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde Manual do prontuário de saúde da famíia. Belo Horizonte: SES/MG, 2008a.

MINAS GERAIS. Resolução SES n° 1583 de 19 de setembro de 2008. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais*, 2008b.

MORAES, Edgar Nunes. *Princípios básicos de geriatria e gerontologia*. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Tradução Suzana Gontijo. Brasília, DF: OPS, 2005.

Capítulo 7

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Antônio Jorge de Souza Marques
Welfane Cordeiro Júnior
Rasível dos Reis Santos Júnior
Yamara Fulgêncio Colares
Luciana Alves

1- Introdução

A atenção às urgências, juntamente com a Atenção Primária à Saúde, é um tema importante a ser discutido pelos gestores de saúde. Há, em todo o mundo, um aumento constante na demanda por serviços de saúde que atuam nesse segmento, causando pressões sobre instituições de saúde e profissionais.

A experiência e literatura existentes demonstram que o processo de organização dos sistemas está razoavelmente bem estabelecido. Já é consenso entre especialistas de que sempre haverá uma demanda por serviços maior do que a necessidade, e de que um aumento da oferta acarreta invariavelmente um aumento da demanda, criando um sistema de difícil equilíbrio.

O estabelecimento de um processo de racionalização da oferta e de estratégias regulatórias tornou-se, nos tempos atuais, o ponto principal de discussões entre os gestores de saúde e tem se mostrado como uma solução de gestão para essa situação.

Várias características da sociedade moderna vêm alterando o fluxo na procura pelos serviços de saúde. Algumas das características identificadas se referem a mudanças demográficas e de perfil da sociedade de consumo, deslocamento populacional e amplo acesso à informação. Essas características demandam uma premente mudança na organização dos sistemas de saúde, quer no processo econômico, quer no perfil de resposta desses serviços.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) propõe uma modificação no modelo de classificação de doenças que se adaptem às atuais necessidades de resposta e de organização dos sistemas de saúde. Essa classificação deslocaria o foco em categorias de doenças infecciosas ou não infecciosas para categorias de condições agudas e condições crônicas.

A alta prevalência das condições crônicas, principalmente nos países desenvolvidos, tem gerado uma reorganização dos sistemas de saúde modernos e seu modo de atuação. Uma dessas estratégias de reorganização se dá pelo estabelecimento de redes de serviços de saúde.

2- O Problema

A enorme carga de trabalho nos serviços de urgência se traduz por superlotação de 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 nestes serviços de pacientes de baixo risco. Isso se deve a uma desorganização de alguns sistemas de atenção, como a estruturação insuficiente da Atenção Primária e a incapacidade de organização do setor hospitalar no Brasil, somados à ineficiência do setor logístico e de apoio e à inoperância dos sistemas de governança. Esse desarranjo do sistema se deve ao fato de o atendimento de saúde encontrar-se fragmentado, organizado por níveis hierárquicos e por componentes isolados e que não se comunicam entre si, orientado para atenção às condições agudas, sendo a ação reativa em relação aos cuidados em saúde, com ênfase nos cuidados profissionais, nas ações curativas e no financiamento dado por procedimentos.

As estratégias de descentralização adotadas nas reformas dos sistemas de saúde no mundo, a partir da década de 1970, resultaram em melhor controle do sistema por parte dos usuários, mas não foram suficientes para a solução de todos os problemas. O modelo brasileiro de descentralização gradual da gestão até o nível municipal comprometeu a integralidade e o estabelecimento de redes interligadas de serviços. Um clássico exemplo na organização de serviços de urgência, utilizando esse modelo federativo, é a lógica municipal do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), que se faz presente apenas nas grandes cidades e não consegue ter a abrangência necessária para assistência de urgência à população brasileira nem se articular em uma rede de atenção às urgências e emergências. Esse sistema apresenta uma estrutura precária para responder às maxiemergências ou a grandes demandas do serviço no que tange ao atendimento do paciente com um quadro agudo.

Importante salientar que a expectativa de vida da população brasileira aumentou sensivelmente, passando de 54 anos em 1960 para 72 anos em 2006. Esse ganho na esperança de vida tem sido acompanhado por importantes mudanças na composição das doenças e agravos, com destaque para o aumento progressivo das doenças crônicas, que são mais resistentes ao tratamento, de difícil prevenção e de longa duração. Tal fato sobrecarrega as urgências devido ao atendimento de agudizações.

Sendo assim, indicadores com base em informações de mortalidade são insuficientes para medir o Estado de saúde de uma população, pois viver mais não se traduz, necessariamente, em viver com saúde plena. No entanto, a consideração isolada de indicadores de mortalidade e de morbidade acaba por aduzir elementos de complexidade à análise das condições de saúde de determinada população, uma vez que eles podem apresentar inconsistências importantes. Assim, têm sido envidados esforços no sentido de se chegar a um índice ou indicador único ou sintético, capaz de considerar os efeitos tanto da mortalidade quanto da morbidade. É nessa perspectiva que se inserem os estudos sobre carga de doença, que buscam contemplar, a um só tempo, os efeitos da morte prematura (YLL) e da morbidade sobre as condições de saúde da população.

A estimativa da carga global de doença combina, simultaneamente, os anos de vida perdidos em razão da morte prematura com os anos vividos com incapacidade. Originalmente concebidos para comparações entre regiões do mundo, estudos de carga de doença já foram realizados em diversos países, regiões e cidades de um mesmo país, de tal forma a possibilitar, também, a verificação de desigualdades e iniquidades em saúde no âmbito de uma mesma unidade geográfica. No Brasil, em 2002, foi concluído o Estudo da Carga Global de Doença que focalizou as diferenças entre as cinco macrorregiões do país. Esse estudo aportou enorme contribuição ao conhecimento e ao entendimento das condições de saúde da população brasileira, assim como forneceu elementos para uma discussão mais aprofundada sobre políticas públicas que visam solucionar ou atenuar os fatores que influenciam negativamente essas condições. Isso porque o Estudo sobre Carga Global de Doenças no Brasil ensejou não apenas uma avaliação da qualidade das informações sobre mortalidade e morbidade no país, mas também subsidiou a proposição de um repensar das ações e alocações de recursos do Sistema Único de Saúde (SUS), nos diferentes níveis da atenção. A despeito desse enorme avanço, pouco se conhece sobre a carga de doença das diversas unidades da federação do país. Objetivando preencher essa lacuna, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais estabeleceu uma parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública para

estimar a carga global de doença em Minas Gerais, destacando as desigualdades intrarregionais em saúde. Para tanto, as estimativas abrangem três universos de investigação específicos: o conjunto do Estado de Minas Gerais, além de suas macro e microrregiões de saúde.

As taxas de YLL por macrorregião de saúde estão descritas na tabela a seguir:

Tabela 1: Taxa dos anos de vida perdidos devido à mortalidade YLL por macrorregionais de saúde no Estado de Minas Gerais, no período de 2004 a 2006

Macrorregional de Saúde	Taxa YLL/1.000 habitantes		
	Bruta	Padronizada(a)	RTMP(b)
Sul	83,87	78,90	88
Centro-Sul	96,05	92,30	103
Centro	84,21	87,45	98
Jequitinhonha	102,44	111,01	124
Oeste	83,95	81,57	91
Leste	90,60	91,09	102
Sudeste	96,90	86,92	97
Norte de Minas	92,14	100,41	113
Noroeste	79,57	84,41	95
Leste do Sul	86,70	82,88	93
Nordeste	137,12	135,78	152
Triângulo do Sul	91,22	86,95	97
Triângulo do Norte	77,92	78,84	88
Minas Gerais	89,19	89,19	100

(a) Padronizada segundo a população de Minas Gerais para 2005 e ambos os sexos.
(b) Razão da taxa de mortalidade padronizada.
Fonte: Coordenação Urgência Emergência. SAS/SUBPAS/SES/MG, 2009.

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 adequado à atenção às condições agudas e crônicas (Brasil, 2001).

O Estado de Minas Gerais passou por uma recente reformulação da máquina pública, requisito fundamental para a implementação de um novo modelo de desenvolvimento a fim de "tornar Minas o melhor Estado para se viver". Na área da saúde, essa reformulação teve como consequência a implantação efetiva das redes de atenção à saúde.

3- A Resposta Social

As estratégias de enfrentamento desses problemas começam pelo estabelecimento de redes de serviços de saúde com todos os seus componentes. O conceito de redes é atualmente quase que universalizado em todas as áreas das organizações humanas como uma necessidade para o enfrentamento de questões que se tornaram cada vez mais complexas na medida em que há uma interligação com todos os envolvidos em um processo (Castells, 2000). A organização de redes passa pela conexão entre estruturas que compartilhem e dividam entre si as responsabilidades e os resultados de uma resposta frente a uma demanda, assumindo em conjunto a responsabilidade pelo resultado final.

O fracasso dos modelos anteriores de organização de serviços de saúde está na crônica incapacidade de ordenar tais serviços de forma sistêmica, com manutenção da lógica da resposta em pontos isolados, sem conexão ou complementaridade (ausência de comunicação).

Atualmente, as redes de serviços de saúde estão organizadas sem levar em conta o fato de que as urgências e emergências ultrapassam as fronteiras clássicas geopolíticas. Faz-se, portanto, necessária a criação de estruturas supramunicipais e, concomitantemente, novas formas de governabilidade.

Novos modelos de organização vêm sendo propostos. O modelo de regionalização cooperativa contempla escala, qualidade, estrutura existente e acesso na organização de uma rede articulada de serviços de saúde (Mendes, 2007). No Brasil há uma grande tendência de regionalizar os serviços de prestação de cuidados em saúde, associando o desenvolvimento de processos de gestão da clínica focado em condições de saúde. O governo do Estado de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado da Saúde, tem envidado grandes esforços no intuito de constituir Redes Macrorregionais de Atenção às Urgências e Emergências. Internacionalmente, temos observado que os sistemas de saúde de impacto têm como características serem regionais e integrados, possuírem comando único, estarem inseridos nos princípios de economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade da assistência, sempre visando à melhoria do acesso. Dessa forma, baseado nesses parâmetros internacionais, as redes de atenção às urgências e emergências no Estado de Minas Gerais possuem os seguintes componentes e características:

- População da macrorregião

- Estruturas regionais (Macrorregionais)
- Coordenação e comando único (Complexo Regulador e Comitê Gestor)
- Gestão supramunicipal (Consórcio Intermunicipal Público de Natureza Jurídica Pública)
- Linguagem única (Protocolo de Manchester)
- SAMU e Núcleo de Educação Permanente (NEP) regionalizados (Macrorregionais)
- Atenção Primária como ponto de atendimento ao agudo
- Hospitais de referência (Trauma, AVC, IAM)
- Leitos intermediários para cuidados progressivos

4- A Situação Atual

A primeira rede de urgência e emergência completa do Estado de Minas Gerais foi implantada no Norte de Minas Gerais, a partir de discussões iniciadas em 2007.

Figura 1: Macrorregião Norte de Minas

Fonte: SAS/SUBPAS/SES/MG, 2007.

- Área territorial: 122.176 Km^2

(Curitiba: 435 Km^2)

- População: 1.558.610

(Curitiba: 1.828.092 hab)

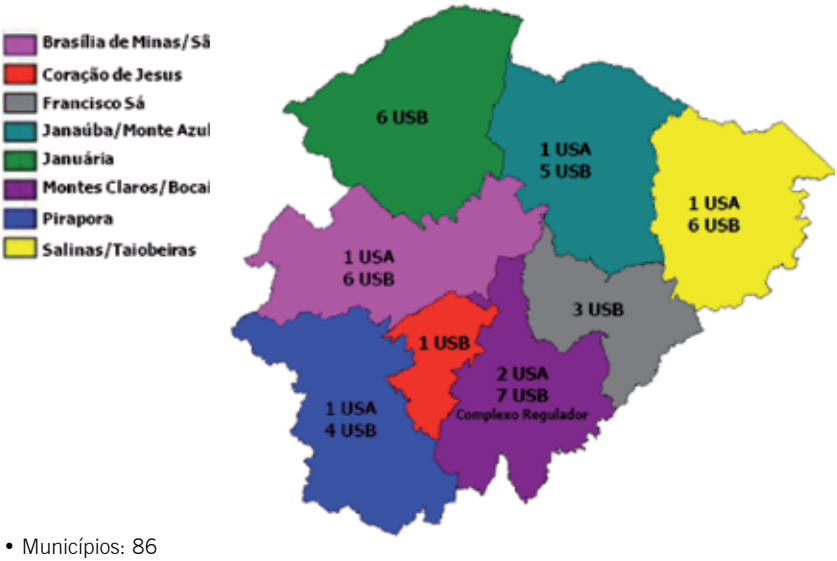
- Densidade: 12,6 Hab/Km^2

(Curitiba: 4.132 hab/Km^2)

- IDH (médio): 0,691 (0,571 a 0,783)

(Curitiba: 0,856)

Figura 2: Distribuição da Macro Norte/MG



- Municípios: 86
- População: 1.548.945 habitantes
- Extensão territorial: 122.176 Km²
- Densidade demográfica: 12,6 hab/Km²

Fonte: Relatório SAMU–Macro Norte/MG, 2009.

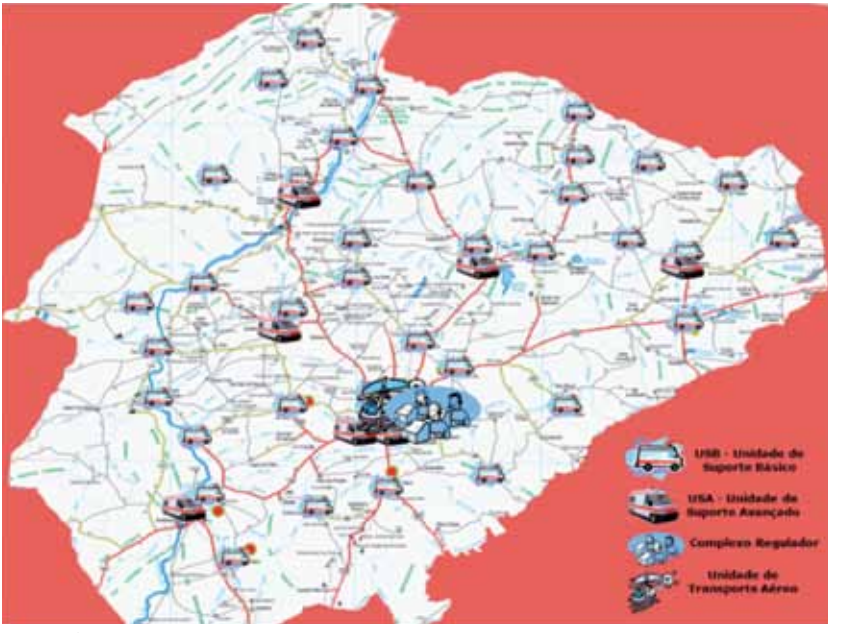
O governo estadual, em parceria com o governo federal, os gestores municipais, profissionais de saúde e a população da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais, iniciou a operacionalização da Rede Macrorregional de Urgência e Emergência em dezembro de 2008 com a inauguração do SAMU-Macro Norte de Minas, que abrange 86 municípios e atende a uma população de 1.548.945 pessoas em um território de 122.176 Km² (Fig. 1 e 2).

O SAMU-Macrorregional Norte de Minas Gerais conta com um Complexo Regulador constituído por uma Central de Regulação de Urgência e Emergência (SAMU 192) e uma Central de Regulação Assistencial (SUSFácil), além de um Núcleo de Educação Permanente, responsável por manter a alta qualidade do serviço através da educação continuada das equipes e do treinamento de novos funcionários. Dispõe de 70 médicos reguladores e intervencionistas, 31 enfermeiros, 215 condutores, 210 técnicos de enfermagem, 30 administrativos e oito rádio-operadores; 47 ambulâncias, sendo 40 unidades que prestam atendimentos de Suporte Básico de Vida (USB) e sete unidades que prestam atendimentos de Suporte Avançado de Vida (USA).

A Central de Regulação do SAMU conta diuturnamente com três médicos reguladores, quatro técnicos auxiliares de regulação médica (TARMs) e

dois rádio-operadores para viabilizar os atendimentos de urgência e emergência. As unidades de atendimento pré-hospitalar estão dispostas em 37 bases descentralizadas distribuídas estrategicamente, visando a um melhor tempo de resposta nos atendimentos de urgência e emergência. Todas essas ambulâncias possuem monitorização por GPS e comunicação de dados com o complexo regulador via satélite (Fig. 3).

Figura 3: Distribuição das unidades de atendimento na Macro Norte/MG

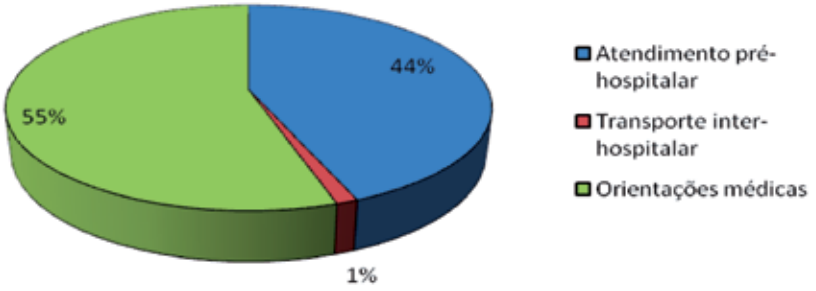


Fonte: Relatório SAMU–Macro Norte/MG, 2009.

Cada USB conta com uma equipe composta de um condutor socorrista e um técnico de enfermagem, e cada USA é constituída 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, acidentes de motos, vítimas da violência urbana, quadros clínicos agudos ou crônicos agudizados e ainda efetuam o transporte inter-hospitalar de pacientes graves.

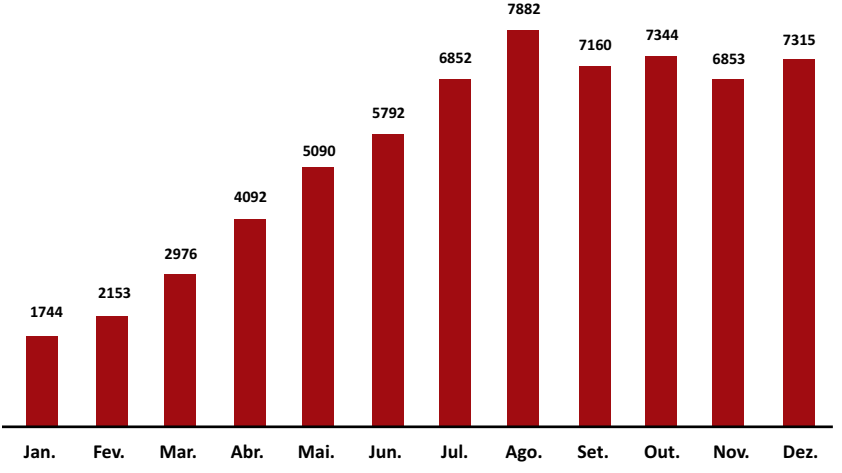
O SAMU-Macro Norte de Minas em seu primeiro ano de funcionamento atendeu um total de 57.190 usuários. Do total de atendimentos efetuados, 25.070 foram atendimentos pré-hospitalares, 31.422 usuários obtiveram orientações médicas, o que representou 55% dos atendimentos, e 698 tiveram seu transporte inter-hospitalar efetuado por esse serviço (Graf. 1 e 2). Do total de atendimentos pré-hospitalares, 22.990 foram efetuados por USB e 2.080 por USA (Graf. 3).

Gráfico 1: Atendimentos do SAMU-Macro Norte no ano 2009



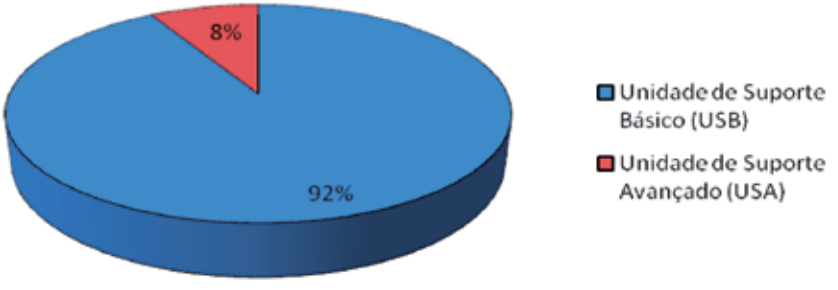
Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Gráfico 2: Evolução dos chamados do SAMU-Macro Norte/MG no ano 2009



Fonte: Relatório SAMU-Macro Norte/MG – 2009.

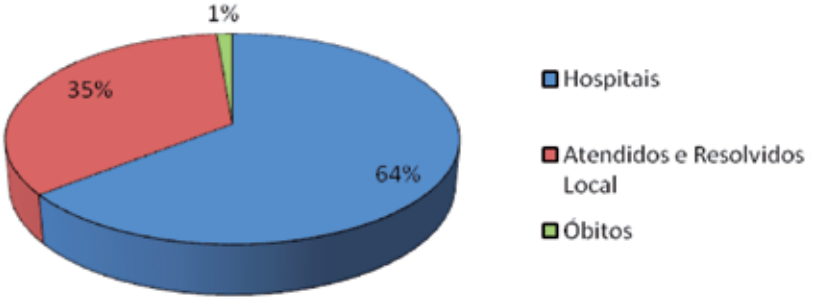
Gráfico 3: Atendimentos do SAMU por tipo de unidade móvel



Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

As internações hospitalares ou o encaminhamento para outras unidades de saúde da região foram o destino de 64% dos usuários atendidos, outros 35% foram atendidos e tiveram suas necessidades resolvidas no local da ocorrência, e em 1% dos atendimentos foi constatado óbito (Graf. 4).

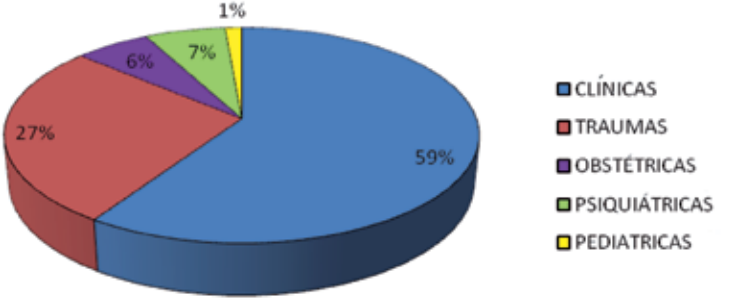
Gráfico 4: Destino dos pacientes atendidos



Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Nesse mesmo período, as solicitações de atendimento de casos clínicos representaram 59% dos atendimentos da Central de Regulação SAMU 192 (Graf. 5).

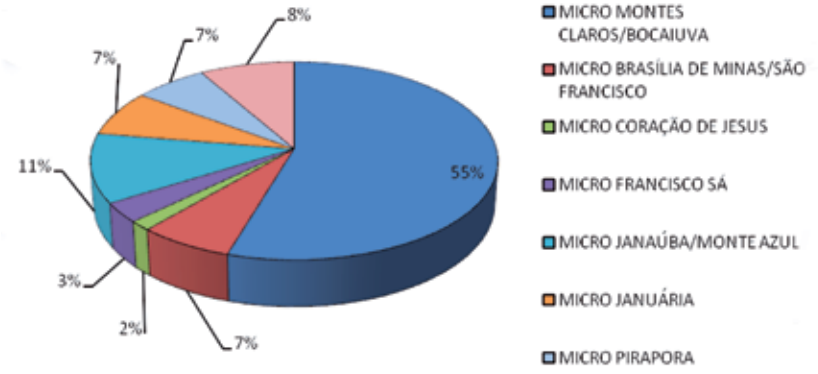
Gráfico 5: Atendimentos por causas no ano 2009



Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Os atendimentos foram efetuados em toda a macrorregião, e, das 86 cidades da macro, 84 já acionaram o SAMU-192 nesse primeiro ano de funcionamento, sendo que a Microrregião de Montes Claros/Bocaiúva teve 13.714 casos atendidos, o que representa 55% dos atendimentos do SAMU-Macro Norte de Minas. A Micro de Janaúba/Monte Azul teve 2.837 casos atendidos, a Micro de Taiobeiras/Salinas 2.118, a Micro de Janúaria, 1.876, a de Brasília de Minas/São Francisco, 1.687, a Micro Pirapora, 1.641, a Micro Francisco Sá, 809 e a Micro Coração de Jesus, 388 casos atendidos (Graf. 6).

Gráfico 6: Atendimentos do SAMU por microrregião



Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

O SAMU-Macro Norte possui um financiamento tripartite, sendo que para o custeio mensal o Estado contribui com o equivalente a 56%, a União, com 34%, e os 86 municípios arcam com os 10% restantes do financiamento necessário ao custeio total.

O gerenciamento do SAMU-Macro Norte se dá por meio de um Consórcio Intermunicipal de Saúde, público, de natureza jurídica pública. A governança da Rede de Urgência e Emergência da Macro Norte de Minas é feita de forma compartilhada pelo Comitê Gestor, Complexo Regulador e a Comissão Intergestores Bipartite Macrorregional Norte (CIB Macro Norte).

O Comitê Gestor de Urgências e Emergências Macro Norte de Minas funciona como uma câmara técnica da CIB Macro Norte, o que faz desta um importante componente da governança da Rede de Urgência e Emergência Macro Norte de Minas Gerais.

Compondo a Rede de Atenção às Urgências e Emergências, a Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Região Macro Norte de Minas foi instituída em 13 de fevereiro de 2009, através da publicação da Resolução SES/MG 1.771 e conta com 18 hospitais estrategicamente distribuídos pela região, de acordo com a tipologia hospitalar necessária para responder às condições agudas ou crônicas agudizadas.

A Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Região Macro Norte de Minas entrou em efetivo funcionamento a partir da validação de cada hospital pela Comissão de Avaliação e Controle da Rede, em maio de 2009. Essa Comissão é composta de membros do Comitê Gestor, de representantes da Secretaria Estadual de Saúde, das Gerências Regionais de Saúde, de profissionais de saúde local e gestores municipais e tem como

finalidade vistoriar, validar e acompanhar a atuação de cada um dos 18 hospitais componentes da Rede de Resposta Hospitalar. São componentes dessa Rede (Fig. 4):

Figura 4: Distribuição dos hospitais referência de urgência e emergência – Macro Norte

*UAPS (400); Hosp. Local (9); Hosp. Micro (3), Hosp. Trauma 3 (4); Hosp. Trauma 2 (1); Hosp. Trauma 1 (1); Hosp. Cardio 2 (2); Hosp. Cardio 1 (1).

Hospitais de Pequeno Porte

- Fundação Municipal de Assistência à Saúde – São João da Ponte
- Fundação Hospitalar Manoel Simões Caxito – São Romão
- Fundação Hospitalar Amparo ao Homem do Campo – Hospital Funrural – Manga
- Fundação Hospitalar de Saúde – Hospital Nossa Senhora Aparecida – Varzelândia
- Hospital e Maternidade Nossa Senhora das Graças – Monte Azul
- Fundação Coronel João de Almeida – Rio Pardo de Minas
- Fundação de Saúde São João do Paraíso – São João do Paraíso

Hospitais Microrregionais

- Hospital Municipal de Bocaiúva – Bocaiúva
- Hospital Municipal de Janúária – Janúária

- Hospital Municipal Dr. Oswaldo Prediliano Santana – Salinas

Hospitais Microrregionais – Trauma III

- Hospital Municipal Senhora de Santana – Brasília de Minas
- Fundajan – Fundação de Assistência Social – Janaúba
- Hospital Santo Antônio – Taiobeiras
- Hospital Municipal Dr. Moisés Magalhães Freire – Pirapora

Hospitais Macrorregionais

- Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Santa Casa (Trauma I e Cardio I)
- Hospital Universitário Clemente Faria (Trauma II)
- Fundação Hospitalar de Montes Claros – Hospital Aroldo Tourinho (Cardio II)
- Hospital Dilson Godinho (Cardio II)

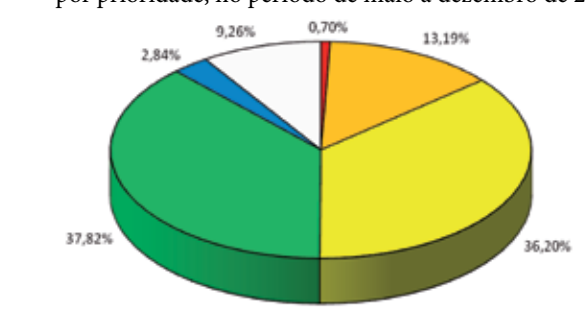
Atuando no atendimento de urgência e emergência aos cidadãos da Macro Norte de Minas Gerais financiados pelo governo do Estado e utilizando o Protocolo de Triagem de Manchester, os hospitais da Rede de Resposta às Urgências e Emergências atenderam, no período de maio a dezembro de 2009, um total de 199.859 cidadãos, sendo que, desse total, 1.395 foram classificados como prioridade vermelha, 26.360 como prioridade laranja, 72.349 como amarela, 75.587 como verde, 5.669 como azul e 18.499 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 (Quadro 1).

Quadro 1: Protocolo de Manchester

	VERMELHO	Emergência	0 minutos
	LARANJA	Muito urgente	10 minutos
	AMARELO	Urgente	60 minutos
	VERDE	Pouco Urgente	120 minutos
	AZUL	Não urgente	240 minutos

Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

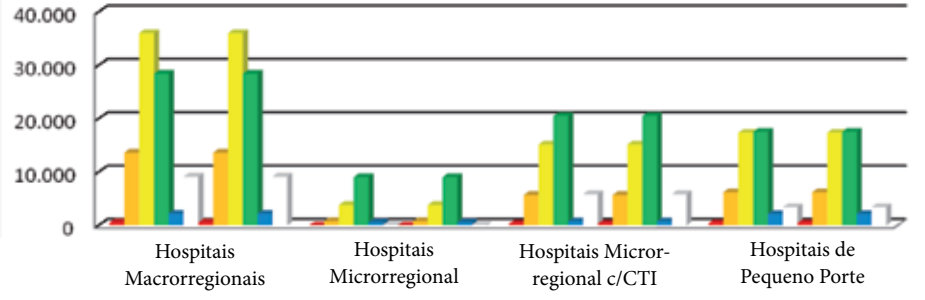
Gráfico 7: Total de atendimentos da Rede de Resposta Hospitalar por prioridade, no período de maio a dezembro de 2009



Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

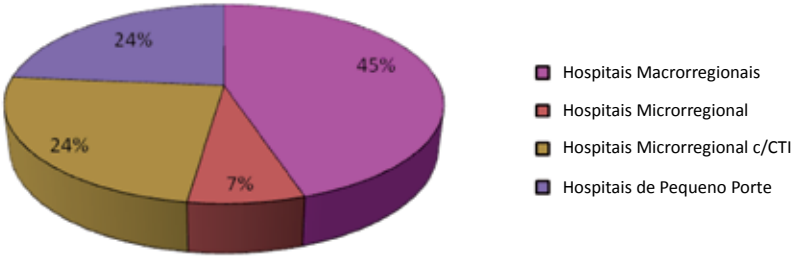
Considerando a tipologia hospitalar, tivemos ainda os hospitais macrorregionais respondendo pela maior parte dos atendimentos da rede, 89.993, o que corresponde a 45% do total. No entanto, pode se perceber uma boa atuação dos hospitais de pequeno porte, com 47.117 cidadãos atendidos, representando 24% dos atendimentos da Rede de Resposta Hospitalar às Urgências e Emergências da Macrorregião Norte de Minas Gerais (Graf. 8 e 9).

Gráfico 8: Pacientes classificados por tipologia hospitalar



Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Gráfico 9: Atendimentos por tipologia hospitalar



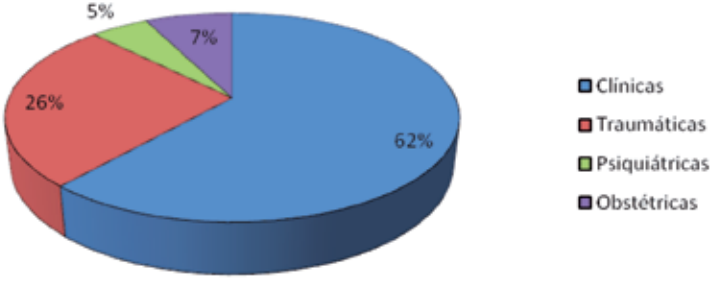
Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Outro aspecto importante da Rede de Atenção às Urgências e Emergências da Macro Norte de Minas é a participação da Atenção Primária de Saúde. Esta passa a atender as urgências de baixa complexidade através das UBSs. Isso só foi possível através da implantação da Classificação de Risco do Protocolo de Manchester em toda a região. São mais de 400 unidades da Atenção Primária que passam a trabalhar com uma linguagem única, assegurando ao cidadão o atendimento por prioridade, por necessidade clínica, garantindo assim uma melhor gestão do risco. A implantação do Protocolo de Manchester nas Unidades de Saúde da Atenção Primária garante ao cidadão que necessita de atendimento urgente um atendimento adequado à sua condição de saúde, de maneira rápida, minimizando o risco de vida.

Além da implantação do SAMU e da Rede de Resposta Hospitalar na Macrorregião Norte de Minas Gerais, o governo do Estado de Minas Gerais, através da Secretaria Estadual de Saúde, cofinancia, desde 2004, 11 SAMUs Municipais – Barbacena, Belo Horizonte, Betim, Governador Valadares, Ipatinga, Itabira, Juiz de Fora, Patos de Minas, Poços de Caldas, Sete Lagoas e Uberaba –, um SAMU-Microrregional, Contagem/Sarzedo/Ibirité, e um SAMU-Intermunicipal, Ouro Preto/Mariana, que cobre uma população de 11.521.072 habitantes.

No período de janeiro de 2007 a dezembro de 2009, esses 13 SAMUs efetuaram 946.916 atendimentos, sendo que, do total de atendimentos, 409.352 foram na clínica médica, o que representa 62% dos atendimentos, 174.291 atendimentos de trauma, 32.921 atendimentos em psiquiatria e 49.452 atendimentos na clínica obstétrica. Outros 280.900 atendimentos receberam orientações médicas (Graf. 10).

Gráfico 10: Atendimentos por causas nos hospitais no período de 2007 a 2009

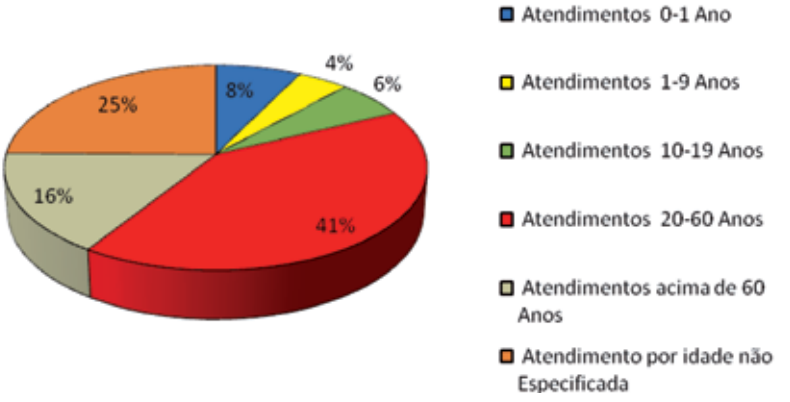


Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

No mesmo período, no que tange à faixa etária, os 946.916 atendimentos ficaram assim distribuídos: na faixa etária de zero a um ano de

vida, 49.487 atendimentos; um a nove anos de idade, 29.462 atendimentos; de dez a 19 anos de idade, 39.974 atendimentos; de 20 a 60 anos, 274.801 atendimentos, que representam 41% dos atendimentos; acima de 60 anos foram atendidos 107.122 cidadãos; e 165.170 não tiveram as idades computadas (Graf. 11).

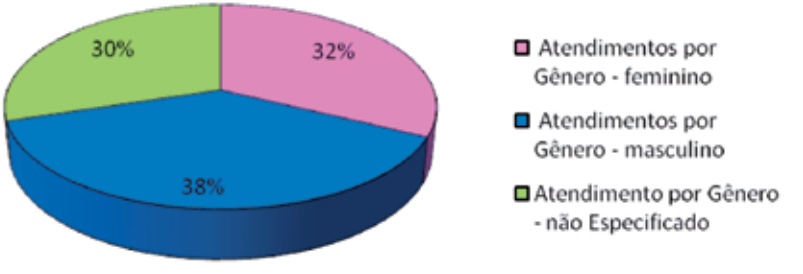
Gráfico 11: Atendimentos por faixa etária no período de 2007 a 2009



Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Quanto ao gênero, foram efetuados 252.646 atendimentos a pacientes do sexo masculino, 214.779 atendimentos a pacientes do sexo feminino e 198.591 atendimentos não tiveram o gênero computado. Sendo assim, dos 946.916 usuários atendidos no período de 2007 a 2009, 38% pertenciam ao sexo masculino (Graf. 12).

Gráfico 12: Atendimentos do SAMU por gênero



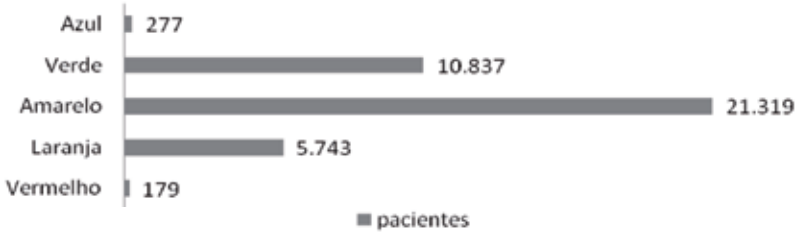
Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

5- Resultados

Somente na cidade de Montes Claros, no período de janeiro a março deste ano, foram classificados um total de 44.666 pacientes. Podemos observar, pela distribuição das prioridades, que começa a haver um predomínio dos pacientes classificados com a prioridade amarela, o que denota um

amadurecimento da rede, reservando os serviços de urgência para o atendimento dos pacientes categorizados como urgentes (Graf. 13).

Gráfico 13: Pacientes triados de Jan.-Mar./2010
na cidade de Montes Claros segundo indicador de risco – cor



Fonte: Relatório SAMU–Macro Norte/MG, 2009.

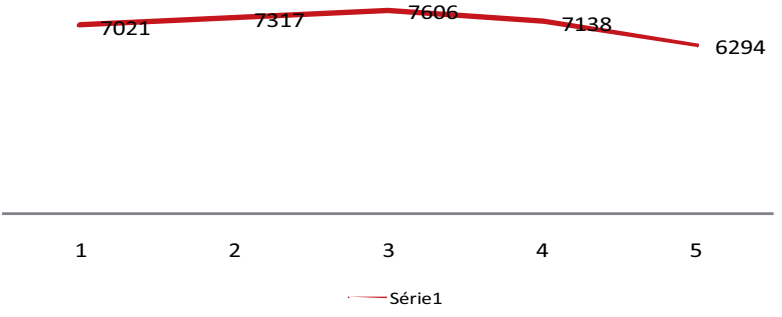
Os dados do ADW-SES/MG revelam que:

- Os hospitais microrregionais de Pirapora e Brasília de Minas são os que têm o menor índice de pacientes classificados como verde e azul (em torno de 30%).
- Há uma grande presença de pacientes classificados como branco nos hospitais microrregionais.
- O tempo de tomada de decisão é diretamente proporcional ao risco e varia muito com o hospital, sendo maior nos hospitais de maior porte.

A análise dos resultados revela também uma grande necessidade de se melhorar a compreensão da gestão dos departamentos de urgência nos hospitais.

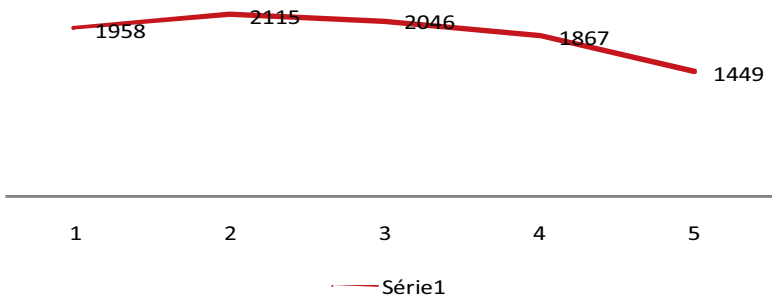
Um dos impactos mais significativos está relacionado a uma redução tanto na mortalidade geral quanto por causas mal definidas na Macro Norte com relação aos últimos cinco anos (Graf. 14 e 15).

Gráfico 14: Redução da mortalidade geral na Macro Norte



Fonte: SES/MG, 2010.

Gráfico 15: Redução da mortalidade por causas mal definidas na Macro Norte



Fonte: SES/MG, 2010.

O aumento na identificação das causas de mortalidade é importante marcador epidemiológico. Podemos constatar também que houve uma elevação do número de óbitos nos hospitais da Rede Macro Norte entre os anos 2008 e 2009. Os dados da Tab. 2 demonstram que o paciente está chegando ao hospital, pois, anteriormente à instalação da Rede de Urgência e Emergência, esses pacientes morriam antes mesmo de darem entrada no hospital. Isso sugere que a Rede vem cumprindo sua função, ou seja, o aumento da mortalidade intra-hospitalar reflete a melhoria do acesso de pacientes graves aos hospitais de referência da rede.

Tabela 2: Número de óbitos nos hospitais da Macro Norte em 2008 e em 2009 com o Alert Edis instalado

Hospital	2008	2009
Hospital Santo Antônio	89	92
Hospital Municipal Senhora Santana	115	127
Hospital Municipal Dr. Moisés de Magalhães Freire	85	108
Fundajan	111	113
Hospital Aroldo Tourinho	401	454
Hospital Universitário Clemente de Faria	154	250
TOTAL	955	1.144

Fonte: Coordenação Urgência Emergência/SAS/SUBPAS/SES/MG, 2010.

6- Perspectivas Futuras

Levando-se em consideração as implantações que serão realizadas até dezembro de 2010 – Macros Norte e Centro-Sul –, restarão 11 macrorregiões para serem implantadas no próximo governo. Como as Redes Macrorregionais

Nordeste e Jequitinhonha serão aglutinadas em uma só rede, restarão dez redes a serem implantadas.

As Macros Nordeste e Jequitinhonha e a Macro Centro, que já estão em fase avançada de discussão, serão as próximas a serem implantadas. As outras oito redes seguirão na ordem decrescente dos anos de vida perdidos por morte prematura, e se darão mediante elaboração, entre os municípios e o Estado, de uma resolução estadual específica para esse fim. Atualmente, existe uma comissão formada por membros da Secretaria de Estado de Saúde e Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS) trabalhando na elaboração desse documento.

Os resultados apresentados pela Rede de Urgência e Emergência nesse curto espaço de tempo são surpreendentes. Essa experiência tem trazido importantes contribuições para uma contínua avaliação e melhoria da Rede em implantação no Estado de Minas Gerais.

Em resumo, os sistemas de urgência devem ser macrorregionais e precisam de comando único. O modelo de fluxo entre os pontos de atenção e a logística devem ser baseados em estratificação de riscos. É necessário prever e preparar o sistema de saúde para aumentos súbitos na sua utilização. Além disso, é necessária uma governança que combine as regras antes e monitore os resultados.

Uma discussão de extrema importância é a que trata do modelo de financiamento e contrato da Rede de Urgência e Emergência que deve se dar através de financiamento per capita regional ajustado e incentivo contratualizado a equipes, pois o pagamento por procedimentos é um verdadeiro "desastre" em um sistema de urgências.

7- Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus*: hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília, 2001.

CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v. I.

MENDES, E. V. *Os modelos de atenção à saúde*. Belo Horizonte, 2007. (Mimeografado.)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Social Determinants of Health*: *the Solids Facts.* Copenhagen: International Centre for Health and Society, 2003.

Capítulo 8

O PRO-HOSP NO CONTEXTO DO CHOQUE DE GESTÃO NA SAÚDE EM MINAS GERAIS: RESULTADOS E DESAFIOS

Helidéa de Oliveira Lima
Bruno Reis de Oliveira
Lismar Isis Campos
Tiago Lucas da Cunha

1- Introdução

O planejamento estratégico do governo de Minas Gerais, expresso no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), definiu como visão de futuro a guiar as ações de governo, no período 2007-2023, "Minas: o melhor Estado para se viver" (Minas Gerais, 2007b). A partir de uma rede articulada de objetivos estratégicos, organizados segundo áreas de resultado e sustentados pelos princípios da qualidade e inovação em gestão pública e da qualidade fiscal, estão sistematizados os esforços setoriais das mais diversas agendas que ocupam posição central no alcance dessa visão estabelecida.

Essa lógica de planejamento, que ficou conhecida como Choque de Gestão, em que há objetivos claros a serem perseguidos, com a priorização do equilíbrio fiscal em um primeiro momento (primeira geração) e de resultados tangíveis para a sociedade em um segundo momento (segunda geração), também foi desdobrada no plano da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG), como se observa na análise do seu planejamento estratégico.

Para que Minas seja o melhor Estado para se viver no horizonte de 2023, a Saúde entendeu que seu lugar no futuro deveria ser sintetizado pela visão de "ser instituição modelo de inovação da gestão pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor". Em outras palavras: no melhor Estado, deve-se viver mais tempo e com qualidade de vida.

Entre os objetivos estratégicos mais relevantes, segundo a perspectiva dos processos internos, utilizando a metodologia do Balanced Scorecard (BSC), ficou definido o de "fortalecer e melhorar a qualidade dos hospitais

regionais". Tal objetivo, que tem um papel importante na organização das redes de atenção à saúde, ao lado de outros objetivos do mapa estratégico da SES/MG, foi traduzido como ação de governo na criação do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp), o qual será objeto de estudo do presente capítulo.

Ressalta-se que, no primeiro volume do livro *Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais*, procurou-se focar nos aspectos estruturantes desse Programa, evidenciando suas ações mais relevantes e seu papel no universo fragmentado e ineficiente da realidade hospitalar do Estado (Lima *et al.*, 2009). Este capítulo, por sua vez, tem o objetivo de concentrar-se nos principais resultados alcançados pelo Pro-Hosp ao longo desses quase oito anos de existência, destacando-se os desafios futuros para os gestores do Programa.

2- O Pro-Hosp Atual: Algumas Realizações e Mudanças no Desenho

Como é sabido, o Pro-Hosp, quando criado em 2003, tinha como finalidade consolidar a oferta de atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais de Minas, segundo a lógica da regionalização, contribuindo para o desenvolvimento de um parque hospitalar público socialmente necessário, capaz de operar com eficiência, superar os vazios assistenciais, prestar serviços de qualidade e inserir-se nas redes de atenção integral à saúde do Estado (Minas Gerais, 2007a).

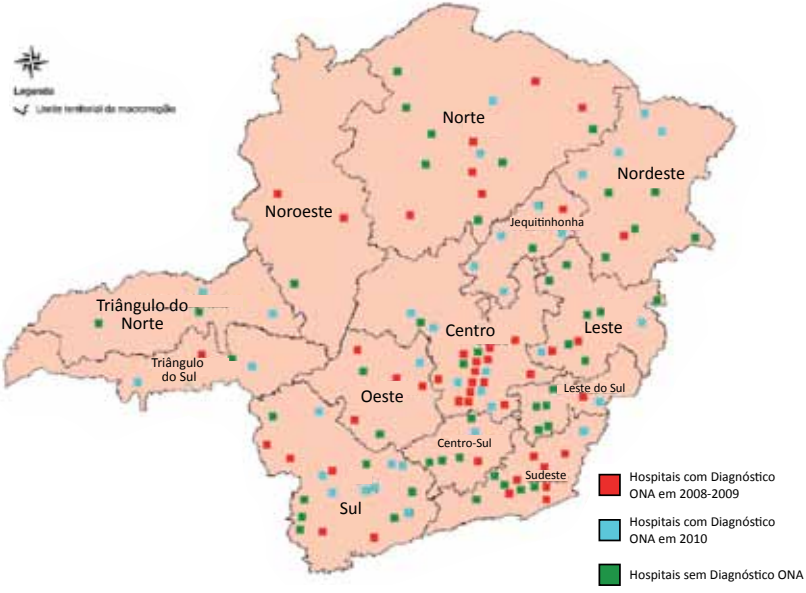
Atualmente, após uma revisão de seu planejamento estratégico, alinhando-o aos objetivos centrais da SES/MG, definiu-se como visão do Pro-Hosp: "Ser uma política de Estado de referência nacional, com foco na melhoria da qualidade dos hospitais e na excelência da gestão, fortalecendo as redes de atenção à saúde".

O foco na melhoria da qualidade, sustentado pela visão acima expressa, pode ser abstraído por um conjunto de ações levadas a cabo com a criação da Assessoria de Melhoria da Qualidade (AMQ/SES/MG) no âmbito da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG. Em última instância, tem-se em vista a implantação gradativa do processo de acreditação hospitalar[1] nos hospitais do Pro-Hosp, paralelamente à execução anual de uma premiação que reconhece as experiências mais exitosas em relação à gestão da qualidade desses hospitais – o Prêmio Célio de Castro.

[1] Segundo Oliveira *et al.* (2009), a acreditação é um processo de avaliação e certificação de serviços de saúde, por meio de um sistema externo de avaliação sistêmica da instituição, que analisa a conformidade a padrões preestabelecidos, com foco em requisitos de qualidade. Após esse processo de avaliação, o hospital pode se encaixar em quatro situações, a saber: não acreditado, acreditado (nível 1), acreditado pleno (nível 2) ou acreditado com excelência (nível 3).

Além disso, cabe a essa Assessoria planejar e auxiliar no desenvolvimento de inúmeras ações educacionais para os profissionais hospitalares, a fim de suprir as principais debilidades das instituições rumo à adesão integral a uma política de qualidade. Essas informações são obtidas por meio dos diagnósticos organizacionais da Organização Nacional de Acreditação (ONA) que estão sendo realizados nos hospitais Pro-Hosp (até o fim de 2010 serão 80 diagnósticos, conforme observado na Fig. 1), bem como por meio dos diagnósticos feitos anualmente para o Prêmio Célio de Castro.

Figura 1: Hospitais que receberam diagnóstico organizacional ONA, por ano



Fonte: Assessoria de Melhoria da Qualidade (AMQ/SUBPAS/SES/MG), 2010.

Ressalta-se como o projeto da gestão da qualidade é claramente aderente aos princípios do Choque de Gestão. De fato, sua estrutura é concebida pela utilização de técnicas inovadoras de gestão, por meio da capacitação dos agentes envolvidos – e consequente alinhamento das pessoas em relação às competências e estratégia focadas –, combinada com o gerenciamento e com o monitoramento do desempenho dos hospitais em relação a esse modelo de gestão proposto (Campos *et al.*, 2009).

O segundo foco da visão do Pro-Hosp para essa nova etapa, é relativo à excelência na gestão. Como afirmam Oliveira e Ferreira (2010), no âmbito das práticas observadas em relação à reforma da administração pública – e mais propriamente da administração pública – nos diversos países, nota-se

que o Pro-Hosp é, de fato, instaurador de uma política hospitalar que introduziu diversas inovações e modernização do ponto de vista da gestão. Esse fator de preocupação com a excelência contribuiu com a mudança da cultura e da prática há muitos anos implementadas pelos diversos governos e pelos atores-alvo do Programa (os hospitais), o que aponta para resultados de cunho estrutural relevantes na organização da atenção hospitalar em Minas Gerais.

Em primeiro lugar, o Programa Pro-Hosp inovou rumo à tendência já observada, ao estabelecer a base contratual de pactuação de metas em contrapartida ao repasse de recursos para investimentos em áreas consideradas prioritárias. Não obstante, o Programa mantém preocupação em orientar a aplicação desse recurso, estabelecendo valores para realização de investimentos de capital e de investimentos em modernização gerencial, sendo o repasse condicionado ao alcance de metas e compromissos previamente estabelecidos em contrato, os quais serão exemplificados mais adiante nesse trabalho (Oliveira; Ferreira, 2010).

Em segundo lugar, a orientação dos investimentos, como já foi salientado, deveria obedecer a uma lógica coerente com a própria estratégia do governo, procurando fortalecer e consolidar as redes de atenção à saúde prioritárias – notadamente a rede materno-infantil (Viva Vida) e a de urgência e emergência. A conformação de serviços adequados e de qualidade no âmbito da Atenção Secundária e terciária contribui com a consolidação das redes como base de uma atenção à saúde mais efetiva e integral, alinhada à estratégia (Oliveira; Ferreira, 2010).

Outra preocupação do Programa, que responde aos anseios das reformas observadas e da excelência na gestão, é a da qualidade do gasto público. Orientar a aplicação dos recursos em conformidade com a estratégia em hospitais que são considerados referência nos polos regionais potencializa a melhor utilização dos recursos do Estado, concentrando o investimento em pontos de atenção que responderão com resolubilidade e eficiência. A preocupação com a equidade, com a alocação de recursos *per capita,* diferenciados segundo os índices de necessidades de saúde, contribui para que a qualidade dos serviços prestados em todo o Estado se homogeneíze, reduzindo a concentração de recursos tecnológicos e humanos nos grandes centros (Oliveira; Ferreira, 2010).

Outra inovação do Pro-Hosp está a cargo do acompanhamento, que é feito de forma colegiada pelas Comissões de Acompanhamento do Contrato. O conhecimento e a responsabilidade perante a região, em relação ao contrato firmado pelo hospital, ajudam os gestores dos municípios e demais atores regionais e contribuem ativamente com sua participação no processo de governança e de avaliação quanto ao desempenho em cada contrato de gestão firmado (Oliveira; Ferreira, 2010).

O terceiro e último foco da visão traçada para o Pro-Hosp é o de fortalecer as redes de atenção à saúde, considerando-se os hospitais formados por pontos de atenção essenciais dentro de cada uma das redes, principalmente em relação àquelas prioritárias, fazendo com que tal enfoque torne-se coerente e imprescindível, do ponto de vista da estratégia.

Em 2009, foi finalizada a reformulação do processo de contratação da SES/MG com a implantação do chamado Contrato Único (Minas Gerais, 2009a). Esse instrumento surgiu como mais uma ação relacionada à perspectiva da inovação na gestão pública, que busca desenvolver no SUS uma cultura orientada para resultados para os diversos Programas da SES/MG.

Além disso, no caso do Pro-Hosp, esse instrumento teve a preocupação de estabelecer como metas e compromissos aqueles considerados mais críticos nos hospitais que, segundo evidências da literatura médica, traduziriam como resultados níveis de morbimortalidade desejáveis para as redes de atenção prioritárias. A pergunta feita foi: quais indicadores e compromissos traduzem a responsabilidade dos hospitais nos resultados de saúde das redes de atenção estratégicas?

Assim sendo, estabeleceu-se, por exemplo, a obrigatoriedade de realizar acompanhamento do trabalho de parto com partograma, visto que há evidências de que isso reduz a mortalidade perinatal; ou definiu-se um cronograma de implantação do protocolo clínico hospitalar de tratamento da cetoacidose diabética, visto que há evidências de que isso reduz mortalidade dos eventos de agudização do diabetes (que, em outras palavras, representam eventos de urgência e emergência); ou, ainda, estabeleceu-se o controle do indicador de taxa de cesáreas, por representar uma das maiores unanimidades no que tange aos indicadores de gestão adotados pelos diversos programas de qualidade hospitalares.

A melhoria dos resultados nos hospitais contribui com o fortalecimento das redes, mas não se restringe a esse ponto. O Curso de Especialização em Gestão Hospitalar – oferecido gratuitamente a todos os gestores hospitalares de hospitais do Pro-Hosp, em parceria com a ESP/MG – e os demais cursos de capacitação realizados em parceria com AMQ/SES/MG também têm sido importantes iniciativas para dotar as instituições de conhecimento que promovem a profissionalização e a melhoria da performance hospitalar no contexto das redes de atenção à saúde.

Em 2010, teve início uma série de três oficinas, com o objetivo de produzir um Plano Diretor da Atenção Hospitalar (PDAH) em cada hospital, com foco no desenvolvimento de um modelo de gestão de excelência e que considere sua atuação dentro das redes prioritárias. Assim, a primeira oficina foi exatamente a intitulada "Redes de atenção à saúde: o hospital e seu papel na rede de atenção à saúde da gestante e do neonato e na rede de urgência

e emergência", por meio da qual os hospitais puderam pensar o seu papel em cada uma dessas redes, bem como traçar um diagnóstico da atualidade e uma matriz de competências que lhes seria pertinente executar.

A segunda oficina foi de "Planejamento Estratégico", na qual os hospitais puderam rever o seu planejamento, de forma alinhada à estratégia do Pro-Hosp, além de pensar o monitoramento dos seus resultados. Há ainda prevista a oficina de gestão por processos e gestão do risco, na qual as instituições poderão realizar o mapeamento dos seus processos e o desenho e tratamento dos riscos organizacionais.

3- Resultados do Programa

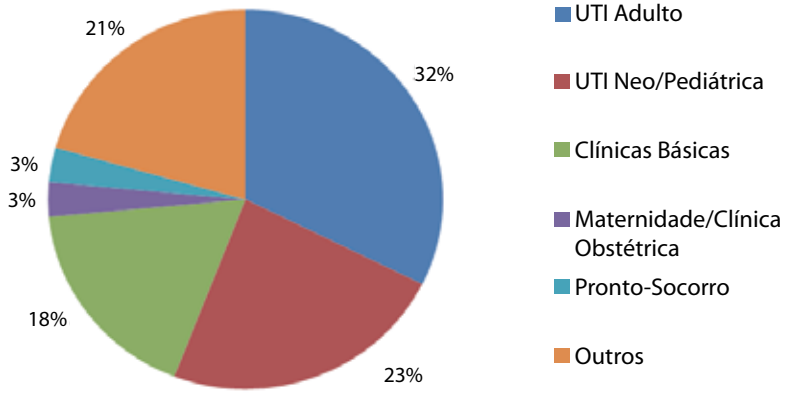
Todos esses anos de investimentos feitos nos hospitais pelo Pro-Hosp – atualmente são 128 os contemplados – resultaram no total de R$ 460 milhões, aplicados de julho de 2003 a dezembro de 2009, considerados apenas os incentivos repassados diretamente a essas instituições. Até o final do ano de 2010, serão disponibilizados mais cerca de R$ 110 milhões, totalizando mais de meio bilhão de reais em investimentos.

Quando se concentra no objeto de aplicação desses recursos, nota-se como os hospitais privilegiaram o investimento em estrutura física – muito em função da necessidade de aplicação obrigatória de uma parcela determinada dos recursos nessa rubrica, conforme o instrumento contratual do Programa. Os investimentos em estrutura focaram-se na busca de maior segurança, procurando solucionar as inconformidades apontadas pela Vigilância Sanitária, fruto de décadas de ausência de investimentos nessas instituições. Uma parte deles, entretanto, veio no sentido de ampliar a oferta de serviços (com realização de obras e compra de equipamentos).

Os Graf. 1 e 2 ilustram a canalização dos recursos pelos hospitais em ampliação de área física, inclusive leitos, no período de 2003 a 2009. Nota-se que, tanto no Pro-Hosp Macrorregional quanto no Pro-Hosp Microrregional, houve um maior aporte de recursos na abertura de leitos de UTI Adulto.

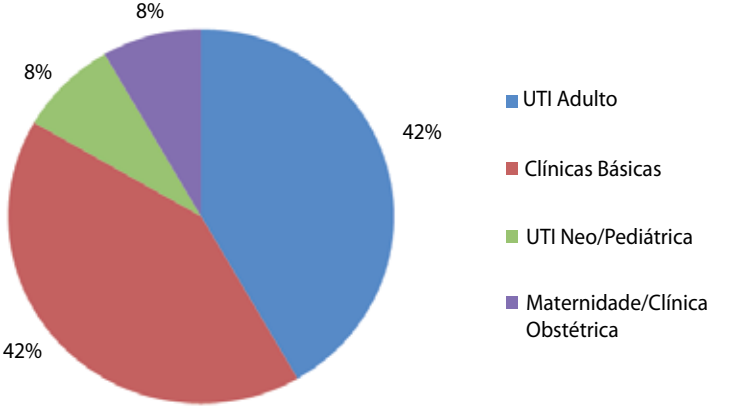
O objetivo do Programa nesta nova fase é alinhar os investimentos com as redes prioritárias, favorecendo a criação de leitos nessas clínicas e ampliando a oferta de serviços obstétricos e de urgência. Isso já tem sido observado no processo de assinatura dos instrumentos contratuais pelos hospitais, o que terá repercussão efetiva a partir do próximo ano, sendo objeto de análise para trabalhos futuros. Entretanto, já se pode constatar que o maior investimento em UTI adulto naquela fase anterior do Pro-Hosp é coerente com a estratégia atual de alinhamento com a rede de urgência e emergência e com o Viva Vida – maternidades de alto risco –, ainda que esse alinhamento não seja objeto de preocupação do Programa.

Gráfico 1: Percentual de hospitais que realizaram investimentos em ampliação física por clínica/serviço – Pro-Hosp Macrorreginal – 2003 a 2009



Fonte: Coordenação do Pro-Hosp/SAS/SUBPAS,SES/MG, 2010.

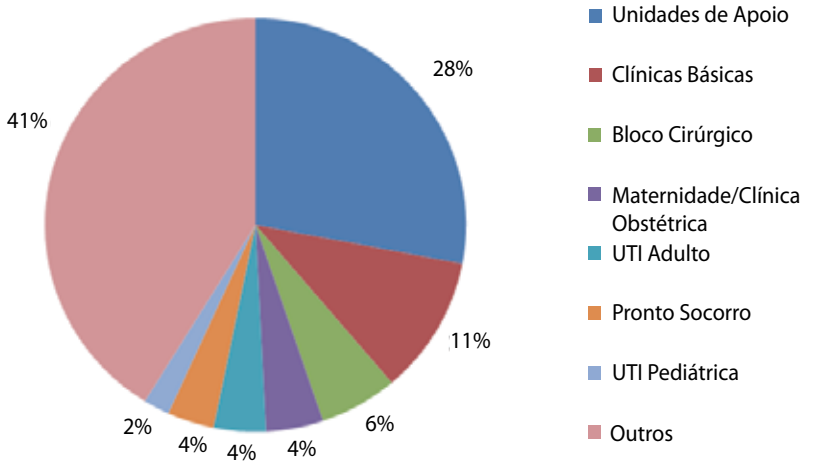
Gráfico 2: Percentual de hospitais que realizaram investimentos em ampliação física por clínica/serviço – Pro-Hosp Microrreginal – 2003 a 2009



Fonte: Coordenação do Pro-Hosp/SAS/SUBPAS,SES/MG, 2010.

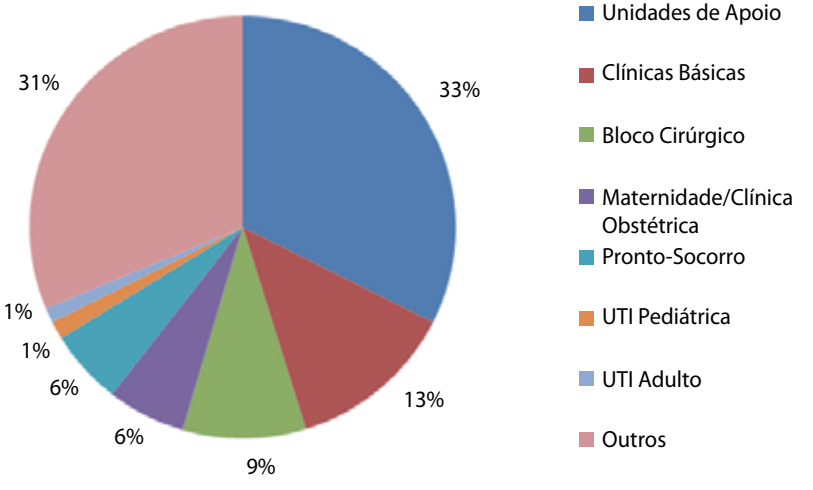
Quando considerada a totalidade das obras realizadas, fica clara a relevância relativa das obras nas chamadas unidades de apoio, como lavanderia, central de material esterilizado (CME), serviço de nutrição e dietética (SND), que estão relacionadas com a oferta de risco à assistência e que têm destaque na legislação sanitária. Os Graf. 3 e 4 elucidam, do total de investimentos em obras, quanto foi realizado em cada uma das clínicas (sendo que dentro das "clínicas básicas" estão consideradas a pediatria e as clínicas cirúrgica e médica) e em outras unidades dos hospitais.

Gráfico 3: Percentual de investimentos em obras pelos hospitais do Pro-Hosp Macrorregional – 2003 a 2009



Fonte: Coordenação do Pro-Hosp/SAS/SUBPAS,SES/MG, 2010.

Gráfico 4: Percentual de investimentos em obras pelos hospitais do Pro-Hosp Microrregional – 2003 a 2009

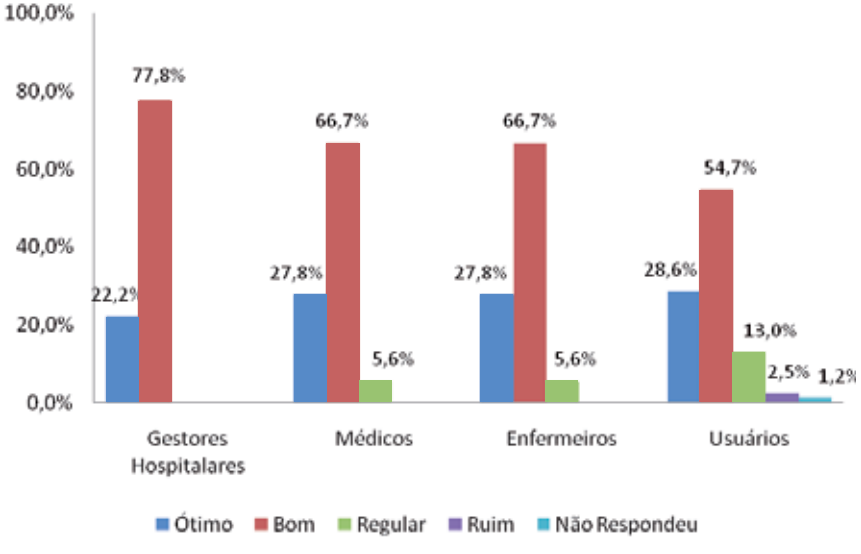


Fonte: Coordenação do Pro-Hosp/SAS/SUBPAS,SES/MG, 2010..

Como já destacado, observa-se a predominância dos investimentos em obras nas unidades de apoio, sendo as mais comuns a construção de SND, CME, farmácias e lavanderias, seguidas de obras nas clínicas básicas, bloco cirúrgico e maternidade/clínica obstétrica, já com menor expressividade. Na categoria "outros", os investimentos que mais se destacaram foram a construção ou reforma de abrigos de resíduos sólidos de saúde, para a implantação do plano de gerenciamento (PGRSS), e de clínicas de especialidades como ortopedia, cardiologia e oncologia, e ambulatórios.

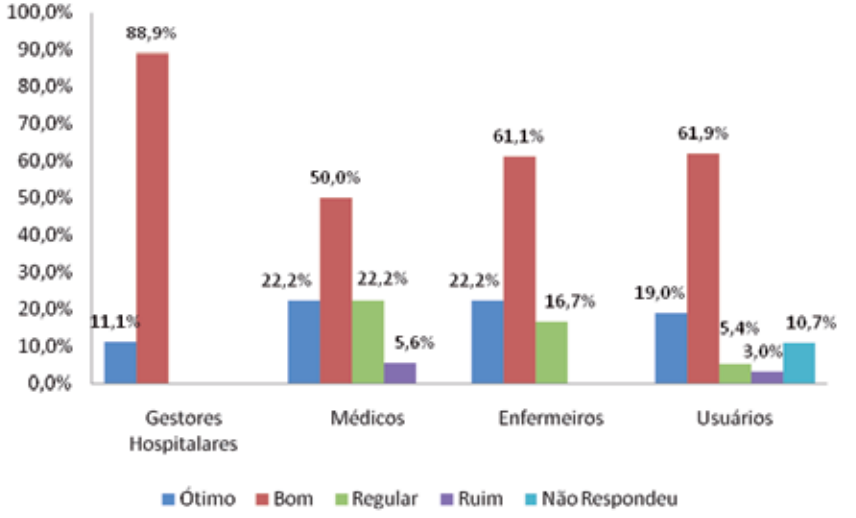
Do ponto de vista da percepção de profissionais e usuários em relação à infraestrutura e aos equipamentos dos hospitais, uma avaliação externa do Pro-Hosp feita pela Auditoria-Geral do Estado de Minas Gerais (AUGE/MG) apontou alguns resultados importantes e que também devem ser relatados. Conforme se pode observar nos Graf. 5 e 6, 83,3% dos usuários consideram a infraestrutura dos hospitais entre boa e ótima, ao passo de que 80,9% dos usuários consideram os equipamentos nesse mesmo parâmetro de qualidade. Os melhores resultados concentram-se na opinião dos gestores hospitalares, enquanto que os médicos foram os que pior avaliaram os equipamentos dos hospitais, ainda assim, em níveis bem elevados de aprovação (72,2% desses profissionais os consideraram entre bom e ótimo).

Gráfico 5: Avaliação da estrutura física dos hospitais Pro-Hosp por categoria



Fonte: Minas Gerais, 2009c.

Gráfico 6: Avaliação dos equipamentos dos hospitais Pro-Hosp por categoria



Fonte: Minas Gerais, 2009c.

No que tange ao Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, a avaliação dos alunos também tem sido satisfatória. Como aponta o relatório da AUGE/MG, 58,8% dos alunos considerara o curso excelente e 41,2% deles o consideraram bom. Além disso, 94,1% dos gestores hospitalares informaram que a participação dos funcionários no curso propiciou melhorias na gestão do hospital (Minas Gerais, 2009c).

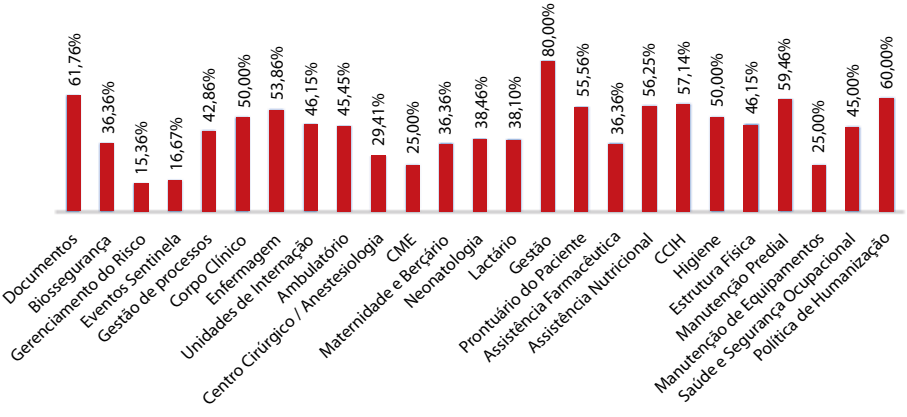
Um dos grandes problemas dos hospitais de Minas Gerais é a baixa taxa de ocupação. Esse problema é decorrente de fatores estruturais da rede hospitalar, visto que há um excesso de hospitais no Estado, os quais se encontram espalhados por diversos municípios, funcionando de forma ineficiente e sem privilegiar os ganhos de escala que devem reger a organização dessas unidades no território. Ao longo dos anos, observa-se que os hospitais do Pro-Hosp conseguiram aumentar a taxa de ocupação, como se encontra expresso nos dados do Graf. 7. O gráfico comprova que o número de hospitais do Pro-Hosp com ocupação maior que 80% aumentou, passando para mais da metade desses hospitais, na competência 2007-2009. Além disso, o número de hospitais que tinham taxa de ocupação menor que 60% na competência 2004-2005 chegava a quase 15% do total, reduzindo-se para quase 10% na competência 2007-2009.

Gráfico 7: Comparação entre as médias da taxa de ocupação geral dos hospitais do Pro-Hosp Macrorregional – Competências 2004/2005 e 2007/2009

Fonte: Coordenação do Pro-Hosp/SAS/SUBPAS,SES/MG, 2010.

No que diz respeito aos resultados observados pelo trabalho da AMQ/SES/MG, tem-se que, após as visitas de avaliação para o Prêmio Célio de Castro, constatou-se que o requisito avaliado de maior nível de atendimento foi o de "gestão", consoante com o Graf. 8. Esse resultado pode ser atribuído ao processo metodológico do Pro-Hosp, de pactuação de compromissos e metas mediante contrapartida, e a todos os esforços no sentido de garantir a profissionalização dessas instituições. O "gerenciamento do risco", conforme já esperado, foi o item que teve pior desempenho no conjunto dos hospitais avaliados, o que desencadeou uma série de ações de capacitação relativas ao tema nos anos posteriores.

Gráfico 8: Desempenho dos hospitais na 2ª etapa do Prêmio Célio de Castro, 2008



Fonte: Assessoria de Melhoria da Qualidade (AMQ/SUBPAS/SES/MG), 2009.

Além das ações educacionais com cursos orientados para as fragilidades identificadas, a AMQ/SES/MG contribuiu com a reestruturação do Pro-Hosp, por meio do realinhamento do conteúdo programático do Curso de Especialização em Gestão Hospitalar; com o auxílio na organização das oficinas de trabalho voltadas para a reestruturação do Plano Diretor na perspectiva do Plano Diretor da Atenção Hospitalar (PDAH); com a orientação das pactuações na competência 2010, o que trará resultados possíveis de serem mensurados no médio prazo.

Os dois ciclos de avaliação do Prêmio Célio de Castro reconheceram as ações de gestão da qualidade dos seguintes hospitais:

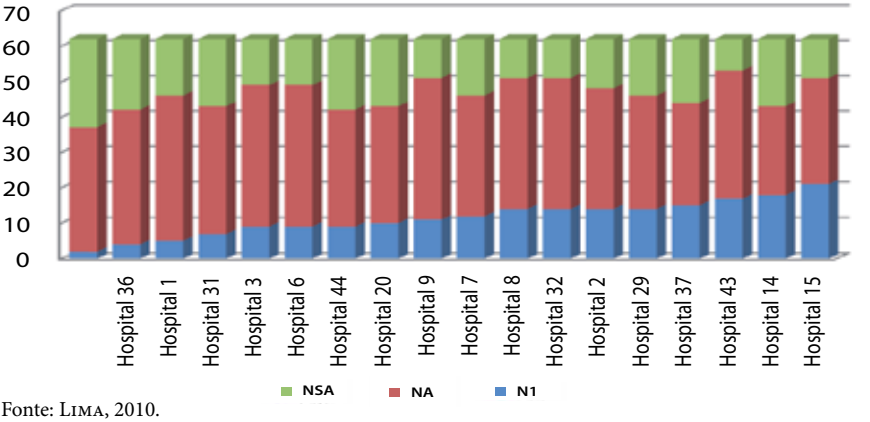
- Edição 2008: 1) Hospital Márcio Cunha de Ipatinga; 2) Santa Casa de Passos; 3) Hospital Regional Antônio Dias (FHEMIG) de Patos de Minas; 4) Santa Casa de Montes Claros.
- Edição 2009: 1) Hospital das Clínica (UFMG) de Belo Horizonte; 2) Hospital César Leite de Manhuaçu; 3) Santa Casa de Misericórdia de Juiz de Fora; 4) Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte.

Destaca-se que, em 2010, os primeiros resultados rumo à certificação são consolidados: a Santa Casa de Montes Claros é acreditada no nível 1, e a Santa Casa de Passos muda o status de "acreditada" para o de "acreditada pleno" (do nível 1 para o nível 2 de acreditação).

Mesmo já sendo observados alguns resultados, uma análise dos resultados apresentados pelos primeiros diagnósticos organizacionais (45 hospitais) realizados nos hospitais Pro-Hosp, em conformidade com a metodologia da acreditação preconizada pelas normas da ONA, aponta para alguns fatores que devem merecer atenção por parte dos gestores do Programa.

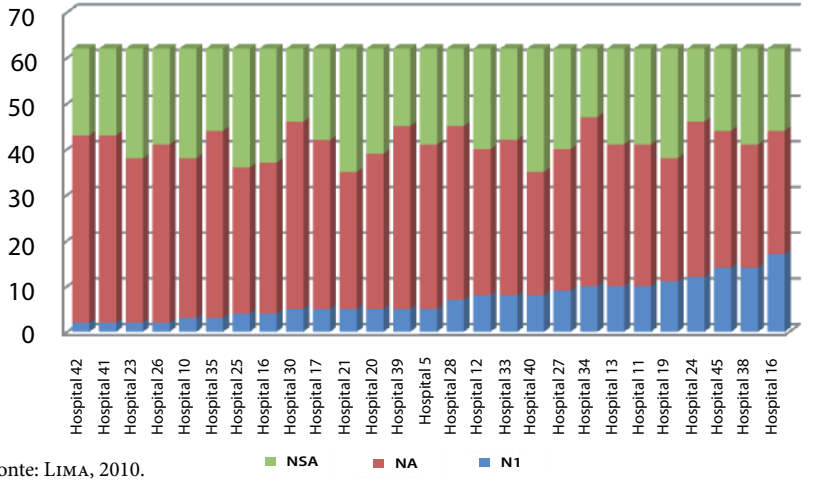
Uma primeira conclusão desse estudo (Lima, 2010) evidenciou que a ferramenta ONA é perfeitamente aplicável junto aos hospitais Pro-Hosp, permitindo uma avaliação da qualidade da assistência prestada. Entretanto, no momento da avaliação para o diagnóstico, os hospitais ainda não apresentavam condições adequadas para a acreditação, como exposto nos Graf. 9 e 10 (em que N1 representa o "nível 1 de acreditação"; NA indica o status de "não acreditado" em relação àquele requisito avaliado; e NSA, "não se aplica"):

Gráfico 9: Resultado das avaliações dos diagnósticos ONA dos hospitais Pro-Hosp macrorregionais, por número de subseções atendidas em relação aos requisitos da acreditação hospitalar



Fonte: Lima, 2010.

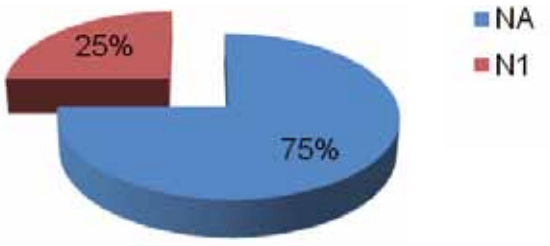
Gráfico 10: Resultado das avaliações dos diagnósticos ONA dos hospitais Pro-Hosp microrregionais, por número de subseções atendidas em relação aos requisitos da acreditação hospitalar



Fonte: Lima, 2010.

Os hospitais de referência macrorregional apresentaram um melhor resultado na avaliação, quando comparados com os hospitais de referência microrregional, demonstrando melhor desempenho nos requisitos avaliados pelo Manual Brasileiro de Acreditação. Como se encontra consolidado no Graf. 11, considerando-se os hospitais macrorregionais, 25% das subseções avaliadas encontravam-se no nível 1 de acreditação (N1) e 75% das subseções avaliadas foram caracterizadas como "não acreditadas" (NA).

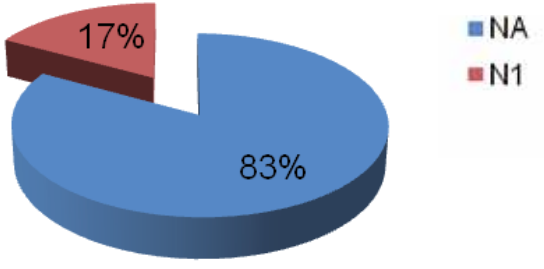
Gráfico 11: Resultado geral das avaliações dos diagnósticos ONA dos hospitais Pro-Hosp macrorregionais, por percentual de subseções "acreditadas" e "não acreditadas"



Fonte: Lima, 2010.

Nos hospitais microrregionais, por sua vez, 17% das subseções avaliadas encontravam-se no nível 1 (N1), e 83% das subseções avaliadas foram caracterizadas como "não acreditadas" (NA), como apresentado no Graf. 12.

Gráfico 12: Resultado geral das avaliações dos diagnósticos ONA dos hospitais Pro-Hosp microrregionais, por percentual de subseções "acreditadas"e "não acreditadas"



Fonte: Lima, 2010.

Por um lado, entre as seções do Manual Brasileiro de Acreditação com maiores percentuais de subseções acreditadas no nível 1 (N1), temos a "Seção 1: Liderança" e a "Seção 8: Ensino e Pesquisa". Nesse sentido, os resultados sugerem que as ações educacionais levadas a cabo pelo Pro-Hosp (Curso de Especialização em Gestão Hospitalar e capacitações da AMQ/SES/MG) são importantes estratégias para incentivar a melhoria dos critérios relativos à liderança e ao ensino.

Por outro lado, os maiores percentuais de subseções "não acreditadas" (NA) estão nas: "Seção 5: Apoio Técnico", "Seção 6: Abastecimento e Apoio Logístico" e "Seção 7: Infra-Estrutura", áreas nas quais houve considerável

concentração dos investimentos feitos pelo Pro-Hosp, como já ilustrado neste capítulo. Assim sendo, destaca-se a necessidade de um acompanhamento e de um monitoramento dos instrumentos contratuais do Pro-Hosp que considerem, também, uma avaliação do impacto dos investimentos realizados pelo hospital, principalmente em infraestrutura (Lima, 2010).

O processo da acreditação, apesar de ser voluntário, diferencia os hospitais pela melhoria da imagem institucional, pela melhoria dos processos organizacionais e pela melhoria nas relações comerciais. Durante a realização do estudo de Lima (2010), a Santa Casa de Montes Claros, identificada no grupo dos hospitais de referência macrorregional, foi acreditada, pouco mais de um ano após obter o diagnóstico organizacional. Segundo a direção do hospital, o fato de a Santa Casa ter sido reconhecida com o Prêmio Célio de Castro em 2008 foi motivador para que a organização buscasse a melhoria de processos e o resultado da acreditação.

Lima (2010) ainda propõe a adoção de uma política de reconhecimento aos hospitais que melhorarem seu desempenho na avaliação da acreditação por meio da criação de um incentivo diferenciado.

Percebe-se que a identificação das não conformidades e das oportunidades de melhorias apontadas no diagnóstico ONA, além de serem fonte de motivação para as ações de capacitação planejadas no âmbito da AMQ/SES/MG, permite melhorias práticas e realização de visitas de *benchmarking* entre os hospitais.

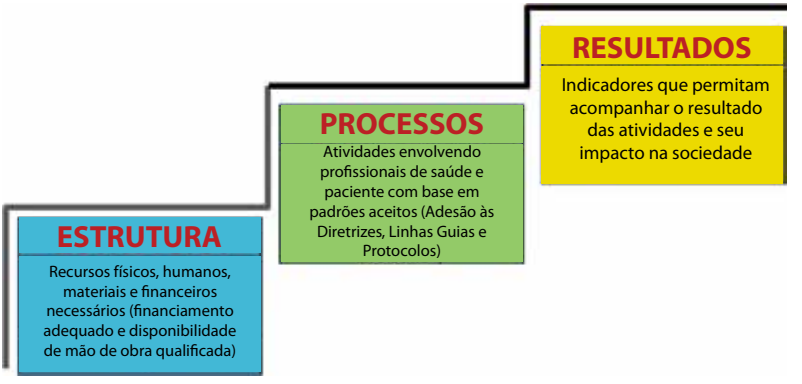
Ainda segundo Lima (2010), as áreas apontadas com maior necessidade de melhoria foram Assistência Farmacêutica, Manutenção Preventiva e Gestão de Pessoas. Foi evidenciada também uma fragilidade apresentada pelos hospitais quanto aos requisitos de segurança, sendo necessária a implantação de uma Política de Gerenciamento de Riscos com o objetivo de prevenir eventos, buscando garantir a segurança do paciente, do profissional e do ambiente, por meio de ações preventivas e corretivas.

Segundo Mendes (2007), a qualidade dos serviços é observada, entre outros fatores, quando os serviços apresentam segurança para os profissionais e usuários. Além disso, segundo esse autor, para reestabelecer a coerência entre a situação de saúde e a estruturação do SUS, deve-se implantar as redes de atenção à saúde. Nesse sentido, Lima (2010) destaca que é preciso discutir o papel dos hospitais Pro-Hosp nas redes prioritárias definidas para o Estado e, assim, intensificar a redefinição dos investimentos realizados pelos mesmos.

O modelo sistêmico proposto por Donabedian (1990), apresentado na Fig. 2, focando em estrutura/processo/resultado, é incentivado pelo Pro-Hosp, na medida em que os investimentos iniciais foram destinados, principalmente,

para melhoria de estruturas. Entretanto, observa-se que esses investimentos ainda não foram suficientes para a melhoria dos processos que garantissem a segurança (Lima, 2010), o que repercute no baixo nível de atendimento, pelos hospitais, aos requisitos do nível 1 de acreditação.

Figura 2: Modelo sistêmico da qualidade em saúde



Fonte: Lima, 2009.

La Forgia e Coutollenc (2009) mostram que, no Brasil, a adoção do sistema de acreditação tem sido frustrante e incipiente, com um número ainda reduzido de hospitais participantes no processo. Tomando como ponto de partida essa realidade, Lima (2010) também destaca em seu estudo o fato de o Pro-Hosp contribuir, de maneira inovadora, com a inserção da metodologia da acreditação nos hospitais públicos e filantrópicos de Minas Gerais.

Observa-se que o Pro-Hosp é, hoje, reconhecido como um modelo de inovação na gestão de política hospitalar pública no Brasil, seja pela concepção de ruptura proposta pelo fim de uma relação convenial histórica com os hospitais e a adoção da lógica de relações contratuais, seja pela inserção de um plano de gestão da qualidade que o proporciona avaliar sistematicamente os hospitais, baseando-se em uma metodologia já validada no nosso país. Nesse sentido, nota-se como o Programa tem contribuído para a consolidação da visão da SES/MG de ser modelo de inovação na gestão pública.

Destaca-se, finalmente, que o grande desafio do Pro-Hosp como política pública será o de transformar-se, nos próximos anos, de uma política de governo em uma política de Estado. Essa situação, enfim, poderá ser alcançada a partir da implementação das ações descritas na seção a seguir.

4- Perspectivas e Desafios Futuros

O planejamento do Pro-Hosp para os próximos anos prevê uma série de ações inovadoras, a fim de fazer cumprir a visão de futuro traçada para

o Programa. De forma geral, os principais desafios planejados podem ser identificados em quatro grandes grupos de ação: promoção da expansão do Programa, com a inserção de novos hospitais socialmente necessários; fortalecimento da rede Viva Vida, no âmbito dos pontos de atenção intra-hospitalares; fortalecimento da rede de urgência e emergência, no âmbito dos pontos de atenção intra-hospitalares; e incremento do programa de gestão da qualidade, favorecendo a acreditação hospitalar.

4.1- Promoção da Expansão do Programa

Essa ação diz respeito à inclusão de mais hospitais no Pro-Hosp, dentre aqueles considerados socialmente necessários e que, até então, não participavam do Programa. Muitas dessas instituições têm considerável adensamento tecnológico e resolubilidade nos serviços prestados, sendo importantes prestadores no âmbito do SUS em Minas Gerais. Além disso, são hospitais de grande porte, caracterizando-se como referência nos serviços especializados e com capacidade de atender à demanda da população referenciada de outras regiões onde são constatados pontos de estrangulamentos nesses serviços (Malaquias, 2010).

Além de incluir esses grandes hospitais especializados, serão analisados outros hospitais que exercem papel relevante em cada macro ou microrregião, principalmente no que diz respeito às redes de atenção à saúde prioritárias, a fim de que se estude a sua inclusão no Pro-Hosp. Por fim, também serão incluídos no Programa os grandes hospitais regionais planejados para serem construídos em algumas localidades do Estado, cujas obras serão iniciadas já no próximo ano.

4.2- Fortalecimento da Rede Viva Vida

O Pro-Hosp tem como um de seus propósitos fortalecer a rede materno-infantil (Viva Vida), no âmbito dos pontos de atenção intra-hospitalares, trazendo impactos relevantes na redução da mortalidade infantil – um dos indicadores da perspectiva da sociedade no mapa estratégico da SES/MG e no mapa estratégico do governo de Minas Gerais.

Os hospitais contemplados na Rede Viva Vida são aqueles que têm classificação de maternidade de risco habitual, maternidade de alto risco secundário (essas duas primeiras, via de regra, como unidades de referência microrregional) e maternidade de alto risco terciário (unidades de referência macrorregional).

Em todas essas maternidades, o Pro-Hosp deve atuar no fomento ao cumprimento dos requisitos de qualidade, que garantem segurança, gestão por processos e resultados efetivos, estimulados com a melhoria da infraestrutura e da gestão, de forma mais ampla.

Além disso, nas maternidades de alto risco secundário, o Pro-Hosp deve procurar alocar recursos para construção e ampliação de unidades de cuidados intermediários (UCI), em conformidade com o desenho da rede, para proporcionar apoio aos leitos de UTI neonatal.

Nas maternidades de alto risco terciário, por sua vez, também deverão ser prioritariamente alocados recursos do Pro-Hosp em leitos de UCI, em conformidade com o desenho da rede, como apoio para os leitos de UTI adulto, pediátrico e neonatal.

O Pro-Hosp deverá continuar a apoiar e a monitorar, enfim, os compromissos e indicadores relativos a essa rede de atenção, sendo que, no atual contrato, constam: "implementar estrutura para garantir peripartos com presença de acompanhantes"; "implantar partograma no acompanhamento de trabalho de parto"; "acompanhar e reduzir a taxa de cesárea"; "implantar Protocolo Assistencial Multidisciplinar de atendimento ao parto (normal, cesárea, alto risco e risco habitual)" e "implantar Protocolo Assistencial Multidisciplinar de atendimento ao recém-nascido".

4.3- Fortalecimento da Rede de Urgência e Emergência

Como também é sabido, o Pro-Hosp tem como um de seus propósitos fortalecer a rede de urgência e emergência, no âmbito dos pontos de atenção intra-hospitalares.

Uma importante ação a ser executada pelo Programa, nesse sentido, é o de contemplar no seu escopo os hospitais que exercem papel relevante nas funções micro e macrorregional, bem como outros hospitais classificados como de urgência menor.[2] Além disso, o Pro-Hosp deve atuar nessas instituições por meio do financiamento de investimentos e realização de capacitação, para que consigam cumprir os requisitos da qualidade.

Nos hospitais de referência micro e macrorregional da rede de urgência e emergência, considerando o grau de complexidade e o desenho da rede, o Pro-Hosp deve atuar por meio da alocação de recursos para construção e equipagem de leitos de UCI como apoio para os leitos de UTI adulto e pediátrico.

Por fim, também deverá continuar no monitoramento e apoio à implementação dos compromissos contratuais relativos a essa rede de atenção que, no caso do atual contrato, são: "implantar Protocolo Assistencial Multidisciplinar de dor torácica"; "implantar Protocolo Assistencial Multidisciplinar de abordagem do paciente politraumatizado"; "implantar Protocolo Assistencial Multidisciplinar de cetoacidose diabética" e "implantar Protocolo Assistencial Multidisciplinar de coma hiperosmolar".

---

[2] Consoante Minas Gerais (2009b), hospitais de urgência menor (ou de suporte básico de vida) são aqueles que distam acima de 60 minutos de uma referência hospitalar micro ou macrorregional.

4.4- Incremento do Programa de Gestão da Qualidade

Como perspectivas futuras, visando ao fortalecimento da estratégia da qualidade do Pro-Hosp, e como forma de avançar o projeto de melhoria da qualidade e promover gestão focada em resultados, estão previstas ações de continuidade e inovação:

- Prêmio Célio de Castro: realização dos ciclos anuais do Prêmio, com o objetivo de incentivar, reconhecer e intercambiar as melhores práticas de gestão.
- Diagnósticos organizacionais ONA: ampliação do número de hospitais com diagnóstico organizacional ONA, a fim de estimular a formação de uma rede hospitalar acreditada.
- Projeto de apoiadores hospitalares: disponibilização de profissionais com expertise em gestão hospitalar e qualidade nos hospitais Pro-Hosp, para acompanhar e auxiliar, de forma efetiva, o monitoramento da execução do Pro-Hosp e das ações do projeto de qualidade, contribuindo para que essas instituições alcancem a acreditação.
- Desenvolvimento de recursos humanos: realização de ações educacionais em observância às necessidades e às debilidades identificadas por meio dos processos de avaliação e monitoramento das instituições.
- Plano Diretor de Atenção Hospitalar (PDAH): continuidade do projeto do PDAH, a fim de propiciar aos hospitais o desenvolvimento de um planejamento estratégico efetivo e eficaz, alinhado à estratégia do Programa e ao alcance da acreditação hospitalar.
- Curso de Especialização em Gestão Hospitalar: manutenção da oferta dessa atividade de formação, já com as reformulações propostas em curso, a fim de contribuir com o desenvolvimento conceitual do planejamento estratégico e da utilização de instrumentos gerenciais de controle, monitoramento e avaliação dos processos, baseado na política de gestão da qualidade da SES/MG. Essa atividade é entendida como importante ferramenta de educação continuada dos gestores hospitalares e relevante espaço de troca de experiências entre os profissionais (benchmarking).
- Incentivo financeiro: concessão de valores diferenciados para os hospitais que conquistarem a acreditação hospitalar ONA, estando previsto no orçamento do Programa o adicional de qualidade, já para o ano de 2011.

Como destacado, a consecução dessas ações articuladas com a estratégia do Pro-Hosp possibilitarão ao Programa contribuir com o cumprimento do que se espera do objetivo estratégico que lhe deu origem no planejamento da SES/MG – qual seja, o de "fortalecer e melhorar a qualidade dos hospitais regionais". Essa contribuição, em última instância, será importante no alcance do que se espera da saúde pública em Minas Gerais (viver mais e melhor), bem como do que se espera do Estado como um todo – "Minas: o melhor Estado para se viver."

5- Referências

CAMPOS, Lismar Isis *et al.*. *A política de gestão da qualidade hospitalar no Estado de Minas Gerais*: *pioneirismo, alinhamento estratégico e primeiros resultados*. Belo Horizonte, 2009. Mimeo.

LA FORGIA, Gerard; COUTTOLENC, Bernard Francois. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2009.

LIMA, Helidéa de Oliveira. *A aplicação da Acreditação aos hospitais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp*. 2010. 96f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Instituto Universitário de Lisboa (IUL), Lisboa, 2010.

LIMA, Helidéa de Oliveira; LIMA, Marilene Fabri; CAMPOS, Lismar Isis; OLIVEIRA; Bruno Reis de. Fortalecimento e qualificação da rede hospitalar – Pro-Hosp. In: MARQUES, Antônio Jorge de Souza *et al*. *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009. p. 129-155.

LIMA, Helidéa de Oliveira. *Qualidade e acreditação*. Rio de Janeiro: FGV, 2009. Mimeo.

MALAQUIAS, Iveta. *Avaliações do NARS para sugestão aos projetos de expansão do Pro-Hosp: urgência/emergência, Viva Vida e perfil microrregional*. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007. Mimeo.

MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 2033 de 16 de setembro de 2009. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais* [16 set. 2009a].

MINAS GERAIS. Resolução SES n.º 1771 de 13 de fevereiro de 2009. *Imprensa Oficial do Estado de Minas Gerais* [13 fev. 2009b].

MINAS GERAIS. Auditoria-Geral do Estado. *Relatório de auditoria nº 1320.0265.09: avaliação do Programa Regionalização – Urgência e Emergência, ação Pro-Hosp*. Auditoria-Geral do Estado de Minas Gerais, 2009c.

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, 2007a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (Coord.). *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI 2007-2023): Estado para Resultados – estratégia de desenvolvimento*. Belo Horizonte: SEPLAG, 2007b. 56 p.

OLIVEIRA, Bruno Reis de; FERREIRA, Gustavo Antunes. *A reforma do Estado no setor de saúde e a experiência de contratualização dos hospitais em Portugal e em Minas Gerais*. Belo Horizonte, 2010. Mimeo.

OLIVEIRA, Bruno Reis de *et al*. Processo e metodologia no Prêmio Célio de Castro: uma análise pontual da política de gestão da qualidade hospitalar em Minas Gerais. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde (RAHIS)*, Belo Horizonte, n. 3, p. 13-25, jul./dez. 2009.

Capítulo 9

AVANÇOS E DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MINAS GERAIS

Augusto Afonso Guerra Júnior
Grazielle Dias da Silva
Homero Cláudio R. S. Filho
Luiz Antônio Marinho Pereira
Renata Cristina Rezende Macedo
Wenderson Walla Andrade

1- Introdução

Apesar dos esforços dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), a dificuldade de se garantir o abastecimento regular de medicamentos essenciais no serviço público tem sido um dos pontos críticos das ações de saúde (Brasil, 2009). Como resultado dessa situação, tem-se a constatação de que os usuários, após consulta médica, nem sempre têm acesso aos medicamentos prescritos para o seu tratamento. Mesmo com os recursos financeiros disponibilizados pelas três esferas de governo para a aquisição de medicamentos pactuados por meio de Portarias Ministeriais e Deliberações da Comissão Intergestora Bipartite, é comum encontrar a situação acima descrita, que pode ser atribuída às deficiências técnicas e gerenciais na gestão pública da Assistência Farmacêutica (AF).

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 1997 indicavam taxas entre 50% e 80% de acesso por parte da população brasileira a medicamentos considerados essenciais – aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população. Esse dado foi corroborado por inquérito realizado por Guerra Jr. *et al*. (2004), que constatou baixa disponibilidade e descontinuidade na oferta desses medicamentos no setor público, representada por uma taxa de acesso de 50%. Nas farmácias privadas, a taxa de disponibilidade foi maior, atingindo 80% (Cipolle; Strand; Morley, 1998).

A realização de diagnósticos da Assistência Farmacêutica em alguns municípios e Estados brasileiros possibilitou a identificação de problemas relacionados ao desenvolvimento e à qualidade dos serviços farmacêuticos,

debilidade na infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos.

Mediante o cenário estabelecido, os motivos que explicam a falta de medicamentos na rede pública podem ser muitos e complexos. Os problemas existentes não são apenas resultado de limitações financeiro-orçamentárias e da inadequação de infraestrutura e de recursos humanos, mas também o reflexo da atitude e da conduta de governos, de prescritores, de dispensadores, de consumidores e da própria indústria farmacêutica.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), quando organizada pela Lei Delegada n.º 127, de 25 de janeiro de 2007, e pelo Decreto n.º 44.479, de 9 de março de 2007, criou a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), subordinada à Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde, com o intuito de qualificar a Assistência Farmacêutica no Estado (Guerra Jr. *et al.*, 2004; Minas Gerais, 2007b). Essa organização atribuiu à SAF a responsabilidade de propor, elaborar e coordenar a política de Assistência Farmacêutica no âmbito do Estado, competindo-lhe monitorar e avaliar projetos e programas relacionados à Assistência Farmacêutica; normatizar e coordenar a organização da Assistência Farmacêutica e promover o acesso e o uso racional de medicamentos.

A Superintendência é constituída pelas Gerências de Medicamentos Básicos, Medicamentos Estratégicos e Medicamentos de Alto Custo (Minas Gerais, 2007a; Minas Gerais, 2010b, 2007; Minas Gerais, 2010c). Com o objetivo de contribuir para o alcance das finalidades estabelecidas à SES/MG, a SAF estabeleceu como:

- Missão: formular, desenvolver e coordenar a política estadual de Assistência Farmacêutica, visando ao acesso e ao uso racional de medicamentos, de forma integrada com as demais ações de saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e as necessidades da população, contribuindo para tornar Minas o melhor lugar para se viver;

- Visão: ser identificada pela confiabilidade e humanização na condução de ações efetivas e eficientes na gestão pública da Assistência Farmacêutica.

Desde sua criação, a SAF, tendo como raiz o estabelecimento do Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, tem se dedicado a proporcionar acesso à população aos medicamentos; viabilizar adequada estrutura física aos pontos de dispensação de medicamentos; qualificar 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; estabelecer a lógica de funcionamento da farmácia como estabelecimento de saúde e de cuidado terapêutico (Minas Gerais, 2010c).

Este capítulo destina-se a apontar alguns resultados alcançados pela Assistência Farmacêutica no Estado de Minas Gerais, bem como dificuldades encontradas e perspectivas futuras da área.

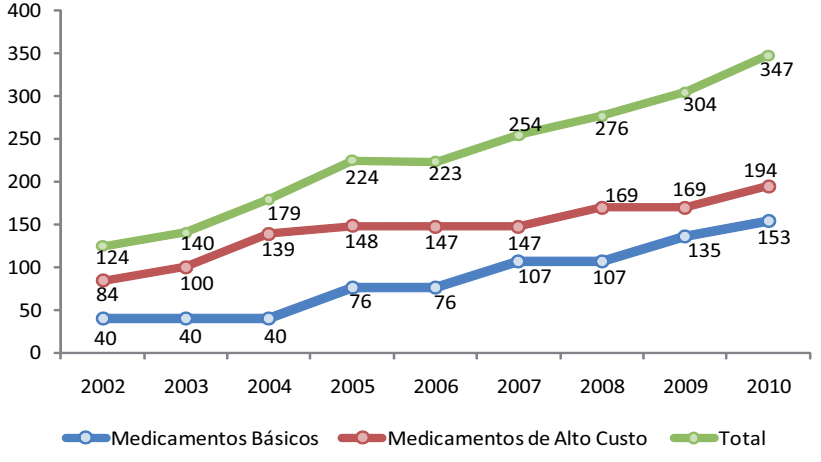
2- Avanços da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais

2.1- Acesso aos Medicamentos

A criação da Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) da SES/MG, em 2010, pode ser considerada como uma das principais ações do Estado no sentido de promover o acesso aos medicamentos essenciais, garantindo eficiência no gasto público e transparência no processo de seleção desses (Minas Gerais, 2008a). A CFT é responsável pela incorporação tecnológica de medicamentos e produtos farmacêuticos relacionados, bem como pela alteração das apresentações ou exclusão de produtos da Relação de Medicamentos no âmbito da SES/MG. É composta de representantes de diversas áreas da sociedade, como técnicos de saúde, membros dos Conselhos Regionais, membros do COSEMS e do Ministério Público estadual (Minas Gerais, 2009a; Minas Gerais, 2010e).

Entretanto, mesmo antes da criação da CFT, a SES/MG empenhava-se em ampliar o acesso da população mineira aos medicamentos no SUS. Exemplo disso é a evolução no número de medicamentos padronizados no elenco do Estado, que passou de 124 itens no ano de 2002 para 347 itens em 2010 (Graf. 1). Esse elenco abrange desde o tratamento de doenças que têm sua terapêutica na atenção primária, como Hipertensão e Diabetes, até condições raras como Doença de Gaucher e Fibrose Cística (Minas Gerais, 2009b; Minas Gerais, 2010a).

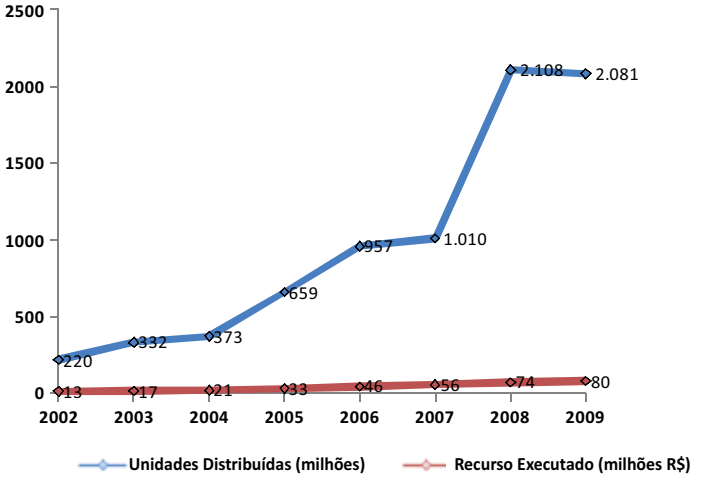
Gráfico 1: Evolução do elenco de medicamentos disponibilizados no SUS/MG (2002-2009)



Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

A ampliação do acesso aos medicamentos no SUS/MG, explicitada na evolução do número de medicamentos, é mais facilmente identificada quando observados dados de unidades distribuídas e valores financeiros executados. Em relação aos medicamentos básicos, houve evolução no número de unidades farmacêuticas distribuídas, que passou de 200 mil no ano 2002 para dois milhões em 2009, representando um salto financeiro de R$ 13 milhões para R$ 80 milhões, em valores executados no mesmo período (Graf. 2).

Gráfico 2: Unidades farmacêuticas distribuídas e recurso financeiro executado pelo Componente Básico da Assistência Farmacêutica (2002-2009)

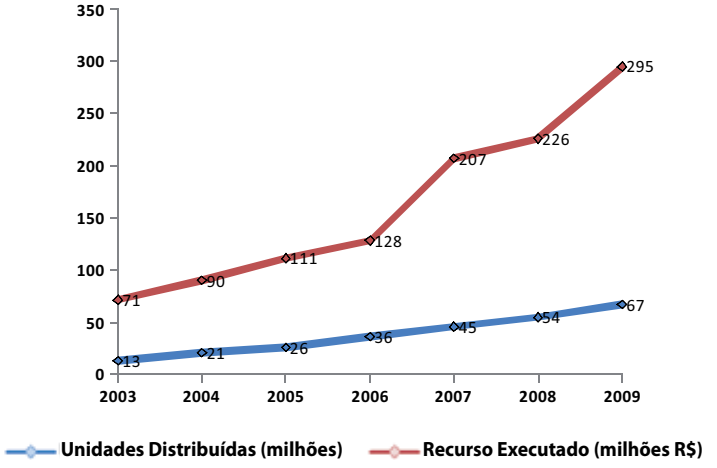


Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

O mesmo perfil pode ser observado sob a ótica do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, coordenado em Minas Gerais pela Gerência de Medicamentos de Alto Custo. Houve um salto de 12,8 milhões de unidades farmacêuticas distribuídas em 2003 para 66,5 milhões de unidades farmacêuticas distribuídas em 2009, representando, em valores financeiros, um salto de R$ 71 milhões para R$ 295 milhões, executados no mesmo período. Vale ressaltar que o Componente Especializado é cofinanciado pelo Estado e pelo Ministério da Saúde e é executado apenas pelo primeiro ente citado (Graf. 3).

Nessa esteira, é possível observar que em Minas Gerais houve um aumento no número de atendimentos realizados em tal componente, passando de 18 mil pacientes atendidos no ano de 2002 para 125,9 mil pacientes atendidos em 2009.

Gráfico 3: Unidades farmacêuticas distribuídas e recurso financeiro executado pelo Componente de Alto Custo da Assistência Farmacêutica (2003-2009)



Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

2.2- Estrutura Física

A implantação de Farmácias Comunitárias representa uma nova lógica na relação entre o sistema de saúde local, os profissionais de saúde e os usuários do sistema, e tem sido vista como uma estratégia fundamental para melhoria da qualidade de atenção à saúde. No entanto, envolve mudanças profundas na ordem estrutural, organizacional, gerencial e, sobretudo, cultural no setor saúde. O modelo brasileiro atual é caracterizado por pontos de dispensação distribuídos de forma heterogênea, dentro das várias unidades de saúde da rede municipal, sem critérios técnicos padronizados, tornando-se mais (re)conhecidos pelas dificuldades impostas para o acesso aos medicamentos do que efetivamente pelo atendimento do cidadão, acarretando, assim, o descrédito do serviço público farmacêutico diante da população. Entre os problemas encontrados, a disponibilidade inconstante força o usuário a peregrinar pela rede em busca do seu medicamento e compromete a acessibilidade geográfica à terapêutica prescrita (Cipolle; Strand; Morley, 1998).

A pulverização dos estoques de medicamentos nos diversos pontos de dispensação, em sua maioria dentro de unidades de saúde, evidencia problemas como a desorganização do serviço, falta de medicamentos, ineficiência no controle de estoques e armazenamento inadequado (Fig. 1). Esse cenário contribui para desqualificar o atendimento aos usuários do SUS, além de ocasionar perdas, elevada mobilização de recursos e, principalmente, uso irracional de medicamentos, baixa cobertura populacional e baixa resolutividade dos serviços de saúde.

Figura 1: Condições de armazenamento de medicamentos observadas em um município de Minas Gerais (2007)

Fonte: Relatório de internato rural do Departamento de Produtos Farmacêuticos da Faculdade de Farmácia da UFMG (2007).

Assim, acreditando que as farmácias do SUS devem atender às necessidades dos usuários, contribuindo para a integralidade das ações de saúde por intermédio do acompanhamento farmacoterapêutico, e que elas não podem se restringir ao funcionamento como ponto de dispensação, a SAF/SES/MG criou o "Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica" (Minas Gerais, 2010d).

Esse plano estabelece condições para a estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica, por meio de parametrização física, investimento em infraestrutura e estabelecimento de incentivo financeiro estadual para contratação de farmacêuticos, além do desenvolvimento e implantação de um sistema de informação para gestão da Assistência Farmacêutica no Estado, o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SiGAF) Minas Gerais, 2010f).

Entre as parametrizações relacionadas à estrutura física, o plano estabeleceu dois modelos de fachadas, sendo um modelo para cidades contemporâneas e outro para cidades históricas (Fig. 2). Ambas com sala para acolhimento e atendimento ao usuário (Fig. 3), almoxarifado (Fig. 4), sala para atendimento de farmácia clínica, além de área de fracionamento, copa, sanitários e DML.

Figura 2: Fachadas das unidades da Rede Farmácia de Minas, para cidades contemporâneas e históricas, inauguradas em 2009

Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

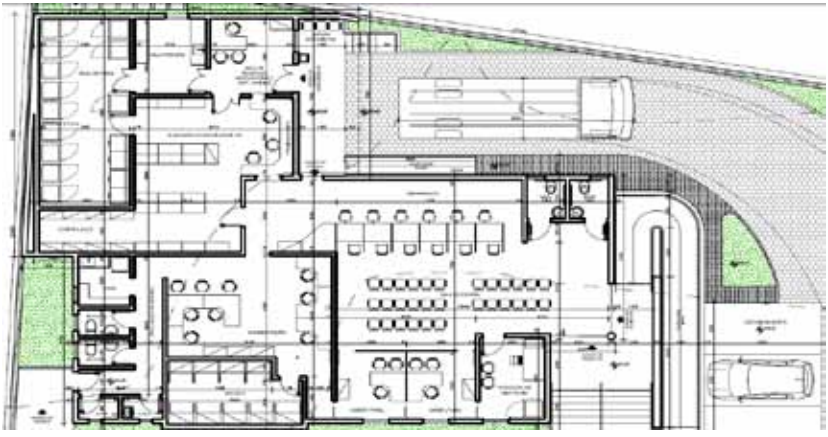
Figura 3: Sala para acolhimento e atendimento ao usuário de uma das unidades da Rede Farmácia de Minas inauguradas em 2009

Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Figura 4: Almoxarifado de uma das unidades da Rede Farmácia de Minas inauguradas em 2009

Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Figura 5: Proposta de layout para construção das Farmácias Integradas



Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

O plano, em seu lançamento, previa a estruturação de 600 farmácias até o ano de 2010. Atualmente, mais de 600 municípios já foram contemplados pelo projeto Rede Farmácia de Minas. Mais de 380 municípios já receberam o repasse financeiro necessário à construção das farmácias a fim de garantir a execução da meta proposta pelo plano. Outros 50 aguardam disponibilidade orçamentária. Em 2009, a Farmácia de Minas se tornou realidade para os cidadãos de 67 municípios mineiros. Serão 100 unidades inauguradas até o final de 2010 e mais 433 inaugurações em 2011.

Em 2010, foram também contemplados municípios-sede de macro e microrregião, que receberam incentivo financeiro para a construção de "Farmácias de Minas Integradas". Esse novo modelo propõe atendimento integral ao cidadão, por meio do fornecimento de medicamentos pertencentes aos três componentes da Assistência Farmacêutica: básicos, estratégicos e de alto custo. A planta-padrão é ampliada, possuindo de 150 m² a 300 m² e apresentando uma grande novidade: a criação de uma sala para aplicação de injetáveis, que propicia condições adequadas de manuseio e aplicação de medicamentos, além de otimizar doses (Fig. 5).

2.3- Qualificação de Recursos Humanos

Após todo o investimento citado em estrutura, a SAF/SES/MG não poderia se esquecer das pessoas que tornam possível a operacionalização da Rede Farmácia de Minas. Por isso, essa superintendência vem investindo desde o início de sua gestão na capacitação dos indivíduos envolvidos diretamente nas atividades de Assistência Farmacêutica da Rede, incluindo farmacêuticos, auxiliares administrativos e auxiliares de almoxarifado.

Desde 2007, foram realizados diversos eventos para capacitação dos profissionais dedicados à Assistência Farmacêutica do Estado. Entre esses,

destacam-se um simpósio internacional, seis seminários, duas oficinas, cinco treinamentos (sistemas de informação e cuidado farmacêutico), três reuniões técnicas, premiação em Assistência Farmacêutica e várias visitas técnicas a GRSs e municípios (Quadro 1).

Quadro 1: Eventos de capacitação realizados pela SAF/SES/MG (2007-2010)

Ano	Título	Objetivo	Participantes
2007	I Oficina de Planejamento SAF	Elaborar a Política de Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais	Superintendente, Assessores e Gerentes da SAF, além de convidados com expertise em Saúde Pública e Assistência Farmacêutica
2007	I Seminário SAF – Discutindo a Política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos do Estado de Minas Gerais	Apresentar e validar os produtos obtidos na I Oficina de Planejamento SAF	Equipe SAF e convidados com expertise em Saúde Pública e Assistência Farmacêutica
2008	1º Seminário de APAC	Padronizar informações e capacitar para geração de APAC	Equipe da Gerência de Medicamentos de Alto Custo, farmacêuticos das GRSs e técnicos responsáveis pela produção da APAC
2008	Seminário sobre Acolhimento ao Usuário e Montagem de Processo de Solicitação de Medicamentos Excepcionais	Padronizar informações e capacitar para acolhimento ao usuário e montagem de processo de solicitação de medicamentos excepcionais	Equipe da Gerência de Medicamentos de Alto Custo e Farmacêuticos das GRSs
2008	DST/AIDS	Realizar reunião com farmacêuticos das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais	Equipe da Gerência de Medicamentos Estratégicos e farmacêuticos responsáveis pelas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais

2008	I Oficina de "Qualificação dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde"	Promover a qualificação dos serviços farmacêuticos no SUS	Equipe SAF e convidados com expertise em Saúde Pública, Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica
2008	I Seminário de Implantação da Rede Farmácia de Minas	Capacitar os primeiros 67 farmacêuticos responsáveis técnicos das Unidades da Rede Farmácia de Minas	Equipe SAF e farmacêuticos das Unidades da Rede Farmácia de Minas
2009	Treinamento do SiGAF	Divulgar e promover treinamento do SiGAF	Equipe da Gerência de Medicamentos de Alto Custo, equipe da coordenação do SiGAF e farmacêuticos das GRSs
2009	Diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica nas Gerências Regionais de Saúde em Minas Gerais	Promover visitas às 28 farmácias das GRSs para diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica	Equipe da Gerência de Medicamentos de Alto Custo
2009	Capacitação Diabetes	Capacitar os farmacêuticos do Estado de Minas Gerais no cuidado ao paciente portador de Diabetes Mellitus	Equipe da Gerência de Medicamentos Estratégicos e farmacêuticos das GRSs e responsáveis técnicos pelas farmácias dos municípios mineiros
2009	Treinamento Siclom	Treinar os farmacêuticos das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais no Siclom	Equipe da Gerência de Medicamentos Estratégicos e farmacêuticos responsáveis pelas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais

2010	DST/AIDS	Treinar os Farmacêuticos das Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais no atendimento ao paciente portador de DST/AIDS	Equipe da Gerência de Medicamentos Estratégicos e farmacêuticos responsáveis pelas Unidades Dispensadoras de Medicamentos Antirretrovirais
2010	II Seminário Estadual da Assistência Farmacêutica – Farmácia de Minas – Medicamentos de Alto Custo	Divulgar a Portaria MS/GM n.º 2.981/2009. Padronizar as informações e capacitar em Assistência Farmacêutica no Componente Especializado	Equipe da Gerência de Medicamentos de Alto Custo, farmacêuticos do NAF das GRSs e representantes do Ministério da Saúde
2010	Diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica nos municípios, no âmbito de medicamentos de alto custo	Promover reuniões na unidade central da SES e nas GRSs de Varginha, Uberlândia e Juiz de Fora	Etapa inicial: municípios com mais de 200 usuários de medicamentos de alto custo, farmacêuticos das respectivas GRSs da área de abrangência, gerência e farmacêuticas da Gerência de Medicamentos de Alto Custo
2010	Capacitação Diabetes	Capacitar os farmacêuticos do Estado de Minas Gerais no cuidado ao paciente portador de Diabetes Mellitus	Equipe da Gerência de Medicamentos Estratégicos e farmacêuticos das GRSs e responsáveis técnicos pelas farmácias dos municípios mineiros

2010	II Seminário da Rede Farmácia de Minas	Capacitar os farmacêuticos responsáveis técnicos pelas unidades da Rede Farmácia de Minas	Equipe SAF, representantes da SES/MG, farmacêuticos responsáveis técnicos de 380 unidades da Rede Farmácia de Minas, diretor do Departamento de Economia da Saúde do Ministério da Saúde, dos Conselhos Regional de Minas Gerais e Federal de Farmácia, representantes da Fiocruz, representantes das Secretarias Municipais de Saúde de Belo Horizonte, São Paulo e Alagoas, representante do NPS da Austrália, representante da Assistência Farmacêutica da Argentina, representante do Departamento de Farmácia Social da UFMG
2010	Prêmio Aluísio Pimenta	Incentivar a produção técnico-científica, experiências exitosas relativas à excelência no atendimento e as boas práticas na dispensação, bem como relativas à excelência na execução dos projetos da SES/MG	Equipe SAF, 70 ganhadores do Prêmio Aluísio Pimenta, representantes do Conselho Regional e faculdades de Farmácia de Minas Gerais

Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

2.4- Gestão da Informação

O SUS vem se consolidando no Brasil ao longo das últimas duas décadas. Entretanto, um dos pontos mais frágeis desse processo se dá na área da Assistência Farmacêutica, por deixar em evidência desigualdades sociais e econômicas que, muitas vezes, determinam a restrição ao acesso a medicamentos.

Em detrimento à dificuldade de acesso, ao mesmo tempo que representam importante ferramenta terapêutica para a capacidade resolutiva da atenção à saúde, os medicamentos possuem riscos inerentes à sua utilização. Quando empregados inadequadamente, podem levar a sérios problemas de saúde e, como consequência, a perdas econômicas injustificáveis tanto para usuários como para prestadores de serviço em saúde.

Apesar da grande importância do tratamento farmacoterápico no contexto da saúde, pouco se avançou, no âmbito da gestão de informação, na Assistência Farmacêutica no país. As iniciativas são isoladas e carecem de integração com os demais sistemas de informação em operação no SUS. Esse fato torna difícil o gerenciamento dos diversos programas de saúde, que incluem os medicamentos nos três níveis de gestão do sistema, no que se refere tanto ao acompanhamento dos recursos investidos quanto à produção de informações sobre efetividade e eficiência dos tratamentos oferecidos.

Nesse contexto, a SES/MG enfrentou, por anos, grandes desafios na gestão da Assistência Farmacêutica. Um dos grandes problemas detectados foi a ineficiência na produção de informações sobre a distribuição e utilização de medicamentos. Assim, 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, valendo-se de um *software* de código fonte aberto. Tal sistema teve sua origem na Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, destinado inicialmente à gestão da Assistência Farmacêutica no âmbito municipal (Minas Gerais, 2010f).

Para além dos aspectos gerenciais técnicos e financeiros, o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SiGAF) permite acompanhar a utilização dos medicamentos pela população atendida pelo SUS, possibilitando conhecer o perfil de utilização de medicamentos dos usuários do SUS/MG, identificar novas demandas e oferecer um serviço de melhor qualidade no acompanhamento terapêutico. Duas das grandes vantagens do SiGAF são o fato de o sistema ser de fácil interface com o usuário e sua modelagem, o 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.

Esse sistema está em constante evolução e, atualmente, atende aos gestores da Assistência Farmacêutica, no âmbito tanto estadual quanto municipal e encontra-se em uso nos 853 municípios de Minas Gerais. Ele é composto dos módulos de controle de estoque, de distribuição de medicamentos,

dispensação, gestão do componente de alto custo da assistência farmacêutica, gestão das demandas judiciais e gestão dos recursos financeiros destinados ao componente básico da Assistência Farmacêutica. Vale ressaltar que o módulo para o acompanhamento farmacoterapêutico encontra-se em fase de desenvolvimento e, até o final do ano de 2010, será implantado para utilização em todas as unidades da Rede Farmácia de Minas.

2.5- Farmácia como Estabelecimento de Saúde

Os investimentos crescentes por parte dos gestores do SUS na ampliação do acesso aos medicamentos e os elevados gastos com esses produtos, em todos os níveis de atenção à saúde, traduzem os esforços para o controle e combate de diversas doenças que acometem nossa população. Entretanto, quando utilizados de forma irracional e sem o devido acompanhamento da terapêutica, podem converter-se em problemas graves de saúde que acabam por onerar ainda mais o sistema, por meio de atendimentos de média e alta complexidade.

Notadamente, o gasto econômico com o uso irracional de medicamentos é muito alto, mas, considerando-se o custo humano, essas cifras podem ser inimagináveis. Adiciona-se ainda o aumento direto no consumo de medicamentos, visitas médicas adicionais, permanência hospitalar ou mesmo necessidade de internação. Devem-se considerar ainda custos indiretos como: deslocamento, alimentação e transportes do paciente e acompanhante, as faltas dessas pessoas no trabalho e ainda as perdas sentimental e afetiva por causa de todo o sofrimento (Minas Gerais, 2008b).

Com o objetivo de desenhar uma nova forma de fazer Assistência Farmacêutica e em consonância com a tendência mundial de tornar a farmácia um estabelecimento de saúde, a SES/MG, por meio da SAF, estabeleceu no Estado de Minas Gerais, em pactuação efetivada pela Comissão Intergestora Bipartite, a obrigatoriedade do farmacêutico como responsável técnico para gestão das unidades municipais da Rede Farmácia de Minas (Donabedian, 1990).

O cumprimento dessa pactuação torna-se possível na medida em que se estabelecem normas técnicas, de acordo com a normatização sanitária vigente, para funcionamento dessas unidades, bem como incentivo financeiro estadual para pagamento desses profissionais que são contratados pelos municípios participantes da Rede (Donabedian, 1990).

Na Rede Farmácia de Minas, o farmacêutico é entendido não só como responsável administrativo pela unidade, mas também como um dos atores principais no acompanhamento da farmacoterapêutica, em conjunto com os outros profissionais de saúde envolvidos no tratamento do paciente. Nesse contexto, a Assistência Farmacêutica passa a ser entendida no âmbito estadual como um

> [...] conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (Donabedian, 1990).

Assim, denota-se que, com estrutura adequada, recursos humanos capacitados e aumento da disponibilidade de medicamentos, a farmácia deixa de ser apenas mais um ponto de entrega de medicamentos no SUS/MG para se tornar um estabelecimento de referência no atendimento humanizado e qualificado ao paciente, no que diz respeito às suas necessidades de saúde.

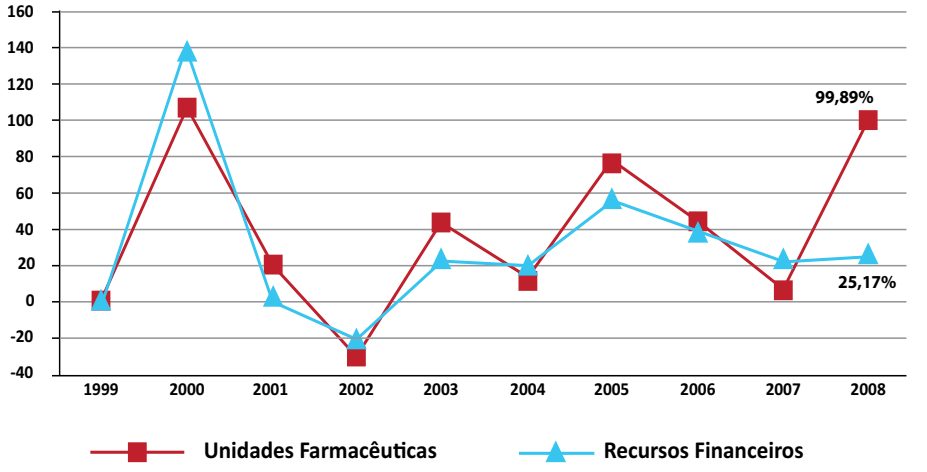
2.6- Eficiência

Na busca da qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica no Estado, a SAF tem apoiado suas intervenções na tríade defendida por Donabedian (1990): Estrutura, entendida como recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a assistência à saúde, incluindo financiamento e disponibilidade de recursos humanos qualificados; Processo, entendido como atividades que envolvem os profissionais da saúde e pacientes com base em padrões aceitos; e Resultado, entendido como produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (Minas Gerais, 2010g).

No que tange à Estrutura, o Estado investiu tanto em estrutura física, com a construção das unidades da Rede Farmácia de Minas e equipamentos, quanto em qualificação da atenção prestada ao usuário do SUS. Além desse inquestionável avanço, o Estado também rompe com paradigmas relacionados ao cuidado farmacêutico ao intervir no Processo de trabalho até então praticado por farmacêuticos de todo o Estado. Associando o serviço administrativo com a responsabilidade sob o acompanhamento da terapêutica prescrita aos pacientes, são estabelecidas relações desse profissional com a equipe de saúde em prol do uso racional de medicamentos e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que buscam alternativas de tratamento para seus males no SUS.

O Resultado alcançado com as intervenções supracitadas é a eficiência na gestão da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. Tal eficiência pode ser expressa no alcance de melhoria nos indicadores de saúde da população, bem como na racionalidade dos gastos em saúde. Muito se avançou neste sentido com a criação da Rede Farmácia de Minas. Exemplo disso é que, em 2008, a SAF conseguiu executar praticamente 100% da distribuição previamente programada pelos municípios na atenção primária, em unidades farmacêuticas, com 25% do recurso previsto para esse fim (Graf. 4).

Gráfico 4: Valores percentuais da execução física e financeira de medicamentos básicos em Minas Gerais



Fonte: SAF/SUBPAS/SES/MG, 2010.

Os resultados propiciados à saúde dos cidadãos serão conhecidos por meio dos dados disponibilizados pelo SiGAF, a partir do ano de 2011, quando o Guia do Cuidado Farmacêutico estará implantado em todas as unidades da Rede Farmácia de Minas (Minas Gerais, 2010f; Minas Gerais, 2009c).

Enfim, todos os avanços alcançados até o momento, notadamente, Plano de Assistência Farmacêutica de Minas Gerais, Rede Farmácia de Minas, atendimento da população por farmacêuticos, ampliação do elenco de medicamentos disponibilizados, aumento de unidades distribuídas, SiGAF, Comissão de Farmácia Terapêutica, lista estadual de medicamentos, Guia do Cuidado Farmacêutico e eventos de capacitação confirmam a teoria expressa por Einstein ao considerar que o todo não é a soma das partes, mas sim a potencialização da contribuição individual dos integrantes da equipe. O esforço coletivo até então empenhado é traduzido pelo desejo do Estado em tornar Minas o melhor lugar para se viver.

3- Perspectivas para a Assistência Farmacêutica em Minas Gerais

3.1- Programa Farmácia de Minas

Tem por objetivo promover o acesso e o uso racional de medicamentos, de forma integrada com as demais ações de saúde, de acordo com os princípios do SUS e as necessidades da população, contribuindo para que Minas seja o melhor Estado para se viver.

3.1.1- Projeto 1 – Elenco/Incorporação

Objetiva disponibilizar elenco de medicamentos nos componentes da Atenção Primária, Ações Estratégicas e Atenção Especializada da Assistência Farmacêutica, de forma integrada às demais ações de saúde.

Atividades: Disponibilizar elenco em parceria com os municípios para viabilizar a terapêutica das ações da Atenção Primária em Saúde; disponibilizar elenco em parceria com o Ministério da Saúde para viabilizar a terapêutica das Ações Estratégicas, como tuberculose, hanseníase, AIDS, DSTs, dietas, etc.; disponibilizar elenco em parceria com o Ministério da Saúde para viabilizar a terapêutica das Ações de Atenção Especializada, em específico de medicamentos de alto custo.

Ano/Quantidade
2011 = Básico 150 – Estratégico 70 – Especializado 193
2012 = Básico 155 – Estratégico 75 – Especializado 195
2013 = Básico 160 – Estratégico 75 – Especializado 197
2014 = Básico 170 – Estratégico 75 – Especializado 200

3.1.2- Projeto 2 – Logística (1) Rede Farmácia de Minas

Visa instalar unidades da Rede Farmácia de Minas, em conformidade com as normas sanitárias, em municípios menores que 20 mil habitantes, e unidades integradas em municípios sede de macrorregião, de forma a viabilizar estrutura física humanizada ao atendimento dos usuários do SUS, promovendo o uso racional de medicamentos.

Atividades: Instalar novas unidades da Rede Farmácia de Minas.

Ano/Quantidade
2011 = 433 novas unidades em municípios de até 30 mil habitantes
2012 = 3 unidades integradas em municípios sede de macrorregião
2013 = 4 unidades integradas em municípios sede de macrorregião
2014 = 6 unidades integradas em municípios sede de macrorregião

3.1.3- Projeto 3 – Logístico (2) Rede Farmácia de Minas - Componente Verde

Instalar unidades da Rede Farmácia de Minas com o Componente Verde – medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, em conformidade com as normas sanitárias, em municípios, sede de microrregião, de forma a viabilizar estrutura física adequada à produção desses medicamentos para o atendimento dos usuários do SUS, promovendo acesso às terapias i*ntegrativas* e complementares, de acordo com a Política Estadual de *Práticas Integrativas* e Complementares.

Atividades: Instalar novas unidades da Rede Farmácia de Minas.

Ano/Quantidade
2011 = 10 unidades - Componente Verde
2012 = 15 unidades - Componente Verde
2013 = 20 unidades - Componente Verde
2014 = 30 unidades - Componente Verde

3.1.4- Projeto 4 – Farmácia Clínica (1) Incentivo Profissional

Inserir o profissional farmacêutico nas ações de Atenção Primária à Saúde nos municípios contemplados com a Rede Farmácia de Minas, de forma a possibilitar o seguimento farmacoterapêutico e o uso racional de medicamentos.

Atividades: Incentivar a contratação de profissionais farmacêuticos nos municípios contemplados com a Rede Farmácia de Minas.

Ano/Quantidade
2011 = 620 farmacêuticos
2012 = 853 farmacêuticos
2013 = 900 farmacêuticos
2014 = 1.200 farmacêuticos

3.1.5- Projeto 5 – Farmácia Clínica (2) Capacitação

Implantar ações de Farmácia Clínica previstas no Guia do Cuidado Farmacêutico, promovendo o uso racional de medicamentos em todos os municípios contemplados com a Rede Farmácia de Minas, de forma a viabilizar o seguimento farmacoterapêutico dos usuários do SUS e a farmacovigilância, prioritariamente nos programas da SES/MG, dentre os quais: Hiperdia, Viva Vida, Mais Vida, além de outros igualmente relevantes.

Atividades: Capacitar e certificar em ações de Farmácia Clínica os farmacêuticos das unidades da Rede Farmácia de Minas dos municípios contemplados.

Ano/Quantidade
2011 = 100 farmacêuticos
2012 = 250 farmacêuticos
2013 = 400 farmacêuticos
2014 = 498 farmacêuticos (totalizando 1.248)

4- Referências

BRASIL. Portaria GM/MS n.º 2.981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente *Especializado* da Assistência Farmacêutica.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. *El Ejercicio de la atención farmacéutica*. Madrid: McGraw-Hill, 1998. 352p.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*, 1990; 114:1115-118.

GUERRA, JR., Augusto Afonso; ACÚRCIO, Francisco de Assis; GOMES, Carlos Alberto Pereira; MIRALLES, Maria; GIRARDI, Sábado Nicolau; WERNECK, Gustavo Azeredo Furquim; CARVALHO, Cristiana Leite. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Brasil, v. 15, n. 3, 2004, ISSN 1020-4989.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB/SUS/MG n.º 670, de 19 de maio de 2010. Relação estadual de medicamentos para o Programa Farmácia de Minas. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 2010a.

MINAS GERAIS. Lei Delegada n.º 127, de 25 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a estrutura orgânica básica da Secretaria de Estado de Saúde – SES.

MINAS GERAIS. Decreto n.º 44.479, de 9 de março de 2007. Estabelece a estrutura orgânica da Secretaria de Estado de Saúde e da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Farmácia de Minas Medicamentos para a Atenção Primária em Saúde,* 2010b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1>. Acesso em: 15 jun. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Farmácia de Minas Medicamentos Estratégicos.* 2010c. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1. Acesso em: 15 de jun. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Farmácia de Minas Medicamentos de Alto Custo.* 2010d. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1>. Acesso em: 15 jun. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Rede Farmácia de Minas Plano Estadual 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, 2008a. 87p.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG n.º 1.953, de 20 de julho de 2009. Estabelece normas gerais e procedimentos a serem observados para incorporação tecnológica de medicamentos e produtos farmacêuticos relacionados, bem como para alterar apresentações ou excluir produtos da Relação Estadual de Medicamentos e criar, no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais, a Comissão Estadual de Farmácia e Terapêutica (CFT). 2009a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Comissão de Farmácia e Terapêutica.* 2010e. Disponível

em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1. Acesso em: 15 de jun. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Relação de Medicamentos de Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009b. 111p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica-SiGA*. 2010f. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/farmacia-de-minas-1>. Acesso em: 15 jun. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG n.º 1.416, de 21 de fevereiro de 2008b. Institui a Rede Farmácia de Minas no âmbito do Estado de Minas Gerais.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Guia do Cuidado Farmacêutico*: uma estratégia para promover o uso racional de medicamentos e a farmacovigilância no SUS. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010g. 112p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Formulário Terapêutico Estadual* – Medicamentos para Atenção Primária. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009c. 399p.

Capítulo 10

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPORTE EM SAÚDE EM MINAS GERAIS

Antônio Jorge de Souza Marques
Marta de Sousa Lima
Felipe Braga Ribeiro Rosa

1- Introdução

A constituição de redes de atenção à saúde tem sido a principal estratégia do governo de Minas Gerais quanto ao estabelecimento de políticas coerentes com o quadro atual da saúde, que aponta índice elevado de doenças crônicas. Estas correspondem a cerca de dois terços[1] do total das doenças que acometem a população do Estado de Minas Gerais. Portanto, a implementação de redes de atenção é uma estratégia que se justifica à medida que permite a organização dos serviços de saúde em unidades assistenciais, nos três níveis de atenção.

No entanto, para garantir a eficácia das redes, não bastam apenas serviços de saúde alocados em pontos estratégicos; são necessários também meios de acesso a essas unidades assistenciais. Em outras palavras, para que sejam atendidos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os quais está o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, é necessário o enfrentamento da desigualdade social, econômica e geográfica de grande parcela da população brasileira, que acarreta dificuldade no acesso aos serviços de saúde (Neri; Soares, 2002; Travassos; Oliveira; Viacava, 2006).

Para contrapor esse problema, o governo de Minas Gerais criou o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), que tem como objetivos facilitar o acesso da população aos serviços de saúde, bem como integrar as redes de atenção. Resultados efetivos desse modelo de atenção englobam a disponibilidade de transporte que permite ao paciente se deslocar até o local de atendimento.

[1] Pesquisa realizada pela Superintendência de Vigilância Epidemiológica – SES/MG, 2006.

2- O Sistema Estadual de Transporte em Saúde – Módulo Eletivo

O SETS tem como objetivos, como indicado anteriormente, integrar os municípios de uma microrregião assistencial, por meio de planejamento logístico, buscando assim otimizar a comunicação entre os diversos pontos de atenção e assegurar um dos preceitos fundamentais do SUS, isto é, a garantia de acesso aos serviços de saúde (Neri; Soares, 2002). Deve ser mencionado ainda que o serviço gera economia de escala e maior racionalidade administrativa.

Valendo-se de uma experiência inovadora na Agência de Cooperação Intermunicipal de Saúde Pé da Serra (ACISPES), consórcio entre 23 municípios, localizado em Juiz de Fora, o governo de Minas, por meio da Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG), vem implantado o SETS, desde 2005, nas diversas microrregiões do Estado, conforme Tab. 1, investindo, assim, mais de 84 milhões de reais e contemplando mais de sete milhões de habitantes em 527 municípios (Marques; Lima, 2009).

Tabela 1: Abrangência do SET

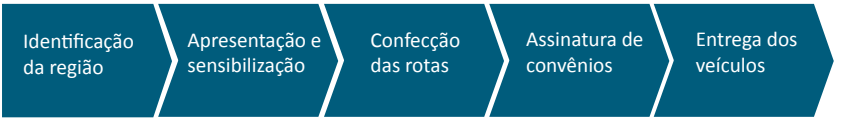
Item	Macrorregião	Microrregiões contempladas	População beneficiada
1	Centro	4	1.279.852
2	Centro-Sul	1	127.254
3	Jequitinhonha	2	296.344
4	Leste	3	248.460
5	Leste do Sul	3	536.206
6	Nordeste	8	787.077
7	Noroeste	1	267.067
8	Norte de Minas	9	1.241.641
9	Oeste	4	693.769
10	Sudeste	5	406.652
11	Sul	7	1.348.711
12	Triângulo do Norte	3	581.507
Total Geral		50	7.814.540

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

Fundamentado na logística de transporte e na metodologia de gestão de frota, o SETS se configura como uma completa operação logística de transporte para que os pacientes usuários do SUS possam realizar consultas e exames fora de seu domicílio. Esse sistema operacional faz com que o SETS seja resolutivo e financiável aos municípios contemplados.

A implantação do sistema de transporte baseia-se em cinco premissas básicas: identificação da microrregião a ser contemplada, realização de reunião de apresentação e sensibilização com os prefeitos da microrregião contemplada, confecção das rotas, assinatura de convênio para investimento

e entrega dos veículos ao Consórcio Intermunicipal de Saude,[2] ente gestor dessa ação.



O SETS, tanto em termos de implantação quanto de operacionalização, engloba:

- Aquisição de micro-ônibus;
- Aquisição de software para o agendamento on-line de pacientes;
- Estruturação da Central de Gestão do Transporte;
- Estruturação dos pontos de agendamento de pacientes;
- Aquisição de equipamentos de GPS para monitoramento da frota; e
- Consultorias para treinamento dos profissionais envolvidos.

Todos os itens mencionados anteriormente são de responsabilidade exclusiva da SES/MG, ficando os municípios com a responsabilidade do custeio desse projeto (Marques; Lima, 2009).

Tendo em vista a necessidade de deslocamento dos pacientes a outros municípios para realização de consultas especializadas ou exames mais complexos, a SES/MG resolve constituir um sistema de transporte que seja eficiente e resolutivo para os municípios mineiros. Almejando, prioritariamente, atender aos usuários do SUS e tendo como princípio a racionalização de recursos públicos, os veículos do SETS realizam trajetos previamente definidos, elaborados por meio de sistema de mapas digitais, que visam à comodidade do paciente, de forma a permitir um trajeto mais rápido e pelo melhor piso possível (estradas/rodovias) (Marques; Lima, 2009).

Os pacientes são transportados em veículos tipo micro-ônibus com 26 assentos, equipados com ar-condicionado, poltronas reclináveis e televisão e DVD, que são utilizados para veiculação de vídeos educativos. A utilização de micro-ônibus para a realização desse projeto se deu pela sua praticidade, eficiência em rotas curtas e de médias distâncias e por constituir uma opção econômica e flexível que se adapta a cada demanda. Na realização da viagem, os pacientes contam com um agente de viagem, profissional capacitado e responsável por conduzi-los até os locais de atendimento (Marques; Lima, 2009).

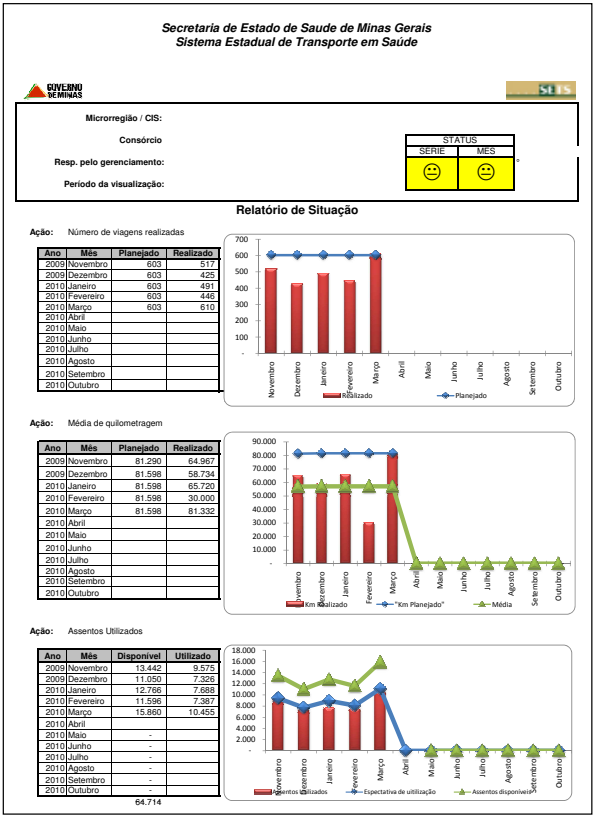
Como já dito, o princípio básico desse serviço é a racionalidade administrativa e a redução dos custos com transporte de pacientes eletivos. Para isso, todos

[2] O Consórcio Intermunicipal de Saúde se caracteriza como uma associação de municípios para viabilizar a resolução de problemas ou o alcance de objetivos comuns às partes.

os veículos são equipados com um sistema de General Packet Radio Service (GPRS), para rastreamento e monitoramento da frota *on-line*, por meio das centrais de gestão do transporte, estruturadas em cada localidade contemplada com o serviço. Tal central é responsável pela gerência do transporte em determinada microrregião, monitorando e acompanhando a frequência de uso dos veículos e trajetos pactuados pelos gestores municipais de saúde. Juntamente com os equipamentos de GPRS, o gerente de transporte pode verificar os pormenores de cada veículo de sua frota, os percursos efetuados, a forma de condução do motorista, o consumo de combustível e, assim, programar a manutenção preventiva.

Cabe ressaltar que o sistema de monitoramento GPRS (Fig. 1), interligado ao sistema de agendamento de pacientes, informa também a quantidade de pacientes no veículo e para qual estabelecimento de saúde se direcionam, o que colabora para um deslocamento regulado, organizado e com maior conforto para esses pacientes.

Figura 1: Relatório de Situação SETS



Fonte: Coordenação do Sistema Estadual de Transporte em Saúde SAS/SUBPAS/SES/MG

A aplicação do PDCA[3] como ferramenta de gerenciamento e aperfeiçoamento neste programa foi fundamental para conseguirmos os resultados propostos. Com base nessa ferramenta, são elaborados relatórios gerenciais, que permitem um fluxo de trabalho mais eficaz, melhorando, assim, o acompanhamento das ações pactuadas e permitindo a intervenção em desvios que possam ocorrer no programa. Em conjunto com o PDCA, outra ferramenta de medição do desempenho das atividades foi implementada – o Balanced Scorecard (BSC). Mensalmente, relatórios com o desempenho de cada central de gestão do transporte são expedidos pela coordenação estadual, para que cada região identifique a necessidade de alinhamento com a metodologia de operacionalização do SETS.

3- Resultados

Nesses seis anos de implantação, grandes avanços foram alcançados para melhor atender à população mineira que necessita de transporte para realizar tratamento fora de seu domicílio. Resultados importantes são identificados também em relação aos cofres públicos municipais. A seguir, serão apresentados indicadores de resultados, tais como avaliação do serviço por parte do usuário e dados econômico-financeiros.

3.1- Pesquisa de Satisfação

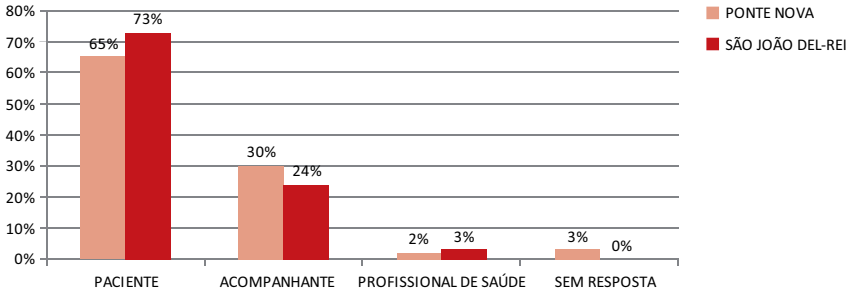
Em 2009, a Secretaria de Estado de Saúde realizou, nas microrregiões de Ponte Nova e São João del-Rei, que contemplam 15 e 19 municípios, respectivamente, uma pesquisa para avaliar o serviço prestado ao usuário do SETS. Como tem sido destacado, a SES/MG vem investindo em novos equipamentos e na capacitação dos profissionais envolvidos nesse processo, mas, para avaliar os resultados, desejava saber a percepção do usuário em relação ao serviço prestado. Para isso, foi elaborada uma Pesquisa de Satisfação do Usuário.

Tal pesquisa foi feita para analisar itens como presteza, tangibilidade, confiabilidade, segurança e empatia. Foram aplicados 925 questionários na Microrregião de Ponte Nova, tendo, entre questionários em branco e invalidados, 133 e 30, respectivamente, o que nos dá 82% de questionários respondidos. Já na Microrregião de São João del-Rei, a quantidade de questionários aplicados foi de 531, tendo sido invalidados 60, e 19 não respondidos, ou seja, 85% dos questionários foram utilizados na análise.

Através dessa pesquisa, identifica-se que grande parte dos usuários do SETS é de pacientes que o utilizam para a realização de algum tipo de consulta ou exame, conforme observado no Graf. 1.

[3] O Ciclo PDCA compõe o conjunto de ações em sequência dada pela ordem estabelecida pelas letras que compõem a sigla: P (plan: planejar), D (do: fazer, executar), C (check: verificar, controlar) e, finalmente, o A (act: agir, atuar corretivamente).

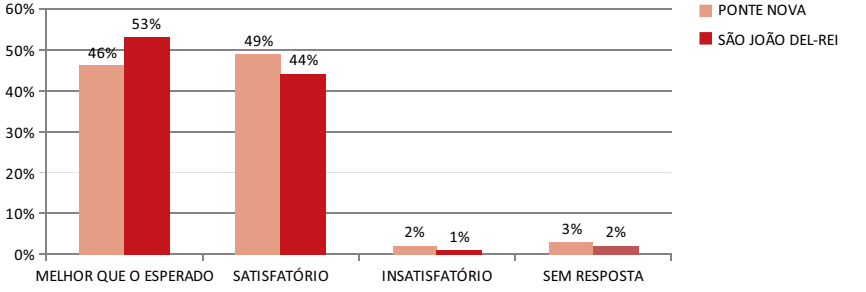
Gráfico 1: Tipo de usuário



Fonte: Coordenação do SETS – SES/MG, 2010.

Sobre a pontualidade do serviço, foi verificado nível alto de satisfação, conforme ilustrado no Graf. 2.

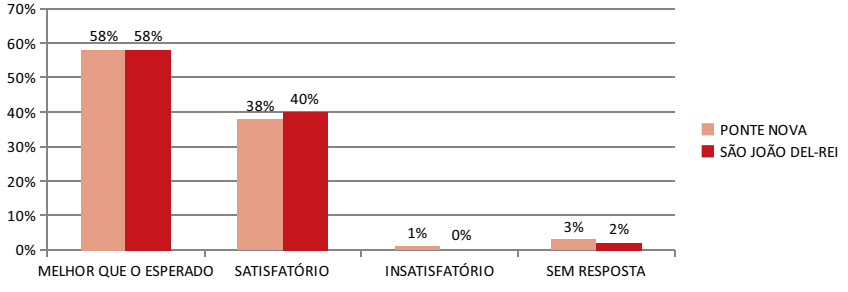
Gráfico 2: Pontualidade



Fonte: Coordenação do SETS – SES/MG, 2010.

As características internas do veículo apontam que a escolha de um veículo tipo micro-ônibus com todos os itens já descritos (ar condicionado, reclinável, dentre outros) é favorável e garante o conforto dos usuários. O nível de satisfação relativa ao conforto pode ser observado no Graf. 3.

Gráfico 3: Conforto do veículo



Fonte: Coordenação do SETS – SES/MG, 2010.

3.2- Intersetorialidade Pró-Acesso

Colocar o cidadão como protagonista das políticas públicas é uma das marcas do governo de Minas Gerais nesses últimos oito anos. Podemos citar diversas ações, de espírito republicano, que têm mudado a face do Estado no cenário nacional e internacional. A construção de um conjunto de ações governamentais entre as diversas secretarias da administração direta é um dos feitos que otimizam recursos materiais, financeiros e humanos. Uma dessas ações intersetoriais é o programa Travessia, que envolve diversas Secretarias de Estado e órgãos públicos com um único objetivo, o combate à pobreza e a promoção de melhorias concretas na vida das pessoas que vivem em cidades com baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ou com elevados índices de violência. Outra ação que trouxe avanços visíveis e significativos à vida do cidadão foi o programa ProAcesso (Fig. 2 e 3). Esse programa tem como meta o asfaltamento dos acessos dos municípios mineiros aos principais eixos rodoviários do Estado. Sua implementação foi de suma importância para conciliar com o objetivo de desenvolver um sistema de transporte de pacientes mais eficiente e de qualidade.

Nesses seis anos de experiência, podemos citar diversos avanços com a implantação desses dois programas. É o caso de cidadãos do município de Braúnas, localizado na região Leste do Estado. Para a realização de consultas e exames mais complexos, esses munícipes rodavam, dos 89 km necessários para chegar até o município-polo microrregional Ipatinga, 44 km em estradas de terra, muitas vezes em péssimo estado. O tempo de deslocamento de Braúnas a Ipatinga era de aproximadamente 2h30, muitas vezes em veículos inapropriados para esse tipo de transporte, isto é, de pacientes eletivos. Com a finalização do projeto ProAcesso em 2009, os 44 km foram asfaltados, e, como resultado, a redução do tempo de viagem desses cidadãos para aproximadamente 1h15, o que resulta em grande melhora na sua qualidade de vida. Também no Norte de Minas os cidadãos do município de Berizal reduziram o tempo de viagem em 70%. No final de 2009, foi inaugurada a ligação asfáltica do município até Taiobeiras. Essa ligação, com 34 km de extensão, fez com que a viagem para acessar os equipamentos de saúde passasse de 2h30 para 50 minutos.

Além do bem-estar do cidadão, que é incomensurável, destaca-se o benefício para as prefeituras, que passaram a gastar menos recursos com a gestão do transporte, já que o consumo e o desgaste do veículo são menores.

Figura 2: Situação anterior ao início da obra - ProAcesso

Fonte: DER/MG

Figura 3: Situação após a conclusão da obra – ProAcesso

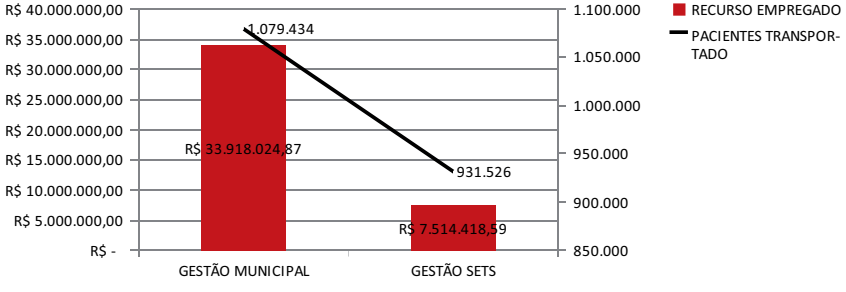
Fonte: DER/MG

3.3- Indicadores Econômico-Financeiros

Implementar um projeto que procura a redução de despesas, em um Estado com grandes dimensões como Minas Gerais, não é tarefa das mais simples. Em 2009, porém, um passo importante foi dado. A SES/MG, através da coordenação do SETS, juntamente com as Gerências Regionais de Saúde (GRS), realizou uma pesquisa econômico-financeira para identificar o verdadeiro custo dos municípios com o transporte de paciente. Para realização dessa pesquisa, foi encaminhado, a todos os municípios contemplados com o transporte naquele ano, um formulário no qual constavam perguntas sobre os gastos do município com o transporte de pacientes, por exemplo, o número de veículos que a Secretaria Municipal de Saúde possuía, a quantidade de pacientes transportados no ano 2008 e o valor que a Secretaria Municipal de Saúde empregou nesse tipo de transporte.

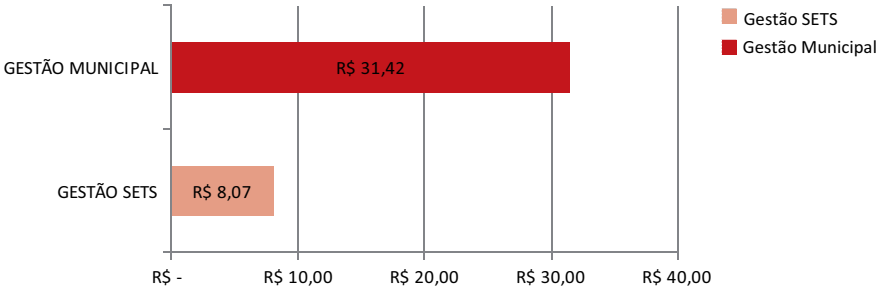
Dos 286 municípios contemplados nas 21 microrregiões assistenciais do Estado, 164 preencheram os formulários enviados, isto é, 61% dos formulários foram devolvidos à coordenação estadual. Como resultado, verificou-se que esses 164 municípios tiveram um gasto de R$ 33.918.024,87 e transportaram 1.79.434 pessoas. Com toda a metodologia apresentada anteriormente e regulada pela técnica de gestão de frotas do SETS, o gasto para transportar 931.526 pacientes para realização de consultas e exames ficou, em média, em R$ 7.514.418,59, valor 390% menor que o pago no ano anterior com utilização da frota própria do município, como pode ser visualizado no Graf. 4.

Gráfico 4: Diferença de gasto por tipo de gestão



Fonte: Coordenação do SETS – SES/MG, 2010.

Gráfico 5: Valores *per capita*



Fonte: Coordenação do SETS – SES/MG, 2010.

Verificando o gasto por paciente transportado dos 164 municípios, constata-se que o valor per capita variou de R$ 31,42 com a gestão municipal para R$ 8,07 com a gestão do SETS.

Os resultados indicam a economia para as prefeituras do Estado de Minas Gerais com esse tipo de sistema de transporte, em relação ao modelo de gestão municipal. Realizando uma análise simplificada, observa-se, pelo valor *per capita* de pacientes transportados, que a redução dos gastos com transporte pode chegar a mais de R$ 25,4 milhões por ano. Vale ponderar que, com esse recurso, poderiam ser construídas mais de 90 Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Tipo 1. Assim, acuram-se a eficiência do SETS na redução dos custos e a melhora da humanização no transporte de pacientes no Estado.

4- Perspectivas Futuras

O SETS, no período de 2010 a 2014, pretende estender a todos os municípios do Estado de Minas Gerais o módulo eletivo de transporte, contemplando as 26 microrregiões do Estado, integrando-os nessa nova lógica de transporte de pacientes. Para a sustentabilidade do SETS em atender os cidadãos que cada vez mais exigem do serviço público maior qualidade nos trabalhos prestados – o que, no caso no SETS, só pode ser alcançado com uma frota moderna e em boas condições –, assim, emerge a necessidade da substituição da frota, mantendo-se a qualidade dos serviços prestados à população e o nível de economia para os municípios contemplados. Além da implantação do SETS em todos os municípios do Estado de Minas Gerais, outras ações serão implementadas para garantir um deslocamento mais eficiente e humanizado, em que se possa proporcionar mais segurança e conforto para os cidadãos e mais economia para o erário municipal, como a extensão do módulo para as cidades-polos microrregionais, entre outras ações.

5- Referências

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: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009. p. 199-207.

NERI, M.; SOARES, W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p. 77-87, 2002.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

Capítulo 11

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Myriam Araújo Coelho
Maria do Carmo Paixão Rausch
Maria Letícia Duarte Campos
Nicodemus de Arimathea e Silva Júnior.
Paulo Tavares Júnior

1- Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um legado da Constituição Federal de 1988 que garante acesso universal e cobertura integral em saúde à população brasileira. Em Minas Gerais, Estado com extensa área territorial, o SUS viabiliza anualmente cerca de um milhão e 200 mil internações, 240 mil partos, dois mil transplantes, 130 milhões de procedimentos de Atenção Primária e 12 milhões de exames de patologia clínica para uma população de 19 milhões de habitantes. Esses números demonstram a dimensão grandiosa de uma política pública que promove e amplia a inclusão social.

A despeito do alcance e da amplitude das estratégias adotadas pelo ente federado Estado, aqui, as disparidades regionais, as múltiplas variáveis e os determinantes locais impõem, no dia a dia, ao cidadão, dificuldades para alcançar consultas, exames, tratamentos e procedimentos cirúrgicos.

A ausência da ação regulatória do Estado para mediar as necessidades do usuário e as ofertas de serviços de saúde resultou, ao longo dos anos, em uma distribuição de equipamentos sanitários sem critérios de racionalidade, acentuando as desigualdades regionais no que se refere ao acesso da população ao atendimento em saúde.

Superar esse quadro demandou a construção de uma alternativa inovadora que facilitasse o acesso dos usuários a serviços adequados às suas necessidades.

Como estratégia, o Sistema de Regulação Assistencial inicia a sua implantação em 2003. Modelado pelo Plano Diretor de Regionalização e pela Programação Pactuada Integrada, tem ainda como um dos seus pilares o Sistema SUSFácilMG, que propicia a integração da Superintendência de Regulação

(Núcleo de Supervisão e Acompanhamento das Centrais de Regulação, PPI Assistencial e AIH eletrônica) a 13 Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial, às 853 Secretarias Municipais de Saúde, 490 hospitais e cerca de 5.200 estabelecimentos ambulatoriais. O Sistema é também instrumento para tomada de decisões pelos Gestores do Estado e dos municípios, fornecendo informações qualificadas, em tempo real, sobre o desempenho da rede assistencial, a ocorrência de "vazios", a demora, as sobrecargas, entre outros. É, portanto, uma ferramenta que possibilita aos gestores reordenar o seu planejamento, remanejar a sua programação, alocar adequadamente seus investimentos. Paralelamente, com uma qualificada valorização de uso do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o que se obtém é o fortalecimento, pelo monitoramento permanente, dos planos operativos constantes nos contratos de prestação de serviços.

Vencida a fase que consideramos inicial, na qual o primeiro desenvolvedor e mantenedor do Sistema SUSFácilMG é substituído por uma empresa pública – a Companhia de Tecnologia de Informação de Minas Gerais (PRODEMGE) –, foi criado, no âmbito da Superintendência de Regulação, um Grupo de Trabalho (GT SUSFácilMG) para conceber, planejar, regulamentar, monitorar e avaliar a transferência tecnológica para essa Companhia.

Através de reuniões semanais, ordinárias e extraordinárias, os objetivos para consecução de tal objetivo vêm sendo alcançados; a participação de representantes da Assessoria de Gestão Estratégica, da Gerência de Tecnologia de Informação e da Assessoria Jurídica completa um quadro que vem garantindo o sucesso da transferência tecnológica.

A democratização de acesso às informações contidas no sistema tem estimulado a interlocução com entidades públicas, de controle interno e externo, tais como os Conselhos de Saúde e o Ministério Público, entre outros, com reflexo no processo de redefinição da política de saúde em cada macrorregião do Estado. Assim, Minas Gerais avançou para garantir aos seus cidadãos um acesso a serviços de saúde cada vez mais equânime mais adequado às suas necessidades, em tempo oportuno.

2- Programação Pactuada Integrada

Minas Gerais constituiu, nos últimos anos, como anteriormente relatamos, um processo de trabalho inovador que registra inúmeros avanços e assumiu posição diferenciada no cenário nacional quanto à gestão e ao monitoramento da Programação Pactuada Integrada (PPI/MG). Esse reconhecimento se refere tanto à implantação e a institucionalização de fóruns e instâncias de discussão e negociação dos fluxos assistenciais e alocação de novos recursos no teto financeiro da média e alta complexidade ambulatorial

e hospitalar quanto à construção e a disseminação de ferramentas gerenciais capazes de subsidiar a análise e a tomada de decisão dos gestores do SUS/MG.

A PPI/MG é base da operacionalização dos fluxos assistenciais eletivos e um norte na definição dos fluxos para usuários em situação de urgência ou emergência, e, através dela, os municípios definem e quantificam as ações de saúde a serem realizadas, buscando adequar a demanda à oferta de serviços de saúde – processo dinâmico, permanente e constante.

A PPI Assistencial revela a existência de uma rede complexa que gera fluxos de usuários entre os municípios, com metas físicas de procedimentos da Tabela SUS, vinculando-as a dados e metas financeiras de tais ações assistenciais, distinguidas por procedimentos, município ou microrregião de origem e por local onde se realiza o atendimento.

Dessa forma, além de instrumento de planejamento do SUS em âmbito estadual, a PPI Assistencial se consubstancia num pacto solidário entre gestores, à medida que traduz as responsabilidades de cada município com a garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

A gestão da PPI/MG não é um processo trivial, simples. Ao contrário, trata-se de um processo provido de complexidade, que necessita de mediação humana competente. É um processo coletivo de trabalho, que perpassa diversas instituições e entes de governo. Dentro disso, pode-se apontar como resultado qualitativo, indireto, o fortalecimento institucional da Superintendência de Regulação/Gerência de Programação Assistencial no papel de coordenação da PPI/MG.

Destaca-se também que distorções nos fluxos pactuados geram sistemáticas revisões e remanejamentos da PPI/MG. Logo, semestralmente, os municípios de origem podem apresentar propostas de repactuação com os municípios de atendimento, visando principalmente a melhores condições de acesso para sua população ou maior qualidade na prestação de serviço.

A relevância desse processo levou a SES/MG a acrescentar a funcionalidade Remanejamento Eletrônico da PPI ao SUSFácilMG, como ação do projeto estruturador de governo "Regionalização da Saúde" e meta do Acordo de Resultado da SES/MG. A PPI Eletrônica se apresenta como uma proposta de desenvolvimento de sistema para tramitação do remanejamento entre gestores via web, visando ao aumento da eficiência, à transparência e à agilidade do processo.

Como proposta de processo de trabalho mais abrangente, promoveu-se a instalação de instância paritária SES/COSEMS, com a atribuição exclusiva de promover o aprimoramento na gestão da PPI Assistencial. E, a fim de criar um ambiente colaborativo, a equipe da Superintendência de Regulação (SR) passou a lançar mão dos debates e das discussões na Comissão SES/COSEMS, para que as propostas pudessem ser analisadas por essa instância

representativa das Secretarias Municipais de Saúde, antes mesmo de serem deliberadas nas reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SUS/MG).

A PPI/MG envolve, hoje, a gestão de aproximadamente R$ 2,5 bilhões de origem federal e cerca de R$ 45 milhões de recursos estaduais alocados na Câmara de Compensação, instrumento que garante o ressarcimento financeiro da produção de serviços para a população referenciada, além do teto disponível.

3- Câmara de Compensação

A PPI/MG não pode se configurar, contudo, como instrumento de exclusão do usuário. Nesse sentido, visando aumentar a potência do processo de regulação assistencial, a SES/MG, por meio da CIB/SUS/MG, pactuou a criação de uma Câmara de Compensação.

A Câmara de Compensação garante aos municípios executores e aos prestadores o ressarcimento do extrapolamento do teto financeiro das internações da média e alta complexidade, decorrentes do atendimento à população referenciada, assim como o extrapolamento de quimioterapia, radioterapia e terapia renal substitutiva (TRS) (Deliberação CIB/SUS/MG n.º 404, de 6 de dezembro de 2007).

Tais pagamentos são realizados com recursos provenientes do Estado e da União, considerando os seguintes critérios:

1. Internações de Média Complexidade nas quatro Clínicas Básicas – (Clínica Médica, Clínica Pediátrica, Obstetrícia e Cirurgia Geral) e de Alta Complexidade referentes às Cirurgias Cardiovasculares, Oncologia, Cirurgia Ortopédica/Traumatológica e Cirurgia Neurológica, assim como o extrapolamento de quimioterapia, radioterapia e TRS;
2. O município ter extrapolado o Teto MAC designado ao atendimento da população referenciada;
3. Os procedimentos eletivos não podem ultrapassar 30% do teto da média complexidade pactuado para a população referenciada;
4. Os procedimentos de internação devem ser regulados com registro no sistema SUSFácilMG com a data de internação igual ou menor em até um dia que a data registrada no SIHSUS/MG;
5. Para o ressarcimento de Quimioterapia/Radioterapia e TRS, é considerado o extrapolamento dos respectivos tetos oficiais – MAC/PPI Assistencial e FAEC, para a população própria e referenciada (Deliberação CIB/SUS/MG n.º 118, de 15/09/2004).

Tabela 1: Valores pagos pela Câmara de Compensação (em R$)

Extrapolamento de Autorização de Internação Hospitalar (AIH)		
	Gestão Plena	Gestão Estadual
2006	1.662.305,80	-
2007	4.256.939,91	-
2008	13.795.409,26	3.816.896,87
2009	11.723.203,09	3.882.555,66
TOTAL	**31.437.858,06**	**7.678.444,53**

Extrapolamento ONCO/TRS E H1N1*		
	Onco/TRS	H1N1
2004	7.936.992,53	-
2005	16.045.139,30	-
2006	13.329.509,28	-
2007	4.261.854,73	-
2008	4.407.596,49	-
2009	3.896.521,87	2.013.457,06
2010**	1.716.866,93	1.914.629,27
TOTAL	**51.594.481,13**	**3.928.086,33**
Total Ressarcimento: AIH/Onco/TRS/H1N1		**94.638.870,05**

Fonte: SR/SUBPAS/SES/MG/2010.

*O ressarcimento de Oncologia – quimioterapia e radioterapia – e Terapia Renal Substitutiva (TRS) teve início em 2004, anterior, portanto, à criação formal da Câmara de Compensação.

** No ano de 2010, os valores correspondem ao total pago nos meses de fevereiro e abril (Onco/TRS) e de fevereiro e março (H1N1).

A Câmara de Compensação é um instrumento que fortalece o processo de regulação do acesso aos serviços de saúde, uma vez que todas as internações devem obrigatoriamente ser reguladas através das Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial. Tal mecanismo consolida as parcerias firmadas entre a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, os municípios e os hospitais conveniados ao SUS/MG.

4- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

O Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi instituído pela Portaria MS/SAS n.º 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS n.º 511/2000, que passa a normalizar o processo de cadastramento em todo o país.

O Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) permite a captação dos dados contidos nas Fichas de Cadastramento de Estabelecimentos de Saúde (FCES) e, com isso, a criação, atualização e manutenção do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, inicialmente em nível local (Estado e municípios) e, a seguir, em nível federal.

O SCNES representa um avanço para quem utiliza as informações de saúde como base para elaboração do seu trabalho, no aspecto tanto operacional quanto gerencial, visto que os dados cadastrais constituem um dos pontos fundamentais para a elaboração da programação, controle, regulação, avaliação e auditoria da assistência no Estado de Minas Gerais.

5- Regulação Assistencial

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial, desde 2005, vem a cada ano cumprindo suas metas; para cada novo desafio, uma resposta efetiva foi dada. As ações de regulação se alicerçam nas noções de responsabilidade própria de cada nível de gestão e na noção de competência compartilhada pelos Gestores Públicos em Saúde – dos municípios, do Estado e da União – no âmbito do Sistema Único de Saúde. A lógica do sistema está consolidada e vem garantindo a efetivação de uma política de saúde em conformidade com a amplitude dos princípios doutrinários do SUS inscritos na Constituição Federal de 1988. A Regulação Assistencial promove o cumprimento de um dos mandamentos basilares do SUS: a promoção da equidade. Uma política pública, por princípio equânime, é aquela que considera sempre, no seu aparato decisório, a distinção entre demandas originadas de diferentes cidadãos, tendo como base fatores, ou determinantes que diferenciam o perfil de cada uma dessas demandas. A decisão equânime tem uma lógica distributiva e solidária, promovendo os valores de cidadania de forma robusta e transparente.

O Sistema de Regulação, portanto, tem como fundamento a disposição de viabilizar, de modo equânime e ordenado, o acesso da população aos serviços de saúde, buscando uma alternativa assistencial mais adequada, e em tempo_oportuno, às demandas originadas em todos os cantos do nosso território.

Diante desse cenário, a Secretaria de Estado de Saúde construiu as diversas funcionalidades do sistema informatizado SUSFácilMG. De modo inovador, antecipou-se, a exemplo do que demonstrou no passado, quando, ao mesmo tempo que formatava o processo de regionalização da rede assistencial, pactuava uma cobertura assistencial cuja parametrização consolidou uma Programação Pactuada e Integrada (PPI), hoje testada e amadurecida. Consideradas as limitações impostas por uma conjuntura típica de mercado, tem sido a rede capaz de responder às demandas dos Usuários do SUS/MG. A Regulação Assistencial se configura como instrumento efetivo de garantia e sustentação do processo de descentralização. A função regulatória, portanto, torna-se, na percepção de todos os atores presentes nesse cenário, o Eixo Estruturante que viabiliza o cumprimento do Pacto de Gestão.

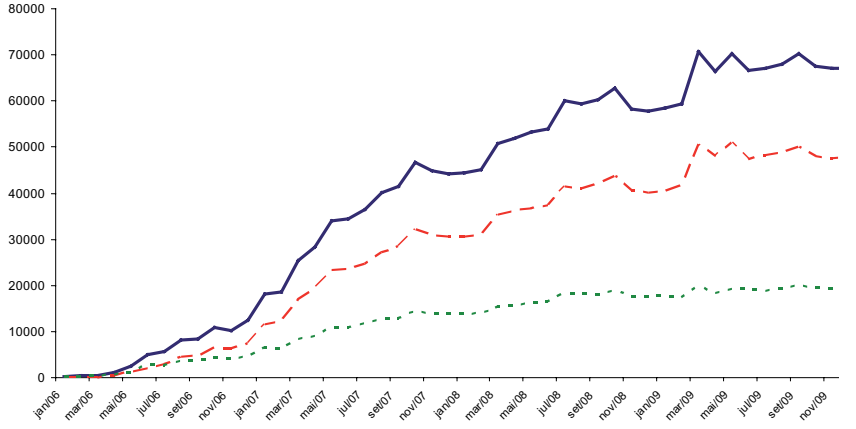
Assumindo, pois, suas responsabilidades na promoção do amadurecimento de pactos regionais, com redes assistenciais formalmente consolidadas; e reafirmando o seu compromisso com o reordenamento das referências intermunicipais, de modo permanente e participativo, a Superintendência de Regulação se aparelha e se constitui num observatório do Sistema Estadual de Saúde. A ordenação racional da rede é o maior fruto gerado pelo monitoramento dos fluxos assistenciais intermediados pelo SUSFácilMG; o ciclo de eventos nele documentados se presta a qualificar, por exemplo, as tomadas de decisão para a qualificação das Redes Assistenciais. O bom desempenho do sistema de regulação facilita a mensuração do alcance da política de saúde projetada para cada ano; eventuais distorções, auditáveis, trazem consigo a real possibilidade de proposição de novos parâmetros para os futuros processos de planejamento e gestão.

Congregando interesses com dimensões Micro e Macrorregionais, expressos quando da formulação do PDR e que, no dia a dia, são dinamicamente exercitados na PPI, a Superintendência de Regulação implantou 13 Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial. Instaladas preferencialmente em municípios-polo das macrorregiões, as Centrais se constituem num aparato informatizado que, via www (*Web*), se interliga com os pontos de atenção à saúde conveniados ao SUS/MG. O processo regulatório, centrado na análise on-line de informações trocadas concomitantemente entre médicos solicitantes, médicos nas unidades de referência e médicos reguladores, tem a participação e o apoio de uma equipe de operadores – técnicos em informática e telefonia, numa atuação contínua, ininterrupta, 24 horas por dia, nos sete dias da semana, sobre uma base de dados, usando o aplicativo SUSFácilMG.

A evolução natural do processo regulatório impõe a articulação dessas Centrais de Regulação Assistencial com as Centrais Operacionais do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) que caminham para uma nova formatação, agora de base regional. A soma desses dois instrumentos se constitue; assim, em arranjos avançados chamados Complexos Reguladores Estaduais, experiência já sedimentada na Macro Norte. Tal aproximação resgata e potencializa as aptidões e os atributos de cada um dos seus entes constituintes. A intervenção própria do SAMU se finaliza com o acesso do usuário a um ponto de atendimento na Rede de Urgência e Emergência; no tempo seguinte, a Central de Regulação Assistencial promove o registro dessa internação. Surgindo uma nova necessidade, outro recurso assistencial é buscado em outra unidade hospitalar, dando sequência à linha de cuidado, dessa vez com a mediação do Sistema de Regulação Assistencial.

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 são baseadas em protocolos clínicos e operacionais. 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.

Gráfico 1: Totais de internações via Sistema Estadual De Regulação SUSFácilMG, de janeiro/06 a dezembro/09. Internações geradas para população própria e para população referenciada nos municípios de atendimento



Fonte: SR/SUBPAS/SES/MG, 2009

O sistema SUSFácilMG se constitui, em última análise, numa importante ferramenta gerencial, já que permite a aquisição, o armazenamento, o tratamento e a análise de dados para o acompanhamento, a avaliação e o diagnóstico de situação em saúde. O acompanhamento regular e rotineiro é realizado principalmente através de relatórios gerenciais, monitorando as solicitações de internação, as internações realizadas, as transferências efetivamente realizadas, entre outros parâmetros de avaliação e controle, registrados pelas 13 Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial em atividade no Estado.

Um amplo rol de informações pode ser obtido do banco de dados, que é o SUSFácilMG; as atividades das Centrais de Regulação, potencialmente, são capazes de estimular a integração e a interlocução dos gestores das diferentes áreas de atenção à saúde. Como exemplo, podemos citar o trabalho intersetorial desenvolvido com o Comitê de Enfrentamento da Dengue na ocasião da pandemia de Gripe H1N1 e dos surtos da dengue no nosso Estado.

No curso da pandemia de Influenza A em 2009, transmitida pelo vírus H1N1, a Superintendência de Regulação iniciou o levantamento de dados

referentes às solicitações de internação para tratamento de pneumonia/influenza em Minas Gerais. A busca no banco de dados do SUSFácilMG adotou o critério que incluía como um dos filtros para a geração dos relatórios o Código 0303140151, da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS, indicativo para Tratamento de Pneumonia ou Influenza (gripe). O Gestor Estadual teve a oportunidade de acompanhar todas as semanas epidemiológicas de 2009 por macrorregião, visualizando, pois, as diferentes dimensões das demandas, os picos e as bases graficamente demonstrados, caracterizando ora o agravamento, ora a esperada ocorrência de casos tidos como habituais e, portanto, capazes de sustentar ou manter os rumos estratégicos adotados para o enfrentamento da pandemia. Regiões que durante épocas do ano geravam cerca de uma centena de internações para o tal procedimento, noutras épocas geraram até 450 internações, demonstrando para os setores de Vigilância em Saúde sinais consistentes para seu planejamento de ações preventivas e assistenciais.

Para o acompanhamento das internações realizadas para tratamento de dengue, foram gerados relatórios, nos quais se utilizaram como filtros dois códigos da Tabela Unificada de Procedimentos do SUS relativos às solicitações de internação, pelos procedimentos: Tratamento de Dengue Clássica (0303010010) e Tratamento de Dengue Hemorrágica (0303010029); achados consistentes, também aqui, neste tema, produziram dados indutores de preocupação, mas capazes de subsidiar projetos de intervenção com respostas e resultados satisfatórios e seguros.

6- AIH Eletrônica

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais, por meio da implantação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) Eletrônica no SUSFácilMG, disponibiliza para a gestão municipal uma ferramenta de controle e avaliação. Entre seus principais objetivos, destacam-se:

- Agilizar a tramitação das solicitações de internação eletiva no SUS/MG, disponibilizando on-line, via SUSFácilMG, as operações necessárias para a realização da solicitação, autorização, regulação, agendamento e realização do procedimento com liberação do número da AIH;
- Permitir maior transparência no processo de solicitação, autorização e realização das internações eletivas no Estado;
- Permitir que os municípios possam monitorar e fiscalizar a execução de procedimentos realizados em cada estabelecimento por meio das ações de controle e avaliação hospitalar e ambulatorial;
- Controlar a referência a ser realizada em outros municípios, de acordo com a Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), precedendo à solicitação e a autorização prévia, quando couber;

- Definir a programação físico-financeira por estabelecimento de saúde, observando as normas vigentes de autorização dos procedimentos hospitalares e ambulatoriais;
- Controlar a utilização de cada número de AIH, evitando a duplicidade de número e a consequente rejeição no Banco de Dados Nacional.

A AIH Eletrônica, além de ágil e segura, proporciona aos gestores do SUS mais informação para a gestão e o controle do fluxo das suas pactuações que visam à eficiência e à mais ampla cobertura na assistência.

Desse e de todos os outros instrumentais, a Auditoria Assistencial se apropria com habilidade (outro aparato de regulação que avança no controle e na avaliação dos sistemas assistenciais). Junto a prestadores e gestores, ela busca a verificação da conformidade dos atos e processos assistenciais ante os princípios técnicos e legais que balizam as relações entre os diversos campos de interesse no SUS/MG.

Vale ressaltar que, nessa nova dinâmica de trabalho, a Auditoria Assistencial vem atuando como canal de comunicação com os municípios e prestadores de serviço, produzindo informações que subsidiam o planejamento das ações de saúde para o aperfeiçoamento do SUS e a satisfação do usuário.

7- Perspectivas Futuras

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial, como ação estratégica do governo de Minas Gerais, pode se resumir, entre outros, nos seguintes objetivos:

- Colaborar na configuração das redes assistenciais que representem a melhor alternativa para a população assistida;
- Atuar como observatório permanente da rede assistencial, integrando e qualificando os serviços disponíveis;
- Subsidiar as decisões de reordenamento dos fluxos assistenciais regionais, adotando procedimentos e normas em consonância com a realidade imposta por novas adversidades ou endemias;
- Possibilitar o acompanhamento e a avaliação da qualidade dos serviços assistenciais por meio de estudo analítico com base em dados do sistema;
- Identificar, com presteza, assimetrias entre a necessidade e a oferta de serviços, ou ausência de recursos assistenciais;
- Intermediar e subsidiar os processos de repactuação entre gestores, visando à garantia de acesso e de custeio para as ações demandadas pelos seus munícipes;
- Potencializar a implantação de novos complexos reguladores com a inclusão das Redes de Urgência e Emergência visando à cobertura de toda a população do Estado.

Desse modo, a gestão estadual do SUS em Minas Gerais cumpre o seu papel, guiando as atividades de seus agentes com ferramentas de planejamento para promover a *equidade*, o *equilíbrio* e a *eficiência* no acesso do usuário.

A assertividade dessas ações e estratégias tem sensibilizado e atraído a atenção de gestores de vários Estados da Federação. São muitas as visitas às nossas Centrais Macrorregionais de Regulação Assistencial por aqueles que buscam a compreensão dos nossos processos de trabalho e o saber da dimensão do aparato tecnológico – para muitos deles, uma inovação e ao mesmo tempo uma ousadia que marca uma nova era nas relações entre gestores, prestadores e usuários do SUS/MG.

A engenharia política que viabilizou a implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial trouxe novos atores para a função regulatória, além de um novo aparato tecnológico. Suas funcionalidades impactam positivamente, induzindo ganhos para a competência da gestão. As diversas transações e interesses manifestos pela pactuação são agora arbitradas com transparência e segurança, com ganho para todos que atuam na linha de responsabilidade pela saúde do usuário do SUS/MG. A adoção, inédita no país, de um processo de regulação centrado da figura da autoridade sanitária, atuando numa lógica regionalizada, configurado numa rede única mais de cinco mil pontos de atenção à saúde, além de objeto de visitação, foram alvos de qualificadas e honrosas premiações.

A Gerência de Regulação Assistencial (GRA), em 2008, recebeu o 1º lugar no III Prêmio De Excelência em Gestão Pública, na área temática: "Modernização Administrativa", com o trabalho intitulado "Regulação do acesso a serviços de saúde no SUS de Minas Gerais: Avanços, desafios e primeiros resultados", e, em 2005, a Gerência de Informação dos Sistemas Assistenciais (GISA) recebeu o 2º lugar no Primeiro Prêmio de Excelência em Gestão Pública, na área temática "Experiências e Iniciativas de Sucesso, com o trabalho: "Programa Estrela de Ouro".

8- Referências

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. *Diário Oficial da União*, 1990, 20 set.

BRASIL. Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. *Diário Oficial da União,* 1990, 31 dez.

BRASIL. *Pacto de gestão: garantindo saúde para todos.* Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2005.

COELHO, M. A.; RAUSCH, M. C. P.; TAVARES JUNIOR, P. Regulação Assistencial. In: MARQUES, A. J. S. *et al.* (Orgs.). *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009. 173-190, 324 p.

KIMBALL, A. M.; MOORE, M.; FRENCH, H. M.; UNGCHUSAK, K.; WIBULPOLPRASERT S.; TAYLOR, T.; TOUCH, S.; LEVENTHAL, A. Regional Infectious Disease Surveillance Networks and their Potential to Facilitate the Implementation of the International Health Regulations. *Med Clin N Am* 92 (2008), Elsevier Inc., 2008, p. 1459-1471.

MINAS GERAIS. Decreto 45015. *Minas Gerais,* 19 de janeiro de 2009.

MINAS GERAIS. Deliberação CIB/SUS/MG n.º 404. *Minas Gerais*, 6 de dezembro de 2007.

MINAS GERAIS. Lei Delegada 174. *Minas Gerais*, 26 de janeiro de 2007.

MINAS GERAIS. *PDR-Plano Diretor de Regionalização Assistencial.* Secretaria de Estado de Saúde, Superintendência de Planejamento e Coordenação. Belo Horizonte: Coopmed, 2002.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES R. F.; ANDRADE, M. V. *A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros.* Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2009.

RAUSCH, M. C. P.; TAVARES JÚNIOR, P.; SILVA JÚNIOR, N. A. Sistema Estadual de Regulação Assistencial – Avanços e Desafios. In: MINAS GERAIS. *Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais*: SUSFácilMG. Belo Horizonte, 2009. 24 p

SOUZA, R. R. *A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2), p. 451-455, 2001.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G.; GILSON, L. Developing the policy response to inequities in health: a global perspective. In: *Challenging inequities in health care: from ethics to action.* New York: Oxford University Press, 2001, p. 309-322.

Anexo 1

CARTA DE MONTES CLAROS
Uma reflexão sobre o papel regulatório do Estado no SUS/MG

1º SEMINÁRIO ESTADUAL DE REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Nós, participantes do 1º Seminário Estadual de Regulação Assistencial, realizado em Montes Claros, Minas Gerais, nos dias 17 e 18 de junho de 2010 tornamos públicas as nossas reflexões expressas nas seguintes propostas:

- Preservar os avanços alcançados na Programação Pactuada Integrada Assistencial – PPI, dentre eles a publicização e democratização das informações, o acompanhamento da execução dos pactos para correção das distorções e garantia do acesso; e o fortalecimento das relações solidárias e complementares entre Estado e municípios através da CIB/SUS/MG com o apoio operacional da Comissão SES/COSEMS;
- Revisar a programação dos procedimentos da média e alta complexidade considerando as necessidades assistenciais dimensionadas a partir da

atuação da atenção primária, ponto relevante para a viabilização das Redes Assistenciais;

- Fortalecer as relações institucionais com os órgãos de controle interno e externo;
- Viabilizar a criação e implementação de Plano de Carreira, Cargos e Salários para servidores da SES/MG na Regulação Assistencial atuantes como Auditores Assistenciais, Médicos Reguladores, Gerentes e Coordenadores da Superintendência de Regulação e Coordenadores de Regulação das Gerencias Regionais de Saúde;
- Implantar as Redes Assistenciais de Urgência e Emergência em todas as Macrorregiões do Estado;
- Desenvolver ações para o credenciamento de serviços de ortopedia e neurocirurgia de alta complexidade nos hospitais vinculados ao Pro-Hosp;
- Viabilizar a PPI interestadual;
- Rever modelo de pagamento dos leitos de UTI e dos procedimentos de média e alta complexidade;
- Viabilizar o ressarcimento aos prestadores hospitalares dos extrapolamentos ocorridos no período anterior à implantação das Centrais Macrorregionais de Regulação;
- Fortalecer o papel da Regulação Assistencial com a implantação de Complexos Reguladores em todas as Macrorregiões do Estado;
- Qualificar os processos de controle, avaliação e auditoria no SUS/MG;
- Fortalecer o movimento em defesa da regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29.

A plenária do 1º Seminário de Regulação Assistencial declara o compromisso de buscar o fortalecimento do Sistema Único de Saúde como instrumento includente e fundamental para o digno e pleno desenvolvimento da cidadania.

Capítulo 12

CANAL MINAS SAÚDE

Antônio Jorge de Souza Marques
Rubensmidt Ramos Riani
Gabriel Silva dos Santos Drumond Linhares

1- Introdução

O Canal Minas Saúde é um programa inovador da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), no qual, por meio de diversas mídias, o secretariado da saúde promove a implementação de diversas estratégias educacionais, como a capacitação dos profissionais e gestores do SUS, assim como dos servidores e técnicos de seu corpo administrativo realiza a cobertura de eventos e solenidades administrativas, além de levar mais informação a toda a população.

O atual governo de Minas Gerais aponta como visão em seu planejamento estratégico o desafio de ser o "melhor Estado para se viver até 2023". Sendo assim, ao se desdobrar para a área da saúde, é necessário que Minas seja o Estado onde se viva mais e melhor. O que, em termos práticos, significa que sua população terá maior longevidade (viver mais) e melhor qualidade de vida (viver melhor).

Considerando as dimensões demográficas do Estado de Minas, cuja extensão territorial de 586.528,293 km² é um pouco maior que a de um país como a França, onde habitam aproximadamente 62,3 milhões de indivíduos contra os 19 milhões que vivem em 853 municípios mineiros, dos quais 60% possuem menos do que 10 mil habitantes, somada à dificuldade de acesso a diversas regiões, temos aqui um grande desafio no que tange à qualificação e à distribuição de informações para os diversos atores que compõem a prestação de serviço de saúde à população.

Somando-se tudo isso às peculiaridades do sistema de saúde, percebe-se que alcançar a visão estabelecida não é uma tarefa simples. Para tal, é

necessário convergir os esforços do governo federal, do Estado e também dos municípios e prestadores de serviços em saúde em torno de objetivos comuns.

Dentro desse contexto, considerando a missão da Secretaria de Estado de Saúde – "fomentar, formular e regular as políticas de saúde" –, emergiu o Canal Minas Saúde, importante mecanismo de fomento dessas políticas para o desenvolvimento de atividades de informação, educação e comunicação, que alcança os profissionais e até mesmo os usuários do sistema de saúde em Minas Gerais.

Criado peça SES/MG como uma rede estratégica multimídia (televisão, rádio e internet), com a missão de implantar e desenvolver o Programa de Educação Permanente a Distância (PEPD), o Canal Minas Saúde consolidou-se como importante instrumento de capacitação dos profissionais de saúde, bem como de gestão para os secretários de Saúde de Minas Gerais.

O PEPD tem o intuito de prover atividades de informação, educação e comunicação como elementos imprescindíveis para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e assim fortalecer a cidadania no Brasil.

2- Objetivos Estratégicos

Com esse arrojado projeto, pretende-se atingir os seguintes objetivos:

- Desenvolver a Educação Permanente a Distância;
- Propiciar o debate sobre políticas e programas da área de saúde;
- Difundir informações, visando ao exercício do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS);
- Favorecer a visibilidade do SUS junto à população;
- Promover e favorecer a troca de experiências e conhecimentos na área da saúde;
- Difundir programas e vídeos educativos no sentido de fomentar a promoção à saúde e a prevenção das doenças pelos cidadãos;
- Difundir informações epidemiológicas, ambientais e sanitárias;
- Colocar à disposição dos usuários e dos profissionais do SUS, por meio de rádio, web e televisão, informações, notícias, entrevistas e vídeos educativos.

3- Contexto Econômico

No que tange à despesa, sabe-se que a administração pública lida com cifras gigantescas; porém, historicamente pouca atenção se deu à eficiência do gasto, que nada mais é do que a promoção dos resultados almejados mediante o aporte de menor quantidade de recursos, aumentando a eficiência e a legitimidade do Estado.

Percebe-se que é necessário aumentar os investimentos públicos na saúde, mas não menos importante é melhorar sua qualidade, já que existem

ineficiências e iniquidades a superar. A busca por melhor equacionar a receita do SUS legitima a saúde pública para pleitear maior fatia do orçamento. O processo para atingir a eficiência passa por ações de integralidade regulada e, principalmente, por ações para superar as ineficiências econômicas e alocativas e pela diminuição das iniquidades na alocação de seus recursos financeiros.

Ponderando esse cenário, observa-se, na estratégia implementada através do Canal Minas Saúde, grande contribuição para o ganho de eficiência na gestão da saúde, ainda que dentro desse modelo haja dispêndio maior de recursos na fase de estruturação – construção de cenário, aquisição de equipamentos, estrutura de transmissão e recepção de sinais, etc. Verifica-se verdadeiro potencial de economia, uma vez que reduz consideravelmente gastos repetitivos com transporte, hospedagem, diárias, etc. Além disso, facilita e, em alguns casos, até mesmo possibilita o acesso de várias regiões, municípios e atores antes impossibilitados, seja pela distância, seja pela realidade estrutural. Evidencia-se que tanto a qualidade quanto a temporalidade disponível passa a ser idêntica à dos grandes centros.

Na prática, hoje é possível dirigir uma capacitação nas diferentes linhas-guia desenvolvidas pela SES/MG, através de aulas televisionadas e exercícios para fixação do conteúdo pelo Portal Minas Saúde, na internet, concomitantemente para praticamente todas as equipes de Saúde da Família de Minas Gerais.

É importante destacar que, atualmente, em toda capacitação dirigida pelo Canal, se buscou o nivelamento técnico nas diversas esferas (administrativa ou assistencial) dos atores que compõem a Rede SUS no Estado.

4- Atual Estrutura da Rede do Canal Minas Saúde

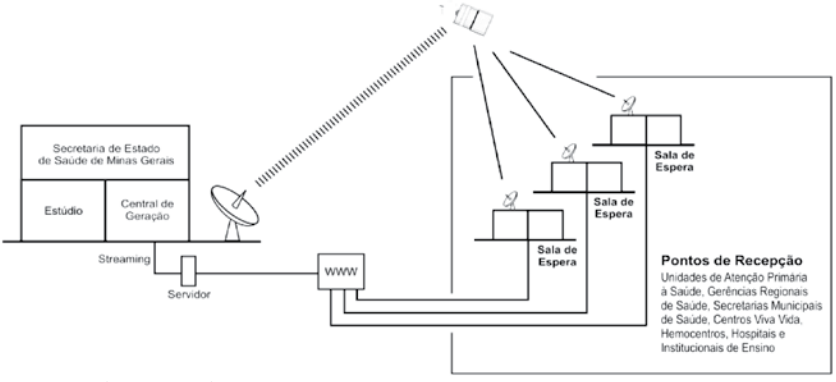
Com uma rede de recepção que se aproxima dos 4.500 pontos, o Canal Minas Saúde já é a maior rede corporativa de televisão do Estado de Minas Gerais, estando distribuída da seguinte forma:

- Unidades de Atenção Primária à Saúde – 3.395 pontos
- Secretarias Municipais de Saúde – 806 pontos
- Centros Viva Vida – 17 pontos
- Centros Mais Vida – 2 pontos
- Hospitais – 128 pontos (Pro-Hosp) e 26 pontos (hospitais contratualizados[1])
- Farmácia de Minas – 43 pontos
- Ministério Público – 1 ponto
- Faculdade de Medicina da UFMG – 1 ponto
- Associação Médica de Minas Gerais – 1 ponto
- Outras instituições – 95 pontos

[1] Hospitais participantes do Programa de Contratualização e Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos junto ao SUS, do Ministério da Saúde.

Já são mais de 820 municípios atendidos em todas as regiões do Estado, ligados à SES/MG através de um link direto com um satélite. Ou seja, as imagens geradas no estúdio do Canal Minas Saúde são direcionadas para um satélite, que capta e redistribui para toda a rede através de sinal codificado, captado e decodificado pela rede receptora. A figura a seguir ilustra o modelo descrito.

Figura 1: Concepção gráfica do Canal Minas Saúde



Fonte: Canal Minas Saúde/SES/MG, 2009

5- Inovar para Educar: As Experiências do Canal Minas Saúde

Trabalhando com um modelo inovador, em que se dirige a educação a distância através de um misto de mecanismos de comunicação – televisão e internet –, a capacitação realizada via Canal Minas Saúde possui alta sincronia com os alunos. O resultado é avaliação altamente satisfatória, conforme demonstrado em pesquisas de satisfação realizadas a respeito dos dois maiores cursos realizados: Especialização em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde e Transferência de Recursos. Tais resultados serão demonstrados a seguir.

Ressalta-se que, como instrumento de capacitação, o Canal Minas Saúde conta com o apoio da Fundação Renato Azeredo e tem atuado nas seguintes áreas:

Atenção à Saúde

- Produção e transmissão de 52 aulas pela televisão e 420 horas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), pela internet, para o curso de Especialização em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde.
- Público estimado de 40.000 profissionais assistiram às aulas pela TV, dos quais 16.000 foram certificados e 1.053 foram especializados por meio do AVA do Canal Minas Saúde. É importante ressaltar a participação do Senac Minas e da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG), que foram cruciais para o êxito alcançado na implantação dessa política pública.

Enquete com os alunos do curso de Especialização em Gestão da Clínica

- Atende às expectativas pessoais e profissionais: 89,51%
- Atende às expectativas da UBS: 85,76%
- É necessário para a melhoria da qualidade no atendimento ao usuário do SUS: 92,02%
- Ajuda a fortalecer a atenção primária: 96,09%
- Permite melhorar a prática com a teoria apresentada: 88,57%
- A TV é um bom instrumento de informação: 85,76%

- Produção e transmissão de três aulas sobre influenza AH1N1.
- Produção e transmissão de cinco aulas pela TV e 40 horas pelo AVA do curso de Classificação de Risco – Protocolo de Manchester, para 5.000 profissionais das UAPS.

Vigilância em Saúde

- Produção e transmissão de três aulas pela TV sobre dengue.

Gestão

- Produção e transmissão de nove aulas pela TV e 60 horas pelo AVA do curso de Transferência de Recursos (Fig. 2 e 3). Foram mais de 8.000 acessos realizados em um mês e meio de realização do curso. O maior impacto foi sentido na melhoria dos processos, com redução de tempo e de recursos financeiros, além do ganho de produtividade com os processos de prestações de conta.

Figuras 2 e 3: Imagens do curso de Transferência de Recurso

Fonte: Canal Minas Saúde/SES/MG, 2009

Enquete com os alunos do curso de Transferência de Recursos

- Objetivo de aprendizagem: mais de 75% dos alunos ampliaram muito seus conhecimentos
- Satisfação: mais de 75% ficaram muito satisfeitos
- Método de aprendizagem: mais de 75% dos alunos gostaram
- Desempenho dos tutores foi muito bom para mais de 80% dos alunos
- A interatividade entre os alunos ocorreu em mais de 75% das atividades
- Mais de 8.000 acessos feitos pelos 2.000 alunos

- Produção e transmissão de aula pela TV sobre Educação a Distância.
- Produção e transmissão de aula pela TV sobre Gestão da Qualidade.
- Transmissão ao vivo de todas as CIBs desde setembro de 2009.
- Produção e transmissão de diversos eventos da Secretaria.

Figura 4: Imagem da reunião da CIB/MG no estúdio do Canal Minas Saúde

Fonte: Canal Minas Saúde/SES/MG, 2009

- Produção e transmissão do programa CIB no Ar (mensal, a partir de abril/2010).
- Produção e transmissão do programa Informe Gestão (semanal, a partir de maio/2010).
- Produção e transmissão das aulas pela TV e 360 horas pelo AVA do curso de Especialização em Gestão Microrregional, com 2.300 educandos.
- Produção e transmissão de aulas pela TV e 20 horas pelo AVA para os cursos de Gerência de Riscos para Hospitais.
- Produção e transmissão do Telecurso SUS/SES.
- Produção e transmissão do Telecurso de Ferramentas de Qualidade.

Como instrumento de promoção, o Canal Minas Saúde tem atuado nas seguintes áreas:

Promoção da Saúde

- Produção e transmissão de aulas sobre Sistemas de Controle da Nutrição.
- Produção e transmissão de 26 programas Sala de Espera.
- Produção e transmissão de 26 vídeos Sua Saúde.
- Produção e transmissão de 26 vídeos Aconteceu Comigo.
- Produção e transmissão de 26 vídeos Mitos e Verdades.
- Produção e transmissão de 12 vídeos Alerta.
- Produção e transmissão de 156 vídeos Fala Doutor.
- Produção e transmissão de 26 vídeos Boa Prática.
- Produção e transmissão de 26 vídeos Confidências.

6- O Portal Minas Saúde

Utilizando a internet, o Canal Minas Saúde evoluiu e colocou à disposição do público, por meio do seu portal, novas oportunidades de aprendizagem e informação. Funcionando como um repositório de experiências, o Portal favorece a socialização do saber, o fortalecimento das equipes e a consolidação de um novo modelo de atenção à saúde. No portal, além dos serviços disponíveis, encontra-se o Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA), importante espaço que confere grau maior de interatividade por meio de tutoria ativa junto aos alunos, proporcionando maior oportunidade de aprendizagem. A plataforma utilizada é o Moodle, tendo as ferramentas de chats, fórum de discussão, redes sociais, vídeos, wikis e links para que as pessoas possam acessar e dar continuidade ao processo de assimilação de conhecimento.

Figura 5: Imagem do Portal Minas Saúde

Fonte: Canal Minas Saúde/SES/MG, 2009

Figura 6: Imagem do AVA: tela inicial do curso de transferência de recursos

Fonte: Canal Minas Saúde/SES/MG, 2009

Outro ganho com a internet é que essa ferramenta permite um processo individual e participativo de avaliação das equipes, dos processos e das próprias ações do modelo de atenção à saúde. A seguir há links de acesso ao conteúdo do Canal na internet.

<http://www.portalminassaude.com.br/>
<http://twitter.com/minassaude/>
<http://minassaude.ning.com/>
<http://www.portalminassaude.com.br/blog/>
<http://www.youtube.com/minassaude/>

7- A Utilização do Rádio como Mídia de Disseminação

Na produção de áudio, novos produtos também foram lançados, a saber:

- Momento Saúde – Produção de programa semanal de rádio sobre saúde
- Assassinato à Meia-Noite – Produção de radionovela sobre dengue
- Carro de som – Produção de material sonoro para carros de som

Através de parcerias com outros produtores de conteúdo, como o Canal Saúde da Fiocruz, a TV Brasil, a Rede Minas de Televisão e órgãos do Judiciário, o Canal Minas Saúde tem mantido no ar, diariamente, das 8 às 17 horas, uma grade de programação com 17 programas variados. Prioritariamente, o conteúdo veiculado está relacionado à saúde, mas há também programas voltados para o desenvolvimento pessoal e a cidadania.

Com toda essa variedade, o Canal Minas Saúde tem se mostrado importante aliado para implementação das políticas públicas, além de contribuir fortemente para a complementação da formação de gestores públicos e para conscientização dos cidadãos. Esse cenário nos traz expectativas positivas para a ampliação de sua margem de atuação e a busca de novos parceiros, podendo assim se consolidar cada vez mais como um instrumento interativo, abrangente e inovador, contribuindo imensamente para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo poder público.

8- Proposta para o Futuro

Apesar do muito que tem sido feito desde a criação do Canal Minas Saúde, há ainda um longo caminho a ser percorrido até a efetividade de sua missão.

8.1- Novos Públicos

Atuando como instrumento de capacitação, o Canal Minas Saúde tem condições de operar nas mais diversas áreas e atingir um contingente maior

e mais variado. Agentes comunitários, agentes de endemias, agentes de vigilância à saúde, os diversos públicos nos hospitais, conselheiros de saúde, assistência farmacêutica e consórcios são exemplos de públicos e áreas de atuação que podem e devem fazer parte de novos projetos.

O mesmo ocorre na promoção da saúde. As escolas públicas, os usuários do Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS), os usuários de hospitais e consórcios e até entes privados podem se valer do material criado pelo Canal Minas Saúde, possibilitando a formação de uma cultura rumo à conscientização e gerando grande mobilização em prol da promoção à saúde.

8.2- Fortalecimento Institucional

A formação de parcerias institucionais é um caminho que pode e deve ser seguido:

- A aproximação com as faculdades de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Farmácia deve ser buscada, o que facilitaria a busca de embasamento técnico-científico para a produção dos conteúdos veiculados pelo Canal, permitindo que conteúdos de interesse das políticas públicas, mais voltados para a realidade do serviço, pudessem ser distribuídos e aproveitados por essas instituições em seu dia a dia.
- Parcerias com escolas e instituições de ensino também se mostram como grande oportunidade estratégica, pois poder falar com as crianças e jovens do sistema público de ensino é uma oportunidade que deve ser aproveitada. É fundamental que essa parcela da população receba orientações para ter uma vida saudável e tenha um futuro com índices de saúde melhores que os atuais. Várias são as interfaces, notadamente no campo da saúde bucal, da psicologia, da sexualidade, com ênfase na prevenção de gravidez na adolescência, da nutrição e higiene e dos cuidados com o corpo.
- Um parceiro importante será a Secretaria de Ciência e Tecnologia. Com ela buscaremos acordos de distribuição do material através dos Telecentros, CVT, TEIA e também de aprimoramento tecnológico, sobretudo na área de internet. Outro parceiro a ser buscado é o Sistema Estadual de Meio Ambiente.
- No plano nacional, é preciso intensificar a participação do Canal Minas Saúde no Ministério da Saúde, notadamente no projeto da UNA/SUS. Além de ampliar o seu contato com a realidade nacional da saúde, ela possibilita o intercâmbio de experiências entre o Canal e as dez maiores universidades públicas do país, o

que resultaria no aprimoramento técnico-científico e coautoria na formulação de políticas nacionais nesse campo. Essa ação também pode garantir novas fontes de financiamento do Canal, aliviando a pressão sobre o orçamento da SES/MG.

9- Referências

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. *Proposta de revisão do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado* – PMDI 2007-2023. Belo Horizonte, 2007.

MARQUES, Antonio Jorge de Souza et al. (Orgs.) *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, SES, 2009.

MINAS GERAIS. Resolução Secretária de Estado de Saúde, n.º 1494, de 28 de maio de 2008. Institui o Programa de Educação Permanente a Distância – PEPD, para Profissionais do Sistema Único de Saúde /SUS/MG.

VILHENA, Renata *et al.* (Orgs.). *O Choque de Gestão em Minas Gerais: políticas de gestão pública para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

Capítulo 13

O PROJETO TELEMINAS SAÚDE: AMPLIANDO O ACESSO AOS SERVIÇOS E À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Fernando Antônio Gomes Leles
Helidéa de Oliveira Lima
Micheli Fonseca Lima
Maria Beatriz Moreira Alkmim

1- Introdução

O complexo processo de atendimento clínico envolve interação entre pessoas e profissionais por meio da comunicação e troca de informações que exige, além dos conhecimentos prévios do profissional que atende, os conhecimentos de outros profissionais de saúde. Classicamente, utilizam-se comunicação oral, escrita, imagens; porém, atualmente, também é possível executar essas interações através da utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs), que representam uma nova forma de exercer as profissões.

A Telemedicina e a Telessaúde surgem como tecnologias que permitem praticar ações de saúde a distância, trazendo diversas mudanças para o meio da saúde. O Conselho Federal de Medicina (CFM) na Resolução n.º 1.643/2002, artigo 1º, define Telemedicina "como o exercício da Medicina através da utilização de metodologias interativas de comunicação audiovisual e de dados, com o objetivo de assistência, educação e pesquisa em Saúde".[1] Tal conceito se aplica a outras áreas da saúde, ou mais especificamente, telenfermagem, teleodontologia, telenutrição e outros, quando o termo Telessaúde é mais apropriado.

A Telessaúde se coloca como uma área abrangente e multidisciplinar, podendo ser dividida em duas grandes áreas, teleassistência e teleducação. Dentro da teleassistência, as modalidades e aplicações são inúmeras, tais como: (i) teleconsultorias ou sistema de segunda opinião, (ii) teleconsultas, envolvendo um profissional da saúde e um paciente a distância, (iii) telecirurgias ou cirurgia com o uso da robótica, estando cirurgião e paciente em locais diferentes, (iv)

[1] <http://www.portalmedico.org.br/>.

telepropedêutica ou exames complementares a distância, como análise de eletrocardiogramas e radiografias e (v) telemonitoramento, sendo o mais difundido o acompanhamento de pacientes idosos por centrais de telemedicina em países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, a modalidade mais encontrada é a teleconsultoria como forma de melhorar o acesso a serviços especializados com qualidade, com predominância do modelo assíncrono, equipamentos mais simples e necessidade de menor banda de internet (Alkmim, 2010).

O conceito de Telessaúde remonta a muitos séculos, existindo relatos desde a Idade Média abordando a saúde pública com uso de fogueiras, para informar sobre o avanço da peste bubônica na Europa, porém a fase tecnológica teve início na metade do século XIX com o telégrafo, segundo Norris (2002). Em 1880, pela primeira vez, realizou-se uma consulta médica a longa distância. Assim já se evidenciava a contribuição dos avanços das comunicações sob as práticas médicas (Alves; Silva, 1998). Na década de 1960, com os investimentos da NASA para controlar dados vitais dos astronautas a distância e a inauguração das transmissões via satélite, ocorreu um relevante desenvolvimento da Telemedicina; contudo, a tecnologia ainda era cara, complexa, e as aplicações nos sistemas de saúde ainda ocorriam vagarosamente. No novo milênio, com o crescimento do uso da internet e dos computadores, houve importante disseminação da utilização dos recursos da Telessaúde no mundo, estando atualmente presente em todos os continentes, transformando os processos de trabalho da medicina e demais área de saúde.

Em 2008, a União Europeia lançou um comunicado com o objetivo de apoiar e incentivar seus Estados membros no uso da Telemedicina e identificar as principais barreiras para disseminação desse recurso. Lançou também um plano de ação para implementação até 2011 com as seguintes linhas principais: (i) aumentar a confiança e aceitação de serviços de Telemedicina; (ii) desenvolver os aspectos éticos e legais, incluindo mecanismos de reembolso; (iii) solucionar questões técnicas e facilitar o desenvolvimento da indústria (Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde, 2010).

Organizações internacionais trabalham para divulgação e promoção de eventos sobre Telemedicina, Telessaúde e Saúde pelo mundo, sendo exemplos a International Society for Telemedicine & eHealth (IsfTeH),[2] e American Telemedicine Association (ATA).[3] Além disso, revistas especializadas e mais de 15.000 artigos publicados demonstram a abrangência do tema.

Apesar de todo desenvolvimento de pesquisas, aplicações e dos esforços para integrar a Telessaúde na rotina dos serviços de saúde, o progresso

[2] <http://www.isft.net/>.

[3] <http://www.atmeda.org/news/definition.html/>.

alcançado ainda não é o esperado, com muitos projetos não passando da fase piloto (Bahaadini; Kanagasingam, 2008; Wooton, 2008). Sua difusão, aceitação pelos usuários e incorporação na rotina dos serviços de saúde é desafio complexo que compromete sua sustentabilidade. Vários fatores associados à utilização da Telessaúde, seja fatores de sucesso, seja as citadas "barreiras" à sua difusão, são descritos na literatura: (i) pouca evidência do impacto da Telessaúde na saúde da população; (ii) falta de reorganização administrativa local para adequar novos processos de trabalho; (iii) pouca percepção da utilidade, dos benefícios e das limitações da Telessaúde; (iv) pouca evidência da relação de custo-efetividade e sustentabilidade; (v) dificuldades na aceitação da tecnologia; (vi) infraestrutura local, incluindo disponibilidade de equipamentos, qualidade e custo da conexão à internet; (vii) aspectos éticos e legais; (viii) fatores humanos ou a interferência da tecnologia na relação entre profissional e paciente; (ix) equipe clínica de teleconsultores inadequada à realidade local; (x) poucos estudos em larga escala para avaliar a adoção da Telessaúde. Conhecer a influência dos fatores relacionados à utilização da Telessaúde pode ser fundamental para o sucesso de sua implementação, manutenção e sustentabilidade (Alkmim, 2010).

2- Justificativa

As dimensões territoriais e os importantes contrastes socioeconômicos, culturais, geográficos e de infraestrutura tornam o Brasil um campo promissor para o emprego da Telessaúde, pelas diferenças na qualidade dos serviços de saúde ofertados nas suas distintas regiões. O país segue a tendência mundial no desenvolvimento da Telessaúde, ocupando local de destaque pela implementação de projetos de larga escala aplicados ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Um dos pontos importantes no amadurecimento da Telemedicina brasileira foi a consciência de que, além dos aspectos tecnológicos, a Telemedicina é uma aplicação efetiva de soluções tecnológicas para fins de otimização da educação, da assistência e implementação de métodos para proporcionar pesquisas multicêntricas, baseadas em estratégias de gestão de sustentabilidade e no desenvolvimento de novos modelos (Wen, 2008).

O modelo de Telessaúde adotado no Brasil é principalmente a ligação de universidades à Atenção Primária de municípios remotos por meio de atividades de teleducação e teleassistência, sendo as teleconsultorias para apoio aos profissionais de saúde locais a principal modalidade. A nova tecnologia é direcionada ao suporte às ações de Atenção Primária à Saúde (APS), prezando pelo cuidado, pelas ações preventivas e pela educação com constante aprimoramento profissional em saúde. Objetiva qualificar, ampliar

a resolubilidade e fortalecer o Programa Saúde da Família (PSF), a partir da oferta de teleconsultorias ou Segunda Opinião Formativa e outras ações educacionais dirigidas aos diversos profissionais dessas equipes (Brasil, 2010).

A utilização da Telessaúde em apoio à APS pode trazer benefícios à população atendida como: (i) melhoria do acesso a serviços especializados; (ii) aumento da resolutividade do nível básico com consequente diminuição do número de encaminhamentos de pacientes a outros municípios; (iii) encaminhamentos mais qualificados e decisões mais rápidas por hospitalização; (iv) profissionais de saúde em locais mais capacitados; (v) redução da rotatividade dos profissionais de saúde; (vi) redução de tempo para o diagnóstico; (vii) economia de gastos e tempo para o paciente; (viii) aumento do vínculo entre o usuário e a equipe do PSF, evitando-se a fragmentação do tratamento; (ix) melhoria na continuidade dos cuidados clínicos; (x) economia de custo para o sistema de saúde com aumento de sua capacidade de investimento em outras áreas (Hjelm, 2005; Kifle *et al*., 2006; Nerlich *et al*., 2002; Ohinmaa *et al*., 2001). A Telessaúde, de forma geral, pode beneficiar outros atores além dos pacientes, como: (i) gestores locais, por contarem com serviços.especializados mais ágeis e baratos; (ii) profissionais dos hospitais universitários, pela aproximação com o nível primário de atenção à saúde, dando novo foco ao ensino; (iii) médicos da APS, pela atualização científica, redução do isolamento profissional e favorecimento de condições para sua fixação em zonas remotas; (iv) empregadores, pela diminuição do absenteísmo de pacientes e acompanhantes; (v) gestores nacionais e estaduais, pela melhoria do sistema de saúde, com consequente ganho político para todos os envolvidos (Ohinmaa *et al*., 2001). Portanto, de forma ampla, os benefícios da Telessaúde podem ser considerados em termos clínicos, humanos, organizacionais, educacionais, administrativos, técnicos e sociais (Hjelm, 2005).

Nos últimos dez anos, e mais intensamente nos últimos cinco anos, houve investimentos por parte do governo brasileiro na Telessaúde, com o desenvolvimento e a implementação de projetos nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Minas Gerais teve papel de destaque na história da Telessaúde brasileira, por ser pioneiro na implementação de projetos de Telessaúde no sistema público de saúde. Em 2005, em resposta a edital da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig), foi constituída a Rede Mineira de Teleassistência sob a coordenação do CTS HC/UFMG em parceria com quatro universidades públicas do Estado, Universidade Federal de Uberlândia (UFU), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) para implementação de telecardiologia em 82 municípios no Estado e aferir seu custo-efetividade,

o chamado "Projeto Minas Telecardio", com financiamento da Fapemig, Financiamento de Estudos e Projetos (Finep) e Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (Ribeiro *et al.*, 2010).

A bem-sucedida experiência mineira, aliada a outras iniciativas estaduais como a pernambucana,[4] catarinense[5] e paulista,[6] levou à formatação do Programa Nacional de Telessaúde em apoio à Atenção Primária, pelo Ministério da Saúde, em 2006. Foram formados nove núcleos universitários em nove Estados para implementação de cem pontos de Telessaúde em cada Estado.[7] No mesmo ano, o Projeto Rede Universitária de Telemedicina (RUTE) do Ministério de Ciência e Tecnologia e sob coordenação da Rede Nacional de Ensino e Pesquisa (RNP) se configurou como outro marco nacional para o desenvolvimento da Telemedicina no país.[8]

Minas Gerais, com território equivalente ao da França, com 853 municípios, 20 milhões de habitantes, importantes diversidades socioeconômicas e o maior número de equipes de PSF do Brasil, representa excelente oportunidade à aplicação da Telessaúde para colaborar na fixação dos profissionais de saúde em zonas remotas, na melhoria da qualidade do atendimento à saúde da população e no cumprimento dos pressupostos do SUS de equidade, universalidade e integralidade.

Com a projeção e os resultados alcançados pelo projeto Minas Telecardio, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) aprovou, no ano 2007, nova expansão e manutenção das atividades de Telessaúde desenvolvidas no Estado pela Rede com recursos do governo estadual.

A consolidação das ações de Telessaúde no Estado e a incorporação definitiva da Telessaúde na agenda estadual de saúde ocorreram em julho de 2009 com o lançamento do *TeleMinas Saúde*, culminando na criação do Serviço de Telessaúde do Estado de Minas Gerais.

3- TeleMinas Saúde

Historicamente, o TeleMinas Saúde (TMS) teve sua implementação dividida em três fases, totalizando 507 municípios em funcionamento em 2010, conforme mostrado na Tab. 1, caracterizando-se como um dos maiores serviços de teleassistência no mundo.

---

[4] <http://www.nutes.ufpe.br/>.

[5] <http://www.telemedicina.ufsc.br/>.

[6] <http://netsim.fm.usp.br/telemedicina/default.asp/>.

[7] <http://www.telessaudebrasil.org.br/>.

[8] <http://rute.rnp.br/>.

Tabela 1: Evolução histórica da implementação de projetos de Telessaúde pela SES/MG

Fase	Projeto	Ano	Número de municípios
Fase I	Minas Telecardio	2006/2007	82
Fase II	Minas Saúde on-line	2008/2009	97
Fase III	TeleMinas Saúde	2009/2010	328
Total			507

O TeleMinas Saúde tem coordenação geral e financiamento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, sendo operacionalizado pela Rede Mineira de Teleassistência, sob coordenação do CTS/HC/UFMG. O financiamento das ações é garantido mediante a celebração de convênio entre a SES/MG e a UFMG, por intermédio do Hospital das Clínicas. Em 2009 foi integrada à Rede a Universidade Federal de São João del-Rei (UFSJ), campus Divinópolis. Também nesse ano a Rede foi cadastrada como uma das Redes de Pesquisa da Fapemig.

Além dos 507 municípios integrantes do TeleMinas Saúde, a Rede também presta serviços de Telessaúde a 100 municípios do Programa Nacional de Telessaúde do Ministério da Saúde, 100 Centros de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, uma Unidade de Urgência da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e um município piloto no Estado do Espírito Santo, totalizando 709 pontos em operação.

As atividades de Telessaúde da Rede são regulamentadas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) segundo a Resolução n.º 1.643/2002 e registrada no Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais. A Rede conecta os hospitais universitários às Unidades Básicas de Saúde dos municípios por meio de atividades de teleassistência (Fig. 1).

Figura 1: Estrutura da Rede Mineira de Teleassistência

Fonte: SES/MG, 2010.

3.1- Objetivos

O objetivo central do TeleMinas Saúde 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 das universidades, formando uma rede multidisciplinar de teleassistência.

Os objetivos específicos são:

1. Apoiar profissionais de saúde da Atenção Primária de municípios remotos na sua rotina diária de atendimento clínico.
2. Capacitar em serviço os profissionais de saúde locais.
3. Melhorar o acesso aos serviços especializados.
4. Reduzir e qualificar os encaminhamentos de pacientes aos níveis secundários e terciários de atenção, com consequente melhoria da resolutividade da Atenção Primária.
5. Reduzir os custos do sistema público de saúde.

3.2- Atividades

O serviço de teleassistência tem duas atividades principais, ou seja, teleconsultorias e telecardiologia.

A teleconsultoria funciona baseada na interação assíncrona entre dois profissionais de saúde. O primeiro, sediado no município para atendimento presencial ao paciente, e o segundo, o especialista, sediado nos hospitais universitários. A interação entre os profissionais é feita por sistema *web*, acessível em qualquer computador conectado à internet, através do qual o solicitante envia sua dúvida para emissão de segunda opinião. O serviço conta com plantonistas reguladores nas áreas de maior demanda, ou seja, clínica médica, dermatologia, ginecologia/obstetrícia, pediatria, enfermagem, odontologia, fisioterapia, farmácia, psicologia e nutrição. Mediante escala de plantão, os reguladores respondem cerca de 85% da demanda com menos de 24 horas. Se necessário, contam com especialistas focais para terceira opinião ainda mais especializada.

O serviço de telecardiologia funciona de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 22h, por meio de plantão médico para análise e laudo de eletrocardiogramas enviados pela internet, além de suporte *on-line* aos profissionais locais na condução de casos clínicos críticos ou complexos. Todos os exames são laudados no mesmo dia de sua solicitação, e, nos casos de urgência, o município recebe o resultado com poucos minutos. Para essas atividades, os municípios são equipados com um computador, *webcam*, kit multimídia, aparelho de eletrocardiograma digital, câmera digital e impressora (Minas Gerais, Secretaria de Estado de Saúde, 2010).

Além das atividades de assistência, a Rede desenvolve pesquisas de novas tecnologias, economia, epidemiologia e fatores associados à utilização dos serviços de Telessaúde.

3.3- Equipe de Trabalho

A equipe técnica-administrativa é composta de 35 colaboradores distribuídos nos seis polos universitários. A equipe clínica é formada por 36 plantonistas reguladores e cardiologistas, além de 64 especialistas focais. A Rede conta também com a participação de pesquisadores e assessores de informática, gestão e finanças.

3.4 - Municípios Participantes

A escolha dos municípios para implementação dos serviços é baseada nos seguintes critérios: (i) baixa população; (ii) cobertura mínima de 70% do Programa Saúde da Família; (iii) localização em zonas remotas ou isoladas; (iv) baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH); (v) interesse dos gestores. Nas fases I e II, a implementação concentrou-se principalmente nas regiões mais carentes e remotas do Estado, como Norte, Nordeste, Noroeste, Vale do Jequitinhonha e Mucuri. Na fase III, a cobertura estendeu-se para todas as regiões.

3.5- Processo de Implementação e Monitoramento

Nas fases I e II, a metodologia para implementação dos serviços de Telessaúde consistia em processo individualizado que incluía visita a cada município. Na fase III, nova metodologia foi utilizada baseada em esforço conjunto entre a SES/MG, por meio de suas 28 Gerências Regionais de Saúde, e as seis universidades mineiras integrantes da Rede. As ações para implementação do sistema foram coordenadas pela Assessoria de Gestão Regional/SES/MG e pelo CTS/HC/UFMG e consistiram na realização de Oficinas Regionais descentralizadas. As oficinas envolviam não só diversos profissionais de saúde, mas também gestores e representantes da comunidade (Leles *et al.*, 2009; Alkmim *et al.*, 2010). Os objetivos desses eventos eram a sensibilização, a motivação e o treinamento em Telessaúde, além da realização de palestras científicas para os usuários nos temas mais demandados nas teleconsultorias.

Após a implementação, o maior desafio é a manutenção dos municípios de forma ativa no sistema. Capacitar e oferecer suporte às equipes municipais para utilização frequente e consistente do serviço é uma das metas da Rede. Uma alternativa que se mostrou eficaz para o alcance desse objetivo é o modelo de gestão PDCA, que compreende as etapas de planejar, executar, controlar e padronizar ações corretivas. Através da aplicação desse modelo de gestão, mensalmente são identificados os municípios com baixa utilização,

suas causas, e define-se um plano de ações corretivas. Posteriormente, os resultados dessas ações são avaliados (Gouveia *et al*., 2009). A rotatividade dos profissionais de saúde, principalmente a dos médicos de municípios remotos, é uma realidade que exige interação eficaz e treinamento contínuo para se manter um nível de utilização adequado.

3.6- Estrutura Tecnológica

A estrutura de *hardware* da Rede é constituída de servidores para garantir alto desempenho e disponibilidade do serviço 24 horas. Todos os polos estão equipados com estações de trabalho e aparelhos de videoconferência.

Um sistema de Gestão em Telessaúde foi desenvolvido em linguagem PHP e com banco de dados MySQL. Esse sistema está integrado em múltiplas bases de forma a garantir robustez de desempenho, gerenciamento, controle e segurança. O *software* desenvolvido possui várias funcionalidades, apresentando ferramentas sistêmicas com vínculos nas áreas administrativas, técnica e clínica, poucas interfaces e telas intuitivas para os usuários, permitindo respostas rápidas e objetivas. Para atender à crescente demanda, foram desenvolvidos dois agentes de *softwares* que automatizaram ainda mais o processo de atendimento na telecardiologia.

O *website* do serviço[9] agrega as informações e ferramentas para realização de todas as atividades: solicitação de serviços pelos usuários (teleconsultorias, envio e recebimento de eletrocardiogramas), suporte técnico e agenda de eventos via *web*.

3.7- Economia da Telessaúde

Uma das barreiras citadas na literatura para uma utilização mais intensa da Telessaúde é a "pouca evidência da relação custo-efetividade", segundo Kifle, Mbarika e Datta (2006) e Hailey, Ohinmaa e Roine (2004). Uma revisão sistemática conduzida por Durrani e Khoja (2009) mostrou que apenas 12% dos artigos selecionados explicitaram os efeitos da Telessaúde nos custos. A maioria desses estudos concluiu que, para a Telessaúde ser utilizada amplamente, devem ser provados seus benefícios em termos econômicos.

A relação custo-benefício dos serviços de Telessaúde prestados pela Rede Mineira de Teleassistência é avaliada por meio de análise de sustentabilidade econômica baseada na comparação dos custos em duas situações: (i) atendimento presencial, quando o paciente é atendido na Atenção Primária e necessita posteriormente ser encaminhado para o nível secundário e (ii)

[9] <http://www.telessaude.hc.ufmg.br/>.

atendimento a distância, quando o médico na Atenção Primária recebe suporte a distância por meio do serviço de Telessaúde, e esse suporte evita o encaminhamento do paciente. O CTS HC/UFMG desenvolve essa análise desde 2008 (Figueira *et al.*, 2009).

Em resumo, o TeleMinas Saúde é um serviço em atividade desde 2006, em expansão gradativa nesse período. Além de suas atividades assistenciais, desenvolve tecnologias, metodologias de implementação, manutenção e monitoramento, capacitação de profissionais e pesquisas em Telessaúde.

4- Resultados

4.1- Implementação dos Serviços

Em quatro anos de atividade, a Rede implementou serviços de Telessaúde em 507 municípios financiados pela SES/MG. No período, foram capacitados 4.634 profissionais de saúde, sendo 2.515 usuários do sistema e 2.119 não usuários. A inclusão dos não usuários se deu na fase III com o objetivo de sensibilizar a comunidade, incluindo gestores, líderes comunitários e agentes de saúde. Considerando apenas os profissionais usuários do sistema, foram treinados em média 5,0 profissionais por município. Foram visitados 254 municípios e realizadas 23 Oficinas Regionais. A Tab. 2 mostra um estudo comparativo de indicadores da implementação do serviço de Telessaúde nas três fases.

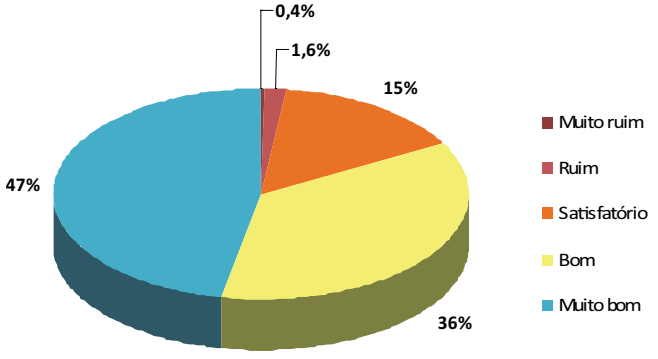
Tabela 2: Indicadores de implementação do TeleMinas Saúde em suas três fases

Fase	Número de municípios	Tempo de implementação (meses)	Municípios por mês	Profissionais usuários treinados	Profissionais treinados por município	Profissionais treinados por mês
I	82	7	11,7	253	3,1	36,1
II	97	8	12,1	293	3,0	36,6
III	328	11	29,8	1.969	6,0	179,0
Total	507	-	-	2.515	5,0	-

Fonte: Sistema de Gestão do CTS HC/UFMG.

A análise dos dados da Tab. 2 mostra uma melhoria dos indicadores na fase III, com menor tempo de implementação e maior número de profissionais treinados.

Gráfico 1: Satisfação dos participantes das Oficinas realizadas em 2009/2010



Fonte: Projeto Tele Minas Saúde/SES, 2010.

Em relação à satisfação dos usuários com as Oficinas Regionais realizadas em 2009 e 2010, 83% as consideraram "boas" ou "muito boas" e apenas 2% consideraram os eventos "ruins" ou "muito ruins" (Graf. 1).

4.2- Características dos Municípios

As características dos municípios quanto à população (IBGE, 2000), IDH[10] (2000) e Índice Mineiro de Responsabilidade Social[11] (IMRS, 2006) podem ser vistas na Tab. 3. De acordo com os critérios de escolha dos municípios, eles têm baixa população, com 95,3% com menos de 20 mil habitantes e 77,5% com menos de 10 mil habitantes, além de predomínio de baixo IDH e IMRS.

Tabela 3: População, IDH e IMRS dos municípios participantes do TMS

TeleMinas Saúde			
Indicadores	População	IDH	IMRS
Mínimo	863	0,568	0,452
Q1	3.894	0,676	0,549
Mediana	5.724	0,716	0,584
Q3	9.146	0,750	0,623
Máximo	94.228	0,803	0,717

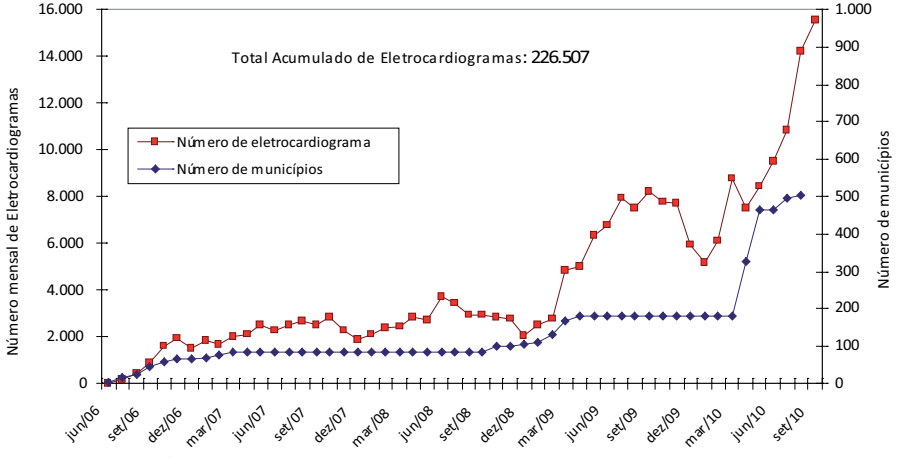
[11] IDH – desenvolvido em 1990, usado pelo Programa das Nações Unidas para classificação dos países membros. Contempla as dimensões de educação, longevidade e renda.

[11] IMRS – Índice desenvolvido pela Fundação João Pinheiro para todos os municípios de Minas Gerais, contemplando as dimensões renda, saúde, educação, segurança pública, gestão, habitação e meio ambiente, cultura, desporto e lazer.

4.3- Atividades Realizadas

Quanto às atividades assistenciais,[12] foram realizados, analisados e laudados 226.507 eletrocardiogramas pelo serviço de telecardiologia de junho de 2006 a setembro de 2010 com média de 44 ECG/mês/município e taxa média mensal de utilização de 87%. Deve-se observar o número de municípios com o serviço de telecardiologia implementado no período e sua influência no número de solicitações (Graf. 2).

Gráfico 2: Número mensal de ECG realizados pelo TeleMinas Saúde de junho/2006 a setembro/2010



Fonte: Sistema de Gestão CTS HC/UFMG.

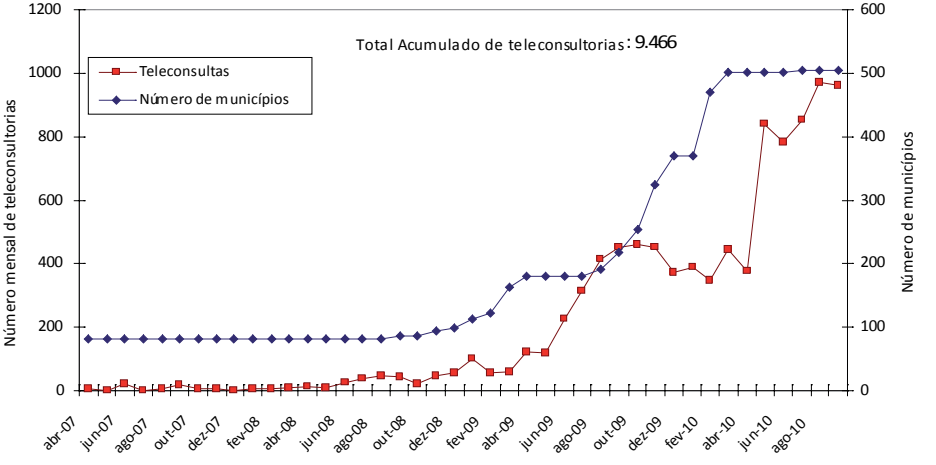
Um estudo realizado em 7.709 ECGs solicitados em 2009 avaliou a efetividade da telecardiologia, sendo verificado que os encaminhamentos foram evitados, em média, em 70% dos casos. A análise do perfil dos pacientes mostrou predominância de homens (61%), com idade entre 40 e 59 anos (37%), e 66% dos pacientes possuíam algum tipo de comorbidade ou fator de risco (maior frequência de hipertensão arterial), 52% faziam uso de algum anti-hipertensivo e 57% apresentaram laudo normal para o eletrocardiograma. As alterações mais frequentes nos laudos foram distúrbio de condução intraventricular (15%) seguido por sobrecargas (7%) e taquiarritmias (6%) (Marques *et al.*, 2010).

A evolução do número de teleconsultorias realizadas de abril de 2007 a setembro de 2010 pode ser observada no Graf. 2. Até janeiro de 2009, o número de solicitações se manteve abaixo de 100 teleconsultorias/mês.

[12] Para análise adequada dos indicadores assistenciais, deve-se levar em consideração o período atual de término de implementação de 328 municípios, com vários deles ainda em fase de maturação para início das atividades.

A partir de então, com a instituição gradual do plantão regulador com consequente redução significativa do tempo de resposta, aliado à nova metodologia de implementação e monitoramento do serviço, houve considerável aumento do número de solicitações, que evidentemente também sofre influência do número de municípios com o serviço de teleconsultoria implementado (Graf. 3).

Gráfico 3: Número mensal de teleconsultorias realizadas pelo TeleMinas Saúde de junho/2006 a setembro/2010

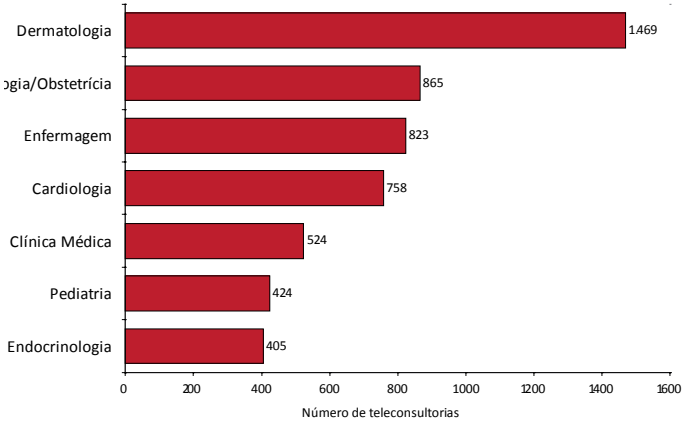


Fonte: Sistema de Gestão CTS HC/UFMG.

A taxa média de utilização de teleconsultoria está em 50% e em média são realizadas quatro teleconsultorias/município/mês. Os plantonistas respondem às teleconsultorias com menos de 24 horas em média.

As especialidades mais solicitadas considerando todo o período de operação do sistema são mostradas no Graf. 4, das quais a dermatologia sempre ocupou o primeiro lugar, em consonância com outros projetos de Telessaúde.

Gráfico 4: Especialidades mais solicitadas no sistema de teleconsultorias no período de abril/2007 a setembro/2010



Fonte: Sistema de gestão CTS HC/UFMG.

4.4- Indicadores de Impacto, Qualidade e Satisfação dos Usuários

Um impacto importante da constituição da Rede Mineira de Teleassistência para as instituições envolvidas foi a divulgação do tema Telessaúde em seis universidades e seus hospitais por meio da criação ou expansão de Centros de Telessaúde nessas instituições. Em consequência, ampliaram-se o ensino e a pesquisa nessa área de modo que novos profissionais da saúde passam a contar em suas graduações do singular aprendizado dessa nova ferramenta que poderá fazer parte de sua rotina profissional.

O impacto para os municípios pode ser avaliado por meio de questionário simples composto de três perguntas que foi incorporado ao sistema de teleconsultoria, estando disponível ao usuário após leitura da resposta à teleconsultoria enviada. A análise pode ser vista na Tab. 4.

Tabela 4: Perguntas, respostas e resultados da pesquisa realizada pelo sistema de teleconsultoria do CTS HC/UFMG em 2010

Perguntas	Respostas	n	%
A teleconsultoria evitou o encaminhamento do paciente ?	Sim.	847	78%
	Não, porque o encaminhamento era inevitável	177	16%
	Não, porque as dúvidas não foram respondidas a contento.	60	6%
Total		1084	100%
A teleconsultoria que você acabou de fazer respondeu a dúvida levantada ?	Respondeu Completamente	878	78%
	Respondeu Parcialmente.	204	18%
	Não respondeu.	50	4%
Total		1132	100%
Qual o seu grau de satisfação com o sistema de teleconsultoria ?	Muito Satisfeito.	698	65%
	Satisfeito.	346	32%
	Pouco satisfeito.	37	3%
Total		1081	100%

Fonte: Sistema de Gestão CTS HC/UFMG.

Os resultados mostram que o uso do sistema evitou o encaminhamento em 78% dos 1.084 casos analisados. Em 16% o encaminhamento era inevitável, e em 6% as dúvidas não foram respondidas a contento. A análise de 1.132 usuários quanto à qualidade das respostas mostra que, em 78% dos casos, a dúvida foi respondida completamente, e, entre 1.081 usuários, 65% estão muito satisfeitos com o sistema e apenas 3% estão pouco satisfeitos.

Uma pesquisa realizada em 2009 com 214 usuários do sistema em 214 municípios participantes do TeleMinas Saúde para avaliar os fatores associados à utilização do sistema de teleconsultoria (Alkmim, 2010) mostrou o seguinte perfil dos usuários: 56% de profissionais são do sexo feminino, sendo 55% solteiros, 48% médicos, 50% enfermeiros e 2% dentistas. Cento e dez profissionais (51%) afirmaram ter residência ou especialização prévia, sendo Saúde da Família a mais frequente, relatada por 33% dos profissionais. São profissionais jovens, mediana 30 anos, com ano de graduação mediana 2005, sendo 54% com até três anos de trabalho na Atenção Primária e apenas 10% com mais de 10 anos. Já o tempo de trabalho no município foi relatado como até três anos por 66% dos profissionais e por mais de 10 anos por apenas 6%. Os municípios não usuários do sistema tinham menor população, maior IDH e menor tempo de implementação do sistema. Seus profissionais eram predominantemente homens, casados, com maior tempo de experiência na atenção primária e com idade ligeiramente mais elevada. Por outro lado, os municípios usuários tinham população um pouco maior, menor IDH e maior tempo de implementação do sistema. Os profissionais desses municípios eram predominantemente mulheres, solteiras, com menor tempo de experiência na Atenção Primária e consequentemente mais jovens. Os fatores associados à utilização do sistema foram principalmente a necessidade de treinamentos, a utilidade do sistema na prática diária e sua complexidade quanto ao uso.

A pesquisa de satisfação com o serviço, realizada com 193 profissionais usuários do sistema, pode ser observada na Tab. 5.

Tabela 5: Pesquisa de satisfação com o serviço de teleconsultoria realizada com 193 profissionais usuários do sistema em outubro de 2009.

Variáveis	n	% válida
Satisfação com o serviço		
Muito insatisfeito / insatisfeito / indiferente	10	5,18
Satisfeito / muito satisfeito	183	94,82
Total	193	100,00
Os teleconsultores têm conhecimento suficiente?		
Muito pouco / pouco / mais ou menos	4	2,10
Algum conhecimento	41	21,46
Muito conhecimento	146	76,44
Total	191	100,00
O atendimento ajuda a melhorar o atendimento no dia a dia?		
Não ajudou / mais ou menos	10	5,18
Ajudou um pouco / ajudou muito	183	94,82
Total	193	100,00
Qualidade do relacionamento com o profissional		
Muito ruim / ruim / mais ou menos	23	11,98
Bom / muito bom	169	88,02
Total	192	100,00
Recomendaria o serviço?		
Indiferente	2	1,04
Recomendaria	191	98,96
Total	193	100,00
Voltaria a utilizar o serviço?		
Sim	191	100,00
Total	191	100,00

Fonte: Sistema de Gestão CTS HC/UFMG.

4.5- Indicadores Econômicos

Pesquisadores da Rede Mineira de Teleassistência desenvolveram uma metodologia de avaliação da relação custo-benefício dos serviços de Telessaúde prestados aos municípios. Essa metodologia consiste em comparar o custo de encaminhamento do paciente ao nível secundário com o custo de cada atividade de teleassistência (teleconsultorias e telecardiologia). Um levantamento feito em 68 municípios do TeleMinas Saúde entre novembro de 2008 e março de 2009 mostrou que, em média, cada encaminhamento custa ao município R$ 91,72. As despesas de manutenção da Rede Mineira de Teleassistência em 2009 foram cerca de R$ 1,3 milhão quando foram realizadas 164.043 atividades para

uma média de 256 municípios. Isso resulta no custo mensal de manutenção de R$ 423,00/município e custo unitário de atividade de R$ 4,82.

No entanto, deve-se considerar que nem toda atividade de Telessaúde evita um encaminhamento. Em alguns casos, mesmo após uma teleconsultoria ou um exame ECG, o paciente ainda precisa ser encaminhado para uma consulta a um especialista. Os dados coletados pelo Centro de Telessaúde mostram que, para cada cem atividades de teleassistência realizadas, se evitam em média 70 encaminhamentos. Esse fato eleva o "custo efetivo" da atividade (atividade que efetivamente evita o encaminhamento) para R$ 4,82/0,7 = R$ 6,89. Ou seja, o custo do encaminhamento é cerca de 13 vezes maior que o custo da atividade de Telessaúde.

O aprimoramento da metodologia de implementação dos serviços de Telessaúde resultou em considerável redução de custos nas sucessivas fases do TeleMinas Saúde. A Tab. 6 mostra a evolução do custo de implementação da Telessaúde e os investimentos em equipamentos nos municípios participantes do TeleMinas Saúde.

Tabela 6: Evolução do custo de implementação dos serviços de Telessaúde (despesas de viagem e pessoal) e dos investimentos em equipamentos em municípios participantes do TeleMinas Saúde

Fase	Número de municípios	Custo de implementação (R$/município)	Investimento em equipamentos (R$/município)
I	82	4.000	4.500
II	97	3.420	4.430
III	328	540	5.000

Fonte: Sistema de Gestão CTS HC/UFMG.

Os investimentos em equipamentos (computador com kit multimídia, *webcam*, câmera digital, impressora e eletrocardiógrafo) para a Telessaúde permaneceram estáveis nas três fases do TeleMinas Saúde.

4.6- Produção Científica

Além da equipe técnica, administrativa e clínica, o grupo conta com alunos bolsistas de iniciação científica, mestrado, doutorado e bolsistas de desenvolvimento tecnológico e industrial do CNPq e da Fapemig. O grupo tem cinco artigos publicados em periódicos, cinco capítulos de livros e mais de 40 trabalhos publicados em anais de congresso com participação e apresentação de trabalhos em eventos nacionais e internacionais de relevância,

Med-e-Tel (The International eHealth, Telemedicine and Health ICT Forum for Educational, Networking and Business, 2006 a 2010), American Telemedicine Association/ATA (2009), 12º World Congress on Public Health (2009), Congresso Mundial de Epidemiologia (2008), International Conference on Urban Health (2007 e 2008), Congresso Brasileiro de Informática em Saúde (CBIS 2006, 2008 e 2010), Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde (2005, 2007 e 2009) e Congresso Brasileiro de Cardiologia (2008).

Em 2007, o TeleMinas Saúde recebeu o segundo lugar como melhor trabalho no III Congresso Brasileiro de Telemedicina e Telessaúde e, em 2008, ficou em primeiro lugar com o Prêmio Saúde! da Editora Abril Categoria Saúde do Coração. Em 2010, a dissertação *Fatores associados à utilização de teleconsultorias em municípios remotos de Minas Gerais* foi classificada entre os cinco finalistas do Prêmio de Incentivo em Ciência e Tecnologia para o SUS.

5- Perspectivas Futuras

Apesar dos resultados até então alcançados mostrarem crescente utilização dos serviços de Telessaúde, os níveis atuais ainda se encontram aquém do seu verdadeiro potencial, apesar de se destacarem em comparação com a média de utilização de outros serviços de Telessaúde em nível nacional e mundial (Wooton, 2008). Portanto, existe expressivo potencial de melhoria na utilização dos recursos, desde que as barreiras ou dificuldades sejam corretamente identificadas e eliminadas. Os estudos realizados nesse sentido pela Rede Mineira de Teleassistência (Alkmim, 2010) e a aplicação de seus resultados no campo são fatores que qualificam o trabalho realizado. Desde o início dos trabalhos em 2006, a incorporação da telecardiologia se mostrou mais fácil, com excelentes e constantes taxas de utilização. Já as teleconsultorias representam um novo processo de trabalho que exige interação direta com a tecnologia. As análises dos dados indicam que sua incorporação ainda estaria em fase de maturação, sendo necessário monitoramento constante para se atingir resultados cada vez melhores. Nos quatro anos de atividade, observou-se mudança significativa na infraestrutura dos municípios usuários e em sua aceitação da tecnologia. No início, o Projeto Minas Telecardio representou muitas vezes a primeira oportunidade de interação do profissional de saúde com recursos de TIC, que era vista com desconfiança. Em 2010, as unidades de saúde estão conectadas em sua maioria à internet, os profissionais utilizam computadores e aceitam a Telessaúde de forma mais fácil. A incorporação definitiva está mais próxima.

Muito embora a Telessaúde inicialmente tenha sido aplicada à Atenção Primária à Saúde para fortalecer o Programa Saúde da Família, esse recurso poderá ser estendido aos outros níveis de atenção, em vista dos resultados até então alcançados em relação à redução de encaminhamentos, melhoria

do acesso a serviços especializados, com evidentes ganhos financeiros para o serviço público de saúde.

Atualmente o sistema de teleassistência está sendo implementado nas Unidades de Atenção Secundária de média complexidade do Sistema Estadual de Saúde. De início o serviço de teleconsultoria estará disponível para Centros Hiperdia (Centros Especializados no Tratamento de Diabetes e Hipertensão) e Centros Viva Vida (Centro de Atenção Secundária à Saúde da Mulher e da Criança). Paralelamente, o serviço de telediagnóstico da Rede Mineira de Teleassistência será expandido de modo a incluir laudos de retinografia para triagem de pacientes diabéticos, mapa, Holter e outros.

Na modalidade "diagnóstico", pode-se vislumbrar outras aplicações, por exemplo, o uso de novos serviços de laudos de exames a distância (radiologia, ultrassonografia, eletroencefalograma, etc.). A Telessaúde pode também ser utilizada em hospitais no monitoramento de pacientes críticos como suporte aos profissionais locais, visando à estabilização clínica e quando necessário possibilitar a remoção com segurança para outros centros. Em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), a Telessaúde encontra aplicações de monitoramento à distância, com o objetivo de suprir a deficiência de profissionais especializados em unidades de hospitais longe dos grandes centros. Dessa forma, um neonatologista em um centro universitário poderia, por exemplo, monitorar a distância vários pacientes localizados em diferentes UTIs neonatais.

Uma importante aplicação da Telessaúde já foi identificada no setor de urgência/emergência na realização de diagnósticos e exames pré-hospitalares. Um sistema de triagem e atendimento pré-hospitalar organizado, com transporte rápido para o centro de intervenção, é a chave para o sucesso do tratamento de pacientes com infarto agudo do miocárdio (IAM), estando relacionado a uma melhora significativa do prognóstico (Van de Werf, 2008).

Em um futuro não muito distante, o monitoramento domiciliar de pacientes crônicos, uma modalidade da Telessaúde que já vem sendo utilizada nos países desenvolvidos, poderá ser aplicado na rede pública de saúde para reduzir as complicações e o tempo de internação.

Dessa forma, evidencia-se a multiplicidade de aplicações dos recursos de Telessaúde que, se incorporados a outros projetos estruturantes da SES/MG, poderiam potencializar seus resultados.

A adesão a novas tecnologias no sistema de saúde se torna cada vez mais necessária e constante na rotina dos serviços clínicos. A Telessaúde vem ao encontro dessa necessidade como alternativa de mudança e melhoria na qualidade dos serviços. A cada geração, o uso de TICs deverá estar cada vez mais difundido na saúde, tornando-se importante a criação de oportunidades de ensino e capacitação para colaborar na superação das barreiras para a incorporação da Telessaúde nos sistemas públicos de saúde.

Minas Gerais se encontra em estágio avançado em termos de utilização e avaliação dessa tecnologia nos serviços de saúde, graças à completa integração governo e academia. Ao governo estadual cabe a coordenação geral, o financiamento integral e o acompanhamento. As universidades são responsáveis pelo desenvolvimento, pela implementação, pela manutenção e pelo monitoramento dos serviços técnicos e clínicos, além de realizar pesquisas e o ensino dessa nova área. A rapidez da implementação dos serviços de Telessaúde no Estado (507 municípios em quatro anos) é importante indicador do sucesso dessa parceria e demonstra a credibilidade do governo no uso de TICs na rotina diária do trabalho nos serviços de saúde. Minas Gerais se destaca em nível nacional e internacional, tornando-se referência para aplicações de Telessaúde em larga escala. O TeleMinas Saúde é considerado como um dos maiores projetos de teleassistência sustentáveis do mundo. Sua criação representa na verdade uma nova atividade econômica para o Estado de Minas Gerais, gerando riquezas e um novo campo de trabalho. Tanto na área da saúde como na área de TI, surgem novas oportunidades de emprego que há poucos anos não existiam, por exemplo, o teleconsultor, que desperta interesse cada vez maior nos profissionais de saúde como especialidade da Sociedade do Conhecimento.

Com a visão e o conhecimento de novas modalidades e aplicações, o uso de TICs na saúde poderá contribuir para se alcançarem os pressupostos do SUS de forma exemplar e avançada no Estado. Da prevenção e promoção da saúde ao diagnóstico rápido e preciso, da rotina das condições crônicas às situações de urgência/emergência dos serviços pré-hospitalares, do cuidado hospitalar à reabilitação, a Telessaúde leva o conhecimento, que, transformado em ação, se traduz em melhoria da qualidade do atendimento à população.

6- Referências

ALKMIM, M. B. M. *Fatores associados à utilização de Sistema de Teleconsultoria na Atenção Primária de municípios remotos de Minas Gerais*. 2010. 185 p. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

ALKMIM, M. B. M. *et al.* Developing a Low Cost and High Effectiveness Telehealth Implementatioin Methodology in Minas Gerais, Brazil. *Med-e-Tel Global Telemedicine and eHealth Updates: Knowledge Resources*, Luxembourg, v. 3, p. 20-25, 2010.

ALVES, R. A. A.; SILVA, Y. J. A. Telessaúde: a experiência do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. In: THRALL, J. H.; BOLAND, G. *Telemedicine in Practice: Seminars in Nuclear Medicine*, New York, v. 28, n. 2, p. 145-157, 1998.

ALVES, R. A. A.; SILVA, Y. J. A. Telessaúde: a experiência do Instituto de Medicina Integral. Prof. Fernando Figueira. Encontro de ensino, pesquisa e extensão da Faculdade Senac, 2008. In: SANTOS, A. F. *Telessaúde: um instrumento de suporte assistencial e educação permanente*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

AMERICAN TELEMEDICINE ASSOCIATION (ATA). Disponível em: <http://www.atmeda.org/news/definition.html>. Acesso em: 20 set. 2010.

BAHAADINI, K.; KANAGASINGAM, Y. Gap Analysis in Telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 14, p. 326-328, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Telessaúde em apoio à Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br>. Acesso em: 6 jun. 2010.

BRASIL. Portaria n.º 402, de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil. *Diário Oficial da União*, n. 36, p. 36, seção 1, fev. 2010.

CENTRO DE TELESSAÚDE HOSPITAL DAS CLÍNICAS/UFMG. Disponível em: <http://www.telessaude.hc.ufmg.br>. Acesso em: 3 out. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM n.º 1.643, 2002. Disponível em < http://www.portalmedico.org.br>. Acesso em: 2 out. 2010.

CYCLOPS LABTELEMED. Laboratório de Telemedicina e Informática Médica. Disponível em: <http://www.telemedicina.ufsc.br/>. Acesso em: 25 set. 2010.

DURRANI, H.; KHOJA, S. A Systematic Review of the Use of Telehealth in Asian Countries. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 15, p. 175-181, 2009.

FIGUEIRA, RM *et al*. Cost Structure in a Telecardiology Service in Brazil. *Med-e-Tel Global Telemedicine and eHealth Updates: Knowledge Resources*, Luxemburgo, v. 2, p. 84-88, 2009.

GOUVEIA, E. S. *et al*. Otimizando os recursos de Telessaude: aplicação do método PDCA na gestão dos serviços de teleconsultoria. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TELESSAÚDE, Belo Horizonte, 8-12 dez. 2009. Disponível em: <http://www.cbtms.com.br/congresso/trabalhos.html>. Acesso em:

HAILEY, D.; OHINMAA, A.; ROINE, R. Study Quality and Evidence of Benefit in Recent Assessments of Telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 10, n. 6, p. 318-324, 2004.

HJELM N.M. Benefits and Drawbacks of Telemedicine. *Journal of Telemedicine and Telecare*, v. 1, n. 2, p. 60-70, 2005.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR TELEMEDICINE & eHEALTH. Disponível em: <http://www.isft.net>. Acesso em: 5 jun. 2010.

KIFLE, M.; MBARIKA, V. W. A.; DATTA, P. Interplay of Cost and Adoption of Telemedicine in Sub-Saharan Africa: The Case of Tele-Cardiology in Ethiopia. *Inf Syst Front*, v. 8, p. 211-233, 2006.

LELES, F. A. G. *et al*. TeleMinas Saúde: inovando a implementação da Telessaúde em Minas Gerais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TELESSAÚDE, Belo Horizonte, 8-12 dez. 2009. Disponível em: <http://www.cbtms.com.br/congresso/trabalhos.html>.

MARQUES, L. F *et al*. Hipertensão arterial sistêmica e alterações eletrocardiográficas em pacientes atendidos pelo Centro de Telessaúde em Minas Gerais, Brasil. In: JORNADA JOVENS INVESTIGADORES, 18., Santa Fé, Argentina, 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Guia de Implementação de Serviços de Telessaúde: Oficina Regional de Telessaúde. 2010. In: TELEMEDICINE FOR THE BENEFIT OF PATIENT, HEALTHCARE SYSTEMS AND SOCIETY. <http://ec.europa.eu/information_society/activities/health/policy/telemedicine>. Acesso em: 3 ago. 2009.

NERLICH, M. *et al*. Teleconsultation Practice Guidelines: Report from G8 Global Health Applications Subproject 4. *Telemedicine Journal and e-Health*, v. 8, n. 4, p. 411-418, 2002.

NORRIS, A. C. Origins and Development. In: *Essentials of Telemedicine and Telecare*. England: John Wiley & Sons, 2002. v. 1-18.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. RedeNUTES. Disponível em: <http://www.nutes.ufpe.br/>. Acesso em: 25 set. 2010.

OHINMAA, A.; HAILEY, D.; ROINE, R. Elements for Assessment of Telemedicine Applications. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 17, n. 2, p. 190-202, 2001.

PROJETO RUTE/RNP. Disponível em: <http://rute.rnp.br>. Acesso em: 30 ago. 2010.

RIBEIRO, A. L. P. *et al.* Implantação de um sistema de telecardiologia em Minas Gerais: projeto Minas Telecardio. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010005000>.

TELEMEDICINA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Disponível em: <http://netsim.fm.usp.br/telemedicina/default.asp>. Acesso em: 25 set. 2010.

VAN DE WERF, F. *et al.* Management of acute myocardial infarction in patients presenting with persistent ST-segment elevation: the Task Force on the Management of ST-Segment Elevation Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 29, p. 2909-2945, 2008.

WEN, C. L. *Telemedicina e Telessaúde: um panorama no Brasil*. Informática Pública. 2008. 7-15. Disponível em: <http://www.ip.pbh.gov.br/ANO10_N2_PDF/telemedicina_telesaude.pdf>.

WOOTTON, R. Telemedicine Support for the Developing World. *Journal of Telemedicine and Telecare,* v. 14, p. 109-114, 2008.

Capítulo 14

CHOQUE DE GESTÃO NA COMUNICAÇÃO SOCIAL

Gisele Bicalho
Maria Regina Sant'Ana

1- Introdução

A Assessoria de Comunicação Social (ACS) da SES/MG incorporou, a partir de 2003, a concepção de que é fundamental entender que, além de ser uma atividade-meio, a Comunicação Social tem na saúde uma função-fim. Como função-fim, a Comunicação Social vai manifestar-se como informação e formação da cidadania em três dimensões: a qualificação da demanda por saúde a partir da exigibilidade dos direitos por parte dos cidadãos; a oferta de serviços de qualidade aos cidadãos; a educação, com a qual vai procurar desenvolver nos cidadãos conhecimentos, atitudes, hábitos e valores capazes de transformá-los em sujeitos da saúde.

Essa visão provocou profundas transformações para a configuração de uma contemporânea e moderna assessoria de comunicação, em especial daquela que trata da interlocução na área de saúde, em oposição a um modelo conservador praticado em várias décadas.

A realidade demonstrou, há cerca de oito anos, a inexistência de um projeto que delineasse ou formalizasse a ideia do que, na verdade, vinha a constituir uma assessoria de comunicação no mais amplo sentido que se pudesse atribuir. Então, era urgente que a estrutura da ACS/SES/MG fosse adaptada a novos tempos, a uma nova realidade que estava até a impor não somente uma nova maneira de pensar, mas também de agir.

Essas convicções, fortalecidas pela alta administração da SES/MG, são traduzidas no princípio emblemático de que "saúde é mais uma política pública de saúde e como tal deve ser vista e tratada" e pelo ideário inscrito na visão da SES/MG de ser uma instituição modelo de inovação de gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se viva mais e melhor.

Ao lado disso, inicia, em 2003, o Choque de Gestão na Saúde, prática que inova a gestão pública diferenciando-se das reformas administrativas ou das reformas do Estado por duas dimensões: a adequação institucional voltada para o desenvolvimento e a perspectiva integradora das políticas públicas.

A compreensão do processo de Comunicação Social como ferramenta transformadora da realidade do cidadão SUS-dependente exigiu que a ACS/SES/MG se estruturasse em coordenadorias de interesse da área de comunicação, cada uma correspondente a cada especificidade. Por conseguinte, foram criadas e estruturadas as coordenadorias de Publicidade e Propaganda, Relações Públicas, Jornalismo, Comunicação Digital e Mobilização Social.

A integração das atividades previstas no Plano de Comunicação se deu pela ação conjunta de profissionais garantindo a coerência de linguagem e a racionalização das atividades. A concretização dessa ideia de integração reforça o pensamento de Kunsch (1997, p. 115-116): "Desta forma, os diversos setores trabalham de forma conjunta, tendo ante os olhos os objetivos gerais da organização e ao mesmo tempo respeitamos objetivos específicos de cada um."

A construção desse processo trouxe avanços significativos no que se refere às relações interpessoais e, consequentemente, nas relações de trabalho; tudo isso refletiu favoravelmente para o andamento e sobretudo para a agilidade das demandas e processos propostos. Como resultado, o processo de trabalho tornou-se muito mais leve e suave, em oposição a uma estrutura administrativa reconhecidamente pesada. Os reflexos positivos são indiscutíveis. Essa mudança é perceptível, na forma de pensar dos funcionários e servidores, resultando em melhor compreensão do que é a coisa pública.

2- A ACS e sua Estrutura

Desde 2003, a estrutura da ACS vem sendo aprimorada e, em síntese, cada uma das coordenadorias atua de forma a dar corpo ao ideário da comunicação social para a saúde pública.

2.1- Coordenadoria de Publicidade e Propaganda

A Coordenadoria de Publicidade e Propaganda tem no estabelecimento de metas para o desempenho das próprias funções o ponto mais significativo. A observação demonstra servidores mais motivados e comprometidos com o trabalho, graças aos incentivos provenientes do Acordo de Resultados. Com investimentos em qualificações, cursos e palestras, foram percebidas melhorias no desempenho de suas funções e de suas habilidades.

Recentemente, a Coordenadoria foi reestruturada, sendo dotada de equipamentos modernos, de acordo com uma tecnologia mais adaptada às exigências do momento. Acredita-se que isso também é uma variável que está influenciando positivamente no desempenho dos servidores.

O redesenho da rotina e a padronização dos processos de solicitação de campanhas publicitárias, de material gráfico e de eventos imprimiram mais rapidez aos serviços prestados pela Coordenadoria de Publicidade e Propaganda. Além disso, passaram a oferecer parâmetros mais seguros e mais objetivos para avaliar a eficiência do setor e promover maior economia de recursos públicos na produção de material publicitário.

Tudo leva a crer que a contenção de recursos é resultado do alargamento da visão do que, na realidade, constitui o produto de uma campanha publicitária em saúde, por parte do conjunto da SES/MG, personalizada por cada uma das suas Superintendências. Voltaram elas, as Superintendências, a determinar a real finalidade e necessidade do material a ser produzido e do evento a ser realizado. Isso compreendido, é possível definir a primordialidade das promoções, da criação e produção de material técnico-informativo.

A renovação da forma de pensar foi decisiva para a reorientação e, por extensão, para o redimensionamento dos propósitos e objetivos da publicidade em saúde.

A busca pela economia de recursos fez com que fossem vislumbradas soluções mais eficientes em determinadas situações, a exemplo do Dengue Ville, jogo virtual instalado na plataforma do Orkut. Essa foi uma solução desenvolvida para o combate à dengue em Minas e que teve grande adesão da sociedade, ferramenta que, na prática, se mostrou mais eficaz que as mídias tradicionais.

2.2- Coordenadoria de Mobilização Social

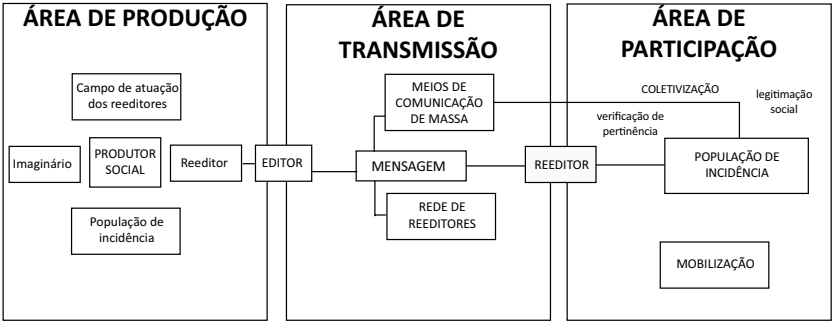
Ao tratar de Mobilização Social em Saúde, a Comunicação Social adquire um caráter mais pedagógico. "Aprender é mudar o repertório e as atitudes; a cada momento, através das interações no espaço social e das relações com o mundo natural, o ser humano se modifica, se constrói e elabora a sua identidade" (Braga, 2001, p. 5-6).

Etimologicamente, o verbo "mobilizar" está relacionado a "colocar em movimento", "dar movimento a". Esse conceito ganha em conteúdo quando Toro e Werneck (1996) destacam que "mobilizar é convocar vontades para um propósito determinado, para uma mudança na realidade". Em outras palavras, convocar vontades nada mais é que convocar discursos, decisões e ações que tenham objetivos comuns, o que, para a saúde em Minas Gerais, se traduz na eliminação dos focos de dengue e na redução dos índices de mortalidade infantil e materna, entre outras prioridades.

Para mobilizar, há que se identificar o produtor social, que tanto pode ser uma pessoa quanto um grupo de pessoas ou uma instituição; o reeditor social, cidadão com legitimidade e credibilidade para levar adiante a mensagem proposta; e o editor, aquele que estrutura a mensagem, que a converte em símbolos, em formas, em objetos que possam ser decodificados e adequados ao campo de atuação do reeditor. Em Minas, Mobilização Social em Saúde se faz utilizando técnicas teatrais, radionovelas e mídia digital, que inclui hotsite, blog, Twitter e o inovador Dengue Ville, o qual registrou cerca de um milhão de acessos desde sua instalação, em março de 2010.

O exercício de mobilizar está retratado no organograma de ação:

Figura 1: Organograma de ação



Fonte: ACS/SES/MG, 2010.

O Grupo de Teatro Saúde em Cena, formado por servidores voluntários, desde 2007, leva para o universo das escolas, dos clubes, das fábricas, das empresas, dos canteiros de obras e dos espaços urbanos informações sobre promoção da saúde. A linguagem teatral utilizada pelo grupo tem se mostrado eficaz enquanto instrumento de sensibilização e conscientização. Os roteiros criados pelo grupo ganharam novos formatos e se transformaram em duas radionovelas disponíveis para as mais de 600 emissoras de rádio do Estado. Outra atividade do Grupo de Teatro Saúde em Cena é a promoção de oficinas, nas quais novos talentos são revelados e são formados multiplicadores de grupos teatrais, que reeditam, nos municípios, o trabalho realizado pela ACS/SES/MG. No período de março de 2007 a junho de 2010, o grupo se apresentou 62 vezes, alcançando um público aproximado de 73 mil espectadores.

Na ACS/SES/MG, a Coordenadoria de Mobilização Social participa de forma efetiva dessa mudança da realidade. Esse fato é explicado pelo considerável aumento dos Núcleos Municipais de Mobilização Social em Saúde criados em várias regiões do Estado, o que potencializa o envolvimento do cidadão como corresponsável pela promoção da saúde individual e coletiva.

Atualmente, são 385 Núcleos Municipais de Mobilização Social em Saúde, no Estado. A média de núcleos criados até 2007 era de 5 a 10 núcleos por ano; em contrapartida, em 2010, foram criados 109 núcleos.

Nesse processo, a mídia também exerce papel importante, uma vez que estabelece redes amplas que oferecem visibilidade às ações propostas pela Mobilização.

> Tornar um tema visível representa o primeiro passo para o estabelecimento de um processo comunicativo entre os sujeitos. Desse modo, a mídia oferece visibilidade ampliada das disputas e controvérsias existentes na vida social e se torna central para a divulgação das produções simbólicas que acontecem nos diversos campos sociais (Fernandes, 1999, p. 1).

Mais uma vez, esse avanço tem como alavanca propulsora o servidor: os profissionais do segmento Mobilização Social também demonstram alto comprometimento profissional, resultado dos incentivos oferecidos pelo Estado em capacitação e qualificação. Participam de cursos, palestras e eventos que valorizam o servidor e reforçam suas habilidades profissionais. Isso se reflete, inequivocamente, em melhor desempenho.

2.3- Coordenadoria de Jornalismo

O Choque de Gestão aplicado às ações de comunicação da SES e, em particular, à Coordenadoria de Jornalismo, contribuiu para qualificar, organizar e agilizar o trabalho. O estabelecimento das metas propostas pelo Choque de Gestão ou pelo Acordo de Resultados favoreceu a padronização dos processos de trabalho, de modo que o atendimento à imprensa foi definido como uma das prioridades. A meta é atender a 100% das demandas de imprensa que chegam à Assessoria. Isso demonstra que, em saúde, a preocupação preponderante é a democratização da informação.

Ao organizar a rotina de trabalho, a Coordenadoria de Jornalismo alcançou um padrão de qualidade assim definido: produzir mais e melhor. Por exemplo, o incentivo à divulgação do conteúdo dos programas estruturadores da SES por parte dos veículos de comunicação; com isso, a imprensa foi pautada positivamente, e, por consequência, a imagem positiva da instituição foi fortalecida.

Vale lembrar que o release adquiriu a feição de pauta, na intenção de fazer com que a informação se tornasse uma referência para a produção de futuras matérias de rádio, televisão, jornais, sites e revistas.

Outro exemplo de atuação contundente da Coordenadoria de Jornalismo ocorreu durante a intercorrência da pandemia da Influenza A (H1N1), em abril de 2009. A Assessoria de Comunicação Social e, especificamente, o Núcleo de Jornalismo viram-se na urgência de gerenciar uma crise de imagem que se iniciava e que poderia se instalar no Estado e com proporções de desgaste.

A instituição, como qualquer outra empresa, pública ou privada, de pequeno, médio ou grande porte, está sujeita a crises de imagem – acidentes, desastres, pandemias, corrupção, falhas, fraudes, greves, problemas econômicos, entre outros, episódios que podem ocorrer a qualquer momento e extrapolar controle da organização.

As crises de imagem são fenômenos contemporâneos, segundo Rosa (2007), considerando que são resultados da atual conformação da mídia, em que os interesses econômicos e a liberdade do debate político são elementos prioritários. De acordo com o autor, as crises de imagem são um tipo bem particular de crise, já que têm potencial mais devastador, ou seja, capacidade de destruir o maior patrimônio de uma empresa ou de um profissional, que é a credibilidade.

> [...] as empresas não vendem serviços ou produtos. O que se vende todos os dias, no mundo inteiro, é confiança. E, quando a confiança que os outros depositam em nós deixa de existir, há uma sentença de morte profissional ou empresarial (Rosa, 2007, p. 24).

Na perspectiva da comunicação, um plano de gerenciamento de crises "é um conjunto de medidas, posturas e consensos capazes de fazer com que o sucesso de uma ação no lugar onde ocorreu uma situação adversa possa ser captado como tal" (Rosa, 2007, p. 71).

Para Mário Rosa, o relevante é a maneira como as ações são tomadas e a percepção delas, que deve ser, prioritariamente, positiva. Ele explica que o gerenciamento de crises não é apenas uma forma de agir, mas também de pensar, sendo importante que haja flexibilidade para adaptar os conceitos teóricos à realidade prática, evitando o engessamento das ações.

Geralmente, diante de fatos que originam crise, algumas reações comuns aos dirigentes das empresas são: entrar em pânico; publicar nota paga em jornais e/ou revistas; planejar ações absurdas que visem reverter a situação; ou mesmo permanecer imóvel e não emitir pronunciamentos, acreditando que a imprensa vai "esquecer" a crise. Outra postura é tentar descobrir quem é o responsável pelo vazamento da notícia, em vez de se preocupar em resolver a situação ou dar explicação aos seus públicos. Também existem aqueles que consideram suas empresas imunes às crises, ficando acima do bem e do mal. Contudo, essas atitudes não são as mais adequadas.

Forni lembra que "nas situações graves de crise, principalmente em temas polêmicos e de grande repercussão, quem deve assumir o comando da dinâmica das informações não é a mídia, mas a empresa" (Forni, 2006, p. 68). Também é importante manter a transparência e uma postura proativa, relatando a verdade o mais rapidamente possível, evitando minimizar

os fatos. Se as crises forem bem administradas, podem ser superadas e até mesmo se transformar em oportunidades.

A avaliação é de que a SES/MG, por meio de sua Assessoria de Comunicação Social, conseguiu gerir a crise de maneira adequada, preservando a imagem da instituição, de forma a não comprometê-la. Embora o número de pessoas contaminadas crescesse, não foi atribuída, em momento algum, à SES/MG atitude de omissão, fato explicado pela divulgação correta e adequada de tudo aquilo que ocorria, inclusive a apropriada intervenção da SES/MG. A Assessoria adquiriu o caráter de uma verdadeira agência de notícias, que disponibilizava informações à imprensa, num regime de plantão de 24 horas/dia. Em decorrência dessa atitude, a imagem da SES permaneceu intacta, e a sua credibilidade, fortalecida.

O número de atendimentos à imprensa, no período, foi significativo. A Coordenadoria respondeu, em média, a 50 demandas diárias. Foram divulgadas 116 notas técnicas, que descreviam os casos de Influenza A (H1N1) confirmados e suspeitos no Estado e também as realizações do Comitê Estadual de Enfrentamento à Influenza A (H1N1). O Comitê congregava não apenas os diferentes segmentos da SES, mas os representantes de instituições governamentais e não governamentais. Matérias sobre essas realizações foram produzidas e publicadas em três canais digitais: o site da SES, o Portal da Saúde e o hotsite da Influenza A. Este último chegou a ocupar o segundo lugar no ranking do Google para busca dos termos "Influenza A" e "Gripe Suína". A ação, durante esse episódio, reforçou a influência da Coordenadoria de Jornalismo notadamente em momentos de crise. Por meio dele, foi possível interpretar o grande fluxo de informações e cientificar os veículos de comunicação e, por extensão, os cidadãos.

A Coordenadoria de Jornalismo tem perseguido, no cotidiano, a economia de recursos, tal como preconizada no Choque de Gestão. Fez com que fossem identificadas soluções simples, porém eficientes. Uma delas foi a substituição do clipping de papel pelo clipping digital; o resultado foi economia de recursos, agilidade na transmissão da informação e racionalização do tempo de trabalho.

Outra medida adotada foi a racionalização no uso das diárias de viagens da equipe para coberturas jornalísticas no interior do Estado, quando da presença do secretário de Estado de Saúde e/ou do secretário adjunto. Tornaram-se necessárias atitudes de estímulo e de orientação aos assessores de Comunicação das Gerências Regionais de Saúde para a realização dessas coberturas jornalísticas. O resultado refletiu em economia de recursos financeiros e, sobretudo, na qualificação e na valorização do trabalho daqueles assessores de Comunicação.

2.4- Coordenadoria de Comunicação Digital – Mídias Digitais

A partir da implantação do Choque de Gestão, foi possível estabelecer uma nova interface de Comunicação Digital. A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais aderiu às mídias sociais, e, com isso, foi proposta uma nova forma de interação com o cidadão, que, agora, além de conhecer as ações implementadas pela Secretaria de Saúde em tempo real, pode discuti-las, analisá-las, divulgá-las e esclarecer dúvidas.

As novas mídias sociais permitem a comunicação em duas mãos. A grande mudança nessa nova era não tem a ver só com o uso das novas mídias sociais; tem a ver com o uso dessas novas mídias pelos cidadãos. Estamos falando de mídias que permitem comunicação de muitos para muitos. São mídias que não só convidam ao envolvimento e à participação, mas tornam-se melhores com isso (Graeff, 2009, p. 6).

Pesquisa feita pelo Nielsen Company "Global Faces and Networked Places", em 2009, mostra que o Brasil é o país que mais usa sites relacionados a comunidades, tanto em horas gastas quanto no número de acessos e na frequência de atividades diárias. Para cada hora navegada na rede, os brasileiros dedicam quatro minutos a fim de atualizar seu perfil e conhecer o dos amigos. Em 2008, pela primeira vez, no Brasil foram vendidos mais PCs que aparelhos de televisão.

Números como os que foram apontados na pesquisa comprovam a importância que a internet tem na vida dos brasileiros, e foi com base nesses indicadores que a SES/MG investiu principalmente nas ferramentas Twitter, Orkut e blog. Por meio do Twitter (@saudemg, @mgcontradengue), a SES/MG interage com o cidadão, divulgando, em até 140 caracteres, ações promovidas pelo Órgão, além de divulgar informações para a imprensa, como sugestões de pauta. Essa ferramenta permite ainda receber mensagens diretas e curtas, que propõem uma resposta rápida e objetiva acerca de determinado tema. Esse tipo de mídia tem como característica básica a comunicação mais concisa. Inclui, além do público-alvo, os jovens e as pessoas que, muitas vezes, não têm tempo para acessar uma mídia mais tradicional. Por isso, o Twitter passou a ser utilizado na SES/MG para transmitir informações e notícias a um público que antes não tinha acesso a elas.

A inserção da SES/MG nas mídias sociais, como no Orkut, veio permitir um contato mais direto e informal com o cidadão. Através da criação do perfil e de uma comunidade nessa rede social, é possível vivenciar a opinião e esclarecer dúvidas dos internautas através de fóruns. A criação do aplicativo Dengue Ville possibilitou enriquecer, ainda mais, a interação e a conscientização do público infanto-juvenil sobre a doença, aproximando governo e cidadão em um objetivo comum: combater a dengue.

Outra mídia social utilizada pela SES é o Blog Minas Contra a Dengue (http://dengue.saude.mg.gov.br/), criado a partir da necessidade de informar o cidadão, continuamente, sobre a dengue. No blog, assim como no site, são disponibilizadas notícias, formas de prevenção, material de divulgação produzido pelo governo de Minas, informes epidemiológicos e uma seção de dúvidas frequentes. O diferencial do blog para o site é que a primeira ferramenta transforma o cidadão em agente ativo no enfrentamento de epidemias, pois ele pode não só comentar, mas registrar denúncias, esclarecer dúvidas, propor novas ideias de textos, modernizando a relação governo/cidadão.

A SES/MG criou também o *hotsite* Influenza A (http://influenzaa.saude.mg.gov.br/), para informar os cidadãos sobre a pandemia de Influenza A, registrada em 2009.

Essas mídias produzem resultados positivos e eficazes junto ao cidadão, conforme mostram os números. Somente nos meses de abril e maio de 2010, o blog Minas Contra a Dengue teve 14.411 acessos, com permanência média de dois minutos. Já o *hotsite* Influenza A teve 12.809 acessos. O Twitter Saúde MG contava, até maio de 2010, com 1.030 seguidores e foi atualizado 1.178 vezes. Com relação ao Dengue Ville, até o mês de maio deste ano, conforme já mencionado, cerca de um milhão de pessoas utilizaram o aplicativo.

Além das mídias sociais, após a implantação do Choque de Gestão e a padronização de processos, o site da SES mudou seu posicionamento e passou a ser mais imediatista. As superintendências passaram a compreender a importância da divulgação, em tempo real, das informações de interesse do cidadão; por isso, o site passou a ser mais visitado e, consequentemente, mais atualizado. Dessa forma, é possível proporcionar ao cidadão informação oficial e de qualidade, cumprindo o papel de mídia informativa. Isso produz um retorno interessante, visto que o cidadão, ao encontrar o que busca, tende a realizar novas consultas. Somente no mês de maio de 2010, o site teve 116.604 acessos, quando as páginas foram visitadas 319.705 vezes, com tempo médio correspondente a três minutos de permanência. Em abril e maio de 2010, foram feitas 330 atualizações, entre matérias jornalísticas e dados (arquivos e demais atualizações no conteúdo).

Outro ponto importante a ser ressaltado é em relação a demandas de atendimento ao cidadão. Após o Choque de Gestão e a inserção do Fale Conosco e Atende Cidadão no Acordo de Resultados, o atendimento tem sido realizado mais efetivamente em 48 horas, cumprindo o prazo exigido pelo governo para uma resposta de qualidade ao cidadão e, sobretudo, que atenda a seus questionamentos. De acordo com dados do Índice de Atendimento ao Cidadão (IAC), elaborado pela Secretaria de Planejamento e Gestão (Seplag), de janeiro a abril deste ano, a Secretaria cumpriu a média de 97% dos atendimentos no prazo.

2.5- Coordenadoria de Relações Públicas e Cerimonial

A partir da implantação do Choque de Gestão, a Coordenadoria de Relações Públicas e Cerimonial adquiriu nova identidade. O ideário difundido pelo Choque de Gestão trouxe outra concepção ao fazer da Coordenadoria, a de que integrar a Secretaria e seus servidores tornou-se tão importante quanto integrá-la com seus usuários. O servidor consciente do papel a desempenhar na instituição é um forte aliado para o alcance dos efetivos resultados dos programas estruturadores da saúde pública em Minas Gerais.

Se a participação e o envolvimento dos servidores nos programas e processos desencadeados pela SES/MG são variáveis altamente determinantes no êxito do programa de governo para a saúde, houve a necessidade de que os servidores estivessem envolvidos não só entre si, mas com as teses defendidas pela SES/MG.

O alcance desse princípio passa, necessariamente, por ações de endomarketing, as quais estão relacionadas à motivação e ao comprometimento dos funcionários e à satisfação do consumidor-fim, o cidadão na sua concepção mais ampla. Na medida em que os servidores se apoderam dos propósitos da instituição, cresce o sentimento de apreço e dignidade pelo trabalho.

Em síntese, essas ações têm dupla finalidade: inserir o servidor nos programas estruturadores/SES e, simultaneamente, valorizá-lo, transformando-o em sujeito do processo.

A concretização desses objetivos, na prática, tem ocorrido pela realização de projetos, a exemplo do Dia Internacional da Mulher. Na ocasião, foi estabelecida uma relação com o programa estruturador Viva Vida, vinculando ações que estimulam a promoção da saúde da mulher, a redução da mortalidade infantil e materna. A Semana da Saúde ocorreu em conjunto com a Superintendência de Epidemiologia/Coordenadoria de Doenças e Agravos Não Transmissíveis. O Dia Mundial sem Tabaco – 31 de maio – envolveu a Assessoria de Promoção à Saúde e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais no intuito de levar ao público-alvo o tema preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA)/Ministério da Saúde: *Mulher, você merece algo melhor que o cigarro*. Estas ações todas de caráter educativo trouxeram repercussão não só no âmbito da SES/MG; alcançaram o cidadão.

Outro projeto pontual é o Café com o Secretário. Mensalmente, o Secretário de Estado de Saúde se encontra, em seu gabinete, com funcionários e servidores dos diferentes setores para um diálogo informal. Eles têm a oportunidade de se manifestarem, de registrarem opiniões e de conhecerem, mais de perto, aquele que dirige a instituição. Esse momento de aproximação entre secretário e servidores resulta em avanços e melhorias no ambiente de trabalho e na vida funcional de cada um.

O Choque de Gestão trouxe novo entendimento acerca da realização de eventos, como seminários, congressos, encontros. Além da participação da Coordenadoria de Publicidade, a Coordenadoria de Relações Públicas e Cerimonial tem papel importante nessas realizações – a organização do cerimonial, que envolve planejamento, normas de protocolo e outras providências práticas que vão da oficialização de convite à produção e à realização da solenidade. A Coordenadoria de Relações Públicas e Cerimonial tem a responsabilidade de assessorar os eventos previstos na Agenda Única da SES/MG e na agenda do Secretário de Estado de Saúde, o que implica participação dos servidores em eventos realizados tanto na capital como no interior. A participação em eventos exige permanente interface com as Gerências Regionais de Saúde.

3- Comunicação Social nas Gerências Regionais de Saúde (GRS)

A dimensão territorial e o número expressivo de municípios exigiram, dentro do modelo proposto a partir de 2003, a criação de *Estruturas Regionais* mais efetivas, que contassem com profissionais da área de Comunicação. Profissionais cuja formação possibilitasse uma atuação nas diversas modalidades do ofício – redação, apuração, edição de notícias para veículos impressos, televisão e rádio –, bem como prática em realização de eventos, Mobilização Social, entre outras atividades pertinentes à área de Comunicação. Surgiu, por conseguinte, a indispensabilidade de profissional para atuar na instância regional.

Ao assessor de Comunicação Social com atuação no campo da saúde pública e em nível regional foram exigidas condições para exercer um extenso rol de atribuições que incluem a divulgação da instituição e a implementação dos programas estruturadores da saúde na jurisdição de cada GRS. Isso implica desenvolvimento de dinâmicas facilitadoras do entrosamento entre os diferentes núcleos das GRS; planejamento coletivo de ações para divulgação regional da imagem da Secretaria de Estado de Saúde; capacitação da equipe/GRS no que diz respeito à execução dessas ações para a correta colocação da imagem da SES/MG; ainda, supervisão dessas atividades e das ações de saúde no território de cada uma das 28 GRSS; assessoramento ao diretor regional e ao corpo técnico/GRS com a imprensa, ou seja, orientação quanto às regras básicas, indispensáveis a entrevistas – enfrentamento dos fatos, compromisso com a verdade, prestação de informações claras, objetivas e com exatidão dos dados numéricos; acompanhamento a publicações dos principais órgãos de imprensa, inclusive regional, para seleção e análise de assuntos do interesse da saúde, em especial aqueles de interesse local.

De fato, essa Assessoria de Comunicação Social/GRS passou a constituir um braço da Assessoria de Comunicação Social do nível central, promovendo sólida inter-relação com as Coordenadorias de Publicidade, Jornalismo, Relações

Públicas e Cerimonial, Comunicação Digital, Mobilização Social e Apoio à Infraestrutura. Formam todas essas um único corpo técnico-administrativo.

4- Conclusão

"A comunicação integrada passa a ser uma arma estratégica para a sobrevivência e o desempenho de uma organização em uma realidade complexa e que se altera de forma muito rápida" (Kunsch, 1997, p. 149).

É esse processo de integração, aliado à motivação e à visão do cidadão como alvo do serviço prestado pelo agente público, que constitui forte e extensa rede entre poder público e sociedade. É dessa forma que se faz da comunicação uma ferramenta de indiscutível valor e indispensável às ações de promoção da saúde em Minas Gerais.

Tal visão imprime à ACS/SES/MG a importância de estabelecer o vínculo entre a SES/MG e o cidadão, oferecendo a ele acesso a informações acerca das conquistas no Sistema Único de Saúde e, simultaneamente, estabelecer um contraponto com as manchetes que associam o SUS a uma situação de inaptidão permanente. É necessário dar combate a esse diagnóstico equivocado e fazer reconhecer que o país e principalmente Minas Gerais possuem um balanço positivo da saúde pública.

Neste momento de grandes travessias, é bom não perder de vista o pensamento recorrente em Guimarães Rosa, de que a vida é um permanente desafio e que está inscrito no verso definitivo do também mineiro Fernando Brant: "Se vale o que já foi feito, mais vale o que será".

5- Referências

BRAGA, José Luiz. Aprendizagem versus educação na sociedade mediatizada. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO, 10, Compós-Brasília/DF. 2001. *Anais...*

CASALI, Adriana Machado. *Comunicação integrada e novas tecnologias da informação.* Disponível em: <http://www.sinprorp.org.br/clipping/2004/170.htm>.

FERNANDES, Adélia Barroso. *Papel reflexivo da mídia na construção da cidadania.* O caso do movimento antimanicomial – 1987 a 1999. Dissertação (mestrado) –, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

GRAEFF, Antônio, *Eleições 2.0* – A internet e as mídias sociais no processo eleitoral. São Paulo: Publifolha, 2009.

KUNSCH, Margarida Maria Krohling. *Planejamento de relações públicas na comunicação integrada*. São Paulo: Summus, 1986.

TORO, José Bernardo; WERNECK, Nisia Maria Duarte. *Mobilização social:* um modo de construir a democracia e a participação. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, Recursos Hídricos e Amazônia Legal, Secretaria de Recursos Hídricos, Associação Brasileira de Ensino Agrícola Superior – ABES/UNICEF, 1996.

Capítulo 15

LOGÍSTICA E INOVAÇÕES

Jorge Luiz Vieira
Belmiro Gustavo Ribeiro
José Silvério Martins Torres

1- Introdução

Uma avaliação sobre os avanços alcançados pela Secretaria de Estado de Saúde (SES/MG) desde a implantação do Choque de Gestão nos remete à constatação das profundas alterações procedidas na sua estrutura de funcionamento, mercê das inúmeras intervenções específicas a que se submeteu e em função das quais a Secretaria passou a desenvolver seus processos de apoio logístico de forma mais econômica, eficiente, rápida e, principalmente, inteiramente ajustada ao crescente e vertiginoso incremento de suas atividades, observado a partir do exercício de 2003. Adotou-se o princípio da "produção enxuta", desenvolvido pela indústria automobilística japonesa, no qual há uma busca constante por aperfeiçoamento, conforme detalhado por Womack, Jones e Roos (2004).

O propósito deste capítulo é apontar parte desses avanços, destacando o que diz respeito à logística e às inovações da SES a partir do Choque de Gestão. Nesse particular, constata-se que, notadamente, ocorreram várias mudanças significativas.

2- Resultados

Na *área de compras* aconteceram mudanças, inicialmente, na revisão dos fluxos dos processos existentes, aplicando-se a metodologia de gerenciamento de rotinas proposta por Campos (2004); a seguir, na disponibilização do Licitanet[1] e, mais recentemente, na edição do portal de compras,[2] instrumentos

[1] <http://www.licitanet.mg.gov.br/>.

[2] <http://www.compras.mg.gov.br/>.

estes que fizeram com que progressivamente todas as aquisições da Secretaria passassem a gozar de mais transparência e menor trabalho despendido.

Destaca-se também nesse cenário de novos instrumentos introduzidos, a adoção em larga escala do mecanismo de "registro de preços",[3] que, apesar de há muito presente na legislação de licitações,[4] somente veio a ter uma frequência de utilização no Estado – e especialmente na SES/MG – a partir do Choque de Gestão. Assim, se possibilitou alcançar um nível de atendimento para medicamentos bem próximo ao nível máximo exigido, graças à eficácia e à rapidez proporcionada pela utilização desse instrumento, gerando tranquilidade e segurança tanto para a Secretaria como para os usuários.

Relativamente à distribuição mensal de medicamentos para os municípios, em relação aos denominados *estratégicos, os excepcionais*, *os derivados de cumprimentos de decisões judiciais e parte dos integrantes da farmácia básica*, procedeu-se a uma grande intervenção no modelo de sua distribuição sistemática até então adotado, com o que passaram a ser trasladados e entregues pelos Correios, mercê de contrato celebrado com a empresa, como ganhadora do certame editado para essa finalidade.

Tal procedimento, além de conferir mais segurança e eficácia ao processo de distribuição, aliviou, ainda que parcialmente, a Fundação Ezequiel Dias (FUNED) da responsabilidade de distribuição, liberando-a para sua atividade de principal produtora e supridora de medicamentos distribuídos. Atualmente, a FUNED é responsável pelo fornecimento de 32 dos 153 medicamentos do componente básico da relação estadual de medicamentos de Minas Gerais, segundo a Gerência de Medicamentos Básicos.

Também no que concerne ao processo de doação de bens frequentemente praticado pela Secretaria, visando equipar as entidades integrantes do SUS, especialmente com veículos, observa-se nítida evolução decorrente do redesenho do processo de doação até então adotado, além da sistematização de quase todas as etapas que o permeiam. Com isso, além de mais seguro, tornou-se possível reduzir o prazo para concretizar as doações, da ordem de dois meses anteriormente vigente, para no máximo cinco dias atualmente.

Relativamente aos equipamentos adquiridos pela SES/MG, também são notórias as melhorias observadas, seja como decorrência de um esmerado detalhamento de suas especificações, seja também com relação aos prazos de garantia dos equipamentos assegurados em edital, implicando naturalmente maior segurança no que diz respeito à qualidade dos bens adquiridos e, bem assim, a certeza de seu funcionamento pleno durante o tempo todo.

---

[3] Regulamentado definitivamente pelo Decreto nº. 44.787, de 18 de abril de 2008.

[4] Art. 15, §3º da Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993.

Mirando-se na área das condições de trabalho oferecidas aos servidores, constatam-se também avanços extraordinários, a começar pelas modificações na área de transporte de pessoal, como alternativa de traslado, a recorrência a táxi mediante emissão de *vouchers* e o aluguel de veículos com e sem motorista – instrumentos auxiliares que vêm permitindo à SES/MG a plena realização de suas atividades externas, mercê da flexibilidade assegurada, sem nenhuma interrupção por eventual indisponibilidade e/ou insuficiência de veículos de sua frota própria.

Igualmente, os instrumentos de trabalho utilizados mereceram especial atenção, haja vista o incremento e a substituição de computadores da casa, o que possibilitou à Secretaria atingir a invejável marca de uma máquina por servidor que dela necessite, repercutindo em aumentos significativos de produção e produtividade da maioria dos serviços executados.

Nessa mesma linha de preocupação, a disponibilidade de forma intensiva da utilização de equipamentos com mobilidade, tipo *notebooks e netbooks*, especialmente para servidores com nível de coordenação, também trouxe impactos positivos nas condições de trabalho oferecidas a esses profissionais, facilitando o desenvolvimento de seu trabalho, tanto externo como interno, e, o mais importante, sem riscos de descontinuidade na execução de suas tarefas, independentemente de eventualmente estarem ausentes em seus postos de trabalho habituais.

Ainda complementando essa ação de estruturação física dos locais de trabalho, procedeu-se à substituição da maioria das antigas mesas de escritório existentes, trocando-as por estações de trabalho modernas e acompanhadas de cadeiras ergonomicamente estudadas.

Relativamente à comunicação, tanto de voz quanto de dados, o salto de qualidade foi extraordinário, evoluindo de um modelo tradicional de *pabx para centrais voip*, que possibilitam comunicação ininterrupta entre todos os setores da SES/MG, de forma totalmente não tarifada, independentemente do local de trabalho onde se situarem.

Também o acesso à internet foi universalizado e teve sua velocidade aumentada para atender ao crescente incremento oferecido por esse meio de comunicação, permitindo a incorporação, de forma massiva, da utilização de e-mails para a rotina de comunicação da SES/MG.

Outra grande conquista da SES/MG, caracterizando um avanço ímpar na área da comunicação, refere-se à implantação e à expansão da videoconferência na Secretaria, que passou a deter uma das maiores redes de vídeoconferência do país e de cuja utilização vem colhendo rapidamente os frutos, repercutidos na redução de custos operacionais, especialmente pela sensível diminuição de viagens e deslocamentos de servidores, além

de melhor qualidade na execução dos trabalhos, na medida em que se consegue conversar coletivamente e de forma instantânea com os servidores de todas as Gerências Regionais de Saúde, em número de 28 e sabidamente descentralizadas.

Um aspecto que merece destaque corresponde à constituição no âmbito da estrutura organizacional da Secretaria, da Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde,[5] unidade incumbida de melhor nortear a política de pessoal da Secretaria, sintonizando-a às orientações maiores emanadas do Estado, mas proativa em relação a demandas específicas da casa, especialmente no que diz respeito à contratação e à capacitação de pessoal, já com reflexos imediatos na capacidade operacional ostentada, decorrente da fixação e da manutenção de número adequado de servidores para cada atividade, devidamente treinados e capacitados para o serviço.

De igual modo, a constituição no âmbito da Superintendência de Gestão da Gerência de Engenharia Clínica e Infraestrutura (GECI)[6] representou uma adequação organizacional importante, na medida em que se conseguiu centralizar, numa unidade específica, ações esparsas da Secretaria relacionadas ao patrocínio de investimentos significativos em Unidades de Saúde, quase sempre requerendo decisões técnicas na área de engenharia, tornadas mais consistentes a partir da estruturação da referida instância.

Vale ressaltar que, a partir da estruturação dessa Unidade Técnica, devidamente articulada com a Gerência de Atenção Primária à Saúde e com as GRSs, a Secretaria passou a conhecer mais de perto e a dominar por inteiro, através de um processo massivo de monitoramento, o volume significativo de investimentos empregado na construção/reforma de Unidades Básicas de Saúde e, o mais importante, a evolução física desses investimentos patrocinados desde 2005, através de diversas resoluções editadas pela SES/MG.

Para acompanhar a execução desse enorme volume de edificações de UBSs, a cujo elenco incorporam-se as obras dos programas de construção do Programa Farmácia de Minas e de Centros Viva Vida, compreendendo no conjunto praticamente 2.000 unidades, tornou-se também essencial sistematizar o processo de acompanhamento e/ou monitoramento dessas unidades.

Nesse sentido e buscando maximizar as ações implantadas e reduzir os custos, encontra-se em fase final de concepção o referido sistema, que deverá utilizar-se da metodologia de gerenciamento de gestão de projetos, através da provisão progressiva de informações técnicas, acompanhando a evolução física e financeira dos projetos.

---

[5] Instituída pelo Decreto n°. 45.038, de 6 de fevereiro de 2009.

[6] Instituída pelo Decreto n°. 45.038, de 6 de fevereiro de 2009.

Tomando-se por base o valor dos investimentos anuais projetados pela Secretaria, estima-se uma economia da ordem de R$ 1 milhão/ano, ou seja, uma redução aproximada de 43% sobre os custos incorridos na execução dos trabalhos anteriormente desenvolvidos, redução essa a ser alcançada com o redesenho do processo e a introdução de novas ferramentas. Destaca-se nesse particular a customização da ferramenta Web, sob plataforma Microsoft, que possibilita o acompanhamento remoto, de qualquer lugar do planeta, de todos os projetos em processo de execução.

Outra questão alcançada, justaposta às demais conquistas relacionadas, corresponde ao melhor alinhamento da execução orçamentária da Secretaria às diversas demandas para a aquisição de bens e serviços, o que vem propiciando melhor distribuição do orçamento ao longo de todo o exercício, sem nenhum comprometimento das ações planejadas pelos diversos setores e com um ganho extraordinário: evita-se a concentração de compras em períodos curtos de tempo, com o consequente desafogo também na área jurídica, regra geral presente em certames dessa natureza.

Tais avanços somente puderam acontecer com o planejamento e a economia tanto no redesenho dos processos como na redução de preços conseguida com as estratégias de aquisição previamente planejadas.

3- Perspectivas Futuras

A atual perspectiva da logística em saúde do Estado de Minas Gerais aponta para a ampliação da demanda por bens e serviços cada vez mais complexos e especializados, no tocante tanto à qualidade quanto à temporalidade de entrega.

Objetivando a manutenção e a melhoria do atual nível de serviços, bem como simplificação, rapidez e economia de sua atuação, a SES/MG caminha para a utilização de um operador logístico que assumirá a execução de atividades de logística, tais como armazenamento, fracionamento e distribuição.

Ainda entre as perspectivas, o impulso pelo aprimoramento e pela integração de sistemas corporativos de planejamento da gestão do consumo e da execução financeiro-orçamentária já gera resultados próximos a 98% de atendimento das demandas das áreas "finalísticas" nos prazos planejados.

Ressalta-se, inclusive, a importância da mudança da sede da SES/MG para a Cidade Administrativa Presidente Tancredo Neves como estímulo para a inovação e o aperfeiçoamento de rotinas logísticas. Mesmo com pouco tempo transcorrido, já se desenvolveram novos fluxos, em especial referentes ao deslocamento de pessoas e comunicações. Nesse ultimo caso, existem indícios de que aumentará a importância do sistema de videoconferência.

Desse modo, a logística em saúde tem se pautado pela modernização da atuação estatal, objetivando a prestação perene de serviços de qualidade para todos os mineiros.

4- Referências

BRASIL. *Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993*. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: nov. 2010.

CAMPOS, Vicente Falconi. *Gerenciamento da rotina do trabalho do dia-a-dia*. 8. ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços, 2004.

MINAS GERAIS. *Decreto nº. 44.787, de 18 de abril de 2008*. Regulamenta o Sistema de Registro de Preços disciplinado no art. 15 da Lei Federal n.º 8.666, de 21 de junho de 1993, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.almg.gov.br>. Acesso em: nov. 2010.

MINAS GERAIS. *Decreto nº. 45.038, de 6 de fevereiro de 2009*. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <http://www.almg.gov.br>. Acesso em: nov. 2010.

WOMACK, J. P.; JONES, D. T.; ROOS, D. *A máquina que mudou o mundo*. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

Capítulo 16

GESTÃO POR PROCESSOS

Helidéa de Oliveira Lima
Rodrigo Mendonça Queiroga
Mirza Quintão Utsch

1- Introdução

O modelo de gestão fundamentado na divisão funcional da organização do trabalho, centrado na especialização, tem limitações com relação aos resultados que pode atingir. O desempenho das organizações modernas estabelece premissas relacionadas ao processo de mudanças, inevitáveis para a sobrevivência. É nesse contexto que se apresenta a gestão por processos como forma de dar resposta à necessidade de se adaptar ao ambiente externo, promovendo melhoria no planejamento e execução de processos no dia a dia e fazendo com que a organização aprenda continuamente a gerir seus processos. A gestão por processos é uma mudança paradigmática e deve ser incorporada pela cultura da organização.

Especialmente a partir dos anos 1990, o modelo de organização orientado para processos passa a ser citado por vários autores, como alternativa mais adequada para promover maior efetividade organizacional. O pressuposto é que, nessa forma de organização, eliminam-se barreiras dentro da empresa, possibilitando a visualização da organização como um todo e uma maior inter-relação entre os diferentes agentes da cadeia de valor (cliente, fornecedores, executores do processo).

Hall (1982) define processo como uma série de atividades e tarefas lógica e sequencialmente inter-relacionadas, organizadas com a finalidade de produzir resultados específicos para realização de uma meta, caracterizando-se por entradas mensuráveis, valor agregado e saídas mensuráveis.

Hammer e Champy (1994) e Oliveira (2006) definem processo como um grupo de atividades realizadas numa sequência lógica, com o objetivo de produzir um bem ou serviço que tem valor para um grupo específico de

clientes. São resultados dos sistemas em ação, representados por fluxos de atividades ou eventos.

Já Davenport (1998) o descreve como uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, entradas e saídas claramente identificadas; enfim, uma estrutura em ação.

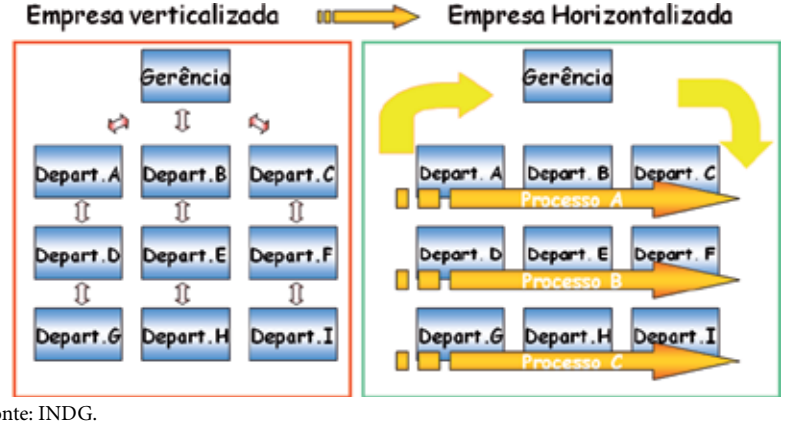
Para Gonçalves (2000), processo é qualquer atividade ou conjunto de atividades que toma um *input*, adiciona valor a ele e fornece um *output* a um cliente específico.

De acordo com a Fundação Nacional da Qualidade (2008), os processos são constituídos pelo conjunto das atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos ou serviços (saídas). Ou, numa abordagem mais técnica, é um conjunto de atividades preestabelecidas que, executadas numa sequência determinada, vão conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e outras partes interessadas.

2- Modernização Gerencial

As organizações tradicionais estão estruturadas por departamento e/ou serviços que realizam tarefas comuns, cuja responsabilidade de gestão está formalmente definida no organograma. O atual dinamismo necessário às organizações, aliado ao peso cada vez maior que a tecnologia exerce nos negócios, vem fazendo com que o tema Processos seja discutido e estudado com crescente interesse. A modernização gerencial traz a organização do trabalho por meio de processos, permitindo a definição do fluxo de trabalho e a integração horizontal de todas as etapas (Fig. 1), e essa é uma quebra necessária no paradigma da gestão.

Figura 1: Quebra do paradigma de gestão



Fonte: INDG.

Ao analisar o processo de modernização gerencial ocorrido na gestão do trabalho na SES/MG decorrente da implantação do Choque de Gestão proposto pelo Governo, identificamos que a introdução dos empreendedores públicos e dos especialistas de políticas públicas e gestão governamental na estrutura formal do trabalho propiciam uma organização mais ágil, integrada e flexível, que permite aprimorar o desempenho organizacional.

Esses novos integrantes da estrutura foram inseridos principalmente com a missão de gerenciar projetos, ou seja, de introduzir mudanças no *modus operandi* das instituições governamentais. O Project Management Institute (PMI) através do Guia de Conhecimento em Gerenciamento de Projetos (Project Management Book of Knowledge) discorre sobre a influência das estruturas organizacionais na condução de projetos (Quadro 1).

Mesmo com a utilização de uma estrutura organizacional matricial, ainda que balanceada, que confere aos empreendedores e especialistas razoável autonomia para intervir na operação da SES/MG, ao executarem os projetos para os quais foram designados, fica evidente um conjunto de dificuldades ligadas principalmente às cadeias de processos pouco ou não formalizadas.

Quadro 1: Influências das estruturas organizacionais em projetos

Estrutura da organização / Caracteristicas do projeto	Funcional	Matricial			Por projeto
		Fraca	Balanceada	Forte	
Autoridade do gerente de projetos	Pouca ou nenhuma	Limitada	Baixa a moderada	Moderada a alta	Alta a quase total
Disponibilidade de recursos	Pouca ou nenhuma	Limitada	Baixa a moderada	Moderada a alta	Alta a quase total
Quem controla o orçamento do projeto	Gerente funcional	Gerente funcional	Misto	Gerente de projetos	Gerente de projetos
Função do gerente de projetos	Tempo parcial	Tempo parcial	Tempo integral	Tempo integral	Tempo integral
Equipe administrativa do gerenciamento de projetos	Tempo parcial	Tempo parcial	Tempo parcial	Tempo integral	Tempo integral

Fonte: PMBoK 3rd Edition, 2004.

Portanto, para que a SES/MG consiga incorporar tarefas que permitam responder às mudanças gerenciais que estão ocorrendo, é necessário investir na organização da sua cadeia de processos. Para isso foi contratado o Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG), com o objetivo de implantar uma metodologia para mapeamento, redesenho e monitoramento dos processos.

A orientação por processos permite planejar e executar melhor as atividades pela definição de responsabilidades, utilização mais adequada dos

recursos, eliminação de etapas redundantes e refinamento das interfaces entre os processos executados. A resposta mais rápida agrega valor à prestação dos serviços públicos e aos resultados propostos pelo Governo.

Essa abordagem possibilita planejar e executar melhor as atividades por meio da definição de responsabilidade, utilização mais adequada dos recursos com diminuição do custo e do desperdício, reduzindo os custos da não qualidade, e eliminando etapas redundantes e evitando o retrabalho. Reconhecer e mapear detalhadamente os processos organizacionais e aperfeiçoá-los para que não se corra o risco de automatizar erros e/ou as atividades não agregadoras de valor é hoje um grande diferencial na gestão das organizações. Na saúde isso não é diferente.

Na estrutura por processo, os recursos (humanos, técnicos, financeiros, de informação e materiais) e os fluxos de trabalho são organizados em função dos processos da organização. A introdução dessa metodologia implica a definição do macroprocesso da organização, alinhado ao negócio e direcionado pela estratégia. A partir daí são definidos os processos finalísticos, os de apoio e os estratégicos, com seus respectivos responsáveis, permitindo então a revisão dos fluxos de trabalho, visando à redução das atividades que não agregam valor e garantindo a organização, a divisão e a realização do trabalho, em consonância com os propósitos da organização.

O conhecimento dos processos do negócio é de fundamental importância na medida em que proporciona:

- melhor utilização dos recursos: otimização e priorização;
- melhoria na comunicação, com maior envolvimento dos funcionários, em todos os níveis e entre diferentes unidades gerenciais;
- redução dos custos administrativos, garantindo a manutenção ou melhoria do nível de serviço e capacidade de processamento das unidades administrativas;
- processos claramente definidos com base nas atividades e em padrões de qualidade estabelecidos;
- facilidade na implementação de mudanças: a visão do processo ajuda a identificar mudanças que beneficiam o processo como um todo;
- visão ampla e horizontal do negócio.

3- Mapeamento e Redesenho dos Processos

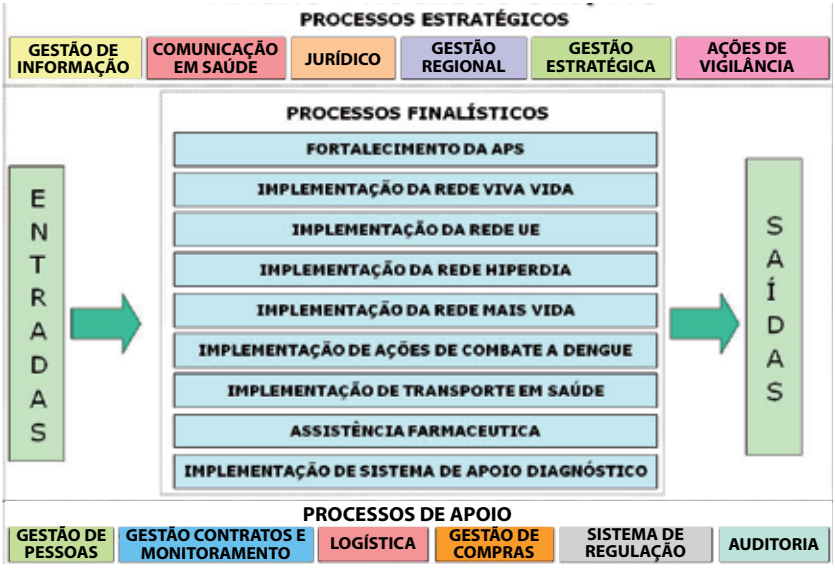
3.1- Mapeamento do Macroprocesso

A Fundação Nacional da Qualidade (2008) define como um dos fundamentos de excelência da gestão "Orientação por Processos e Informações". Entende-se por esse fundamento a compreensão e segmentação do conjunto de atividades e dos processos da organização que agregam valor para as partes

interessadas sendo que a tomada de decisões e a execução de ações devem ter como base a medição e a análise do desempenho, levando-se em consideração as informações disponíveis, além de incluir os riscos identificados.

Para o fortalecimento da Gestão por Processos na Secretaria foi necessário o mapeamento do Macro Processo da SES/MG, identificando os processos finalísticos, processos de apoio e processos estratégicos, como apresentado na Fig. 2.

Figura 2: O macroprocesso da SES/MG



Fonte: SES/MG, 2010.

Entende-se por processos estratégicos aqueles que definem o negócio da organização e direcionam os processos finalísticos e, por essa razão, estão ligados diretamente à Missão da organização.

Os processos finalísticos são aqueles que geram os produtos ou serviços finais da organização, isto é, aqueles que são entregues e atendem às necessidades e às expectativas das partes interessadas. Esses processos contribuem diretamente para a criação de valor para a sociedade, e, por essa razão, estão ligados diretamente à Visão da organização.

Os processos de apoio são aqueles que dão suporte direto aos processos finalísticos. Fornecem ou criam as condições necessárias para que a organização possa gerar seus produtos ou serviços que vão atender às necessidades e às expectativas de seus clientes e da sociedade, agregando valor para estes.

O conjunto desses processos constitui o macroprocesso da organização, e deles são estabelecidos de acordo com o perfil, o negócio, o organograma e as diretrizes organizacionais (missão, visão e valores).

3.2- Metodologia

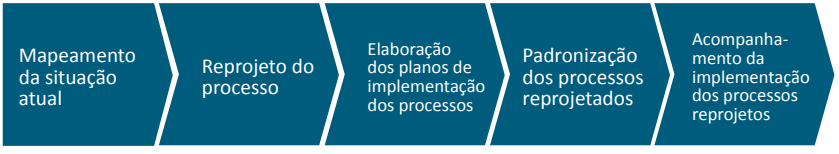
Com o objetivo de implementar as melhorias provenientes da gestão dos processos críticos da SES/MG, está sendo conduzido, no período de janeiro a dezembro 2010, o projeto de redesenho e acompanhamento de alguns processos da Secretaria.

Neste projeto estão sendo trabalhados oito processos, dentre os quais:

- Três foram mapeados, redesenhados e acompanhados;
- Quatro processos trabalhados em projetos anteriores foram atualizados e estão sendo acompanhados, visando ao cumprimento das ações, à medição do desempenho e ao alcance dos resultados;
- O último foi apenas mapeado.

O Projeto foi desenvolvido em conjunto com os gestores dos oito processos e equipes envolvidas, e todas as suas etapas, destacadas na Fig. 3, foram validadas e aprovadas junto à SES/MG.

Figura 3: Etapas do Redesenho de Processo da SES/MG



Fonte: INDG.

No mapeamento da situação atual buscou-se compreender os trabalhos realizados (processos e atividades), a forma de organização das pessoas para executá-los e as principais oportunidades de melhoria relacionadas aos processos ou atividades, principalmente aquelas que possibilitassem ganhos de produtividade e tempo. Nessa etapa, foram mapeadas as entradas e as saídas dos processos com utilização de Diagramas de Escopo e Interfaces dos Processos e os Fluxos Atuais dos Processos com a utilização de fluxogramas de colunas, apresentando a sequência lógica da realização do trabalho e os agentes responsáveis pela execução.

Após o mapeamento deu-se início ao Redesenho dos Processos em conjunto com as pessoas envolvidas neles, onde foram realizadas as seguintes Atividades:

- Geração, Seleção e Priorização de Ideias (*brainstorming)* para melhoria e Inovação dos Processos;
- Elaboração dos Novos Mapas (Fluxograma de Colunas) dos processos redesenhados;
- Elaboração dos Planos de Implementação dos novos processos;

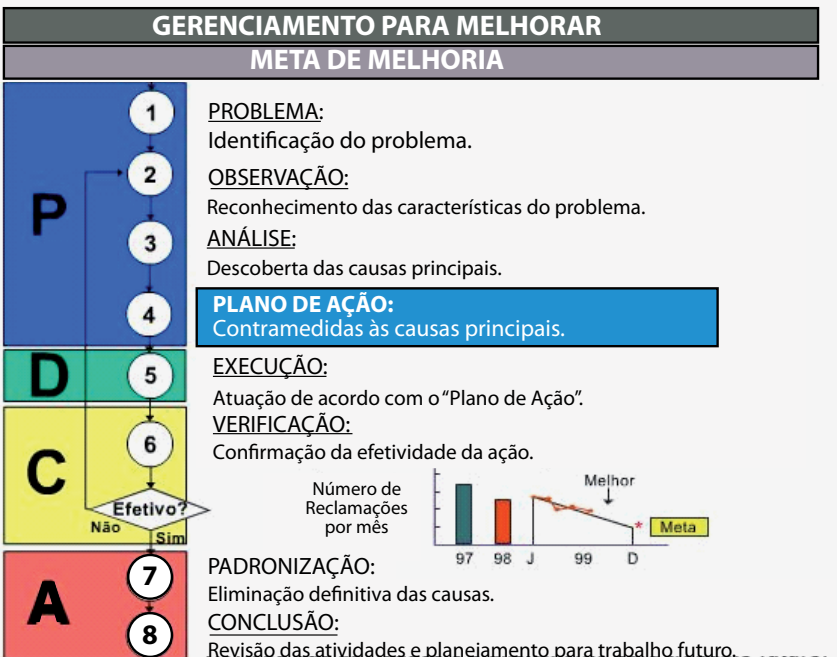
- Identificação das Tarefas Críticas dos processos redesenhados e elaboração de Procedimentos Operacionais Padrões (POP);
- Definição dos Indicadores de Desempenho dos processos redesenhados.

Todos os processos redesenhados foram acompanhados com o objetivo de garantir o cumprimento das ações estabelecidas e o consequente alcance dos resultados. Os gestores e equipes foram treinados na realização das análises dos desvios de meta, proposição de contramedidas, elaboração dos procedimentos operacionais padrão (POP).

Uma equipe de setorialistas da Assessoria de Gestão Estratégica (AGE) foi capacitada para:

- Acompanhar a execução das ações propostas no plano de ação, verificando a qualidade das ações realizadas e a consonância com as oportunidades de melhoria identificadas;
- Orientar os gestores na elaboração dos POPs, com o intuito de garantir a sua clareza, a conformidade com o padrão da SES/MG e, principalmente, o alinhamento com o resultado esperado;
- Verificar oportunidades de alinhamento dos processos, reduzindo retrabalhos;
- Identificar outros processos não mapeados/redesenhados que tenham impacto nas estratégias;
- Propor contramedidas em conjunto com o gestor do processo para as pendências registradas no plano de ação;
- Elaborar itens de verificação e controle para os processos, possibilitando a medição do desempenho deles;
- Auxiliar o gestor na elaboração de planilhas de coleta e consolidação de dados para medição de indicadores em processos que não possuem sistemas informatizados;
- Realizar análise crítica das bases de dados;
- Orientar os gestores na condução do gerenciamento dos processos por meio da utilização do método PDCA, conforme apresentado na Fig. 4.

Figura 4: PDCA no gerenciamento dos processos



Fonte: INDG.

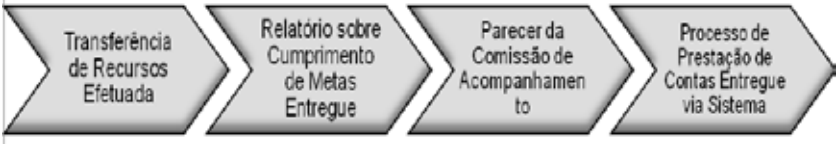
3.3- Processos Redesenhados

Seguem abaixo os processos priorizados pela SES/MG, em 2010, com detalhamento das principais macroetapas, das melhorias identificadas e/ou em implementação, dos resultados obtidos e das pendências para o alcance dos resultados esperados.

Para gerenciar o processo e atingir a meta proposta é fundamental que a medição seja realizada. Dessa forma, o gestor do processo poderá priorizar as suas ações e gerenciar de fato o processo, buscando contramedidas para o não alcance dos resultados.

3.3.1- Prestação de Contas dos Recursos Estaduais

Macroetapas do Processo



Melhorias Identificadas

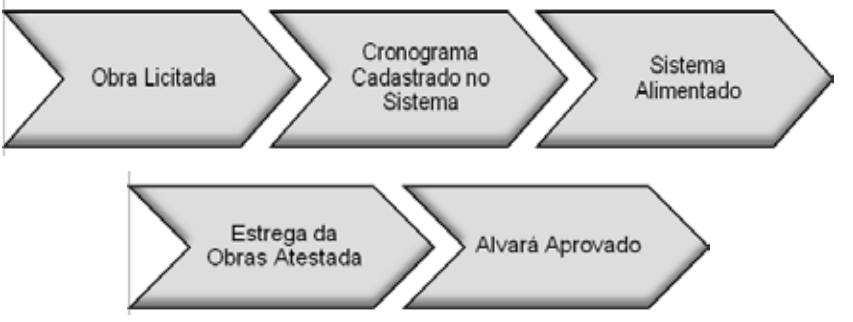
- Todo o processo de formalização dos Termos de Compromissos e de Metas, o acompanhamento e a avaliação dos resultados obtidos a partir do recurso transferido e o controle da transferência dos recursos foi redesenhado nos moldes de um processo totalmente sistematizado, em que todas as ações são realizadas *on-line* e com a geração de relatórios instantâneos sobre a situação dos processos;
- A prestação de contas das transferências de recursos fundo a fundo normatizadas em resolução não se dará mais pela parte contábil, e sim pelo cumprimento das metas assistenciais pactuadas com os prestadores (entidades filantrópicas em fins lucrativos ou municípios);
- O envio dos relatórios com os resultados obtidos pelo prestador será via sistema;
- A documentação dos prestadores necessária para Formalização do Contrato será aceita somente se inserida no Fundo Módulo Municipal de Saúde do CAGEC.
- Todas as etapas do processo que necessitam de assinatura serão realizadas via assinatura eletrônica;
- Esse processo não dispõe da utilização de documentação em papel.

Indicadores Propostos:

Nº	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Periodicidade	Meta	Sentido melhor ↑	Sentido melhor ↓
1	**Percentual dos processos de Prestação de Contas entregues no prazo de 90 dias após a transferência da última parcela do recurso até Dez/10.**	Número de processos entregues no prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	98%	x	

3.3.1- Monitoramento de Obras

Macroetapas do Processo



Melhorias Identificadas

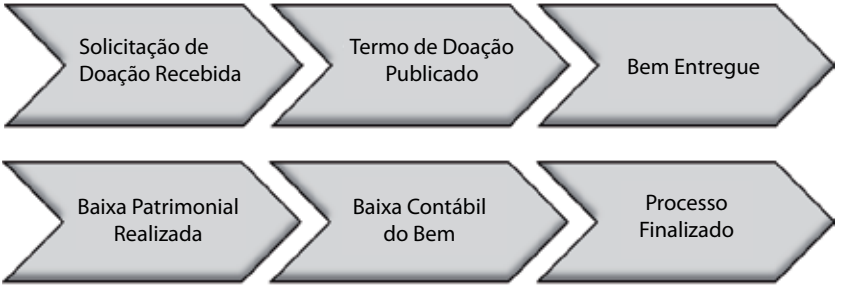
- Pactuação da Transferência dos Recursos de acordo com as etapas da construção da obra, sendo a primeira após a homologação da licitação da obra e a última após a emissão do alvará sanitário;
- O monitoramento da obra se dará pelo Sistema de Monitoramento de Obras, em que o município inserirá fotos da obra e outras informações necessárias ao monitoramento;
- O prazo da construção da obra incluirá a emissão do alvará sanitário, e a prestação de contas estará vinculada a essa emissão;
- Os projetos arquitetônicos das obras da SES/MG estão sendo padronizados em conjunto com a Vigilância Sanitária (VISA) e o Departamento de Obras Públicas (DEOP), para que facilite a construção da obra e o monitoramento.

Indicadores Propostos:

Nº	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Periodicidade	Meta	Sentido	
						⬆	⬇
	Percentual de obras monitoradas até dez 2010	Número de obras monitoradas / Número total de obras x 100	Percentual	Mensal	100%	X	
	Percentual de obras monitoradas no sistema até dez 2010	Número de obras monitoradas via sistema / Número total de obras x 100	Percentual	Mensal	60%	X	
	% de Obras Cadastradas no Sistema	Número de Obras Cadastradas/Número Total de Obras x 100	Percentual	Mensal	100%	X	

3.3.3- Doação de Bens Móveis

Macroetapas do Processo



Melhorias Identificadas

- Pactuação com o Patrimônio de que o arquivamento de todos os documentos do processo de doação de bens móveis se dará no Núcleo de Formalização e Acompanhamento de Contratos;
- Pactuação do envio dos dados dos processos via web para contabilidade;
- Padronização das etapas do processo, como a solicitação de doação de bens móveis realizada via formulário que deverá ser entregue ao Patrimônio;
- Implementação do sistema de doações.

Indicadores Propostos:

Nº	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Pediodicidade	Meta	Sentido melhor	
						↑	↓
1	Percentual de processos de doações realizados dentro do prazo de 40 dias até dez 2010	Número de processos realizados dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	80%	x	
2	Média de dias necessárias para formalização da doação de bens	Média de dias necessárias para formalização da doação de bens	Média	Mensal	40 dias		x

3.4- Processos Atualizados e Acompanhados

3.4.1- Compras de Materiais, Serviços e Medicamentos

Macroetapas do Processo

Melhorias Identificadas/em Andamento:

- Criação de um *check-list* com os documentos necessários para o pedido de compras e para todos os agentes envolvidos no processo;
- Criação do cronograma anual de compras;
- Criação do manual de compras;
- Criação de um novo agente para o processo, denominado Fiscal de Contratos, com o objetivo de gerenciar as compras;
- Treinamento dos Fiscais de Contratos;
- Padronização das minutas e editais aprovados pela Assessoria Jurídica;
- Criação de contratos padrões pré-aprovados pela Gerência de Contratos e pela Assessoria Jurídica;
- Treinamento dos envolvidos nos procedimentos operacionais padrão (POPs);
- Revisão/adequação do Termo de Referência;
- Criação da Justificativa de Solicitação em Emergência.

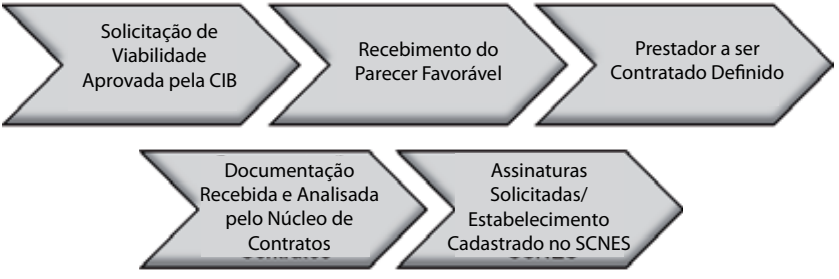
Indicadores Propostos

Nº	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Periodicidade	Meta	Sentido melhor ↑	Sentido melhor ↓
1	Percentual de Processos de Compra Geral Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	80%	x	
	Percentual de Processos de Compras Diretas Realizados Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	95%	x	
3	Percentual de Processos de Compras por Coteps Realizados Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	95%	x	
4	Percentual de Processos de Compras por Pregão de Registro de Preços Eletrônico Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	75%	x	
5	Percentual de Processos de Compras por Pregão de Registro de Preços Presencial Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	75%	x	
6	Percentual de Processos de Compras por Pregão Eletrônico Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	80%	x	

7	Percentual de Processos de Compras por Pregão Presencial Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	80%	x	
8	Percentual de Processos de Compras de Produtos Importados Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	75%	x	
9	Percentual de Processos de Compras de Dispensa Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	70%	x	
10	Percentual de Processos de Compras por Inexigibilidade Dentro do Prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	75%	x	
11	Percentual de Processos de Compras por meios eletrônicos até Dez/10	Número de processos realizados por meios eletrônicos / Número total de processos realizados x 100	Percentual	Mensal	85%	x	
12	Percentual de Processos de Compras cancelados até Dez/10	Número de processos cancelados / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	A definir		x

3.4.2- Credenciamento de Contratos Assistenciais

Macroetapas do Processo:



Melhorias Identificadas

- Controle efetivo de todas as etapas do processo;
- Foram identificadas as regionais que mais impactavam negativamente no resultado;
- Foram realizadas visitas às regionais mais críticas;
- O manual foi revisto de acordo com as oportunidades de melhorias identificadas nas regionais;
- Foram negociados com os setores da SAS e Regulação prazos para resposta dos pareceres;
- As atividades foram redistribuídas pela equipe;
- Cada membro da equipe visualiza todo o processo;

Indicadores Propostos:

Nº	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Periodicidade	Meta	Sentido melho	
						↑	↓
1	Percentual de processos de credenciamento concluídos dentro do prazo	Número de processos concluídos dentro do prazo / Número total de processos x 100	Percentual	Mensal	75%	x	
1.1	Percentual de estudos de viabilidade realizados no prazo	Número de estudos de viabilidade realizados dentro do prazo / Número total de estudos de viabilidade x 100	Percentual	Mensal	75%	x	
1.2	Percentual de Habilitação, Seleção do Prestador e Instrução Processual (CASGRS) Realizados Dentro do Prazo	Número de Habilitação, Seleção do Prestador e Instrução Processual realizados dentro do prazo / Número total de Habilitação, Seleção do Prestador e Instrução Processual realizados x 100	Percentual	Mensal	75%	x	
1.3	Percentual de Procedimentos para Concentração Dentro do Prazo	Número de procedimentos para contratação concluídos dentro do prazo / Número total de procedimentos para contratação x 100	Percentual	Mensal	75%	x	
1.4	Percentual de Contratação e Cadastro Dentro do Prazo	Número de contratação e cadastro concluídos dentro do prazo / número total de contratação e cadastro x 100	Percentual	Mensal	75%	x	

3.4.3- Atendimento às Ações Judiciais e aos Questionamentos

Macroetapas do processo

Melhorias Identificadas

- Revisão e padronização da Nota Técnica;
- Centralização das ações judiciais na Assessoria Técnica;
- Padronização do remanejamento de estoques (medicamentos/materiais parados e a vencer).
- Definição de estrutura específica no setor de compras para atendimento às demandas judiciais;
- Implementação de sistema (módulo do SiGAF) para gerenciamento das Ações Judiciais;

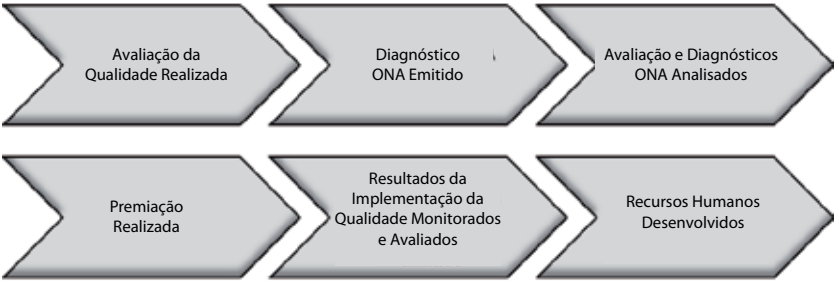
- Terceirização dos serviços de perícia e elaboração de parecer técnico;
- Provimento aos gestores de informações gerenciais para tomada de decisão;
- Padrão para a resposta de solicitações extrajudiciais e/ou pedidos administrativos;
- Definição de referências nas áreas técnicas para acompanhamento de assuntos relacionados às ações judiciais;
- Estabelecimento de canal direto de comunicação com o Poder Judiciário;
- Digitalização dos documentos do processo;
- Definição de um médico regulador para análise e aquisição de serviços (procedimentos);
- Definição de métricas de prazo para o processo;
- Definição de procedimentos para contratação de um serviço completo nos hospitais;
- Levantamento do histórico de ações judiciais.

Indicadores Propostos:

Nº	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Periodicidade	Meta	Sentido melhor ↑	Sentido melhor ↓
1	Índice de Notas Técnicas realizadas dentro do prazo (para todos os tipos de ações judiciais e extrajudiciais)	Notas Técnicas emitidas dentro do prazo estipulado pelo advogado / Total de Notas Técnicas emitidas x 100	Percentual	Mensal	70%	x	
2	Índice de cumprimento da liminar deferida dentro do prazo (fornecimentos)	Liminares deferidas cumpridas dentro do prazo / Total de Liminares Cumpridas x 100	Percentual	Mensal	A definir	x	
3	Índice de medicamentos em falta	Número de medicamentos em falta / Total de Medicamentos x 100		Mensal	10%		x
4	Índice de medicamentos aproveitados mensalmente	Número de medicamentos aproveitados / Total de Medicamentos que deveriam ser aproveitados x 100	Percentual	Mensal	90%	x	

3.4.4- Gestão da Qualidade dos Pontos de Atenção

Macroetapas do Processo:



Melhorias Identificadas

- No Edital está prevista a condição de regularidade nos programas para receber o prêmio, e, em anexo, critérios de pontuação e modelo de termo de adesão;
- Realização das avaliações iniciais dos hospitais Pro-Hosp em conjunto com as inspeções da VISA;
- Implantação do sistema de tabulação de dados para a avaliação de todos os prêmios;
- Os módulos de capacitação em gestão da qualidade serão realizados em conjunto com o curso de especialização em gestão da qualidade hospitalar;
- Formalização das atividades do processo e estabelecimento de métricas de prazo, definição clara das atribuições dos agentes envolvidos, padronização das tarefas críticas, medição do desempenho;
- Definição de uma referência na Comunicação Social para a condução dos eventos de Gestão da Qualidade;
- Criação do plano de trabalho em conjunto com a Escola de Saúde Pública (ESP) para a realização das capacitações;
- Avaliação e monitoramento efetivo dos resultados, possibilitando a análise do desenvolvimento da cultura de gestão da qualidade nos pontos de atenção da rede;
- Os cursos de nivelamento para os avaliadores e equipe dos programas serão ministrados com assessoria da ESP;
- A publicação do edital será realizada antes da avaliação inicial, com o intuito de aumentar o prazo para encaminhamento do termo de adesão pelos participantes;
- O diagnóstico da Acreditação por meio da metodologia da Organização Nacional de Acreditação (ONA) será adotado como instrumento de avaliação inicial para o Centro Viva Vida;
- Qualificação, credenciamento e certificação de avaliadores;
- Os eventos de premiação são realizados em conjunto com as coordenações dos programas.
- As ações de qualidade serão pactuadas pelos programas baseadas nos relatórios de avaliação da qualidade e diagnóstico ONA.

Indicadores Propostos:

Nº	Indicador	Fórmula de Cálculo	Unidade de Medida	Periodicidade	Meta	Sentido melhor ↑	Sentido melhor ↓
1	Número de aparições positivas na mídia nas ações da Qualidade nos projetos estruturadores	Quantidade de aparições positivas na mídia das ações da Qualidade nos projetos estruturadores	Unidades	Anual	7	x	
2	Percentual de técnicos capacitados em Gestão da Qualidade	Somatório do Número de técnicos capacitados em gestão da qualidade / (Número total técnicos x Número de Capacitações x 100	Percentual	Mensal	90%	x	
3	Número de Hospitais selecionados com diagnóstico realizado	Número de Hospitais com Diagnóstico Realizado / Núimero de Hospitais Selecionados x 100	Percentual	Anual	35	x	
4	Percentual de adesão dos Hospitais à Capacitações	Somatório do Número de adesões dos Hospitais às capacitações / (Número total de hospitais x Número de Capacitações) x 100	Percentual	Mensal	A definir	x	

3.5- Processo Mapeado

3.5.1- Contratualização do Pro-Hosp

Melhorias Identificadas:

- Realização de análises relacionadas à rede de atenção para a pactuação com os hospitais;
- Definição de critérios técnicos para permanência e entrada de novos hospitais no Pro-Hosp;
- Definição de metas baseadas nas melhores práticas;
- Utilização dos relatórios do processo de Gestão da Qualidade dos Pontos de Atenção da Rede e de Gestão da Informação como diretriz de trabalho para os Hospitais Pro-Hosp;
- Definição de critérios para subordinação dos documentos ao Comitê e à CIB;
- Definição de indicadores vitais alinhados à lógica de redes;
- Alinhamento dos instrumentos de avaliação – levantamento de pontos em comum que são avaliados pela VISA, GRS e Programas.

Indicadores Propostos: Ainda não Foram Definidos.

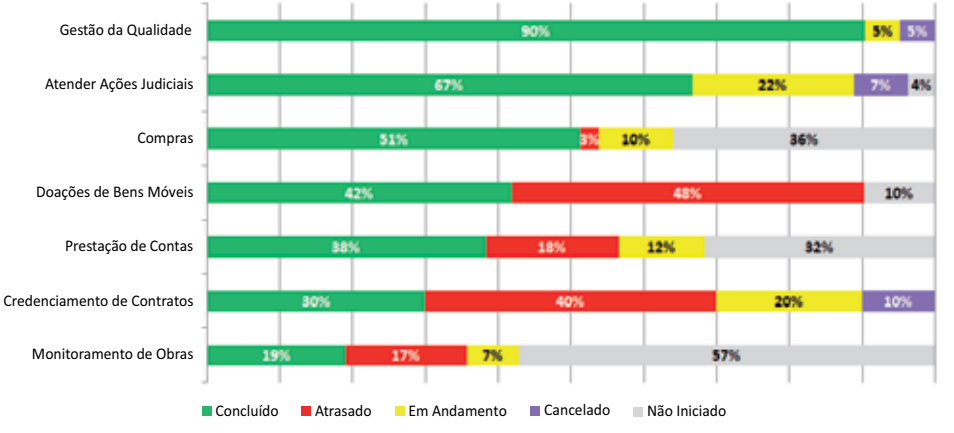
4- Perspectivas Futuras

Considerando-se a necessidade da existência de informações confiáveis para a tomada de decisão e que a medição dos resultados é imprescindível para o gerenciamento dos processos e o alcance dos resultados, fica evidente a necessidade de desenvolvimento de sistema de informação que permita otimizar a consolidação dos indicadores.

Os indicadores do Acordo de Resultados precisam ser alinhados com os indicadores do mapa estratégico e dos processos. O Acordo é desdobrado por função, enquanto os indicadores do mapa estratégico e dos processos são interfuncionais. Esse alinhamento contribuirá para a integração das áreas e implementação da estratégia.

É necessário disseminar a metodologia de gestão de projetos e fortalecer a gestão dos processos por toda a Secretaria. É importante também a continuidade do redesenho/acompanhamento dos processos, considerando que estes não estão totalmente implementados, conforme observado no Graf. 1.

Gráfico 1: Status das Ações dos Planos
para Implementação dos Processos (setembro 2010)



Fonte: INDG.

Os gestores dos processos devem se apropriar da metodologia aplicada para realizar o monitoramento dos indicadores, o tratamento das não conformidades e a consolidação de uma análise crítica. Os setorialistas da Assessoria de Gestão Estratégica têm o objetivo de apoiar os gestores na execução dessas atividades. Todos os documentos elaborados e ferramentas utilizadas no redesenho dos processos estão sob responsabilidade da equipe de setorialistas.

5- Referências

DAVENPORT, T. H. *Reengenharia de processos: como inovar na empresa através da tecnologia da informação*. Rio de Janeiro: Campus. 1998.

FNQ. *Critérios compromisso com a excelência e rumo a excelência*. São Paulo, Fundação Nacional da Qualidade, 2008.

GONÇALVES, J. . L. As empresas são grandes coleções de Processos. *ERA – Revista de Administração de Empresas*/EAESP/FGV, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 6-19.

HALL, R. J. *Organizações, estrutura e processos*. Tradução de Wilma Ribeiro. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1982.

HAMMER, M.; CHAMOY, J. *Reengineering the Corporation*. New York: Harper Business, 1994.

JURAN, J. M. *Controle da qualidade*. Handbook. vol. VI. São Paulo: Makron Books, 1992.

OLIVEIRA, S. B. (Org.). *Gestão por Processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2000*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

PMBoK. *Project Management Book of Knowledge*. 3rd Edition. PMI, 2004.

Capítulo 17

GESTÃO DE PESSOAS

Cristina Luiza Ramos da Fonseca
Darissa Marielle Lucas Ferreira
Juliana Barbosa e Oliveira

1- Introdução

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) traçou o caminho para tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver. E, para alcançar tal resultado, tem-se investido em uma renovada política de Gestão de Pessoas, com diversas ações de valorização do servidor público do Estado. Dentro do PMDI, uma das ações estratégicas é "reorganizar e modernizar a administração pública estadual" por meio do Choque de Gestão com estratégias voltadas para Pessoas, Qualidade e Inovação na Administração Pública (Cunha Júnior, 2004) e que se destinam a consolidar no Estado de Minas Gerais uma cultura de Estado voltado para Resultados e capaz de atender efetivamente à demanda social.

Ademais, a concepção de qualidade e inovação em gestão pública (um dos pilares do mapa do PMDI) alinhada ao "Choque de Gestão"[1] possibilitou uma visão inovadora das políticas de gestão de pessoas no governo de Minas Gerais, que deveriam estar alinhadas a partir de então com os objetivos institucionais e avaliação das políticas públicas. Compartilhando dessa política, a Secretaria de Estado de Minas Gerais, SES/MG, promoveu uma série de ações no âmbito da gestão de pessoas, destinadas a contribuir para o alcance das metas estabelecidas no PMDI e pactuadas nas instâncias do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG). Assim, o presente

[1] O Choque de Gestão foi criado com o intuito de se permitir gastar "menos com o governo e mais com o cidadão" (http://aecio-neves-2003-2010.com.br/choque-de-gestao) e dar "ao Estado modernidade, agilidade e eficiência, adequando-o aos novos tempos, e, ao mesmo tempo, garantir transparência aos atos e ações do governo" (CUNHA, 2010, p. 11).

capítulo procura demonstrar, de forma sucinta, algumas dessas principais ações, suas dificuldades e desafios.

Entre essas ações, estão a implementação de política de Prêmio de Produtividade, Avaliação de Desempenho, a reestruturação das carreiras e da política remuneratória, a instituição de mecanismos de incentivo e premiação, a adequação da força de trabalho, a realização de concursos públicos e de processos seletivos internos para autoridades sanitárias, a implantação de programas de estágio, política de formação e educação permanente de profissionais do SUS/MG e a eliminação de estoques de diversos processos de recursos humanos.

2- Prêmio de Produtividade

De acordo com Vilhena (2006), por meio do Choque de Gestão tem se buscado na gestão de pessoas uma ênfase em estabelecer princípios meritocráticos de produtividade na administração pública, por meio do Acordo de Resultados. Neste são acordados compromissos de entrega de serviços entre os órgãos e entidades do poder executivo estadual e seus superiores hierárquicos, que por sua vez são desdobrados em acordos de 2ª etapa e que apresentam os compromissos de cada equipe desses órgãos e entidades.

Os servidores da SES/MG estão vivenciando essa nova metodologia de pactuação de compromissos e a concepção da busca pelo alcance das metas pactuadas já faz parte de seu dia a dia de trabalho. As equipes que assinam o Acordo de Resultados têm seus resultados monitorados e podem receber o Prêmio por Produtividade, que é uma forma de incentivar, por mérito, os servidores que se comprometeram a perseguir os resultados satisfatórios nas metas pactuadas (http://www.acordoderesultados.mg.gov.br, 2010). O valor do prêmio por produtividade é proporcional aos resultados alcançados por cada equipe no Acordo de Resultados.

Essa é uma forma de as equipes e, principalmente, cada um dos servidores, compreenderem como o seu trabalho impacta no alcance dos objetivos estratégicos do Estado. Essa nova estratégia contribui para a criação de uma cultura de responsabilização e favorece a construção de um novo paradigma na gestão de pessoas.

3- Avaliação de Desempenho

A Avaliação de Desempenho dos servidores públicos estaduais foi concebida e implantada como uma das políticas de gestão de pessoas pautadas no mérito, como previsto no Projeto do "Choque de Gestão". A avaliação é um processo sistemático e contínuo de acompanhamento e aferição do desempenho do servidor, com vistas ao aumento da eficiência da administração pública.

O processo de implantação da Avaliação de Desempenho no âmbito da SES/MG foi complexo, principalmente por implicar mudança cultural, já que a maioria dos servidores nunca havia passado por um processo de avaliação. Outro fator dificultador foi o fato de que 75% dos servidores passíveis de avaliação estavam em exercício em unidades de saúde municipais, sendo gerenciados por gestores municipais.

3.1- Avaliação de Desempenho de Gestores Públicos (ADGP)

Uma vez superadas essas dificuldades iniciais, a cultura de processo avaliatório tem sido apropriada por gestores e servidores, ao mesmo tempo que o processo avaliatório está sendo aprimorado por meio da diferenciação da avaliação dos gestores públicos e dos servidores públicos e utilização de metodologias modernas como a avaliação por competências e avaliação 180º. Para os gestores públicos (servidores que ocupam cargo de chefia previstos na estrutura organizacional formal), foi desenvolvida e implantada a Avaliação de Desempenho dos Gestores Públicos (ADGP), que se difere por ser uma avaliação 180º, na qual há a participação da chefia imediata, do próprio gestor e de sua equipe e tem como referência as competências[2] esperadas para os que ocupam tal função. As competências são as mesmas para todos os gestores públicos, a saber: visão sistêmica, competência técnica, compartilhamento de informações e conhecimento, liderança de equipe, orientação para resultados, gestão de pessoas e capacidade inovadora. Além das avaliações 180º, compõe ainda 30% da nota da avaliação do gestor a nota obtida por sua equipe no Acordo de Resultados de 2ª etapa.

Essa ação faz parte dos objetivos estratégicos do pilar do PMDI, qualidade e inovação em gestão pública: profissionalização dos servidores públicos (Cunha, 2010, p. 46). Para isso, foi criado o Projeto Estruturador Profissionalização dos Gestores Públicos, que abarca, além da criação da ADGP, o Programa de Capacitação de Gestores Públicos de Minas Gerais, PDGMinas, que busca preparar os gestores para a aplicação dessas competências. O projeto estruturador possuía como objetivo "profissionalizar a gestão pública por meio da seleção, avaliação e do desenvolvimento de gestores (gerentes) públicos, buscando a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas Administrações direta, autárquica e fundacional do Poder Executivo" (Vilhena, 2010, p. 4).

3.2- Avaliação de Desempenho por Competências

No segundo semestre de 2008, a SES/MG foi convidada a participar em conjunto com outras três secretarias de um projeto para traçar as competências

[2] Competência é conceituada por DUTRA (2009) como sendo o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes mobilizados para propiciar entregas necessárias dentro do contexto no qual a pessoa se insere.

essenciais de cada uma delas e para redefinir o modelo de avaliação de desempenho adotado até então. Em 2009, a SES/MG definiu quais seriam as suas competências essenciais, ou seja, as competências que todos os servidores devem possuir independentemente das atividades ou cargos ocupados. Foram criados novos instrumentos de avaliação e o processo foi reavaliado, modificando-se aqueles pontos julgados relevantes. Em 2010, esse novo processo de Avaliação de Desempenho substitui a avaliação anterior dos servidores que não são avaliados pela ADGP, mas, aproximando-se da ADGP, o servidor passará a ter também 30% da sua nota composta pela avaliação da equipe. Essa medida visa correlacionar o desempenho do servidor, a mobilização das suas competências, ao alcance das metas institucionais. Assim, além de mobilizar as competências, os servidores e as chefias devem fazê-lo de forma a atingir as metas que cabem à sua equipe.

Dentre as vantagens do novo modelo, é possível citar:

- identificação, reconhecimento e estímulo à melhoria contínua do desempenho dos servidores;
- possibilidade de adequação funcional do servidor;
- identificação e desenvolvimento de competências pessoais e profissionais;
- conscientização do servidor sobre seu papel no contexto organizacional e sobre como suas competências podem ser utilizadas para se atingir as metas por equipe que impactam no alcance das mesas institucionais e governamentais;
- estímulo à busca do autodesenvolvimento e melhoria no desempenho na avaliação, uma vez que esse está atrelado ao desenvolvimento do servidor na carreira (promoção e progressão) e ao cálculo da remuneração variável (Adicional de Desempenho – ADE);
- estabelecimento de uma relação de meritocracia no Estado, pois aqueles que possuem avaliação insatisfatória perdem o cargo comissionado ou função gratificada e podem perder inclusive o cargo efetivo.

No que tange ao processo de Avaliação de Desempenho, muitos são os desafios a superar, entre eles podemos citar: a mudança cultural; a formação e o preparo dos servidores e dirigentes para uso dos novos instrumentos; e, por fim, a definição das competências funcionais de cada unidade administrativa em relação aos seus servidores e em relação a cada função desempenhada para que esses possam ter clareza das competências que lhe são exigidas para o alcance dos resultados pessoais, institucionais e do SUS/MG.

4- Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCS)

A reformulação dos Planos de Carreira dos servidores públicos do poder executivo estadual é mais um dos instrumentos de valorização do

servidor que integram a política de gestão de pessoas do governo de Minas. O processo de construção da reestruturação das carreiras e das tabelas salariais foi realizado com a participação da Mesa de Negociação, constituída por representantes dos servidores públicos do Sistema Estadual de Gestão da Saúde, resultando em aumento na remuneração do servidor e adequação de normas das carreiras. *A posteriori*, estabeleceram-se as regras para o posicionamento dos servidores nas Carreiras do Grupo de Atividades de Saúde. Os critérios para o posicionamento foram: escolaridade do cargo ocupado, tempo de serviço no cargo transformado e tempo de serviço do servidor na data da publicação do decreto.

A reformulação dos Planos de Carreira possibilitou que o servidor efetivo pudesse se desenvolver (promoção, progressão e promoção por escolaridade adicional) pelo decurso do tempo de serviço e em decorrência de mérito funcional e qualificação profissional, com igualdade de oportunidades. Cabe destacar que para poder ter esse desenvolvimento na carreira, o servidor deverá ter avaliações positivas durante o período a que se refere cada uma das situações (promoção, progressão e promoção por escolaridade adicional).

Também foram criados mecanismos de incentivo para valorizar e estimular o servidor em relação ao seu desempenho, instituídos pelo governo de Minas Gerais: Adicional de Desempenho[3] (ADE) (vantagem pecuniária mensal) e o Prêmio por Produtividade (bônus anual).

5- Adequação de Força de Trabalho

A SES/MG vem perdendo força de trabalho pelos mais variados motivos: aposentadoria, exoneração a pedido, transferências para outros órgãos, Programa de Desligamento Voluntário (PDV), entre outros. Na busca por solução definitiva para a recomposição de seu quadro de servidores efetivos, a SES/MG realizou dois concursos públicos, diversos Processos de Seleção Interna para Autoridade Sanitária e Processos Seletivos Simplificados. Uma das grandes dificuldades vivenciadas, atualmente, é que os concursos realizados não foram suficientes nem para repor a força de trabalho que se aposentou. Portanto, vivencia-se falta de profissionais, em *número* suficiente, para realizar diversos projetos e processos que vêm crescendo a cada dia.

[3] O Adicional de Desempenho é definido pela legislação (Lei n.º 14.693 de 2003) como sendo "adicional remuneratório, com valor determinado a cada ano, nos termos desta lei, devido mensalmente ao servidor que tenha ingressado no serviço público após a promulgação da Emenda à Constituição n.º 57, de 15 de julho de 2003, ou que tenha feito a opção prevista no art. 115 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição do Estado, e que cumprir os requisitos estabelecidos nesta lei" (MINAS GERAIS, 2010).

Mesmo com as novas carreiras, cargos, tabelas salariais e mecanismos de incentivo, pode-se perceber a pouca atração e retenção de profissionais no Sistema Estadual de Saúde e no Sistema Único de Saúde evidenciada pelas poucas inscrições nos concursos e pelo elevado número de pedidos de exoneração com pouco tempo de exercício.

Essa situação é de fato o maior desafio da gestão de pessoas no SUS/MG: sair de um processo de precarização do trabalho e propor carreiras, cargos e salários que de fato atraiam e mantenham os profissionais e gestores da saúde. É preciso ainda identificar o que realmente atrai e retém os profissionais necessários para o funcionamento do SUS e pensar em estratégias de como propiciar isso no âmbito de Minas Gerais. Também há de se pensar nos contextos socioculturais que se apresentam, principalmente, em municípios do interior, pois, para que a regionalização ocorra, os profissionais da saúde precisam firmar-se nesses municípios e, para tal, necessitam de condições pessoais e profissionais adequadas para que possam residir e exercer sua profissão apropriadamente.

6- Processo de Certificação Ocupacional

A SES/MG vem realizando o processo de Certificação Ocupacional de titular das Gerências Regionais de Saúde de Minas Gerais com o intuito de identificar um rol de pessoas qualificadas e devidamente certificadas, aptas a ocupar esses cargos estratégicos de livre nomeação e exoneração, aumentando a certeza sobre os bons resultados que essas pessoas possam trazer para o serviço público. Essa também é uma ação que fez parte do Estruturador Profissionalização dos Gestores Públicos.

A Certificação Ocupacional, como é tendência na gestão do Estado de Minas Gerais, é baseada em competências definidas especificamente para cada um dos cargos em foco e a principal dificuldade é justamente descrever um mapa de competências que realmente reflita a prática funcional desses gestores, e o principal desafio é formar esses profissionais certificados para minimizarem a distância entre as competências apresentadas e o perfil desejado de competências para exercer o cargo. Esse processo de formação não pode apenas se basear em conteúdos teóricos, e sim em práticas pedagógicas que impactem na mudança do comportamento desses gestores na prática do dia a dia. Por isso, está sendo projetada uma capacitação para todos os atuais gestores a fim de melhorar o seu desempenho no cargo e promover o desenvolvimento de suas competências, garantindo a profissionalização da gestão pública.

7- Observatório de Recursos Humanos em Saúde

A Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SUS/SES/MG),

denominada "Observatório de Recursos Humanos em Saúde", foi implantada em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em 2006. Sua instituição permitiu que profissionais da esfera acadêmica e pública refletissem e propusessem estudos com foco na gestão de pessoas do SUS/MG e principalmente da Atenção Primária à Saúde. Diversas pesquisas já foram realizadas, dentre elas é possível citar:

- A categoria profissional dos médicos: fatores condicionantes de sua atração e fixação na Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais;
- Atração, retenção e a lógica da gestão de recursos humanos: um estudo sobre os médicos da Saúde da Família em Belo Horizonte;
- Gestão de recursos humanos na Saúde da Família: fato ou ficção?;
- Proposição de metodologia de avaliação de desempenho das equipes de Saúde da Família e satisfação de usuários: um desenho elaborado a partir de cidades de Minas Gerais;
- Informação na gestão pública da saúde sob uma ótica transdisciplinar: do global ao local no Estado de Minas Gerais;
- Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais;
- Relatório completo Pesquisa Salarial - Cargos e Funções na Área da Saúde 2005, realizada em 2004 e 2005 em 15 cidades brasileiras;
- Avaliação das maternidades de Minas Gerais – projeto Viva Vida: relatório descritivo.

Nesse contexto, o principal desafio é ter acesso a dados e informações primárias de forma ampla, sistematizada e organizada, e a dados secundários confiáveis, gerando com isso conhecimentos fidedignos e tempestivos. Outro desafio é desenvolver políticas públicas que sejam relevantes ao SUS com base nos resultados das pesquisas, considerando-se que existem recursos escassos e a implementação das políticas depende da participação dos municípios.

8- Programa de Estágio na SES/MG

A partir de 2006, foi implantado o Programa de Estágio da SES/MG, com o intuito de aproximar o serviço do ensino. São diversos os profissionais que já fizeram estágio na SES/MG em diversas graduações, e o histórico tem mostrado ser enriquecedora a experiência para ambas as partes: o aluno, por aprender a como se portar em um serviço e por conhecer mais da prática, o serviço, por obter ideias novas ou atualização de procedimentos por meio de sugestões e contribuições dos estagiários, possibilitando a melhoria na qualidade das ações. O desafio, nesse caso, é tornar o período de estágio tão atrativo que o aluno, ao se formar, queira retornar à SES/MG para continuar

o trabalho desenvolvido. A partir de 2009, a SES/MG possibilitou também a realização de estágio para os alunos do nível médio. Essa é mais uma oportunidade de formação dos profissionais do futuro, especialmente no que tange à postura profissional esperada deles.

9- Central de Atendimento

Como uma das ações de melhoria da qualidade do atendimento aos servidores, foi criada uma Central de Atendimento na qual o servidor, ativo ou inativo, pode tirar suas dúvidas, solicitar serviços e obter certidões. Assim, o servidor tem facilidade em obter diversos serviços em um só lugar com o atendimento humanizado, enquanto é possível aos demais profissionais na área de gestão de pessoas da SES/MG focar nos processos, otimizando-os. A especialização no atendimento nesse caso agiliza a resolução dos problemas, ao mesmo tempo que permite que as áreas técnicas utilizem ao máximo o seu tempo na resolução das questões pertinentes à área. O desafio dessa atividade se resume a como maximizar o conforto dos servidores, possibilitando que aposentados, servidores inativos ou municipalizados não precisem se deslocar até a Central de Atendimento para obter diversos serviços. O atendimento remoto ainda não é viável, mas é um projeto que está sendo estudado e será implantado futuramente.

10- Políticas de Capacitação para os Profissionais que Trabalham em Saúde

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, compreendendo a importância dos profissionais que atuam no SUS/MG para a implementação efetiva das políticas públicas, tem desenvolvido ações para aprimorar e valorizar seus conhecimentos.

Nesse sentido, sua atuação busca possibilitar a maior eficiência da administração pública e melhor qualidade dos serviços prestados à população por meio da estruturação de estratégias que permitam:

- a identificação da necessidade de desenvolvimento de ações educacionais;
- a identificação de competências e de formação dos profissionais de saúde;
- o desenvolvimento de ações educacionais que propiciem a reflexão e a alteração da prática dos profissionais que atuam no SUS/MG, de forma articulada com as políticas públicas de relevância para o Estado;
- a profissionalização, elevação da escolaridade e a ampliação da possibilidade dos servidores estaduais de desenvolvimento em sua carreira;
- o desenvolvimento de programas de formação dos gestores e agentes multiplicadores;

- o desenvolvimento de instrumentos que possibilitem a avaliação das ações educacionais com foco em reação, aprendizado, mudança de comportamento;
- os resultados funcionais e impactos na prática da saúde;
- a geração de informações consolidadas e tempestivas, que propiciem a análise na tomada de decisão de forma a otimizar o investimento em ações educacionais;
- e a valorização dos profissionais que atuam no SUS/MG.

Entre os desafios identificados, destaca-se a necessidade de se fomentar ações educacionais de **Formação de Gestores**, visto que estes estão diretamente ligados à definição das competências necessárias ao alcance dos resultados institucionais. Para tal, faz-se necessária a adoção de metodologia que implique a assimilação de conhecimentos teóricos ligados a essas competências, que tenha aplicabilidade na prática cotidiana do serviço e fomente a capacidade autorreflexiva desses gestores para a melhoria constante do seu desempenho.

Uma das grandes dificuldades, no que tange à formação dos profissionais de saúde ou que trabalham na área de saúde, é que muitas vezes não basta que as ações de capacitação sejam teóricas ou baseadas exclusivamente na teoria, pois a realidade na área de saúde se mostra mais complexa do que aquela definida nos modelos teóricos. Por isso, em muitos treinamentos é necessário que os instrutores ou facilitadores do processo sejam pessoas que dominam a práxis dos processos, que geralmente são os próprios servidores públicos. A dificuldade é que, até hoje, não foi possível definir a melhor forma de se remunerar os servidores ou definir o horário ideal para a realização das capacitações, em função da existência de limites legais para remunerá-los ou dispensá-los em horário de trabalho para exercerem atividades como docentes, supervisores de estágio e outros correlatos à formação e educação para a saúde. Outro ponto preocupante se refere ao preparo dessas pessoas, que conhecem a prática, mas podem estar despreparadas tecnicamente para atuarem como docente ou em atividade correlata.

Assim, com o intuito de minimizar essas questões, a Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde está elaborando uma legislação que permita ao servidor público atuar em capacitações relevantes para a SES/MG durante o seu horário de trabalho e recebendo a remuneração justa para tal, sem prejuízo da sua carreira. Outras sugestões são a multiplicação de atividades de formação pedagógica para melhor preparo desses profissionais no exercício como docente, multiplicador, tutor e outros; criar programas de compensação em banco de horas, quando a ausência for correlata à presença como docente ou atividade afim; e incentivar a formação no serviço.

10.1- Resolução de Capacitação de Servidores da SES/MG

A criação e publicação de uma Resolução de Capacitação de Servidores da SES/MG se constitui como outra ação importante do Choque de Gestão na Saúde, uma vez que essa objetivou clarificar as diretrizes referentes às prioridades de capacitação na SES/MG e normatizar os processos. Assim, a resolução institui regras referentes à forma de realização das ações de capacitação, especialmente no que se refere a afastamentos, ônus para a administração pública, realização de cursos *in company* ou aquisição de vagas em cursos de forma isolada. Nessa nova fase, os cursos *in company* estão sendo priorizados por se entender que possuem a melhor relação custo-benefício (os custos geralmente são mais baixos, e os impactos na administração pública, maiores porque mais pessoas são capacitadas, produzindo o efeito multiplicador e propiciando melhor adaptação da teoria à prática em função da possibilidade de discussão entre diversos semelhantes que participaram do curso). Na resolução, foram estabelecidos ainda critérios para participação dos servidores, buscando-se possibilitar o acesso equânime a todos, estimulando diferentes servidores a participarem de diversas capacitações e a replicarem o conhecimento adquirido.

O principal desafio referente à resolução é rever os critérios constantemente conforme a necessidade da administração pública, estabelecer formas para que a Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde seja capaz de identificar lacunas de treinamentos[4] e de desenvolvimento profissional[5] dos servidores.

10.2- Educação Permanente em Saúde

Conceituada por Ceccim (2010, p. 1) como sendo "a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano", a educação permanente em saúde é a alternativa para a real mudança da prática do trabalho, uma vez que o foco de todas as ações de educação nesse contexto é a melhoria do serviço.

Como a educação permanente é voltada para a melhoria e reflexão da prática no serviço, o conhecimento prático, especialmente aquele referente ao contexto de trabalho, ganha uma dimensão muito relevante, podendo se sobrepujar ao conhecimento estritamente teórico. Na educação permanente, diversos contextos

[4] "Treinamento é a educação profissional que visa adaptar o homem à empresa" (SILVA, 2010, p. 6).

[5] Desenvolvimento profissional visa melhorar a pessoa para o seu crescimento profissional na empresa (SILVA, 2010, p. 6).

podem se tornar um contexto capacitante, e não somente aquele da sala de aula. Uma reunião de trabalho na qual haja discussão sobre a prática e que gere a modificação dessa é uma ação de educação permanente, ao contrário de um seminário ou curso de pós-graduação que um profissional frequente, mas que não gere a melhoria da prática ou que não se relacione ao trabalho.

Assim, o desafio é disseminar o conceito de educação permanente, estimular a criação de contextos capacitantes e ações que tenham como foco a melhoria da prática. Para isso, é necessário modificar a forma de educar, entendendo que nem sempre o professor tem um papel central, refletindo sobre o público envolvido e compreendendo que o adulto somente consegue assimilar os conteúdos que ele consegue aplicar concretamente e que fazem sentido na sua vivência, como afirma Cavalcanti (2010).

11- Conclusão

A busca por estratégias que garantam efetividade às políticas públicas na área da saúde é um grande desafio em Minas Gerais, e a SES/MG tem buscado uma redefinição de suas estratégias seguindo o direcionamento do PMDI. Para isso, é essencial que os servidores da SES/MG que participam direta ou indiretamente do planejamento de ações na área de saúde pública estejam voltados para a busca de resultados para a população.

Tem-se como desafio um cenário de propor um plano de carreira, cargos e salários que gere atratividade e retenção para com os profissionais da SES/SUS/MG, alinhado com políticas públicas que possibilitem melhores condições de vida e exercício profissional nas regiões mais precárias. Além disso, faz-se necessário que a política de formação e educação esteja vinculada às necessidades e pactuações do SUS/MG para com profissionais e gestores de saúde e propicie a ampliação da formação deles para atuarem como docentes, multiplicadores, tutores, entre outros. Todas essas ações visam, assim, aumentar a eficácia, eficiência e efetividade da administração pública no que tange à saúde.

Avanços foram conquistados no que se relaciona ao monitoramento e à avaliação de resultados e no sentindo de se envolver os servidores com a estratégia da SES/MG através da implementação do Acordo de Resultados e da Avaliação de Desempenho, entre outras estratégias. A construção de uma nova cultura na gestão de pessoas está intricada ao fortalecimento de todos os itens citados neste capítulo, como a realização de concursos públicos, a estruturação do plano de cargos e salários e a educação permanente dos profissionais. Os fundamentos estão sendo instituídos, e os primeiros passos foram dados. Todavia, há de se lembrar que o processo de gestão de pessoas é dinâmico, deve responder às mudanças políticas, sociais, culturais e econômicas e, para tal, constitui-se em um desafio constante para os gestores públicos.

Os progressos conquistados são visíveis, mas é importante considerar que esse é apenas o início da mudança de um paradigma na área de pessoas, e que servidores capacitados e comprometidos são essenciais para o alcance dos objetivos estratégicos e resultados finalísticos da SES/MG.

12- Referências

ACORDO DE RESULTADOS. *Prêmio por produtividade*. Disponível em <<http://www.acordoderesultados.mg.gov.br/>. Acesso em: 9 nov.2010.

BRASIL. *Constituição Federal* (Artigo 39, §7º). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

BRASIL. *Emenda à Constituição Federal n.º 19*, de 5 de junho de 1998. Disponível em: <http:/www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

CUNHA JÚNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da. O governo matricial em Minas Gerais: implantado do Choque de Gestão. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACTION PÚBLICA, 9., Madrid, 2004. Disponível em: <nfr:www.clad.org.ve/fultext/0049619.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2010.

CAVALCANTI, Roberto A. *Andragogia:* a aprendizagem nos adultos. Disponível em: <http://vsites.unb.br/fau/disciplinas/SC1/SC1-Textos/002-Andragogia.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2010.

CECCIM, Ricardo B. *Educação permanente em saúde*: desafio ambicioso e necessário. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso#nt1>. Acesso em: 23 nov. 2010.

CUNHA, Aécio N. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado*: PMDI 2007 - 2023. Disponível em: <http://www.serha.mg.gov.br/governo/publicacoes/arquivos/Plano_Mineiro_Desenvolvimento_Integrado_Final.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2010.

CUNHA, Aécio Neves. *Mensagem à Assembleia legislativa*, 2003. Disponível em: <http://www.planejamento.mg.gov.br/governo/publicacoes/mens_governador_ass_legislativa.asp> Acesso em: 21 nov. 2010.

DUTRA, Joel Souza. *Competências*: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoa na empresa moderna. São Paulo: Atlas S.A., 2009.

GUIMARÃES, Tadeu Barreto; TAVARES DE ALMEIDA, Bernardo. Da estratégia aos resultados concretos: a experiência do governo de Minas (2003-2005). *Cadernos BDMG*, Belo Horizonte, BDMG, n. 12, p. 1-76, abr. 2006.

MINAS GERAIS. *Constituição do Estado de Minas Gerais* (art. 30, 31, 35 e 115 do ADCT). Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 43.764*, de 16 de março de 2004. Disponível em: <http:/www.almg.gov.br/>. Acesso em : 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 44.005*, de 8 de abril de 2005. Disponível em: <http:www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 44.099*, de 7 de julho de 2005. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 44.139*, de 27 de outubro de 2005. Disponível em: <http:/www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 44.308*, de 2 de junho de 2006. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 44.503*, de 18 de abril de 2007. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 44.559*, de 29 de junho de 2009. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 44.873*, de 14 de agosto de 2008. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais n.º 45.015*, de 19 de janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Lei Complementar do Estado de Minas Gerais n.º 71*, de 30 de julho de 2003. Disponível em: <http:/www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Lei do Estado de Minas Gerais n.º 14.693*, de 30 de julho de 2003. Disponível em: <http:/www.almg.gov.br/>. Acesso em: 22 nov. 2010.

MINAS GERAIS. *Lei do Estado de Minas Gerais n.º 14.693*, de 30 de julho de 2003. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Lei do Estado de Minas Gerais n.º 15.462*, de 13 de janeiro de 2005. Disponível em: <http:www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Lei do Estado de Minas Gerais n.º 15.786*, de 27 de outubro de 2005. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Lei do Estado de Minas Gerais n.º 15.961*, de 30 de dezembro de 2005. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Lei do Estado de Minas Gerais n.º 17.600*, de 1º de julho de 2008. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

MINAS GERAIS. *Lei do Estado de Minas Gerais n.º 17.618*, de 7 de julho de 2008. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

O CHOQUE DE GESTÃO. Disponível em: <http://aecio-neves-2003-2010.com.br/choque-de-gestao>. Acesso em: 21 nov. 2010.

SILVA, Roseli C. C. *Treinamento e capacitação*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2010.

VILHENA, Renata *et al*. *O Choque de Gestão em Minas Gerais*: políticas da gestão pública. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

VILHENA, Renata. *Programa de Desenvolvimento dos Gestores Públicos.* Disponível em: <http://www.consad.org.br/sites/1500/1504/00000359.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2010.

VILHENA, Renata; ATHAYDE, Luiz Antônio. Choque de gestão na administração pública. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 9., Santiago, Chile, 18-21 Oct. 2005. Disponível em: <http://www.iij.derecho.ucr.ac.cr/archivos/documentacion/inv%20otras%20entidades/CLAD/CLAD%20X/documentos/vilhena.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2010.

Capítulo 18

SISTEMA DE CONTRATUALIZAÇÃO E MONITORAMENTO

Elisabete Costa Reis Dutra
Darissa Marielle Lucas Ferreira
Diego Lanza de Oliveira

1- Introdução

O planejamento estratégico da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) foi desenhado com base no Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), e uma das ações estratégicas desse plano é reorganizar e modernizar a administração pública estadual consolidando em Minas Gerais uma cultura de Estado voltado para resultados (SEPLAG/MG, 2007).

O desenho desse planejamento estratégico é constituído de metas desafiadoras e factíveis através da utilização da metodologia do Balanced Scorecard (BSC). Esse instrumento de gestão estratégica é caracterizado por alguns princípios-chaves como: identificar, redefinir e consensualizar os objetivos estratégicos da SES/MG, partilhando-os com todos os níveis da gestão. O BSC ajuda a criar uma lógica de causa-efeito no planejamento estratégico, permitindo que sejam tomadas as melhores decisões baseadas em fatos e em tempo real, constituindo indutores de ação ou guias para a concretização da estratégia e objetivos definidos (Schneider, 2009). Todo o planejamento é orientado por meio da visão da SES/MG de "ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil, contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se vive mais e melhor".

Considerando a necessidade de inovação no Planejamento Estratégico do setor público, temas como contratos de gestão e contratualização de resultados passam a fazer parte da estratégia em busca de assertividade na gestão de saúde pública e de melhores resultados para a população (Campos; Borges; Portugal; 2009).

2- Estado como ente Contratador

Dentre os papéis fundamentais da SES/MG estão o de formulação, monitoramento e avaliação das políticas de saúde e de seu cofinanciamento,

em ação cooperativa com os governos federal e municipais. Em decorrência de sua estratégia, a SES/MG coloca como função subsidiária a prestação direta de serviços à população. Isso pode ser observado no fato de apenas 7% das internações hospitalares do Estado serem realizadas pela Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), uma fundação estadual subordinada à SES/MG, sendo que 93% das internações são feitas por hospitais públicos, federais e municipais e, principalmente, por hospitais privados filantrópicos.

Nesse contexto, é possível visualizar a necessidade de a SES/MG se fortalecer como ente contratador através da institucionalização de contratos voltados para resultados que atendam à demanda social e que favoreçam a estruturação de uma gestão pública mais eficiente e efetiva. A relação contratual se torna condição prévia para o estabelecimento de relações que levem a prestação de serviços de forma eficiente e com qualidade.

A capacidade de contratação tem sido ampliada e fortalecida na SES/MG nos últimos anos, em coerência com sua missão. A análise da situação do Estado e o trabalho conjunto com as Secretariais Municipais de Saúde favorece a construção de uma estratégia que seja capaz de oferecer uma resposta social aos problemas de saúde da população, e isso é possível por meio da implantação das redes de atenção à saúde. O plano estratégico deve definir as funções de cada prestador de serviços, em cada região, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR). A partir disso, estão dadas as condições para a elaboração de contratos com os diferentes prestadores de serviços.

3- A formalização de Instrumentos Jurídicos entre a SES/MG e os Prestadores de Serviços

A essência dos arranjos contratuais reside em exigir das partes contratantes clareza e foco sobre o que uma quer e a outra pode oferecer. Estes arranjos, quando formais, são materializados por um contrato, ou seja, por um documento que proporciona uma especificação quantificada dos resultados esperados de um serviço de saúde, segundo padrões de qualidade e financiamento prédefinidos durante um determinado período (England, 2002, citado por Lima, 2010).

Na SES/MG, a Assessoria de Contratos Assistenciais (ACA) é a área responsável pela realização de instrumentos contratuais entre a SES/MG e os prestadores de serviços na área da saúde.

Dos municípios mineiros que aderiram ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG) do Pacto pela Saúde, 60 já se tornaram plenos em todos os quesitos estabelecidos nesse termo, tendo autonomia para assumir gestão de seus recursos financeiros e, portanto, de seus contratos. Os demais municípios que já aderiram a esse TCG estão em processo de transição para assumir essa autonomia. Nos municípiois que já adquiriram autonomia, os recursos do

Fundo Nacional de Saúde são repassados diretamente ao Fundo Municipal de Saúde, e eles são responsáveis pelo gerenciamento desses recursos e também pela formalização de todos os contratos com seus prestadores privados. No caso dos municípios que estão em processo de transição, os recursos repassados pelo Ministério da Saúde são administrados pelo Estado, que tem a responsabilidade de gerir todo o processo de contratação de prestadores privados e de firmar Termos de Compromisso com as instituições que forem públicas.

4- Contratação de Prestadores de Serviços da Rede Assistencial Privada

A ACA vivencia grandes desafios na formalização contratual com a rede assistencial privada complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios que estão sob GPAB. Uma de suas principais tarefas é demonstrar que o contrato, além de ser uma exigência legal, é um importante instrumento de gestão e controle, podendo contribuir para uma maior responsabilização das partes envolvidas, além de garantir o direito aos usuários do SUS. Já em relação às instituições prestadoras de serviços, o desafio é conscientizá-las de que o contrato promove garantias legais e assegura que os compromissos pactuados entre as partes sejam cumpridos (Ferreira; Dutra; Lima, 2010).

Nos últimos anos, o Estado de Minas Gerais passou por um redesenho no processo de contratação da rede privada complementar ao SUS, visando a uma maior qualidade na gestão pública. Em dezembro/2007 foi implementado o Manual para Contratação de Serviços Assistenciais que estabelece requisitos e critérios a serem adotados pela Secretaria de Estado de Saúde na realização destes contratos, contribuindo para o alcance de meta estabelecida no Pacto de Gestão do Ministério da Saúde. O Estado de Minas Gerais havia pactuado uma meta de 60% de contratualização (Jabour; Dutra; Lima, 2010).

Além da implantação do Manual para Contratação de Serviços Assistenciais, houve uma redefinição no planejamento estratégico da ACA, possibilitando um grande avanço no que tange à contratação de prestadores da rede assistencial privada complementar ao SUS. Destacam-se entre as estratégias utilizadas pela ACA:

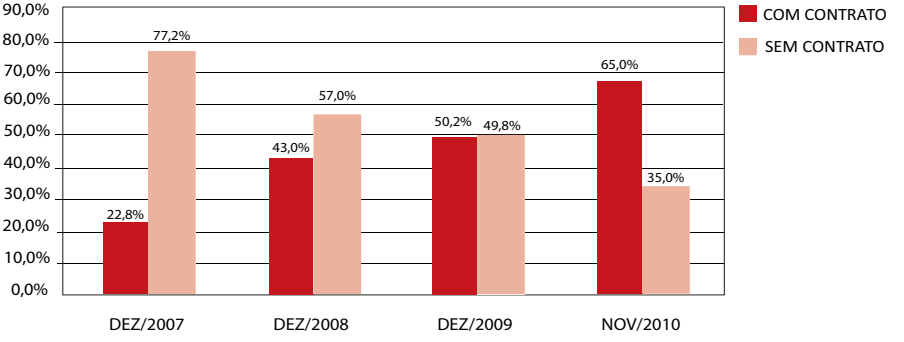
- ações de capacitação e integração de todos os atores envolvidos na formalização dos contratos;
- definição clara de responsabilidades e competências das áreas envolvidas;
- redesenho do fluxo de trabalho com demarcação de prazos para todas as áreas envolvidas no processo de contratação por meio de plano de ação.

5- Avanços Alcançados na Contratação de Prestadores de Serviços da Rede Assistencial Privada

Com a redefinição do planejamento estratégico da ACA pautado sempre nos objetivos finalísticos da SES/MG, resultados positivos foram encontrados

desde o ano de 2007. Isso pode ser observado no gráfico a seguir, que apresenta a porcentagem de contratação de prestadores de serviços da rede assistencial privada complementar ao SUS/MG nos anos 2007, 2008, 2009 e 2010.

Gráfico 1: Porcentagem de contratação de prestadores de serviços da rede assistencial privada complementar ao SUS/MG nos anos de 2007, 2008, 2009 e 2010

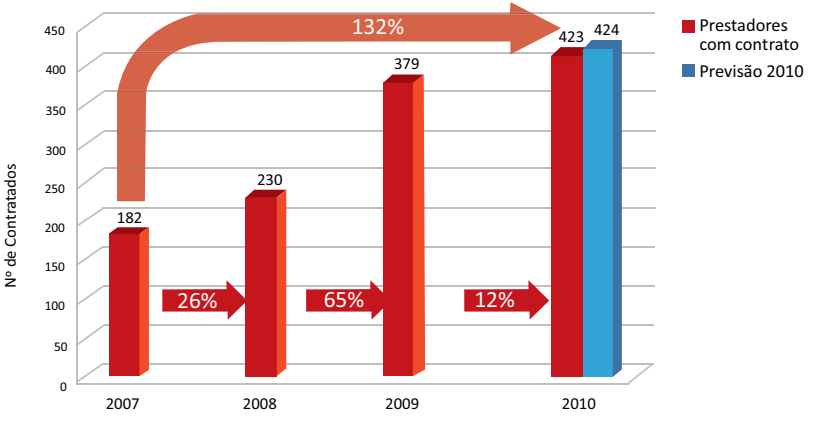


Fonte: Assessoria de Contratos Assistenciais/SES/MG, 2010.

Em dezembro do ano 2007, apenas 22,8% dos prestadores privados que prestavam serviço ao SUS tinham vínculo formal com a SES/MG. Em dezembro do ano 2008, esse percentual subiu para 43%, e atualmente 65% desses prestadores possuem contrato vigente com a SES/MG.

O gráfico a seguir ilustra esse crescimento, demonstrando que desde 2007, houve um crescimento de 132% na contratação desses prestadores de serviço.

Gráfico 2: Evolução do número de contratos entre a SES/MG e prestadores de serviços da rede assistencial privada complementar ao SUS/MG



Fonte: Assessoria de Contratos Assistenciais/SES/MG, 2010.

É importante destacar que existem algumas questões como inadequação de documentação dos prestadores, que impossibilitam a realização de algumas contratações. Diante dessa situação, a SES/MG realizou uma consulta junto à Vice-Governadoria do Estado de Minas Gerais que emitiu parecer determinando que algumas contratações poderiam ocorrer em caráter excepcional, mediante justificativa pormenorizada que leve em consideração o interesse público.

Considerando a situação descrita, é possível vislumbrar que, através do redesenho do processo de contratação, resultados positivos foram alcançados no Estado de Minas Gerais no que tange ao aumento do número de contratos com prestadores privados que prestam serviços para o SUS, com o alcance, inclusive, da meta estabelecida do Pacto de Gestão do Ministério da Saúde de 60% de contratação. O aumento de contratos formalizados garante maior segurança jurídica para as partes, favorece uma maior garantia de atendimento ao cidadão e possibilita um melhor controle e acompanhamento da execução dos recursos públicos.

6- A Busca pela Inovação

No que tange ao controle e acompanhamento de contratos, a ACA tem buscado inovar cada vez mais seguindo sempre o planejamento estratégico descrito no mapa estratégico da SES/MG e utilizando sempre a metodologia do BSC. De acordo com Mendes (2009), o Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) identificou no Estado alguns problemas que devem ser respondidos com a implantação das redes de atenção à saúde. Para isso foram criadas as Redes de Urgência e Emergência, Viva Vida, Mais Vida, Hiperdia e o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) em Minas Gerais (Pro-Hosp). Considerando as interlocuções entre a ACA e as coordenações desses programas, e considerando a necessidade de formalizar instrumentos jurídicos que atendessem às necessidades desses programas e que ao mesmo tempo favorecessem a gestão das Redes de Atenção à Saúde, a ACA implantou um novo modelo de contratação que favorecesse a gestão de resultados: o Contrato Único.

7- Contrato Único

Entendendo a contratualização como uma filosofia de responsabilização e transparência (Campos; Borges; 2009), a ACA implantou o Contrato Único como um instrumento que se constitui como um modelo de gestão para garantir a distribuição dos recursos financeiros e que favorece o controle e a avaliação das atividades cumpridas nos níveis estadual e municipal.

Esse instrumento a serviço da política de saúde favorece a pactuação de compromissos qualitativos e quantitativos com indicadores que estejam alinhados

com as redes prioritárias da SES/MG e que sejam capazes de introduzir alterações fundamentais nas organizações de saúde, potencializando maior responsabilização e favorecendo a defesa dos interesses dos cidadãos e da sociedade.

Para 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 predefinidos e acordados.

Dentro desse contexto, esse novo modelo de contrato visa padronizar, reformular e inovar os contratos assistenciais da SES/MG, no âmbito dos programas estaduais, tendo sempre como perspectiva a qualidade na gestão pública. Esse instrumento é estruturado por uma minuta única de contrato que estabelece de forma inovadora normas gerais de execução, acompanhamento e avaliação no âmbito dos Programas Estaduais, com anexos de metas que contemplam o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp, Viva Vida, Mais Vida –, e em caráter complementar, no âmbito federal, o Programa de Contratualização do Ministério da Saúde. Sua vigência é de 60 meses, seus anexos são revistos anualmente e repactuados os indicadores qualitativos e quantitativos.

Os objetivos desse novo modelo são:

- alinhar o instrumento de contrato em um modelo que contemple desempenhos e resultados em saúde;
- reforçar as competências do planejamento estratégico, permitindo conhecimento adequado das necessidades da população, podendo incluir esses componentes como base do processo;
- acompanhamento gerencial de forma objetiva, padronizada e transparente, aprofundando o estudo e a análise do modelo operacionalizado para monitorização das entidades prestadoras de serviço.

Além disso, uma inovação a ser destacada no modelo do contrato único é a contratação baseada em indicadores factíveis e de relevância para melhoria dos serviços assistenciais, pautada em uma relação ganha-ganha e com garantia de um monitoramento eficiente e eficaz.

Nos casos de Entidades Beneficiadas com Programas Estaduais que estejam localizadas em municípios que já têm autonomia para gerir seus contratos de acordo com TCG do Pacto pela Saúde e para as entidades públicas que estão em fase de transição para assumir essa autonomia é formalizado Termo de Compromisso. Para as Entidades Beneficiadas de natureza jurídica privada, sem fins lucrativos ou filantrópicas pertencentes a esses municípios que estão em fase de transição é formalizado Termo de Metas.

8- Acompanhamento e Avaliação do Contrato Único

O processo de acompanhamento dos termos se inicia a partir de sua publicação, com acompanhamentos quadrimestrais e avaliação anual. Nesses termos, são pactuados indicadores de metas anuais, e o repasse da parte variável do recurso é definido quadrimestralmente pelas Comissões de Acompanhamento, a partir do cumprimento ou não das metas pactuadas. É mister destacar que a etapa do monitoramento representa uma fase contínua e de relevância ainda maior, tendo em vista que o desempenho de todos os objetivos e metas propostos no contrato perpassa como ponto fundamental o processo de contratação.

Nesse ponto, deve se trazer novamente à baila o conceito precípuo do Contrato Único, o da unificação em uma mesma minuta contratual de diversos programas estaduais. Tal fato facilita de forma ímpar o monitoramento desses, uma vez que não será mais necessária a constituição de diversas comissões para avaliação de uma entidade que seja contemplada com mais de um programa. Ganha-se, portanto, em eficiência de tempo e escala.

Assim, para o processo de acompanhamento, foi constituída uma comissão de acompanhamento composta do Gerente Regional de Saúde (GRS), dois membros da GRS, Gestor Municipal de Saúde, um membro do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde regional e um membro da entidade beneficiada, e para a avaliação anual dos anexos e repactuação dos indicadores, a Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde, dois membros do Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Coordenador da Assessoria de Contratos Assistenciais, Coordenador dos Programas contemplados nos termos, Coordenador da Assessoria de Melhoria da Qualidade, Gerente de Informação dos Sistemas Assistenciais da Superintendência de Regulação, Gerência de Auditoria Assistencial, Gerente de Políticas Hospitalares, Superintendência de Epidemiologia, um membro da GRS e um membro do COSEMS (Minas Gerais, 2009).

O monitoramento desses contratos pela ACA iniciou-se com um sistema de informação baseado na plataforma web, garantindo maior confiabilidade da informação. Esse, até então, está sendo preenchido eletronicamente pela Comissão de Acompanhamento, a qual, após preenchimento, recebe um relatório consolidado informando acerca da nota e dos descontos a serem executados. Após isso, tal relatório é enviado à ACA para efetivar os descontos relativos aos indicadores – parte variável – não cumpridos pela entidade beneficiada. O sistema on-line proporciona maior agilidade, confiança e rapidez, permitindo uma análise e compilação mais rápida dos dados, monitorando os contratos nos moldes dos seus termos.

Não obstante, com vistas a assegurar melhor compreensão de todos os indicadores pactuados, bem como auxiliar o parceiro e as comissões na execução e avaliação desses, a Secretaria de Estado de Saúde elaborou um Plano de Gerenciamento.

Tal Plano tem por finalidades:

- Definir as ações e as metas essenciais para o desenvolvimento dos programas estaduais, conforme suas normas gerais e diretrizes específicas.
- Orientar as entidades beneficiadas na execução das ações e das atividades necessárias para o alcance das metas e indicadores pactuados no termo de compromisso ou termo de metas.
- Apresentar a definição de cada um dos compromissos e metas pactuados, bem como sua validação.
- Definir as responsabilidades e os prazos para os atores envolvidos no processo.

Desse modo, a partir do monitoramento adequado, está sendo possível consolidar o processo de contratação em consonância com os objetivos do planejamento estratégico, fornecendo informações que visem aos preceitos da universalidade de acesso à qualidade da atenção prestada e à viabilidade econômica do SUS (La Forgia; Couttoleng, 2009).

8.1- Decreto Estadual n.º 45.468 e GEICOM

O Decreto n.º 45.468 publicado em 13 de setembro de 2010 tem como objetivo inovar a norma que regulamenta o repasse de recursos por meio do Fundo Estadual de Saúde (SES/MG, 2010). Tais alterações têm como premissa deixar mais transparentes as relações institucionais e melhorar a eficiência e efetividade do controle e avaliação dos resultados, possibilitando uma prestação de contas das entidades beneficiadas focada nos indicadores e metas pactuados. A partir de então, todos os repasses financeiros em maior ou menor escala deverão estar vinculados a indicadores e/ou metas.

Tendo em vista as alterações previstas no referido decreto, a SES/MG está desenvolvendo o sistema denominado Gerenciador de Indicadores, Compromissos e Metas (GEICOM). Este novo sistema dinamizará todo o processo contratual, de monitoramento e acompanhamento dos instrumentos contratuais relacionados aos repasses financeiros do Tesouro do Estado. A SES/MG está disponibilizando certificação digital para os prefeitos e secretários municipais de saúde, o que possibilitará maior segurança, agilidade e dinamicidade nos processos contratuais.

O GEICOM traz uma nova formatação para o modo de contratação da SES/MG que tem se tornado cada vez mais inovador. O sistema possibilita a comunicação de dados de forma digital, elevando a confiabilidade da informação, aumentando a dinamicidade do processo através da redução de modelos ultrapassados de monitoramento realizados por meio de arquivos de papel, o que eleva a capacidade de controle e gestão da SES/MG.

9- Considerações Finais

Diante do exposto, é possível vislumbrar que o contrato é um forte instrumento de gestão que se torna cada vez mais indispensável considerando

o planejamento estratégico da SES/MG. Inovações na forma de contratação, monitoramento e avaliação se tornam mecanismos cada vez mais fortes na realidade de uma boa gestão para a saúde. O controle por meio de monitoramento e avaliação dos mecanismos contratuais é o caminho mais apropriado para verificar os reais resultados para os usuários do SUS, e essa é uma inovação fundamental na forma de contratação: a implementação de regras claras contempladas com indicadores factíveis, metas que impactam financeiramente as entidades e que, consequentemente, determinam melhorias permanentes na prestação de serviços assistenciais de saúde. É na construção diária de novas estratégias e na articulação com os diferentes atores envolvidos na gestão de saúde pública em Minas Gerais que uma nova cultura de Estado voltado para resultados vai se constituindo, e esse é sem dúvida o caminho mais viável para tornar Minas Gerais o Estado onde se vive mais e melhor.

10- Referências

CAMPOS, L.; BORGES, M.; PORTUGAL, R. *Governação dos hospitais*. Alfradige: Casa das Letras, 2009.

FERREIRA, D. M. L.; DUTRA, E. C. R.; LIMA; H. O. Desafios na formalização da relação público-privado através de contratos de gestão na área de saúde em Minas Gerais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICAS E GESTÃO DE SAÚDE, I., 2010, Salvador. *Anais*... CD-ROM.

JABOUR, M. T. C. P.; DUTRA, E. C. R.; LIMA, H. O. Evolução na formalização dos contratos assistenciais no Estado de Minas Gerais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICAS E GESTÃO DE SAÚDE, I., 2010, Salvador. *Anais*... CD-ROM.

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

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. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouxa, Rio de Janeiro, 2010.

MENDES, E. U. *As redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MINAS GERAIS. *Resolução SES n. 2.033*, de 16 de setembro de 2009.

SAMICO, I. *et al*. *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SCHNEIDER; F. S. Uso do BSC para disseminação e monitoramento da estratégia: a elaboração do Mapa Estratégico e do scorecard. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, II., Brasília, 2009.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. *Normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo fundo estadual de saúde*. Decreto nº 45.468, 2010.

SECRETARIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO DE MINAS MINAS GERAIS. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 2007-2023*. Belo Horizonte, 2007.

Capítulo 19

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA SAÚDE EM MINAS GERAIS – 2009

Antonio José de Meira
Gisele Onete Marani Bahia

1- Introdução

Minas Gerais vem passando por uma transição demográfica profunda e acelerada, decorrente principalmente da queda da fecundidade e do aumento da expectativa de vida, esta última em consequência direta da redução da mortalidade, sobretudo da mortalidade infantil. Em razão disso, observam-se acentuadas modificações na estrutura etária da população com expressivo aumento do peso relativo da população idosa.

> Como a queda da fecundidade vem se dando de forma mais acentuada do que a mortalidade, o ritmo de crescimento da população tende a se tornar negativo nas próximas décadas.

Concomitantemente a essa transição demográfica, ocorre outra transição que é a do perfil da morbimortalidade da população (transição epidemiológica), que se traduz pela redução da incidência e da mortalidade por doenças infecciosas transmissíveis e pelo acentuado aumento da carga de doenças não transmissíveis, associado ao incremento da mortalidade por causas externas (acidentes e agressões, principalmente).

Nesse contexto epidemiológico de superposição de padrões, está presente a transição nutricional, traduzida pela redução da prevalência da desnutrição proteico-calórica e pelo crescimento da obesidade, sobretudo em jovens. Por outro lado, comportamentos e hábitos de vida pouco saudáveis assumidos pela população, como sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, entre outros,

somando-se com a insuficiência de mecanismos que possam regular os danos ao meio ambiente, os riscos ocupacionais, o aumento dos fatores estressores, decorrentes sobretudo do processo de urbanização da população, amplificam a chance de ocorrência de doenças.

> Esse cenário traz grandes desafios, especialmente para o setor saúde e explicita a necessidade de se 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 Redes de Atenção à Saúde (Mendes, 2009).

Nessa perspectiva, a Vigilância em Saúde tem papel fundamental ao desenvolver ações de vigilância contínua da situação de saúde da população e de seus determinantes, fornecendo subsídios para a formulação de políticas públicas adequadas a esse novo cenário demográfico. É de suma importância o seu papel na organização e integração das redes de atenção, ressaltando-se especialmente a sua interface com a Atenção Primária/Saúde da Família, eixo estruturante para a mudança de modelo de atenção no SUS. Outro aspecto a ser considerado é a sua capacidade de produzir evidências da adequação e do impacto dos resultados das políticas e dos programas governamentais implantados na área da saúde.

Em que pesem aos limites metodológicos observados em uma síntese de tema de tal complexidade, o texto a seguir apresenta uma análise sucinta da situação de saúde da população do Estado de Minas Gerais.

2- Resultados

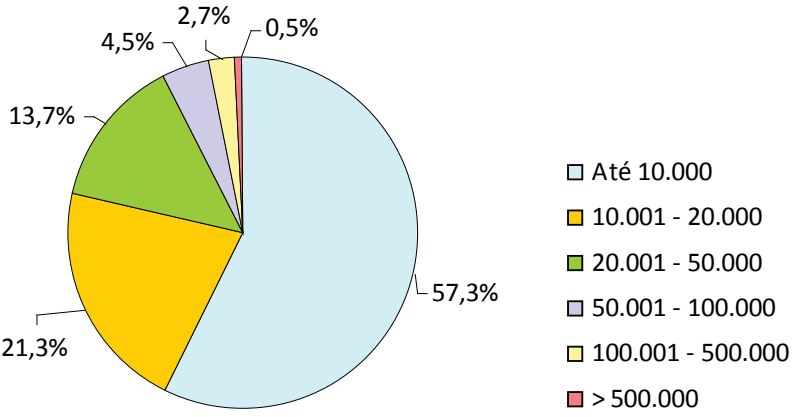
2.1- Aspectos Demográficos

2.1.1- População e sua Distribuição Geográfica

A população estimada de Minas Gerais, em 2009, foi de 20.034.068 habitantes, residentes em seus 853 municípios.

Aproximadamente 57% desses municípios tinham uma população de até 10.000 habitantes, e somente vinte e três deles contavam com população acima de 100.000 residentes, equivalendo, entretanto, em seu total, a cerca de 44% da população do Estado (Graf. 1).

Gráfico 1: Proporção de municípios de acordo com seu porte populacional, Minas Gerais, ano 2009

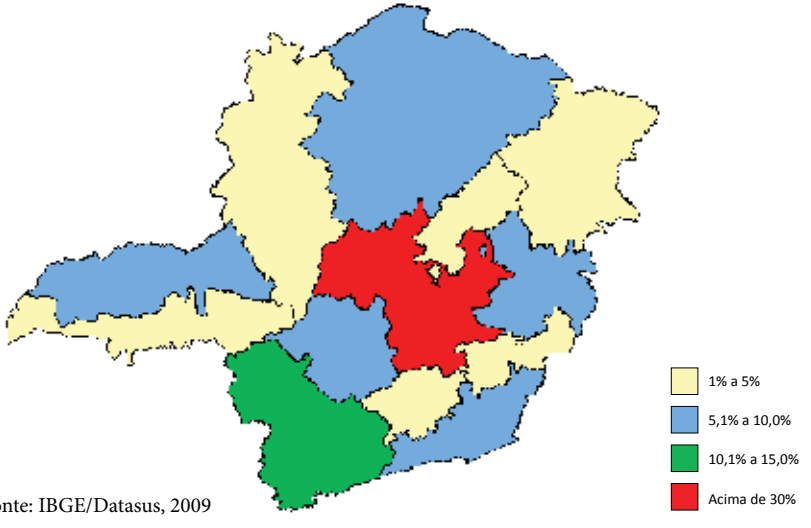


Fonte: IBGE/DATASUS, 2009

A proporção de municípios de menor porte populacional (até 10 mil hab.) é maior nas Macrorregiões de saúde Centro-Sul, Sudeste, Leste e Leste do Sul, e os de maior porte (100.000 hab. e mais) concentram-se nas Macrorregiões de Saúde Centro, Triângulo do Norte e Centro-Sul.

Na Fig. 1, pode-se observar que a acro Centro, onde se localiza a região Metropolitana de BH, é a de maior porte populacional, concentrando cerca de 32% da população total do Estado.

Figura 1: Proporção da população residente nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 2009



Fonte: IBGE/Datasus, 2009

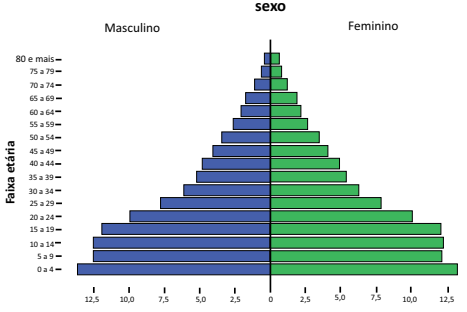
2.2- A Estrutura Etária

A estrutura etária da população do Estado vem sofrendo alterações típicas do processo de transição demográfica, caracterizado pelo envelhecimento populacional.

Essa transição se evidencia pela redução do peso relativo da população de menores de 15 anos, que diminuiu de 38% em 1980 para 24,3% em 2009, pelo aumento da participação da população com idade de 15 a 64 anos, que passou de 57,9% para 67,9%, e da população da faixa etária com 65 e mais anos, que apresentou um crescimento de 4,0% para 7,7% do total da população, no mesmo período.

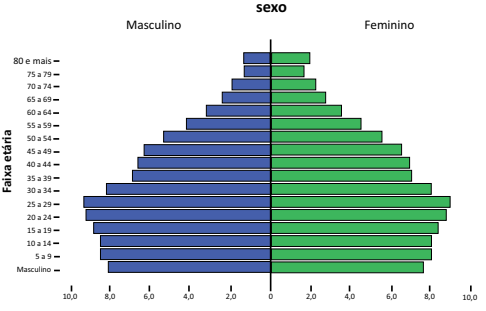
As Fig. 2 e 3 demonstram a distribuição proporcional da população em 1980 e 2009, segundo faixa etária no Estado.

Figura 2: Estrutura Etária Populacional, Minas Gerais 1980



Fonte: IBGE/DATASUS, 2009

Figura 3: Estrutura Etária Populacional, Minas Gerais 2009



Fonte: IBGE/DATASUS, 2009

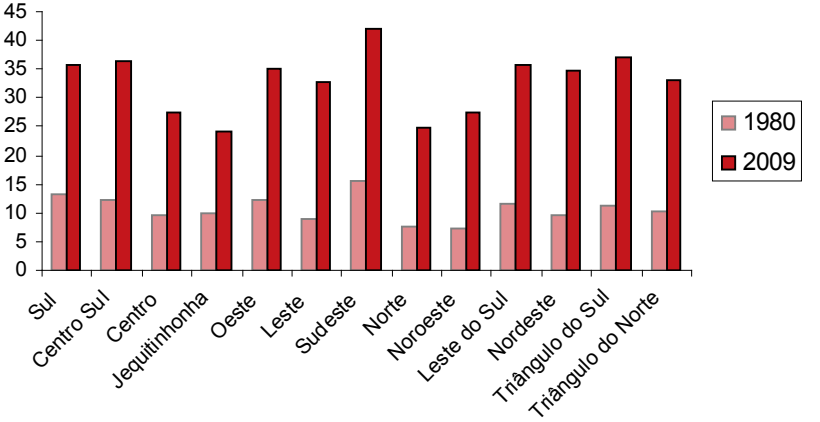
Na pirâmide populacional do Estado, em 2009, é observada nítida redução em suas bases, reflexo do declínio da fecundidade, aumento das idades intermediárias e dos idosos; entre estes, verifica-se maior aumento da proporção de pessoas do sexo feminino em razão da menor mortalidade entre as mulheres.

2.3- Razão de Envelhecimento

A razão de envelhecimento da população do Estado (representado pela população de pessoas com 65 e mais anos de idade em relação a cada 100 pessoas menores de 15 anos) triplicou entre os anos de 1980 e 2009. No primeiro ano, essa razão foi de 10,6%, e no segundo, de 31,7%.

O Graf. 2 demonstra a razão de envelhecimento nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, no período de 1980 e 2009.

Gráfico 2: Razão de envelhecimento
nas macrorregiões de saúde de Minas Gerais, 1980 e 2009



Fonte: IBGE, 2009.

Observa-se aumento da razão de envelhecimento acima da média do Estado nas Macrorregiões de Saúde Sul, Centro-Sul, Oeste, Leste, Sudeste, Leste do Sul, Nordeste, Triângulo do Sul e Triângulo do Norte.

Os elementos da dinâmica populacional no processo de envelhecimento da população estão relacionados, conforme já mencionado, com o aumento da expectativa de vida e com a diminuição da fecundidade, mas esse processo dinâmico também pode refletir o fluxo de correntes migratórias de jovens em agrupamentos populacionais específicos, especialmente em regiões com mercado de trabalho escasso.

O progressivo aumento da população idosa resultará em um aumento da carga de doenças e de incapacidades com o consequente incremento da demanda por serviços médicos e sociais e crescentes gastos com a atenção à saúde no âmbito do SUS.

Um dos desafios diz respeito à adequação e à formação permanente de recursos humanos para atendimento geriátrico e gerontológico em toda a rede de atenção.

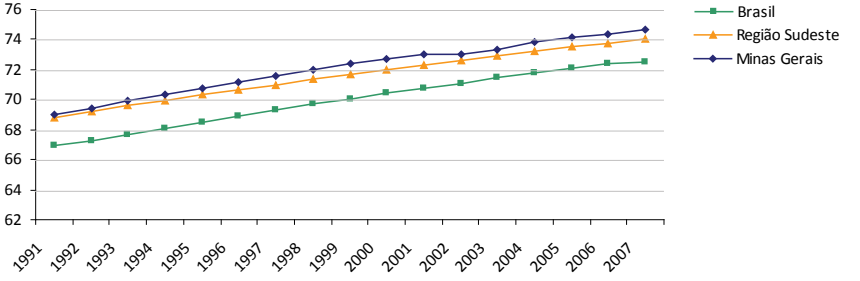
As políticas públicas deverão promover a necessária adequação para fornecer serviços e benefícios de qualidade para que essa população possa ter uma vida condigna e ativa.

2.4- Expectativa de Vida ao Nascer

Entre os Estados da região Sudeste do Brasil, Minas Gerais é o que tem apresentado maior expectativa de vida ao nascer, desde o ano de 1996, com aumento contínuo e gradual.

No período de 1991 a 2007, o ganho observado em Minas Gerais, em números absolutos, foi de 5,62 anos, significando aumento relativo de **8,1%**; na região Sudeste do Brasil, esse aumento foi de 7,6%, e no país, de 8,3% (Graf. 3 e 4).

Gráfico 3: Anos de vida esperados ao nascer, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2007



Fonte: DATASUS-MS, 2009.

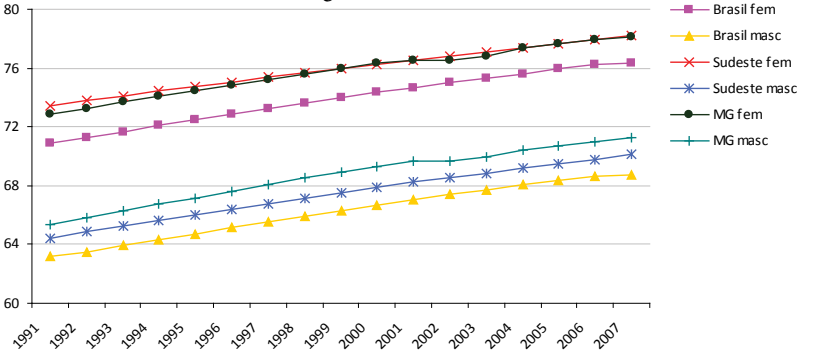
A tradução do aumento da expectativa de vida, apontada no Graf. 4 está relacionada com a redução da mortalidade, sobretudo da mortalidade infantil.

Considerando o período de 1984 a 2009, a taxa de mortalidade geral padronizada da população do Estado de Minas Gerais teve queda de 22,5%, passando de 7,1/1.000 para 5,5/1.000 respectivamente.

A expectativa de vida é maior na população feminina, decorrente da menor mortalidade observada entre os idosos desse gênero.

Em Minas Gerais, no que diz respeito às mulheres, a expectativa de vida ao nascer é de 78,2 anos, enquanto nos homens é de 71,3 (ano de referência 2007- IBGE)

Gráfico 4: Expectativa de vida de homens e mulheres, Minas Gerais, região Sudeste e Brasil, 1991-2007



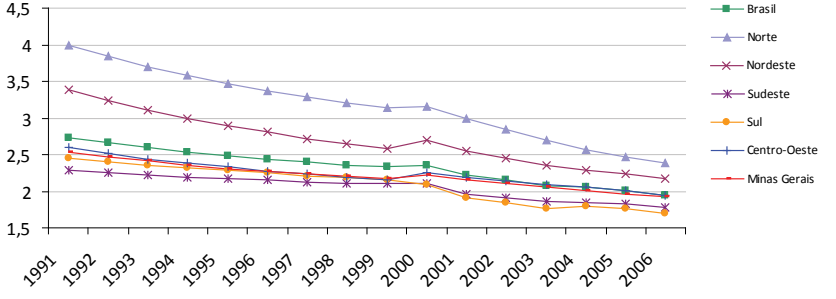
Fonte: DATASUS.

2.5- Fecundidade Total

Em Minas Gerais, a taxa de fecundidade foi de 1,92 em 2006, estando, portanto, abaixo do limiar de reposição populacional. É de se destacar ainda que ela vem decaindo de forma continuada nas últimas décadas, tendo sofrido redução de 24,1% no período de 1991 (2,53) a 2006 (1,92). Essa tendência é observada em todo o país, com maior redução na região Norte do Brasil (36,6%) no mesmo período.

O Graf. 5 demonstra a queda da fecundidade em Minas Gerais, no Brasil e suas regiões.

Gráfico 5: Taxa de fecundidade total,
Brasil e suas regiões e Minas Gerais, 1991 a 2006.



Fonte: Estimativa IBGE, 2009

Essa queda da fecundidade, observada inicialmente em países desenvolvidos, vem se dando no Brasil, de forma bem mais acelerada, destacando-se, entre seus determinantes, os padrões de desenvolvimento econômico-social e político institucional, com a intensificação da urbanização, da inserção progressiva da mulher no mercado de trabalho, assim como de fatores inibidores de fecundidade (Simões, 2007).

3- Mortalidade Infantil em Minas Gerais

A mortalidade infantil designa a magnitude dos óbitos ocorridos entre os menores de um ano de idade em determinado espaço geográfico e em determinado tempo, geralmente correspondente a um determinado ano civil.

A medida dessa magnitude se faz por um indicador que expressa o risco de morrer antes de se completar o primeiro ano de vida em cada grupo de 1.000 nascidos vivos. Esse indicador, taxa de mortalidade infantil, constitui importante sinalizador das condições de saúde, do meio ambiente e da situação socioeconômica da população, bem como do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, especialmente da assistência pré-natal, ao parto e ao

recém-nascido (Meira, 2008). Sua redução depende de ações relacionadas às condições de vida da população e de políticas públicas de saúde (França; Lansky, 2009).

Os óbitos dos menores de um ano vêm tendo decréscimo acentuado desde as primeiras décadas do século passado em todo o país.

A projeção nacional para o ano 2012 é de se alcançar uma taxa de 14,3/1.000 nascidos vivos (Brasil, 2007); em 2006, a taxa observada foi de 20,7/1.000.

Em Minas Gerais, é também constatada redução contínua e sustentada da taxa de mortalidade infantil. Na série histórica, compreendida entre os anos de 2002 e 2009, a variação proporcional relativa negativa (VPR) entre o primeiro e o último ano da série, foi de 23,3% (Tab. 1).

Tabela 1: Taxa de mortalidade infantil do Estado de Minas Gerais, no período de 2002 a 2009

Taxa de Mortalidade infantil	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	18,0	17,6	16,9	16,5	16,3	14,9	14,6	13,8

Fonte: DATASUS, 2009.
Nota: Taxas de 2008 e 2009 sujeitas a atualização, após fechamento dos bancos de dados dos Sistemas SIM e SINASC.

Entre os anos de 2002 e 2006, a Variação Proporcional Relativa (VPR) negativa foi de 9,4%, com maior queda entre 2006 e 2009, quando ela foi de 15,3%. Se confirmadas as projeções, até o ano de 2014, a taxa de mortalidade infantil será de 9,4 com limites inferior de 7,7 e superior de 11,0 (regressão linear simples).

É de se destacar que a queda da mortalidade infantil observada de 2002 a 2009 acelerou a partir de 2006, período em que foi de 15,3%. Esse resultado indica para ganhos positivos alcançados pelo Programa Viva a Vida, cuja metassíntese é a redução da mortalidade infantil.

3.1- A Mortalidade Infantil nos Períodos Neonatal e Pós-Neonatal

A magnitude da mortalidade infantil não é homogênea em todo o período de vida considerado (menos de um ano) e está relacionada a causas que, embora possam estar presentes em todo o período, se diferenciam por sua grandeza e condições desfavoráveis.

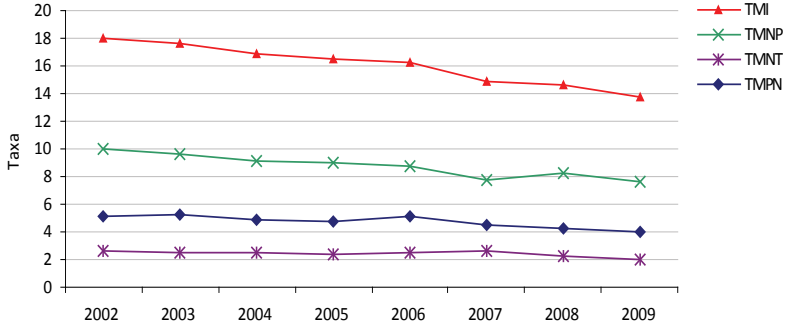
Por essas razões, para se identificar os fatores de risco e intervenção que os minimizem, faz-se o desdobramento do tempo de vida considerado (< um ano) em três períodos:

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

Mais da metade dos óbitos entre os menores de um ano de idade têm ocorrido no período neonatal precoce, com pequenas oscilações na série histórica analisada. O seu peso relativo médio nesse período (2002-2009) foi de 55%, enquanto a do componente pós-neonatal foi de 30%.

Ao se analisar as taxas de mortalidade ao longo do período de 2002 a 2009, observam-se reduções com valores próximos no componente neonatal precoce (24%) e no pós-neonatal (22%), entretanto, no período de 2006 a 2009 constata-se que, no componente neonatal precoce, a redução foi muito mais expressiva, alcançando 13%, enquanto no pós-neonatal foi de 5%, conforme demonstrado no Graf. 6.

Gráfico 6: Taxa de Mortalidade Infantil e seus componentes – Minas Gerais, 2002-2009.



Fonte: DATASUS e CPD/GIE/SE/SES, 2009.
Nota: 2008 e 2009 sujeitos a atualização.

Destaca-se que, para a redução da taxa de mortalidade no componente neonatal precoce, há que se priorizar ou potencializar sobretudo a assistência com qualidade no pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

As políticas adotadas no Estado de Minas Gerais foram incisivas nesse aspecto, o que pode ter influenciado para se obter o resultado mencionado.

3.2- Problema: Mortalidade Infantil em Queda, mas com Elevado Número de Óbitos Evitáveis

Para que se possam priorizar as intervenções com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil, é necessário introduzir-se o conceito de causas evitáveis ou reduzíveis imputáveis ao setor saúde. São causas de mortes evitáveis,

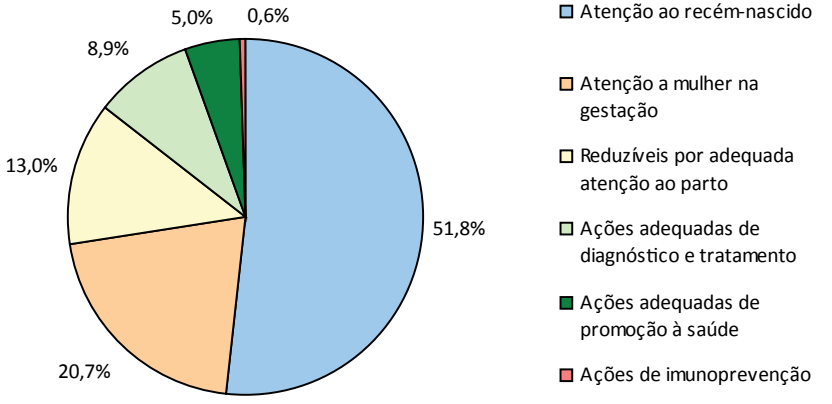
nesse caso, "aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época" (Malta *et al.*, 2007).

Essa definição incorpora dois pressupostos: a existência do conhecimento e da tecnologia e a sua acessibilidade. Os autores citados, valendo-se de uma revisão da literatura referente à base conceitual e empírica das listas de causas evitáveis e por demanda do Ministério da Saúde, propuseram duas listas de causas evitáveis dependentes de tecnologia ofertada pelo SUS: uma para a faixa etária de menores de cinco anos de idade e a outra para cinco anos e mais.

Ao se adotar a lista do primeiro grupo de idade, constata-se que **73,3%** dos óbitos ocorridos em menores de um ano de idade em Minas Gerais decorrem de causas consideradas evitáveis.

Dessas causas, mais da metade (51,8%) são passíveis de redução por meio da adequada atenção ao recém-nascido, conforme é mostrado no Graf. 7.

Gráfico 7: Proporção de óbitos de menores de um ano de idade por causas evitáveis, por meio de conjuntos de ações adequadas, Minas Gerais, 2009



Fonte: CPD/GIE/SE/SVS/SES, 2009.
Nota: Lista de causas evitáveis de menores de cinco anos por intervenções do SUS, de Malta *et al.* (2007).

4- O Nascimento e suas Condições

O conhecimento das condições das crianças ao nascerem e de seus fatores determinantes é fator imprescindível para a formulação de programas e respectivas ações voltadas para a promoção da saúde do recém-nascido e consequentemente de intervenção sobre a mortalidade infantil.

Entre essas condições, destacam-se o peso ao nascer e a idade gestacional, que são fatores importantes na predição da mortalidade de menores de um ano de idade. Por sua vez, a assistência pré-natal e algumas características da mãe, tais como a idade, a escolaridade, os intervalos interpartais, são importantes determinantes daquelas condições (Meira, 2008).

4.1 O Peso ao Nascer e a Prematuridade

São considerados de baixo peso os nascidos vivos com peso abaixo de 2.500 g, e com sobrepeso aqueles com mais de 5.000 g (OMS, 1995).

Estudos brasileiros mostram que o risco de óbito neonatal de crianças que nasceram com peso entre 1.500 g e menos de 2.500 g é sete vezes maior do que entre aquelas que nasceram com peso considerado normal (2.500 g a 5.000 g), aumentando o risco para 58 vezes quando o peso situa-se entre 1.000 g e 1.500 g (Brasil, 2006).

> Em Minas Gerais, a proporção de crianças nascidas com baixo peso está estabilizada. Entre os anos 2002 e 2009, essa proporção variou entre 9,4% e 9,6%. Segundo Vitória (2001), essa proporção é considerada aceitável, se comparada com a observável em países desenvolvidos, que é de 6%, estando bem abaixo da estimativa de 18% para os países com baixo nível de desenvolvimento econômico e social.

A prematuridade, isto é, nascidos vivos de gestações com menos de 36 semanas, é também considerada fator preditivo de mortalidade infantil. A chance de morte dessas crianças, antes de completarem um ano de idade, é 40 vezes maior do que a de crianças nascidas de gestação a termo (Bittar, 2001).

A proporção de partos prematuros no nosso Estado oscilou, entre os anos de 2002 e 2009, num percentual de 6,6% (2002) e 7,6% (2009), sendo essa proporção maior entre os nascidos vivos de mães adolescentes e com idade compreendida entre 40-49 anos.

> Morais Neto e Barros (2000) ponderam que "o peso ao nascer e a duração da gestação não devem ser estudados como fatores de risco isolados, mas como mediadores por meio dos quais atuam diversos determinantes e condicionantes da mortalidade infantil".

5- A Carga de Doenças na Mortalidade Geral do Estado

Os indicadores de mortalidade do Estado evidenciam um processo de transição epidemiológica contínua, combinando, entre suas causas, doenças transmissíveis e não transmissíveis além das causas externas, com a

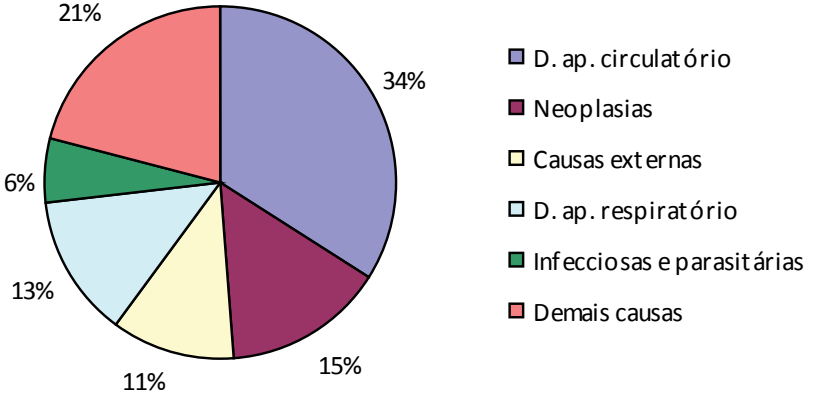
progressiva redução dos óbitos pelas doenças do primeiro grupo e aumento contínuo daquelas do segundo e terceiro grupos.

Entre as doenças não transmissíveis, destacam-se as dos grupos do aparelho circulatório (cardiovasculares), neoplasias, as endócrinas, nutricionais e metabólicas, que em conjunto representaram 53% da carga total de causas de óbitos no Estado, em 2009 (Graf. 8).

Entre as doenças do aparelho circulatório, ressaltam-se as cerebrovasculares, responsáveis por 31% das mortes decorrentes daquele grupo, com taxa de 47/100.000 hab.; as doenças isquêmicas do coração, responsáveis por 25%, com taxa de 38/100.000, entre essas principalmente o infarto agudo do miocárdio, e as doenças hipertensivas, com uma proporção de 13% em relação ao grupo e uma taxa de 20/100.000.

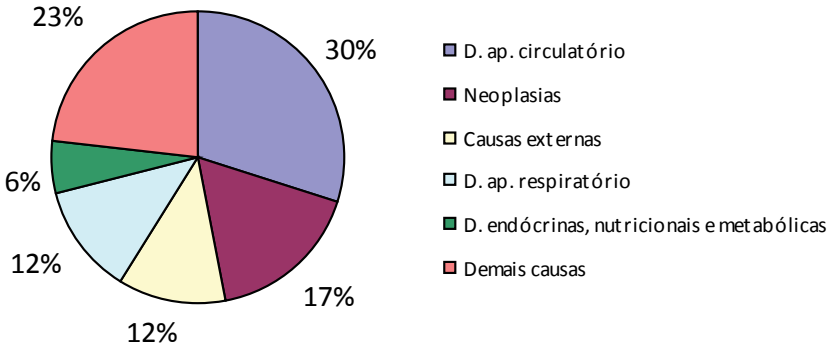
Em seu conjunto, a carga das doenças do aparelho circulatório na mortalidade vem tendo discreta redução, oscilando entre 34% em 2002 e 30% em 2009. As taxas específicas de mortalidade por esse grupo de causas, por sua vez, foram de 156/100.000 hab. e 151/100.000 hab. nos anos de 2002 e 2009, respectivamente (Graf. 8 e 9).

Gráfico 8: Mortalidade proporcional pelos principais grupos de causas de mortalidade, Minas Gerais, 2002



Fonte: CPD/GIE/SE/SVS/SES/MG, 2009.
Nota: Proporção em relação aos óbitos por causas definidas.

Gráfico 9: Mortalidade proporcional pelos principais grupos de causas de mortalidade, Minas Gerais, 2009



Fonte: CPD/GIE/SE/SVS/SES/MG, 2009
Nota: Proporção em relação aos óbitos por causas definidas.

A proporção de óbitos por **neoplasias**, segundo grupo de causas de mortalidade em Minas Gerais, vem apresentando aumento, embora discreto. Essa proporção cresceu de 15% em 2002 para 17% em 2009. A taxa específica por esse grupo de causas teve, entretanto, aumento expressivo no mesmo período, 69/100.000 hab. em 2002 e 86/100.000 hab. em 2009, o que corresponde a uma V.P.R. positiva de 25%.

Com relação ao sexo masculino, preponderaram as neoplasias de localização primária na próstata, traqueia, brônquios e pulmões e, no sexo feminino, as de mama, traqueia, brônquios e pulmões.

O peso relativo do grupo de causas externas na mortalidade manteve-se estável entre os anos 2002 e 2009, atingindo um percentual de 11% e 12%, respectivamente, em relação ao total de óbitos por todas as causas definidas. A taxa específica por esse grupo de causas, porém, teve um crescimento sustentado durante todo o período citado. Essa taxa foi de 52/100.000 hab. em 2002 e 59/100.000 hab. em 2009.

Entre as causas desse grupo, destacam-se as agressões/homicídios e os acidentes de transporte, principalmente entre os jovens com idade compreendida entre 20-39 anos, faixa mais produtiva da vida. Entre os idosos, destacam-se os acidentes de transporte e quedas.

É importante destacar que, embora a maior proporção de óbitos por todas as causas externas ocorra entre os jovens da faixa etária de 20 a 39 anos – em 2009 essa atingiu um percentual de 43% do total das causas externas –, o risco de se morrer nessa faixa etária foi de 80/100.000 hab., enquanto, entre os idosos, o risco foi bem maior, atingindo 105/100.000 hab.

Observa-se também que, entre os idosos, a taxa específica de mortalidade por acidentes de transporte foi também maior, sendo de 27,7/100.000 hab., enquanto entre os jovens, foi de 25,9/100.000 hab.

É de se destacar ainda o expressivo significado que têm as quedas na causalidade das mortes na população com idade de 60 e mais anos, cuja taxa específica em 2009 foi de 24,5/100.000 hab., próxima daquela decorrente de acidentes de transportes entre os jovens de 20-39 anos (25,9/100.000 hab.).

Entre as doenças do aparelho respiratório, cuja taxa específica em 2009 foi de 59/100.000 hab., a principal foi a pneumonia.

O risco de óbito por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, medido por sua respectiva taxa específica, teve crescimento também sustentado durante o período de 2002 a 2009, embora com oscilações discretas ano a ano. Essa taxa foi, respectivamente, de 25/100.000 hab. e 29/100.000 hab. nos anos considerados. Nesse grupo de causas, destaca-se o diabetes *mellitus* com participação relativa de 71% em relação ao total de óbitos por esse grupo de causas. Aproximadamente 76% dos óbitos por essa doença foram de pessoas com idade de 60 anos e mais.

A carga de doenças dos cinco grupos – aparelho circulatório, neoplasias, causas externas, aparelho respiratório e doenças endócrinas nutricionais e metabólicas – foi a razão de 78% do total dos óbitos por causas definidas em ambos os anos de 2002 e 2009.

5.1- Anos de Vida Perdidos por Morte Prematura (YLL)

Um dos desafios e preocupação da SES/MG é fomentar estudos sobre os anos de vida perdidos por mortes prematuras e incapacidades com vistas ao estabelecimento de políticas públicas de atenção e cuidados que possam ampliar a expectativa de vida com qualidade da população e tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver, até o ano de 2023.

A avaliação dos anos de vida perdidos por morte prematura e incapacidades é objeto de estudos sobre cargas de doenças. Estudo dessa natureza está sendo realizado por demanda da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, através da Subsecretaria de Vigilância em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz).

Esse estudo tem dois componentes: o primeiro, que dimensiona o número de anos de vida perdidos por morte prematura e suas causas, e o segundo, o de anos vividos com incapacidade.

Os primeiros resultados obtidos referem-se ao indicador YLL (Years of Life Lost), que mede a perda de vida prematura por morte. Esses resultados, relativos ao triênio 2004-2006, mostram, no âmbito de todo o Estado, forte

semelhança entre os indicadores YLL e os de mortalidade, sendo observada, entretanto, acentuada desigualdade entre esses indicadores em algumas das macrorregiões de saúde do Estado.

A taxa padronizada de YLL do Estado por todos os grupos de causas foi de 89/1.000 hab. As taxas mais altas foram observadas nas macrorregiões de saúde que apresentam indicadores de desenvolvimento socioeconômico mais baixos do Estado: as Macrorregiões Nordeste (136/1.000), Jequitinhonha (111/1.000) e Norte (100/1.000). Além dessas, duas outras macrorregiões tiveram taxas superiores a do Estado como um todo: Centro-Sul (92/1.000) e Leste (91/1.000).

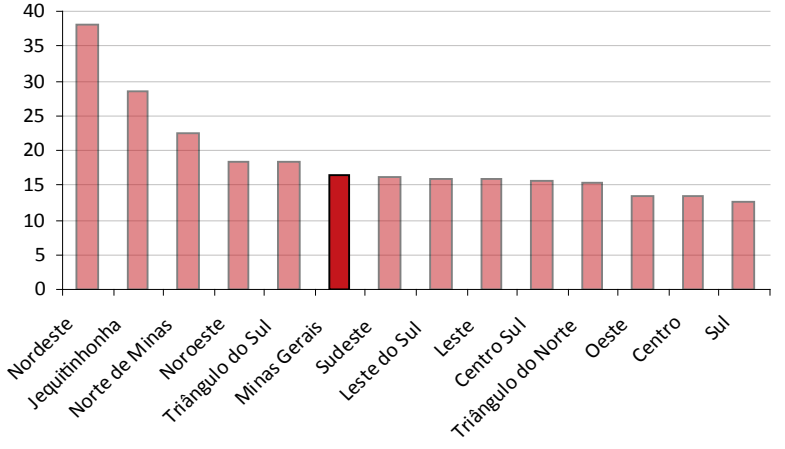
As doenças crônico-degenerativas (grupo II) responderam por 66% do total de anos de vida prematura perdidos por morte, enquanto as do grupo I (infecciosas e parasitárias, infecções respiratórias, condições maternas, do período perinatal, deficiências nutricionais) responderam por 18%, e as do grupo III (causas externas), por 16%.

As taxas padronizadas dão outra dimensão dos resultados, pois refletem o risco de perdas de vida devido a mortes prematuras.

Entre as doenças crônico-degenerativas, destacam-se as cardiovasculares (taxa de 23,9/1000) e as neoplasias malignas (13/1000).

Chama a atenção as taxas de YLL por doenças dos grupos II e I das Macrorregiões Nordeste, Jequitinhonha e Norte e que são as mais altas em relação às demais macrorregiões, denotando um padrão diferenciado das demais macrorregiões (Graf. 10, 11 e 12).

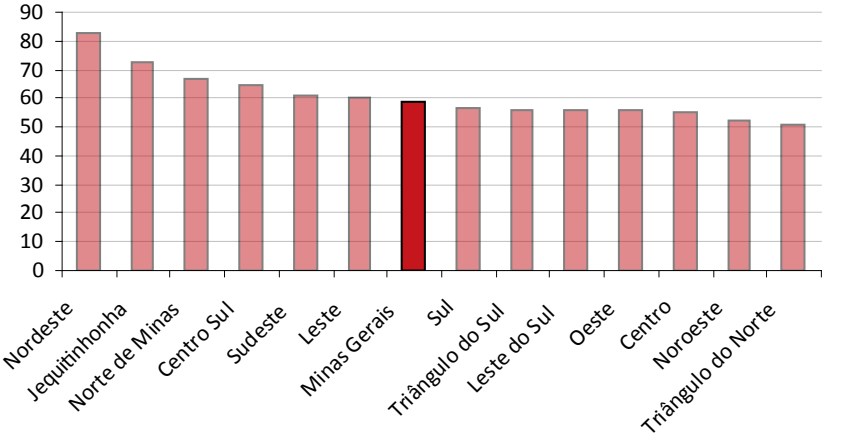
Gráfico 10: Taxas ajustadas de anos de vida perdidos por morte prematura, devido às causas do grupo I, por macrorregião de saúde de Minas Gerais, triênio 2004-2006



Fonte: LEITE *et al.*, 2005.

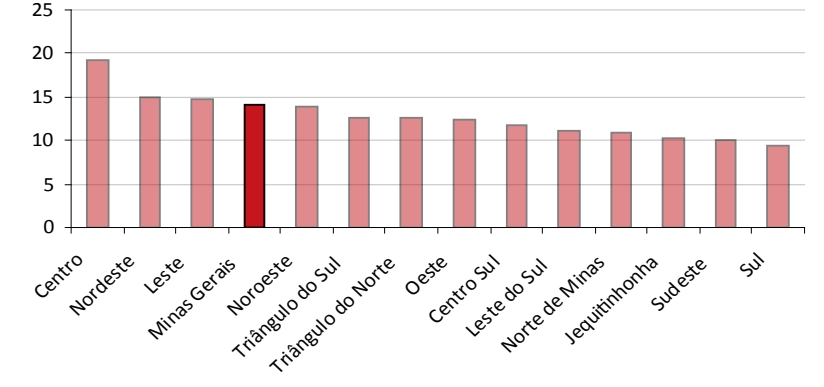
Nota: Grupo I: Infecciosas e parasitárias; Infecções respiratórias; Condições maternas; Condições do período perinatal; Deficiências nutricionais.

Gráfico 11: Taxas ajustadas de anos de vida perdidos por morte prematura, devido às causas do grupo II, por macrorregião de saúde de Minas Gerais, triênio 2004-2006



Fonte: LEITE *et al.*, 2005.
Nota: Grupo II: Doenças crônico-degenerativas.

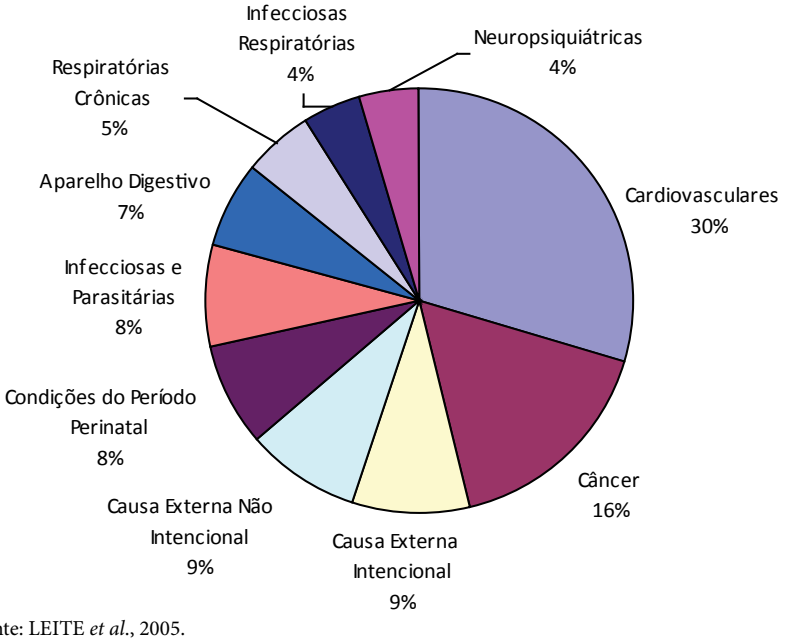
Gráfico 12: Taxas ajustadas de anos de vida perdidos por morte prematura, devido às causas do grupo III, por macrorregião de saúde de Minas Gerais, triênio 2004-2006



Fonte: LEITE *et al.*, 2005
Nota: Grupo III: Causas externas e condições orais.

O Graf. 13 demonstra os dez principais grupos de causas de YLL em Minas Gerais no período de 2004-2006.

Gráfico 13: Proporção de anos de vida perdidos por morte prematura (YLL), segundo os principais grupos de causas, Minas Gerais, 2004-2006



Fonte: LEITE *et al*., 2005.

6- Doenças Transmissíveis Endêmicas

Entre os determinantes do processo de transição epidemiológica, foram ressaltadas as mudanças que vêm ocorrendo na estrutura etária da população, a transição demográfica. A transição do perfil da morbimortalidade (transição epidemiológica) tem, contudo, outro determinante de fundamental importância que é a erradicação/eliminação/controle de várias doenças transmissíveis. Nesse aspecto, há que se considerar a melhoria de condicionantes da qualidade de vida, dos avanços dos conhecimentos na área biomédica e de programas governamentais exitosos no setor saúde.

Entre os programas exitosos na área da saúde, destacam-se: manutenção da erradicação da transmissão autóctone da poliomielite, eliminação do sarampo e redução da incidência do tétano neonatal a níveis abaixo do parâmetro da OMS para se considerá-lo como eliminado; redução da raiva humana transmitida por animais

domésticos, da difteria, da coqueluche, da rubéola e da hanseníase. Nesse rol de ações exitosas, é de se acrescentar os bloqueios de febre amarela silvestre, impedindo a sua urbanização, além do êxito alcançado no controle da transmissão vetorial da doença de Chagas, de grande significado epidemiológico no nosso Estado.

Como agendas inconclusas, destacam-se a dengue, as leishmanioses, as meningites e a AIDS. O controle dessas endemias requer o fortalecimento da integração entre as áreas de Vigilância em Saúde e da Assistência à Saúde, considerando que o diagnóstico e o tratamento precoces dos doentes são determinantes para uma interrupção da cadeia de transmissão. Tornam-se necessárias também ações multissetoriais já que o seu caráter de endemicidade se deve, em grande parte, a determinantes externos ao setor saúde, tais como: desmatamentos, ampliação das fronteiras urbanas sem adequada infraestrutura, alterações ambientais decorrentes de grandes obras e de condições socioeconômicas (Carmo *et al.*, 2003).

6.1- Dengue

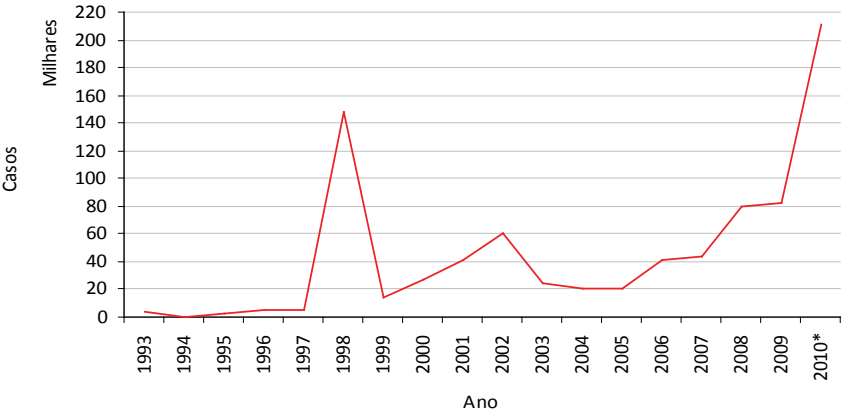
Em 1973, o Brasil declarou como erradicado o vetor da dengue (e da febre amarela), o *Aedes aegypti*; entretanto, três anos depois, ele ressurgiu, e, em 1980, ocorreram os primeiros casos notificados da dengue no Norte do país. Em 1986, ocorre a primeira epidemia da doença no Rio de Janeiro, que disseminou, a seguir, para outros seis Estados (Brasil, 2009). Em 1998, Minas Gerais tem a sua primeira grande epidemia, com 147.418 casos notificados (MG, 2008).

A dengue, pela sua persistente ocorrência, tem sido um dos mais sérios desafios da saúde pública, em razão da complexidade de que se reveste o controle do seu vetor, seu alto potencial de disseminação, os picos epidêmicos associados à introdução de novos sorotipos, a gravidade da doença, sobretudo a forma hemorrágica (FHD), não existindo, hoje, qualquer evidência de erradicação do vetor em curto prazo.

Em Minas Gerais, os primeiros casos de dengue ocorreram em 1993; a partir daí, até o ano de 1996, a doença ficou restrita a alguns municípios do interior do Estado (Montes Claros, Uberaba e Uberlândia). Em maio de 1996, foram confirmados os primeiros casos de dengue na região Metropolitana da Capital, de onde, nos anos seguintes, se irradiaram para outras regiões do Estado.

Com a disseminação da doença, a sua incidência alterna períodos caracterizados, segundo critérios epidemiológicos, como epidêmicos, sucedidos por períodos com incidência estabilizada típica da endemicidade, porém sem um padrão de ciclicidade que permita a formulação de modelos de projeção.

Gráfico 14: Casos notificados de dengue,
Minas Gerais, 1993-2010. Dados atualizados até junho



Fonte: CCZ/GVA/SE/SES/MG, 2009

O Graf. 14 mostra nitidamente esse comportamento. Após o período de cinco anos (1993-1997), o número de casos aumenta de forma abrupta, passando de 3.000 casos notificados em 1997 para 147.418 em 1998, ocorrendo a primeira grande epidemia em Minas Gerais.

Em 2002, ocorreu outra epidemia, porém com magnitude bem menor que a de 1998. Destaca-se que, no período de 2003 a 2005, a transmissão da doença mostra-se estabilizada em patamares de aproximadamente 21.000 casos notificados.

Em que pesem aos esforços realizados pelos gestores estadual e municipais da saúde na intensificação de ações de combate à doença, adotadas com o "Plano Estadual de Controle da Dengue", em 2006 a incidência aumenta em 100% (41.373 casos notificados). Em 2009, observa-se o aumento dos casos notificados, sobretudo na região Metropolitana de Belo Horizonte e nas Macrorregiões do Triângulo e do Norte de Minas, culminando com a epidemia de 2010, a de maior relevância até agora no Estado.

Nos primeiros seis meses de 2010 foram notificados no Estado de Minas Gerais 210.882 casos, equivalendo a 2,5 vezes o total de casos notificados em todo o ano anterior (83.129). O aumento significativo do número de casos fez com que o Estado de Minas Gerais ocupasse o sétimo lugar entre os Estados brasileiros com a maior taxa de incidência da doença. Belo Horizonte e Betim estão entre os oito municípios brasileiros com maior concentração de casos notificados (SVS/SE/MG).

Em 2010, as regiões com maior número de notificações foram as jurisdicionadas pelas Gerências Regionais de Saúde de Unaí, Pirapora, Belo Horizonte, Divinópolis e Sete Lagoas. O número de caso nessas regiões equivaleu, até junho deste ano, a 66% do total de casos notificados em todo o Estado, com as maiores taxas de incidência.

A taxa de letalidade, calculada em relação aos casos confirmados de dengue hemorrágica, até junho de 2010, foi de 14%, maior que as observadas em 2009 e 2008, porém, menores do que as verificadas em 2007 e 2006 (Tab. 2).

Tabela 2: Número de casos e óbitos confirmados e taxa de letalidade por febre hemorrágica da dengue 2004-2010

Ano	Casos confirmados	Óbitos confirmados	Taxa de Letalidade (%)
2004	19	2	10,5
2005	17	-	-
2006	15	3	20,0
2007	13	4	30,8
2008	46	6	13,0
2009	133	11	8,3
2010	129	18	14,0

Fonte: SINAN e GVA/SE/SUBVS/SES/MG, 2009.
Nota: Os óbitos estão incluídos no total de casos confirmados. Em 2010, existem 63 óbitos em investigação.

As atividades de monitoramento da circulação do vírus da dengue em 2010, em Minas Gerais, demonstram a circulação dos sorotipos DENV-1, DENV-2 e DENV-3. A circulação dos três sorotipos favorece o aumento da incidência da FHD. Em Minas, o ressurgimento do sorotipo DENV-1 em 2008 e a sua predominância em relação aos demais sorotipos propiciaram o aumento da transmissão da dengue, o incremento no número de internações, a presença de casos da forma mais grave e óbitos.

Diante desse cenário, várias ações de intensificação ao controle do vetor foram tomadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em consenso com as Secretarias Municipais de Saúde. Entre elas, a criação, em fevereiro de 2010, da "Força -Tarefa I para o Combate à Dengue".

Essa Força-Tarefa, composta de agentes contratados e treinados pela SES, acrescida dos agentes de endemias das Gerências Regionais de Saúde, da Fundação Nacional de Saúde (Funasa) que foram cedidos ao Estado, e de agentes dos municípios com alta transmissão, passou a realizar ações intensivas de combate ao vetor.

Em maio, por ocasião da reunião da CIB, considerando os resultados satisfatórios da Força-Tarefa, construiu-se consenso entre os gestores municipais dos 121 municípios considerados em alta transmissão e a SES pela continuidade das ações conjuntas (Força-Tarefa) durante todo o ano de 2010, visando à redução da transmissão em 2011. Diante da magnitude da epidemia de 2010 e do consenso entre os gestores, o governo do Estado de Minas Gerais estabeleceu como prioridade o controle e o combate contínuo da dengue no Estado. A SES/MG elaborou o "Plano Estadual para Redução da Transmissão da Dengue em 2011 a 2014", que agrega novas parcerias, interssetoriais e intrassetoriais, além de órgãos oficiais dos governos federal, estadual e municipal (Exército, Aeronáutica, Corpo de Bombeiros).

A DENGUE é uma doença grave, que pode levar ao óbito. Por isso, deve ser combatida durante todos os dias do ano.

6.2- A Leishmaniose Tegumentar Americana (LTA)

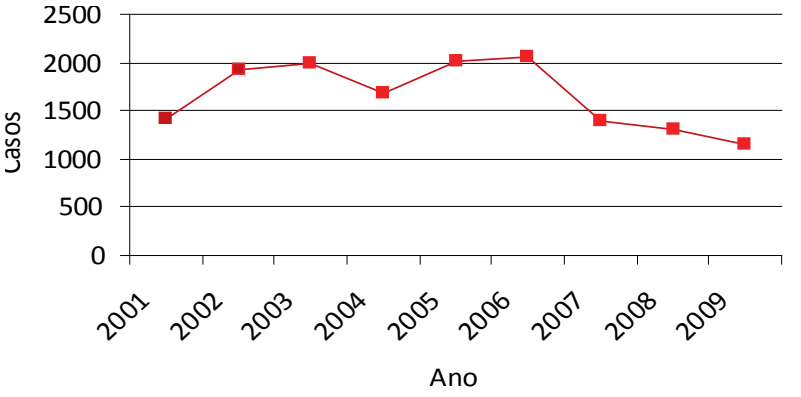
A leishmaniose tegumentar americana (LTA) é um grande problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Minas Gerais é o oitavo Estado brasileiro e o primeiro da região Sudeste em número de casos notificados anualmente, dispersos em 420 municípios (Minas Gerais, 2008).

O Estado possui diferenças marcantes quanto ao risco epidemiológico de infecção por LTA. Há regiões caracterizadas pela ocorrência histórica de notificação de casos e que constituem os circuitos de transmissão da LTA. Os circuitos contêm áreas endêmicas, pertencentes a mais de um município e que possuem características intrínsecas com particularidades importantes como: áreas rurais; presença de áreas verdes preservadas e/ou culturas agrícolas muito próximas aos domicílios; atividades socioeconômicas específicas; vínculo ocupacional; atividades de lazer como cachoeiras, ecoturismo, pesca, cavalgada noturna, entre outros. Enfim, há regiões com presença do vetor, nas mais diversas áreas geográficas, configurando áreas de risco para LTA e que podem estar associadas a inúmeras características, seja produtivas, seja sociais, seja de lazer.

A população mais exposta ao vetor, portanto, ao risco de infecção é aquela normalmente residente ou que se desloca oportunamente para áreas rurais (Minas Gerais, 2008).

No período de 2001-2009, foram confirmados 14.891 casos de LTA no Estado, com maior frequência no ano 2005 e menores nos anos mais recentes, 2008 e 2009. O Graf. 15 mostra a frequência anual naquele período.

Gráfico 15: Freqüência de leishmaniose tegumentar americana, Minas Gerais, 2001-2009

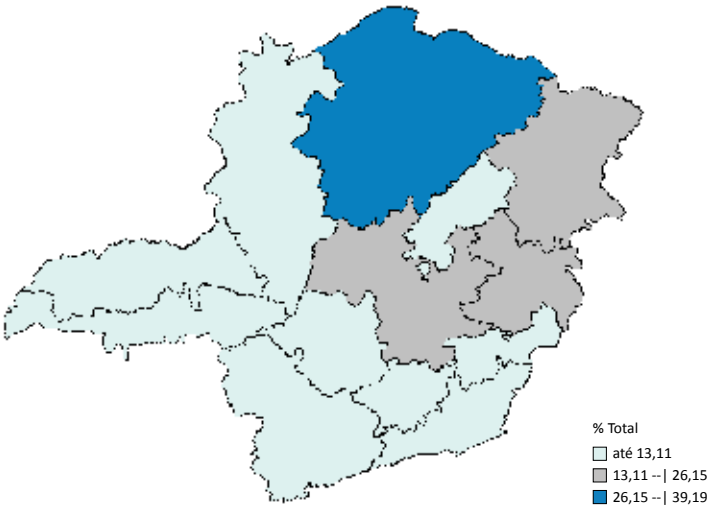


Fonte: SINAN/CPD/GIE/SE/SVS/SES/MG, 2009

As macrorregiões com maiores números de casos confirmados, em todos os anos do período considerado (2001-2009), foram as Norte, Nordeste, Centro e Leste.

É uma doença que, na maioria dos casos, ocorre em pessoas com idade entre 10 e 55 anos, e, em regiões específicas como o Vale do Rio Doce, essa ocorrência se dá de forma expressiva também em menores de 10 anos, caracterizando transmissão próxima ao domicílio.

Figura 4: Distribuição proporcional da freqüência acumulada dos casos de leishmaniose tegumentar americana segundo as macrorregiões de saúde, Minas Gerais, 2001-2007.



Fonte: SINAN/SES/MG, 2009

6.3- Leishmaniose Visceral (LV)

Trata-se de um crescente problema de saúde pública em razão da sua incidência e ampliação da área de ocorrência. Inicialmente, a ocorrência da leishmaniose predominava em áreas rurais, atualmente, 84% dos casos confirmados no Estado são de pacientes residentes em zonas urbanas.

Apesar de não estarem ainda esclarecidas as razões desse comportamento, os processos migratórios e a urbanização avançando para áreas antes consideradas silvestres podem ser apontadas como facilitadores dessa mudança.

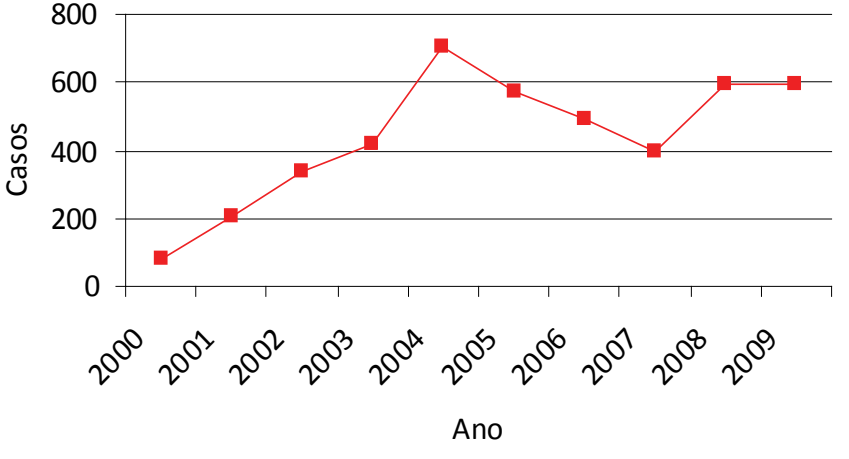
No Brasil, a região Nordeste apresenta o maior número de ocorrência, ou seja, cerca de 78% do total dos casos notificados. A região Sudeste responde por aproximadamente 6% do total de casos, e Minas Gerais é o Estado com maior incidência na região.

Os primeiros casos da doença em humanos detectados em Minas Gerais datam da década de 1940 e ocorreram no norte do Estado.

Em 1989, a doença passou a ser notificada na região Metropolitana de Belo Horizonte; os primeiros casos humanos foram diagnosticados nos municípios de Sabará e de Belo Horizonte.

No período 2000-2009, o número de casos confirmados de LV no Estado cresceu de forma contínua até o ano 2004. A partir do ano seguinte, esse número decresce até 2007, voltando a aumentar nos anos 2008 e 2009 (Graf. 16).

Gráfico 16: Frequência de leishmaniose visceral, Minas Gerais, 2001-2009



Fonte: SINAN/CPD/GIE/SE/SVS/SES/MG, 2009

Em todos os anos da série histórica (2000-2009), as macrorregiões com maiores números de casos confirmados foram Centro, Norte, Noroeste, Nordeste e Leste.

A suscetibilidade à doença é universal, atingindo pessoas de todas as idades e sexo.

A Tab. 3 mostra a distribuição dos casos notificados, segundo faixa etária, no ano 2009.

Tabela 3: Frequência e proporção de casos confirmados de leishmaniose visceral, por faixa etária - Minas Gerais, 2001-2009

Faixa etária	N.º de casos	Proporção %
Até 9 anos	232	38,9
10 a 19 anos	60	10,1
20 a 49 anos	198	33,2
50 anos e mais	107	17,8
Total	597	100,0

Fonte: SINAN/CPD/GIE/SE/SVS/SES/MG, 2009.

Dentre as dificuldades do controle da doença, destacam-se: a complexidade do controle do vetor e a sua grande capacidade de adaptação ambiental; reposição canina rápida; deslocamento de animais infectados para área indenes; resistência da população a medidas a serem tomadas para controle do risco nos cães diagnosticados como positivos.

6.4- Meningite

A meningite se mantém como problema de saúde pública complexo pela multicausalidade de natureza infecciosa, ocorrendo de forma endêmica em todos os países, necessitando de estratégias diversas para prevenção e controle.

Em Minas Gerais, acompanhando o perfil nacional, continuam predominando as meningites bacterianas, importantes no contexto da saúde pública pela frequência, patogenicidade, potencial de disseminação e capacidade de ocasionar surtos e epidemias. As meningites de etiologia virótica ocupam o segundo lugar entre os casos confirmados.

No grupo das meningites bacterianas, predomina a meningite meningocócica, cuja incidência está em declínio, embora haja ocorrências recentes de surtos ocasionais em alguns municípios do Estado (Muriaé e Fronteira).

Em 2009, o Governo de Minas Gerais, de forma pioneira no Brasil introduziu no seu calendário de vacinação a vacina antimeningocócica (sorogrupo C). Em 2008 foram confirmados 162 casos, em 2010, até o mês de junho foram confirmados 50 casos.

O Ministério da Saúde já anunciou a introdução dessa vacina no calendário nacional a partir de agosto /2010.

Ressalta-se ainda que, no rol das meningites de etiologia bacteriana, em razão da implantação da vacinação contra o hemófilus B em 1999, a partir de 2000, observou-se forte declínio da meningite por *haemophilus*.

A mesma tendência decrescente de incidência tem sido observada com relação às meningites de outras etiologias no Estado.

6.5- AIDS/SIDA

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), desde sua emergência, na segunda metade do século passado, expandiu-se no cenário mundial, transformando-se em uma pandemia.

No início, afeta quase que somente pessoas do sexo masculino homossexuais e/ou usuários de drogas injetáveis, jovens e de nível de escolaridade médio/alto. Com sua expansão, pode-se considerar que, atualmente, não há grupo de risco específico para a AIDS. Isso significa, portanto, que toda a população está exposta a infectar-se pelo agente etiológico da síndrome – o vírus HIV –, dependendo de comportamento individual que incorpora riscos de transmissão. A taxa de incidência de AIDS em Minas Gerais, na série histórica 1997-2009, foi maior nos três primeiros anos da série e teve uma queda expressiva no ano 2000, com uma variação proporcional relativa negativa (VPR) equivalente a 32%. A partir daquele ano (2000), ela apresentou oscilação pouco expressiva, com queda importante em 2006, porém pontual, sugerindo a ocorrência de problema relacionado com o sistema de informação (SINAN) ou de subnotificação.

Tabela 4: Taxa de incidência de AIDS em Minas Gerais, anos 1997-2007

Ano	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Tx	11,8	13,5	13,2	9,0	8,8	9,9	10,6	8,1	8,6	6,3	8,3	8,9	7,1

Fonte: SINAN/CEDST/AIDS/GVE/SE/SVS/SES/MG, 2009.

As Macrorregiões de Saúde do Triângulo apresentam taxas de incidência de grande magnitude. Em todos os anos da série analisada, foram as maiores do Estado, equivalendo aproximadamente ao dobro da taxa do Estado.

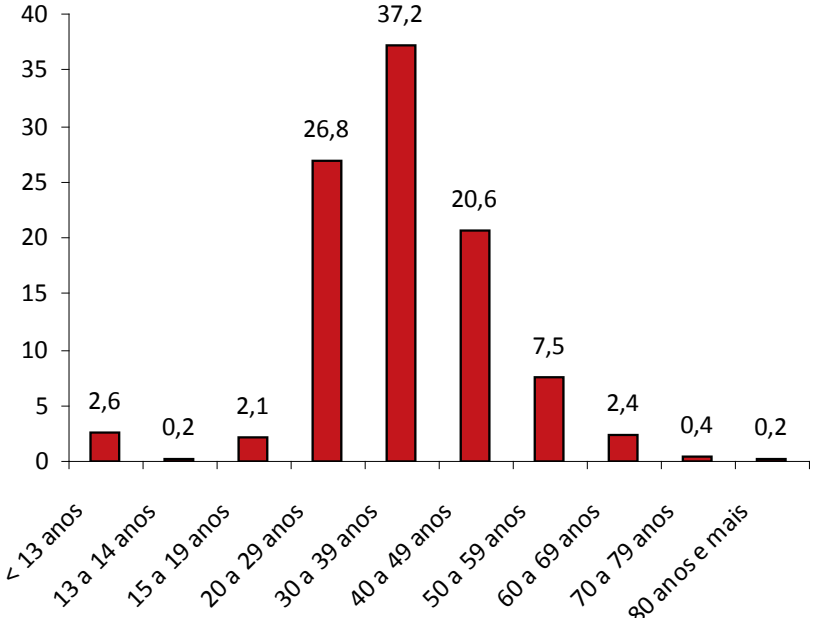
Tabela 5: Taxa de incidência de AIDS,
por macrorregião de saúde de Minas Gerais, anos 1997 a 2009

Macrorregião	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Centro	12,6	11,5	9,3	12,1	12,3	15,5	17,5	14,1	11,9	9	12,6	14,4	12,3
Centro-Sul	8,1	6,7	19,8	4,4	3,2	3,9	4,4	4,5	4	3,8	6,1	4,5	3,0
Jequitinhonha	10,8	5,2	16,2	1,8	2,2	1,8	1,4	2,5	5	1,4	1,8	2,4	1,0
Leste	15,3	18	12,3	6,9	7,9	7,5	6,3	4,56	5,3	4,3	5,1	6,2	4,5
Leste do Sul	4,4	14,2	11,2	1,9	3,1	3,4	3,7	1,7	2,9	1,7	5,7	2,2	0,7
Nordeste	10,5	13,8	12	4,6	4,3	3,1	4,9	4,31	5,1	6,1	6,7	7,9	6,3
Noroeste	7,4	4,8	9,7	4,2	4,6	4,4	4,5	4,15	3,1	1,6	3,1	2,5	4,7
Norte de Minas	7,9	11	9,5	2,2	0,8	2,3	3,7	1,58	3,4	3,1	3,5	2,6	1,4
Oeste	9,1	12	8	5,2	3,4	4,2	5,3	4,25	7,6	5,6	5	5,1	2,9
Sudeste	18,8	22,6	18,2	12,2	12,4	10,5	7,6	5,7	8,2	5,8	9,8	10,8	6,1
Sul	12,2	15	14,5	7,3	7,1	7,9	7,6	5,29	7,5	3,6	4,2	4,9	4,8
Triângulo do Norte	11,2	12,9	13,5	16,7	16,9	17	17,9	14,2	16,3	12,1	10,2	12,8	12,0
Triângulo do Sul	25	28,2	17,3	22,9	16,7	20	20,1	10,8	13,5	9	15,8	11,8	6,9
Total no Estado	11,8	13,5	13,2	9	8,8	9,9	10,6	8,1	8,6	6,3	8,3	8,9	7,1

Fonte: SINAN/CEDST/AIDS/GVE/SE/SVS/SES/MG, 2009

A distribuição da doença por idade demonstra maior incidência nas faixas etárias de 20-29, 30-39 e 40-49, período mais produtivo da vida. Proporcionalmente, 84% dos casos confirmados acumulados no período 1982-2008 concentram-se no conjunto desses três grupos de idade.

Gráfico 17: Distribuição de casos de AIDS,
no período de 1982-2008, por faixa etária, em Minas Gerais



Fonte: SINAN/CEDSTAIDS/GVE/SE/SVS/SES/MG/SUS, 2009

Quanto ao gênero, partindo-se de uma razão de 1/7 (F/M) observada nos primeiros anos após a emergência da AIDS (1980-1989), com a disseminação da doença entre as mulheres, essa razão caiu para 1/2 no período 2005-2007.

A mortalidade por AIDS (causa básica), no período 1996 a 2008, caiu de 6,4/100.000, no primeiro ano, para 3,5/100.000, no segundo, equivalendo a uma variação proporcional relativa negativa de 45%. Essa redução tem relação direta com a distribuição de antirretrovirais a partir de 1996, pelo SUS.

7- Conclusão

Este texto, embora sucinto, tem o compromisso de socializar informações acerca da situação de saúde no Estado de Minas Gerais, apontar resultados positivos alcançados e outros ainda parciais da política de saúde adotada pelo Estado e alertar para situações e desafios a serem enfrentados de forma a cumprirmos o dever de fazer de Minas o melhor Estado para se viver em 2023.

8- Referências

BITAR, R. F. O. O que fazer para evitar a prematuridade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 4, n. 1, São Paulo, jan./mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde*, Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil. *Uma análise da Situação de Saúde*, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Saúde Brasil. 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil*, Brasília 2009.

CARMO, H. G. *et al*. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: Os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 2, 2003.

COSTA, M. F. L. O envelhecimento populacional e suas repercussões para a saúde pública. *Demografia e Saúde: contribuição para análise de situação e tendências* / Rede Interagencial de Informações para Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

FRANÇA, E.; LANSKY, S. *Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendência e perspectivas*. Demografia e Saúde: contribuição para análise de situação e tendências / Rede Interagencial de Informações para Saúde. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2009.

LEITE, I. *et al*. *Estudo de carga de mortalidade Estado de Minas Gerais*, 2005. Estudo em andamento. Escola Nacional de Saúde Pública/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MALTA, D.C. *et al*. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 16, n.º 4, Brasília, out./dez. 2007.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

MEIRA, A. J. *Análise da Situação de Saúde de Minas Gerais*, cap.1. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais Belo Horizonte, 2008 - Belo Horizonte, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Análise de Situação de Saúde*, 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. *Análise de Situação de Saúde*, 2008.

MORAIS Neto, O. L., BARROS, M. B. A. Fatores de risco para a mortalidade neonatal e pós-neonatal na região Centro-Oeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 16 (2), 2000.

REDE Interagencial de Informação para Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde – Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil, pré-escolar e materna no Brasil. ABRASCO *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 4. n. 1, abril de 2001, São Paulo.

Capítulo 20

A GOVERNANÇA REGIONAL: PROMOVENDO A DESCENTRALIZAÇÃO, A EQUIDADE E O ACESSO

Fernando Antônio Gomes Leles
Ivêta Malachias
Maria Emi Shimazaki
Soraya Figueiredo de Sousa

1- Introdução

Para a Organização das Nações Unidas (ONU), a governança é o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Nas redes de atenção à saúde, a governança é o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os seus componentes, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adscrita (Mendes, 2009).

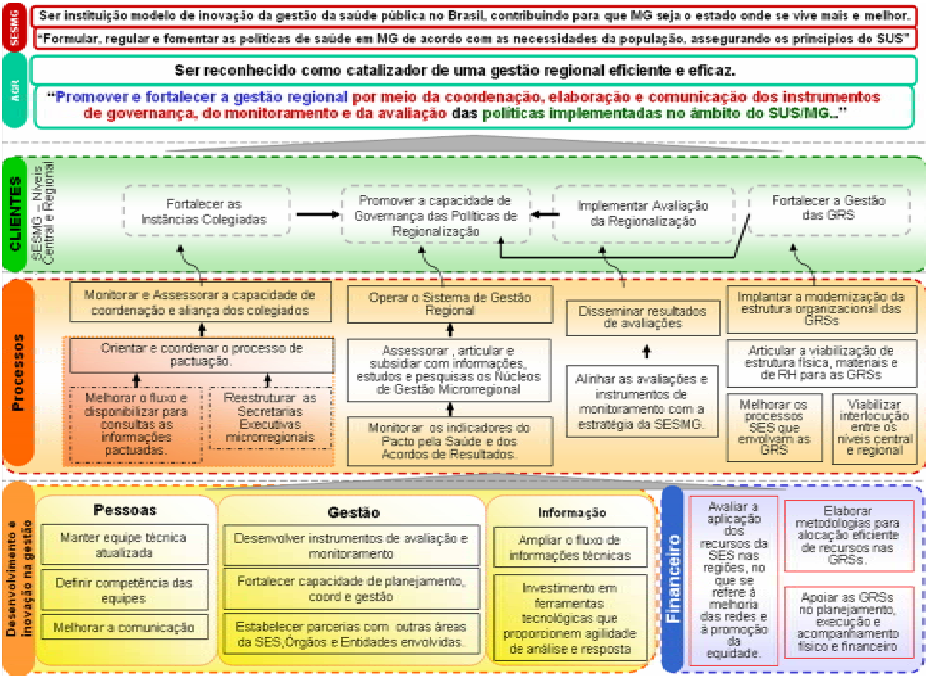
Para a consolidação das redes de atenção à saúde, a governança tem como objetivo criar uma missão e uma visão comum, definir metas, articular as políticas institucionais e desenvolver a capacidade de gestão (Sinclair *et al*., 2005).

A governança, segundo Mendes (2009), é o quinto componente da estrutura operacional das redes de atenção à saúde, devendo governar as relações entre a Atenção Primária à Saúde, os pontos de Atenção Secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. Dessa forma, a governança deve ser um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde.

Apesar de já existirem unidades descentralizadas da SES/MG há décadas, a gestão regional é um tema relativamente novo, tendo sido criada a Assessoria de Gestão Regional em 2007. No processo de construção deste ente governativo da SES/MG, pactuou-se como seu papel institucional "promover e fortalecer a gestão regional, por meio da coordenação, elaboração e comunicação dos instrumentos de governança, do monitoramento e da avaliação

das políticas implementadas no âmbito do SUS/MG", tendo sido elaborado um mapa e um planejamento estratégico (Fig. 1), nos quais são assinalados como processos estratégicos o fortalecimento da gestão das Gerências Regionais de Saúde (GRS) e das instâncias colegiadas, a implementação da avaliação da regionalização e a promoção da capacidade de governança das políticas de regionalização.

Figura 1: O mapa estratégico da gestão regional da Secretaria de Estado de Saúde. Minas Gerais, 2009



Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR/SES/MG, 2009.

Em Minas Gerais, para que a gestão esteja mais próxima dos cidadãos, a Secretaria de Estado da Saúde vem desenvolvendo um processo consistente de regionalização, obedecendo aos princípios do acesso, economia de escala e qualidade, dividindo os territórios sanitários em microrregiões – com o propósito de gerar autossuficiência em Atenção Secundária nestes territórios – e macrorregiões, para gerar autossuficiência em Atenção Terciária. Este processo de regionalização é traduzido no Plano Diretor de Regionalização (PDR).

Para realizar a gestão de forma descentralizada, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais encontra-se presente, por meio das Gerências Regionais de Saúde (GRS), em 28 sedes regionais, responsáveis por articular

as políticas de saúde nos territórios sanitários, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, prestadores de serviços e demais entidades.

Para a governança das redes de atenção à saúde nos territórios microrregionais e macrorregionais, os entes responsáveis são as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), que congregam os gestores municipais e gestor estadual de saúde. As CIBs contam com o apoio das Câmaras Técnicas – com representações das Secretarias Municipais e Estadual de Saúde – e têm os Núcleos de Gestão Microrregional – representações das GRS – que cumprem a função de secretaria executiva. As Câmaras Técnicas podem ser apoiadas por comitês temáticos, constituídos por representações dos municípios, Estado, prestadores, sociedades científicas, entidades de ensino, entre outras. Um exemplo é o Comitê da Urgência e Emergência da Macrorregião Norte, que tem participação ativa no acompanhamento da rede de urgência e emergência naquela macrorregião.

A governança regional do sistema de saúde em Minas Gerais avança na medida em que, através das CIBs, das Câmaras Técnicas e dos Comitês, possibilita a participação das várias representações – dos cidadãos, dos profissionais, dos serviços e da gestão –, de forma justa e imparcial, transparente, responsabilizando a cada segmento, praticando a equidade, com foco nos resultados para a sociedade, buscando consolidar a visão estratégica proposta para as redes de atenção à saúde.

2- A Regionalização

A regionalização e a descentralização são princípios para a organização do SUS, na assistência e na promoção da equidade (NOASs 2001 e 2002), e em Minas Gerais vêm sendo, implantadas sob o prisma da governança. Conforme Mendes (2009), "um primeiro instrumento gerencial, fundamental para a governança das redes de atenção à saúde, é o processo de territorialização, que se expressa em Planos Diretores de Regionalização (PDR)". Dessa forma, é possível visualizar o ciclo de gestão no processo de governança da seguinte forma: a regionalização é, a um só tempo, componente do planejamento e da avaliação das redes. Assim, o PDR, juntamente com as prioridades determinadas pelo Pacto pela Saúde e pelo Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), é o fundamento sobre o qual se traçam as políticas e para o qual se direciona a alocação dos recursos e, por outro lado, é a base para avaliação das ações e seus resultados. Afinal, os processos de descentralização e regionalização só fazem sentido na medida em que agregam valor à saúde das pessoas, proporcionando a atenção certa, com a qualidade adequada, no tempo certo e com custos compatíveis.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), inicialmente proposto pelo plano de governo 1999/2000, foi de fato

implementado, ajustado e fortalecido nos governos 2003-2006 e 2007-2010 ao se tornar uma política estruturadora (Malachias; Leles; Andrade, 2010a).

Uma das maiores dificuldades para construção de um modelo de regionalização voltado para o usuário é a preexistência de traçados regionais sem adesão a esta lógica e voltados para fins político-administrativos. A lógica proposta quando da elaboração do PDR/MG é a de um modelo voltado para organização de redes que atendam ao usuário de forma não fragmentada, optando-se pelo rompimento com a lógica burocrático-administrativa, decorrente da desconcentração dos serviços da SES/MG nas várias regiões (Malachias; Leles; e Andrade, 2010b). Para tal, os espaços da unidade federada foram distribuídos conforme uma tipologia de serviços (procedimentos ambulatoriais e hospitalares), ou seja, um modelo de atenção baseado em evidências científicas e clínicas robustas. A tipologia, através de elencos, define a responsabilidade sanitária de cada nível: a dos municípios, a das microrregiões e a das macrorregiões. A título de exemplo, os elencos definidos para a carteira de serviços hospitalares são os seguintes:

1. ao município, território sanitário cujo gestor é responsável principalmente pela atenção primária, cabe ofertar/organizar o elenco Média Complexidade Básica (MCHB);
2. à microrregião, em seu polo, de forma solidária, cabe a organização/oferta dos elencos de Média Complexidade Hospitalar 1 (MCH1) ou 2 (MCH2), conforme o porte populacional da micro;
3. à macrorregião, no polo macrorregional, cabe a organização/oferta dos elencos Alta Complexidade/Média Complexidade Especial (AC/MCHE).

A não oferta desta carteira "ideal" de serviços caracteriza um vazio assistencial no território.

Além do foco direcionado para a organização territorialmente hierarquizada dos serviços e redes de atenção, a elaboração do PDR/MG considerou as características das populações (perfis sociodemográfico e epidemiológico) e da distribuição espacial dos recursos (inclusive fluxo de usuários) nas várias regiões, os princípios da integralidade, da economia de escala e escopo, da acessibilidade e da contiguidade geográfica. Portanto, entende-se que, apesar da metodologia ser válida para análises de diferentes territórios, o modelo de atenção elaborado foi adequado e é específico para o Estado de Minas Gerais. Esta metodologia foi amplamente debatida, sendo aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde (CES) e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB/SUS/MG).

A partir dos estudos desenvolvidos por Aletras, Jones & Sheldon (1997), adotaram-se critérios populacionais para dimensionamento dos territórios, contemplando o porte adequado dos equipamentos de saúde a serem disponibilizados. O ajuste do PDR/MG acordado em 2003 através da CIB/SUS/

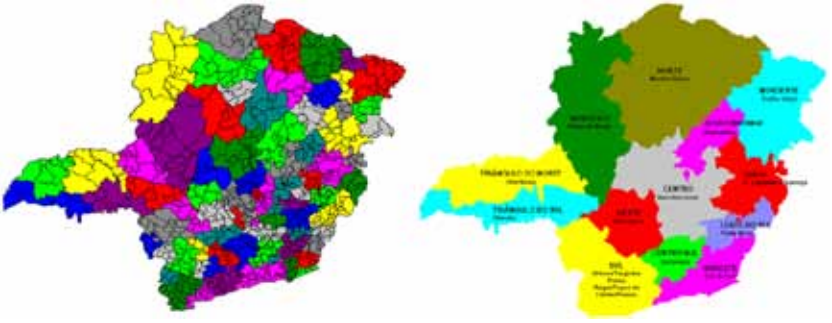
MG estabeleceu, assim, os seguintes critérios operacionais (Malachias; Leles, 2010):

a) para ganho de escala: uma população mínima de 150.000 habitantes para constituição das microrregiões e uma população ideal de cerca de 1.500.000 hab. para conformação de uma macrorregião;

b) para maior acessibilidade e proximidade da população aos serviços: uma distância em relação ao polo de 150 Km, com um máximo de 2 horas em vias não pavimentadas, sendo o ideal 1h e 20min; e quando a distância e as condições viárias se comprovem deficientes, a manutenção de microrregiões com baixa escala, sobrepondo-se à escala o critério do acesso.

De acordo com o ajuste acordado entre os gestores estadual e municipais em 2009, o território mineiro organiza-se, em termos sanitários, em 853 municípios, 76 microrregiões e 13 macrorregiões sanitárias, conforme a Fig. 2, a seguir.

Figura 2: Territórios Sanitários: Municípios, Microrregiões e Macrorregiões. Minas Gerais, 2009.

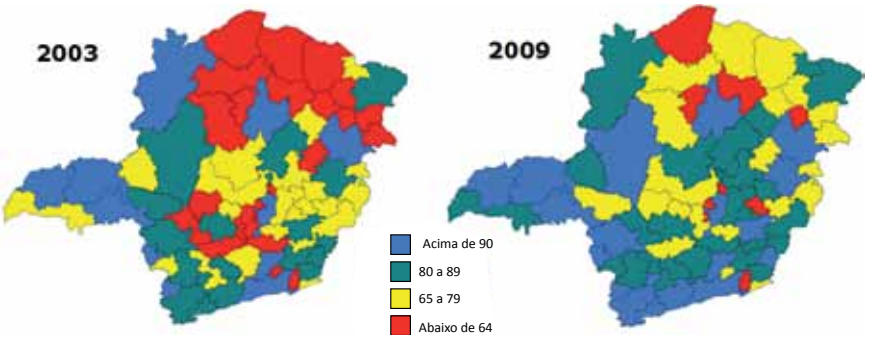


Fonte: Núcleo de Avaliação da Regionalização em Saúde/Assessoria de Gestão Regional, 2010.

O propósito da organização de redes é a implantação de serviços de atenção à saúde mais acessíveis e equitativos, com assistência integral e que respondam às reais necessidades da população. Por esta razão, PDR tem subsidiado a descentralização programática e gerencial, instrumentalizado o estabelecimento de prioridades e a consequente avaliação da redução das desigualdades regionais (Malachias; Leles; Castro, 2010).

Com o intuito de mensurar a evolução deste processo de descentralização, elaborou-se o indicador "Resolubilidade da Atenção à Saúde", que busca identificar o quanto as necessidades de saúde da população vêm sendo atendidas em sua própria região, tendo em vista a carteira de serviços esperada para cada nível de atenção/território sanitário. A Fig. 3 apresenta os significativos avanços obtidos no período entre 2003 e 2009, em todo o Estado, no elenco hospitalar de competência do território microrregional de residência do usuário.

Figura 3: Resolubilidade no elenco de maior densidade tecnológica esperado para a assistência hospitalar de nível microrregional. Minas Gerais, 2003/2009



Fonte: Malachias, Leles e Castro, 2010.

Como se pode observar, há uma forte ampliação no atendimento aos cidadãos em sua própria região, em especial naquelas onde, em 2003, havia maiores barreiras ao acesso. Das 76 microrregiões de saúde, 24 apresentavam resolubilidade em nível crítico (abaixo de 64%) em 2003. Em 2009, estas microrregiões eram apenas 09, uma redução de 62%. Por outro lado, o número de microrregiões com resolubilidade acima de 90% quase dobrou (aumento de 81%) e, dentre as microrregiões com resolubilidade acima de 80%, esse aumento foi de 44%. Vale ressaltar que os maiores avanços se deram, em especial, naquelas regiões com maior necessidade relativa em saúde, o que demonstra o caráter de promoção da equidade das políticas públicas empreendidas no período.

Assim, este indicador vem se tornando um dos instrumentos de mensuração dos serviços de assistência numa região, e tem permitido, em Minas Gerais: acompanhar a expansão e descentralização regional de serviços; monitorar o cumprimento das metas de forma regionalizada (micro e macrorregião) e, ao mesmo tempo, global (âmbito estadual); apontar regiões que requerem reforços de investimentos ou monitoria técnica e administrativa. Relacionada a outras variáveis e metodologias, tais como os estudos de viabilidade técnica, é possível inferir que o percentual de evolução esteja indicando a agilidade gerencial no cumprimento da agenda de superação dos vazios assistenciais e iniquidades em geral, por região, nível e programas prioritários do sistema estadual de saúde (Malachias; Leles; Castro, 2010).

3- As Gerências Regionais de Saúde

Implantadas desde a década de 1950, as Gerências Regionais de Saúde (GRSs) foram sendo instaladas ao longo dos anos de acordo com as necessidades de desconcentração do poder estadual, aproximando-se cada vez mais das

regiões, com vistas a compreender melhor as dinâmicas regionais e atender às suas necessidades. Atualmente, são 28 GRSs, conforme se pode observar na Fig. 4.

Figura 4: Gerências Regionais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde. Minas Gerais, 2010

Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR/SES/MG, 2009.

No contexto mais amplo da gestão do sistema estadual de saúde, no qual a missão da SES/MG é "formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais de acordo com as necessidades de saúde da população, assegurando os princípios do SUS", as GRSs têm o papel institucional de "apoiar, implementar e monitorar as políticas e ações de saúde, fortalecendo a governança da gestão regional" (AGR, 2009). Portanto, devem traduzir a estratégia estadual para que seja implantada nos territórios, mapear as necessidades e peculiaridades locais, disponibilizar instrumentos e o apoio técnico necessário aos municípios e prestadores, monitorar a execução das ações e retornar aos formuladores das políticas *feedback* de sua implantação.

A partir de então, as GRSs assumem função-chave na difusão, sensibilização, mobilização, implantação, gestão e monitoramento das políticas nos territórios junto aos municípios, prestadores e equipes de saúde. Para tal, é necessário que se trabalhe, como valores da organização, a "integração", reforçando-se a comunicação tanto entre os níveis central e regional quanto entre as próprias GRSs, a "credibilidade", buscando-se que não haja esvaziamento das funções e da autoridade regional, em especial pelo nível central, e o fortalecimento da "liderança" das GRSs, para que tenham a

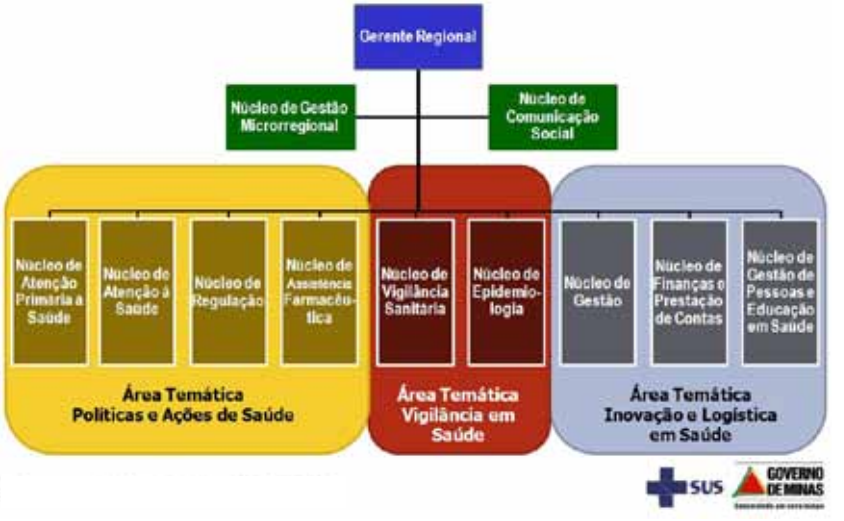
legitimidade necessária à "mobilização" dos diversos atores que compõe o sistema de saúde regional.

Para fazer frente a esta missão, as GRSs vêm sendo fortalecidas para exercer a necessária liderança regional, no espírito da cooperação solidária aos demais atores do SUS. Neste sentido, foram feitos vários investimentos em estruturação (estruturas físicas, veículos e equipamentos) e qualificação de seus processos (redesenho de processos-chave e de estrutura organizacional, recomposição de pessoal, oferta de educação permanente aos servidores e meritocracia).

Vale ressaltar aqui o importante passo dado pelo governo do Estado no sentido da profissionalização dos quadros gerenciais, tendo sido empreendidos, juntamente com a SEPLAG, dois processos de Certificação Ocupacional para os cargos de Gerente Regional de Saúde. Tal processo resultou em um banco de potencial que busca garantir os aspectos técnicos do cargo, do qual o governador escolhe os futuros titulares regionais. Atualmente, 27 dos 28 gerentes são certificados.

A partir da discussão do papel institucional das GRSs, foi proposto um novo organograma que busca aproximar a estrutura regional da estrutura central, compondo as GRSs de 11 núcleos (Fig. 5) e um conjunto de competências bem definidas para cada um dos núcleos. Além desta estrutura básica, algumas GRSs têm sob sua gestão, ainda, laboratórios macrorregionais e apoio ao MG-Transplantes.

Figura 5: Estrutura organizacional das Gerências Regionais de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde. Minas Gerais, 2009



Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR/SES/MG, 2009.

Os NGMicro têm como funções precípuas "articular e coordenar as ações regionais visando a melhoria da gestão do SUS e a criação de uma identidade microrregional junto aos municípios, promovendo a implantação e implementação das redes de atenção à saúde e o desenvolvimento das microrregiões de saúde" (AGR, 2010), competindo-lhe, para tal, monitorar e avaliar a situação de saúde nas micro e macrorregiões; auxiliar a implantação, disseminação e monitoramento dos instrumentos de gestão, promovendo o alinhamento tático da gestão regional; realizar as atividades de secretaria executiva das CIBs macro e microrregionais; e realizar a interface da SES com os demais atores parceiros na Gestão do SUS. Por sua natureza transversal, o NGMicro deverá atuar sempre em parceria com os demais núcleos da GRS, promovendo a integração entre os mesmos e a sinergia em suas ações. Por esta razão, o NGM é coordenado pelo próprio gerente regional. Atualmente, compõem os Núcleos de Gestão Microrregional 112 técnicos de nível superior da SES, preferencialmente efetivos.

Os avanços já podem ser claramente observados. Tomando-se por base o conjunto de indicadores pactuados nos Acordos de Resultados, observa-se no Graf. 1 que houve um grande progresso, atingindo, na média das 28 GRSs, em 2009, um desempenho de 89,9% das metas pactuadas.

Grafico 1: Desempenho das Gerências Regionais de Saúde nos Acordos de Resultados. Minas Gerais, 2008-2009

Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR/SES/MG, 2010.

Da mesma forma, ao observarmos os dados consolidados, temos um incremento de 29% na menor nota (passando de 6,2 em 2008, para 8,02 em 2009) e, ao tomarmos as notas individuais das GRSs, percebem-se melhorias de desempenho da ordem de até 48% (GRS Itabira teve 6,2 em 2008 e passou

a 9,16 em 2009), acima de 30% (Pedra Azul, Pirapora, Uberlândia, Leopoldina e Teófilo Otoni) e entre 20% e 30% (Pouso Alegre, Barbacena, Januária, Uberaba, Juiz de Fora, Passos, Ubá e Alfenas). Segundo Filardi, Leles e Figueiredo (2010), apesar de alguns indicadores ficarem comprometidos por terem execução pelos municípios, a compreensão da responsabilidade solidária vem se fortalecendo. Além disso, o estudo mostrou que a forte percepção de vinculação de desempenho a incentivos (financeiros, inclusive), articulados à inclusão de novos fluxos e metodologias de acompanhamento, levaram à institucionalização do instrumento, persecução das metas e incentivaram o monitoramento constante pelas equipes.

4- As Comissões Intergestores Bipartites

O aspecto institucional da governança das redes de atenção à saúde deve se dar através de estruturas formais e virtuais.

As estruturas formais correspondem à Secretaria de Estado de Saúde – SES/MG, em seus níveis Central e Regional (GRS), às Secretarias Municipais de Saúde e ao Controle Social. Considerando-se os "produtos" e processos desenvolvidos pelo Sistema Estadual de Saúde, pode-se classificá-lo como uma organização complexa. Assim, esquematicamente, a SES/MG deve exercer fortemente, de forma cooperativa, os papéis de regulação (com funções de reitoria, normalização e superintendência) e financiamento do sistema (Mendes, 2002; e Conass, 2007), cabendo às GRSs exercer as funções táticas do sistema. Já as ações de saúde *stricto-sensu* são desenvolvidas nos municípios, sendo estes os principais responsáveis pela produção local da saúde, por meio da coordenação das ações (recuperadoras, habilitadoras, preventivas e de promoção) das equipes de saúde nos diversos níveis de atenção (primária, secundária ou terciária). Dessa forma, é possível compreender tratar-se, também o sistema municipal de saúde, de uma organização complexa, devendo estabelecer-se segundo a mesma lógica sistemática, em níveis de gestão estratégica (secretaria municipal e coordenações centrais), tática (gerências de distritos sanitários) e operacional (gerência dos pontos de atenção).

Contudo, considerando-se o sistema brasileiro, a simples disposição formal é insuficiente. Há que se pensar um arranjo institucional matricial, que mescle a organização dos agentes com foco nas redes temáticas de atenção e a integração organizacional baseada em territórios sanitários. Assim, a estrutura virtual deve ser "instituída por alianças estratégicas entre diferentes organizações que se associam para gerir as redes de atenção à saúde", buscando gerar um excedente cooperativo, aumentar a interdependência entre os atores sociais (gestores e prestadores de serviços) e, com

isso, obter os melhores resultados sanitários e econômicos possíveis para a população sob sua responsabilidade (Mendes, 2009). Dessa forma, as Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) exercitam o papel de liderança comprometida com as necessidades da população, a oferta de serviços adequados, de qualidade, eficientes e oportunos, coordenando, para tal, ações sinérgicas e cooperativas e criando mecanismos de incentivos e comunicação das estratégias e objetivos.

Em Minas Gerais, a CIB/SUS/MG foi instituída em 1993. A partir de 2004, esta instância de negociação e gestão passou a se organizar conforme a estrutura assistencial definida pelo PDR, somando-se à CIB/SUS/MG, 13 CIBs-Macrorregionais e 76 CIBs-Microrregionais. Estas foram de imediato consideradas pelo Ministério da Saúde Colegiados de Gestão Regional (CGR), por já atenderem pioneiramente aos princípios postulados pelo Pacto pela Saúde, como, por exemplo, terem garantida a participação de todos os gestores municipais de saúde, juntamente com os representantes da gestão estadual, nas reuniões e decisões. Já as CIBs-Macrorregionais e a CIB/SUS/MG contam com a participação presencial de representantes da gestão municipal e da SES/MG. Contudo, por meio do Canal Minas Saúde e de outras ferramentas de comunicação (call-center, e-mail e videoconferências), vêm sendo transmitidas todas as reuniões da CIB/SUS/MG, o que possibilita uma melhor e mais rápida comunicação intergestores e maior participação ativa nas decisões, mesmo daqueles gestores que não sejam membros efetivos, tornando o processo cada vez mais transparente e legítimo (Silva, 2010).

Com o objetivo de apoiar as decisões a serem tomadas nas reuniões, a CIB conta com 10 comissões permanentes (Acompanhamento da PPI e Câmara de Compensação; Pacto pela Saúde; Pro-Hosp; Acompanhamento dos Planos Locais de VISA; Saúde Auditiva; Alta Complexidade Cardiovascular e Oncologia; Assistência Farmacêutica; Educação Permanente em Saúde; Comissões Permanentes de Integração Ensino Serviço (CIES); e PAB Variável – Compensação de Especificidades Regionais), além de comitês especiais (Urgência e Emergência; Dengue e Gripe A H1N1) e comitês/comissões com foco nas políticas prioritárias (Viva Vida, Saúde em Casa e Pro-Hosp). A experiência destas, em particular o Comitê da Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte e as Comissões Microrregionais de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Primária, vem sendo bastante proveitosa, possibilitando a aproximação dos gestores em torno de questões e resultados estratégicos, o mapeamento dos problemas e dificuldades, a discussão de alternativas para melhoria e a elaboração de planos de ação para as regiões.

Dessa forma, as relações intergestores vêm se tornando cada vez mais cooperativas e capazes de solucionar conflitos, mesmo em um contexto

intrinsecamente conflituoso (por ser marcado pela defesa de interesses – sempre legítimos, porém nem sempre republicanos) – que é o contexto do federalismo (Menicucci *apud* Mendes, 2009), em especial o brasileiro, construído sobre bases intraestatais, segundo as quais há um "incentivo às ações conjuntas nas políticas públicas", com forte componente de participação na tomada de decisão, em detrimento, muitas vezes, de delimitações estanques de competências entre os entes (Pestana; Mendes, 2004).

Por fim, completam a institucionalidade da governança o controle social, concretamente os Conselhos Estadual e Municipais de Saúde e os Colegiados de Conselhos Municipais. Cabe a estes organismos a garantia de participação da sociedade na definição das políticas, a exigência de responsividade por parte das instituições prestadoras – que devem orientar seus processos de forma que sirvam a todos os cidadãos – e do accountability sistêmico, por meio de prestações de contas dos gestores e prestadores à sociedade.

5- Informação para a Governança

Conforme Mendes (2009), as discussões a respeito de critérios e boas práticas de governança costumam restringir-se ao desenho institucional e às relações entre os agentes em tela. Contudo, alerta que "a implantação de sistemas gerenciais eficazes nos colegiados regionais apresenta-se como um campo fértil de intervenções de mudança na governança das redes". Em sintonia com isso, a gestão regional vem se pautando no desenvolvimento de instrumentos que possibilitem aos gestores o registro e o acesso às informações de variadas formas e oportunamente para a tomada de decisão, tendo como base o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização da SES/MG com os municípios e prestadores e que possibilitem a institucionalização de uma cultura de monitoramento e avaliação. Dessa forma, vêm sendo desenvolvidas soluções para divulgação e acompanhamento dos indicadores estratégicos da SES (constantes no mapa estratégico) e do Pacto pela Vida.

Neste contexto, cabe às SES a condução, junto à Comissão do Pacto/CIB/SUS/MG, dos processos de pactuação, monitoramento e avaliação dos pactos celebrados, sendo vital a elaboração e utilização de instrumentos de governança (Leles; Nicolato; Tavares Jr, 2010). Assim, empreendeu-se nos últimos anos amplo processo de monitoramento e avaliação dos indicadores de 2008, 2009 e 2010. A fim de facilitar a visualização e compreensão, foi desenvolvido um "Painel de Bordo" (Tab. 1) que permitiu, por meio de uma simbologia semelhante a um farol, a comparação entre os valores pactuados e alcançados para cada indicador.

Tabela 1: O "Painel de Bordo" dos resultados alcançados em 2008 no Pacto pela Saúde, componente Pacto pela Vida. Minas Gerais, 2009

INDICADORES PRINCIPAIS	2008		
	Pactuado em 2008	Resultado Alcançado em 2008	Situação em 2008
18. Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado.	60%	39,42%	⊗
19. Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia.	75%	78,88%	☺
20. Taxa de incidência de aids em menores de 5 anos de idade.	1,00	1,00	☺
21. Prevalência de sedentarismo em adultos. Obs: a ser pactuados somente por Estados e Capitais.	27,5	27,60%	☺
22. Prevalência de Tabagismo. Obs: a ser pactuados somente por Estados e Capitais.	15,5	15,60%	☺
24. Proporção de população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família.	60%	56%	☹
28. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.	13%	13%	☺

LEGENDA:

☺ cumpriu a meta.

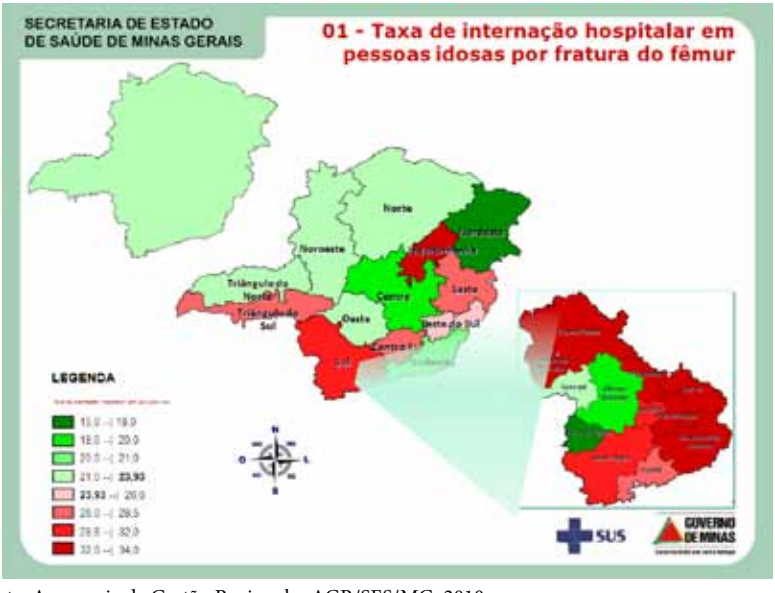
☹ aproximou da meta.

⊗ não cumpriu a meta.

Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR/SES/MG.

Após discussões com o CES, foi elaborado novo relatório gerencial, apresentando de forma compilada todas as informações referentes aos indicadores, bem como recortes regionais, que identificavam, por meio de cores distintivas, as macrorregiões e microrregiões com melhor e pior desempenho. Agregou-se a essa versão um aplicativo gráfico e cartográfico com navegação dinâmica (Fig. 6) que possibilitou um avanço na análise e discussão entre as áreas técnicas da SES/MG, com os gestores e o controle social dos resultados do Pacto pela Saúde de 2008 e 2009.

Figura 6: Instrumento de avaliação dos resultados dos indicadores do Pacto pela Saúde. Minas Gerais, 2009

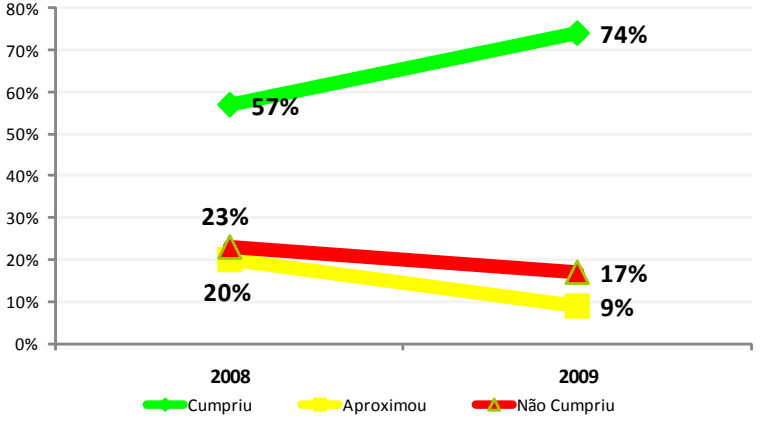


Fonte: Assessoria de Gestão Regional – AGR/SES/MG, 2010.

Como desdobramento dessa metodologia, foram promovidas discussões entre as áreas temáticas do nível central (discussões verticais, por área temática) e também entre as Gerências Regionais de Saúde e os gestores municipais nas reuniões de CIB (discussões horizontais, com foco no território regional), com o intuito de identificar os fatores responsáveis pelo sucesso ou insucesso no cumprimento das metas do conjunto de indicadores e gerando planos de ação para melhorias no desempenho. Tal processo vem sendo qualificado à medida que passa a fazer parte da rotina da gestão, por meio das discussões em reuniões das CIBs-microrregionais, das Comissões de Acompanhamento e Avaliação dos projetos Saúde em Casa, Viva Vida e Pro-Hosp, nas quais há, inclusive, a vinculação dos incentivos financeiros ao desempenho das partes nas metas contratualizadas. Vale ressaltar, ainda, a valiosa participação do controle social (CESMG) na qualificação dos instrumentos e das discussões.

Os resultados já saltam aos olhos. O Estado de Minas Gerais vem melhorando seu desempenho no conjunto de indicadores celebrados no Pacto pela Saúde. Conforme se pode observar no Graf. 2, em 2008 foram cumpridos apenas 57% das metas pactuadas. Já em 2009 este percentual subiu para 74%. Este desempenho só vem sendo possível devido à união de esforços estaduais, municipais e dos parceiros que, juntos, vêm construindo o SUS em Minas Gerais.

Gráfico 2: Evolução dos resultados alcançados nos indicadores do Pacto pela Saúde. Minas Gerais, 2008-2009



Fonte: Assessoria de Gestão Regional – ACR/SES/MG, 2010.

Como resultado, observamos a aproximação e o reconhecimento dos indicadores por parte dos atores envolvidos no processo, bem como a

melhoria no processo de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde – componente Pacto pela Vida para o biênio 2010-2011. Concluiu-se com o processo que o simples ato burocrático de pactuação de metas não produz os avanços esperados no SUS, sendo necessária análise dos resultados alcançados e dos fatores que interferem no seu desempenho, buscando o mapeamento da cadeia de processos para que as pactuações sejam desafiadoras, mas coerentes com a realidade regional (Leles *et al.*, 2010).

6- Perspectivas e Conclusão

Como parte do amplo processo de fortalecimento do papel de ente de governança a ser desempenhado pelas CIB, em especial pelas CIB-microrregionais, está em andamento o Curso de Gestão Microrregional. Os mais de 2.300 participantes são gestores municipais (secretários, suplentes de CIB-micro e técnicos) e estaduais (gerentes e técnicos dos níveis central e regional), dirigentes de Consórcios Intermunicipais de Saúde e representantes do Ministério Público de todas as regiões do Estado e poderão receber títulos de especialização *lato sensu*. A metodologia mescla aulas interativas via Canal Minas Saúde, atividades a distância no ambiente virtual e momentos presenciais nas regiões, com o objetivo de revisar os Planos Municipais de Saúde e de elaborar o Plano Microrregional de Saúde, conforme demonstrado na Fig. 7.

Figura 7: A construção do Plano Microrregional de Saúde por meio da ferramenta "Curso de Gestão Microrregional". Minas Gerais, 2010

Fonte: Leles, F.A.C., 2010.

Além destes produtos e do conhecimento teórico e prático adquiridos pelos alunos, pretende-se que este curso seja ferramenta para gerar e institucionalizar processos e subsistemas estratégicos, táticos e operacionais, em especial no que toca ao monitoramento e à avaliação (componentes fundamentais para o ciclo de gestão, mas aos os quais pouco nos dedicamos). Dessa forma, será possível atingir o resultado esperado: o desenvolvimento de um sistema de gestão microrregional, que inclui os planos municipais e microrregionais de saúde, mas, também, os sistemas de acompanhamento, os fluxos decisórios e as instituições robustas que executarão a competência governativa da rede, em especial de forma descentralizada, nos territórios micro e macrorregionais.

Entende-se que a gestão regional esteja em processo de construção, que, pretende-se, seja contínua. Contudo, conforme se pôde observar, as ações de governança só se institucionalizam na medida em que se fazem de forma participativa, envolvendo os diversos atores da gestão, da prestação de serviços e da sociedade na construção deste desafio que é fazer de Minas o melhor Estado para se viver!

7- Referências

ALETRAS, V.; JONES, A.; SHELDON, T. A. Economies so Scale and Scope. IN: FERGUSON, B.; SHELDON, T. A.; POSNETT, J. *Concentration and Choice in Health Care*. London: Financial Times Healthcare, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 399/GM*, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília, 2006.

FILARDI, A.; LELES, F. A. G; FIGUEIREDO, V. L. S. A experiência do Acordo de Resultados nas equipes regionais de Minas Gerais: pactuação, monitoramento e avaliação. In: FENAGEP, 1., Brasília, 2010.

LELES, F. A. G. *et al.* As experiências da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais com o monitoramento e a avaliação dos indicadores do Pacto pela Saúde. In: FENAGEP, 1., Brasília, 2010.

LELES, F. A. G; NICOLATO, B. C. S; TAVARES JR., F. A. As experiências da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais com a gestão participativa na elaboração dos instrumentos de gestão do SUS. In: CONGRESSO CONSAD de GESTÃO PÚBLICA, 3., Brasília, 2010.

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

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G; ANDRADE, L. C. F. O PDR – a metodologia do Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais: Validação. In: CONGRESSO

BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE DA ABRASCO, 1., Salvador, 2010b.

MALACHIAS, I; LELES, F. A. G. O PDR – Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais: uma abordagem panorâmica. Relatório Técnico – AGR/SES/MG. Belo Horizonte, 2010.

MALACHIAS, I; LELES, F. A. G; CASTRO, G. B. A resolubilidade na gestão: descentralização e redução das iniquidades em Minas Gerais. In: FENAGEP, 1., Brasília, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os sistemas de serviços de saúde*: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009.

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

PESTANA, M. V. C.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte, 2004. 80 p.

SILVA, A. O. A Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais e o Canal Minas Saúde. In: FENAGEP, 1., Brasília, 2010.

SINCLAIR, D. *et al*. *Riding the Third Rail*: The Store of Ontario's Health Services Restructuring Commission, 1996- 2000. Montreal: The Institute for Research on Public Policy, 2005.

OS AUTORES

Ailton Cezário Alves Júnior

Médico pela Faculdade de Medicina da UFMG e especialista em Pneumologia Sanitária pela Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz/RJ. Pós-graduado em Aperfeiçoamento em Psicologia Médica pela Faculdade de Medicina da UFMG. Médico consultor internacional em tuberculose e estruturação de redes de atenção para pneumopatias de interesse sanitário, com ênfase em enfermidades crônicas respiratórias, havendo assessorado vários países (México, República Dominicana, OPS-WDC, etc.) – Estratégia PAL (Practical Approach to Lung Health – OMS). Atualmente é médico consultor da Coordenação Estadual de Hipertensão e Diabetes da SES/MG.

Alisson Maciel de Faria Marques

Graduado em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro e em Ciências Contábeis pela UFMG. Gerente adjunto do Projeto Estruturador de Redução da Mortalidade Infantil e Materna no Estado de Minas Gerais (Programa Viva Vida). Mestrando em Administração pela UFMG. Tem experiência em gestão financeira e orçamentária de programas de saúde, gestão de projetos e coordenação de ações de melhoria da qualidade de unidades ambulatoriais. Na área acadêmica, possui trabalhos publicados em Administração Pública e Ciências Contábeis, atuando principalmente nos seguintes temas: sistemas de informações, federalismo, políticas públicas e saúde.

André Henrique Freitas de Braga e Bessa

Graduado em Farmácia pela UFMG, especialista em Farmácia Hospitalar pela Universidade Estadual de Montes Claros – Associação Mineira de Farmacêuticos. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde – SES/MG.

Antônio Jorge de Souza Marques

Médico pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e especialista em Gestão de Sistema de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Foi coordenador

municipal de Saúde Mental, tenente-médico do Exército Brasileiro, secretário municipal de Saúde de Juiz de Fora, secretário executivo da Agência Intermunicipal de Saúde Pé da Serra, consultor do Ministério da Saúde, vereador, subsecretário de Estado de Políticas e Ações de Saúde e secretário-adjunto de Estado de Saúde de Minas Gerais. Atualmente é secretário de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais e vice-presidente do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS).

Antônio José de Meira

Odontólogo, pós-graduado em Saúde Pública pela ESP/MG e em Odontologia Social pelo Departamento de Odontologia da PUC Minas. Fundador e ex-presidente da Associação Mineira de Epidemiologia. Gerente da Gerencia de Inteligência Epidemiológica da SES/MG. Experiente na elaboração de análises situacionais de saúde.

Augusto Afonso Guerra Júnior

Doutor em Saúde Pública com ênfase em Epidemiologia pela Faculdade de Medicina da UFMG. É integrante do Grupo de Pesquisa de Economia da Saúde e do Grupo de Pesquisa em Farmacoepidemiologia, ambos da UFMG. Seus trabalhos compreendem pesquisas sobre a área de gestão, informática e economia, com ênfase em economia da saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: política de medicamentos, farmacoeconomia, economia da saúde e vigilância sanitária. Atualmente é professor universitário e atua como superintendente de Assistência Farmacêutica do Estado de Minas Gerais.

Belmiro Gustavo Ribeiro

Bacharel em Administração de Empresas, membro e participante da Comissão de Implantação do Pregão em Minas Gerais. Palestrante do Curso de Formação de Pregoeiros pela Fundação João Pinheiro. Coordenador da Comissão de Administração de Oferta Pública de Recursos no âmbito da Secretaria de Estado de Fazenda de Minas Gerais. Membro da equipe de apoio de pregões realizados em conjunto por Minas Gerais e São Paulo. Certificado pelo Estado para o cargo de Superintendente de Gestão, Planejamento e Finanças.

Bruno Reis de Oliveira

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, é bacharel em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro e pós-graduado em Gestão Hospitalar pela ESP/MG. Atualmente, cursa licenciatura em

Letras na UFMG. Em 2010, concluiu o curso de Alta Direção em Administração Pública, edição internacional, oferecido pelo Instituto Nacional de Administração (INA) de Portugal a dirigentes da administração pública da América Latina e África. Na área acadêmica, possui trabalhos publicados em Administração Pública e Letras, relacionados com as temáticas de saúde pública, federalismo, gestão da qualidade, análise do discurso e literatura.

Cristina Luiza Ramos da Fonseca

Relações Públicas pela PUC Minas, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), possui MBA em Gestão Estratégica de Negócios pela UNA. Atualmente é superintendente de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde da SES/MG.

Darissa Marielle Lucas Ferreira

Formada em Psicologia e pós-graduanda em Gestão Estratégica de Pessoas pela UFMG. Atua atualmente na Assessoria de Contratos Assistenciais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Diego Lanza de Oliveira

Graduado em Administração Pública pela Escola de Governo/Fundação João Pinheiro e em Direito pela UFMG. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Atualmente exerce o cargo de coordenador no Núcleo de Monitoramento, Avaliação e Custos da SES/MG.

Eliana Márcia Fialho de Sousa Bandeira

Médica pela Faculdade de Medicina da UFMG, com especialidade em Clínica Médica. Especialista em Geriatria e Gerontologia na Erasmus Universirteit, Dijkzigt e no Nursing Home Recreative Center Antonuis Binnenweg, Roterdam, Holanda. Treinamento profissional em Geriatria e Gerontologia e curso avançado de treinamento profissional em Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas, no Núcleo de Geriatria e Gerontologia (NUGG/UFMG). Atualmente é gerente de projeto da Rede Mais Vida e coordenadora de atenção à saúde do idoso da SES/MG.

Elisabete Costa Reis Dutra

Farmacêutica do Hospital das Clínicas da UFMG, professora do curso de especialização da UFMG em Análises Clínicas e Toxicológicas, mestranda em Inovação Biofarmacêutica pela UFMG. Atualmente exerce o cargo de Assessora Chefe da Assessoria de Contratos, Monitoramento e Custos - SES/MG.

Eugênio Vilaça Mendes

Odontólogo pela UFMG, especialista em Planejamento de Sistema de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz, mestre em Administração pela UFMG e doutor em Cirurgia Bucal pela UFMG. Atualmente é consultor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Foi professor da UFMG, da PUC Minas e da Universidade Estadual de Montes Claros. Foi secretário adjunto de Saúde de Minas Gerais e trabalhou na Organização Pan-Americana da Saúde. Tem vários livros publicados, no Brasil e no exterior, sobre saúde pública.

Fernanda Santos Pereira

Graduada em Nutrição pelo Centro Universitário Newton Paiva. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde pela SES/MG. Atualmente é aluna do curso de pós-graduação em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde, oferecido pela SES/MG em parceria com o SENAC e com a UEMG.

Felipe Braga Ribeiro Rosa

Formado em Gestão Publica e especialista em Logística e Produção pelo UNI-BH. Atua desde 2008 no Sistema Estadual de Transporte em Saúde.

Fernando Antônio Gomes Leles

Bacharel em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro e pós-graduado em Economia e Gestão da Saúde pela UNICAMP. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, foi o empreendedor público responsável pela gestão do Projeto Estruturador Saúde em Casa (2004 a 2009). Professor convidado das Universidades Federais de Uberlândia, Alfenas, Juiz de Fora, da Universidade Estadual de Montes Claros e da ESP/MG. Atualmente é coordenador do projeto Tele-Minas Saúde e assessor chefe de Gestão Regional e na SES/MG.

Fernando Santos Schneider

Graduado em Administração Pública pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro, gerente adjunto do Projeto Estruturador Saúde em Casa. Foi responsável pela condução da organização do Planejamento Estratégico da SES/MG em 2008-2009, tendo elaborado o Mapa Estratégico da Secretaria nesse período. Posteriormente assumiu a gerência adjunta do Programa Saúde em Casa, tendo como atribuições coordenar seus diversos produtos e implantar o contrato de gestão nos municípios. Possui experiência em gestão por resultados, planejamento estratégico, BSC e gestão de projetos.

Francisco Antônio Tavares Junior

Graduado em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro, especialista em Economia da Saúde e Farmacoeconomia pela Universidad Pompeu Fabra, da Espanha, e especialista em Planejamento em Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva da UFBA. Foi empreendedor público e gerente adjunto do Programa Viva Vida. Atualmente é assessor chefe de Gestão Estratégica da SES/MG.

Gabriel Silva dos Santos Drumond Linhares

Graduado em Administração Pública pela Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho da Fundação João Pinheiro. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Atualmente é assessor da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da SES/MG.

Gisele Bicalho

Jornalista, assessora de Comunicação Social da SES/MG, desde 2003. Atuou em diversos jornais, além de prestar assessoria técnico-especializada a várias instituições públicas e privadas.

Gisele Onete Marani Bahia

Psicóloga, especialista em Epidemiologia em Serviços pela UFMG/ENSP, especialista em Saúde Mental pela ENSP/ESMIG e especialista em Psicofarmacologia pela UFMG. Mestre em Gestão e Gerência de Serviços de Saúde pelo Instituto de Medicina Social do Rio de Janeiro. Atualmente é subsecretária de Vigilância em Saúde da SES/MG.

Grazielle Dias da Silva

Mestre em Saúde Pública com ênfase em Políticas de Saúde e Planejamento pela Faculdade de Medicina da UFMG. É integrante do Grupo de Pesquisa de Economia da Saúde e do Grupo de Pesquisa em Farmacoepidemiologia, ambos da UFMG. Seus trabalhos compreendem pesquisas sobre a área de Farmácia, com ênfase em farmacoeconomia, atuando principalmente nos seguintes temas: assistência farmacêutica, economia da saúde, farmacoepidemiologia e saúde pública. Atualmente é assessora da Superintendência de Assistência Farmacêutica da SES/MG.

Helidéa de Oliveira Lima

Médica pela UFJF, mestre em Gestão de Serviços de Saúde pelo Instituto Universitário de Lisboa (IUL), pós-graduada em Gestão de Serviços de

Saúde pela UFJF e pela ESP/MG. Professora da Fundação Getúlio Vargas (FGV Management), do MBA Gestão em Saúde da UFJF e do MBA de Gestão das Organizações de Serviços de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FELUMA). Foi superintendente de Atenção à Saúde da SES/MG. Atualmente é gerente do Projeto Estruturador Saúde em Casa e Subsecretária de Políticas e Ações de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Homero Cláudio Rocha Souza Filho

Farmacêutico graduado pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Ocupou o cargo de coordenador executivo do Programa Rede Farmácia de Minas e de Gerência de Medicamentos Básicos.

Iveta Malachias

Graduado em Sociologia e Política, Administração Pública, especialista em Saúde Pública e Gestão Microrregional. Professora de Planejamento em Saúde convidada do NESCON/UFMG e Cursos de Saúde Pública. Pesquisadora, Diretora de Planejamento da SES/MG e Gerente de Regionalização da Assessoria de Gestão Regional da SES/MG.

Jorge Luiz Vieira

Bacharel em Ciências Econômicas pela UFJF. Profissional da área de comércio varejista e Wealth Management. Com experiência nas áreas de compras, abastecimento e logística. Atualmente é subsecretário de Logística e Inovação em Saúde.

José Maria Borges

Assessor especial da SES/MG, é médico, pós-graduado em Tropical Public Health pela London School of Hygiene and Tropical Medicine. Membro do Departamento de Clínica Médica da Associação Médica de Minas Gerais, Membro da Associação Médica Brasileira, ex-presidente do Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais, ex-secretário municipal de Saúde de Belo Horizonte e ex-secretário de Estado de Saúde de Minas Gerais.

José Silvério Martins Torres

Economista pela FACE/UFMG, especialista em Economia, Administração e Finanças. Foi assessor técnico na Superintendência de Gestão da SES/MG, diretor de Administração e Finanças da Fundação Estadual do Meio

Ambiente (FEAM) e diretor de Coordenação Executiva de programas de desenvolvimento regional da SEPLAN-MG (atual SEPLAG). Integrou o corpo docente da Faculdade de Administração e Finanças (FADEC) da atual UNIMONTES, como professor titular das disciplinas de Contabilidade Geral, Contabilidade de Custos e Elaboração e Análise de Projetos, dos cursos de graduação de Economia, Administração e Ciências Contábeis.

Juliana Barbosa e Oliveira

Psicóloga, pós-graduada em Educação a Distância e Gestão Estratégica de Marketing, especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho. Certificada para a função de superintendente de Planejamento, Gestão e Finanças Integrantes e para a função de dirigente de Unidades de Recursos Humanos Integrantes da Estrutura Orgânica Complementar dos Órgãos da Administração Direta, Entidades Autárquicas e Fundacionais do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais. Expressivo conhecimento na área de Gestão de Pessoas e Psicologia Organizacional, atuando em empresas e instituições de diversos segmentos e porte.

Laura Monteiro de Castro Moreira

Graduada em Administração Pública, pós-graduada em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde e mestranda em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFMG. Atualmente ocupa o cargo de especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental na Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente da SES/MG. É membro do Grupo de Estudos em Atenção Primária do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFMG. Principais linhas de pesquisa: avaliação e monitoramento de políticas públicas e políticas públicas de saúde da criança e do adolescente.

Lidiane Gonçalves dos Santos

Graduada em Fonoaudiologia pela UFMG, especialista em Políticas e Gestão da Saúde pela SES/MG. Pós-graduanda em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde da SES/MG em pareceria com o SENAC e com a UEMG.

Lismar Isis Campos

Administradora, pós-graduada em Administração Hospitalar e Gestão Estratégica em Negócios pela UFMG, mestre em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical pela Faculdade de Medicina da UFMG. Atualmente é coordenadora da Assessoria de Melhoria da Qualidade da SES/MG. Avaliadora/consultora do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA), Joint Comission International (JCI) e Accreditation Canadá International (ACI).

Docente e tutora dos cursos de Pós-Graduação em Gestão Hospitalar da ESP/MG e MBA Gestão dos Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria da UFJF. Orientadora dos cursos de Administração Hospitalar e Auditoria de Serviços de Saúde da Faculdade São Camilo.

Luciana Alves

Psicóloga pela FUMEC, especialista em Saúde Mental pela PUC Minas e em Neuropsicologia pela FUMEC. Mestre em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina da UFMG, doutoranda em Ciências da Saúde pela mesma instituição. Atualmente trabalha com atividades de pesquisa na área da saúde e atividades de ensino em saúde.

Luiz Antônio Marinho Pereira

Farmacêutico pela UFMG e mestre em Gestão da Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos pela UFRGS.

Luiza Lisboa

Enfermeira pela UFMG, especialista em Políticas e Gestão da Saúde pela SES/MG. Atualmente é pós-graduanda em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde, oferecido pela SES/MG em pareceria com o SENAC e com a UEMG.

Márcia Rovena de Oliveira

Médica pela Faculdade de Medicina da UFMG, ginecologista e obstetra, com especialização pela Faculdade de Ciências Médicas, na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Referência Técnica da Saúde da Mulher (SES/MG) desde 1997. Ginecologista e obstetra do Hospital Julia Kubitschek.

Marco Antônio Bragança Matos

Médico pela UFMG, especialista em Pediatria pela Fundação Benjamim Guimarães – Hospital da Baleia e em Gestão Microrregional de Sistemas e Serviços de Saúde pela Fundação Educacional Lucas Machado. Professor do MBA de Gestão das Organizações de Serviços de Saúde da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FELUMA). Autor do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), implantado pela SES/MG. Atualmente é superintendente de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Maria Beatriz Moreira Alkmim

Médica, mestre em Ciências da Saúde pela UFMG e especialista em Gestão Hospitalar pela ESP/MG. Coordenadora do Centro de Telessaúde do Hospital

das Clínicas da UFMG e membro do Comitê Assessor do Projeto Rede Universitária de Telemedicina/RNP. Atua em telemedicina e telessaúde desde 2001, com principais áreas de atuação em gestão administrativa, clínica e financeira da telessaúde, com foco em teleassistência, teleconsultoria e telecardiologia. Recebeu o prêmio Saúde! 2008 da Editora Abril, categoria Saúde do Coração.

Maria Emi Shimazaki

Médica pediatra, especialista em Saúde Pública, Gestão e Marketing de Serviços de Saúde. É consultora em Gestão de Sistemas de Saúde e desenvolve trabalhos para o Ministério da Saúde, assessorando a Diretoria de Articulação de Redes Assistenciais, para as Secretarias de Estado de Saúde de Minas Gerais e do Espírito Santo, para as Secretarias Municipais de Saúde de Uberlândia, Vila Velha e Curitiba. Dentre os trabalhos desenvolvidos, destacam-se: Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde, Plano Diretor para a Atenção Hospitalar, Organização das Redes de Atenção à Saúde, Diretrizes Clínicas e Prontuário Eletrônico.

Maria de Fátima Castanheira

Graduada em Comunicação Social/Jornalismo pela PUC Minas. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde pela SES/MG. Especialista em Saúde Pública pela ENSP/ESMIG.

Maria do Carmo Paixão Rausch

Graduada em Medicina pela UFMG, especialista em Pediatria e Epidemiologia em Serviços de Saúde. Coordenadora Estadual de Regulação Assistencial na SES/MG.

Maria Letícia Duarte Campos

Mestre em Administração Pública e cargo efetivo em Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, exerceu diversos cargos e funções na administração pública estadual. Trabalhou como diretora de Programação Assistencial na SES/MG (2006-2010). Atualmente é diretora de Planejamento, Articulação e Intersetorialidade da Agência de Desenvolvimento da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Como docente atuou na Escola de Governo da Fundação João Pinheiro e na Faculdade Minas Gerais (FAMIG).

Maria Regina Sant'Ana

Professora da rede pública e privada atuou em cursos de formação de professores e de cursos promovidos pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Atualmente, tem exercício na Assessoria de Comunicação Social da SES/MG.

Marta Alice Venâncio Romanini

Coordenadora do Programa Viva Vida. Médica pediatra, docente da Faculdade de Medicina da UFMG. Professora emérita da Faculdade de Medicina da UFMG, coordenadora do Programa Materno Infantil da SES/MG e de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

Marta de Sousa Lima

Bacharel em Filosofia pela Universidade Federal de São João Del-Rei e pós-graduada em Saúde Pública e em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela UFMG. Atualmente é chefe de gabinete da SES/MG e coordenadora da implantação do Sistema Estadual de Transporte em Saúde no Estado.

Micheli Fonseca Lima

Fonoaudióloga, pós-graduanda em Saúde Coletiva pela PUC Minas. Especialista em Políticas e Gestão da Saúde da SES/MG, atualmente é assessora da Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde.

Mirza Quintão Utsch

Graduada em Engenharia Metalúrgica pela UFMG, pós-graduada em Segurança e Medicina do Trabalho pela UFMG e MBA em Gestão/Marketing pela ESPM. Consultora do Instituto de Desenvolvimento Gerencial (INDG), tem experiência em reprojeto de processos e desdobramento de indicadores/metas em órgãos públicos, atuando principalmente em Secretarias de Saúde.

Myriam Araujo Coelho

Psicóloga especialista em Gestão de Serviços de Saúde (ESP/MG). Presidente do COSEMS/MG (2001-2002), gestora municipal de saúde (1993-2002), superintendente de Regulação da SES/MG (2003-2010).

Nicodemus de Arimathea e Silva Junior

Graduado em Medicina pela UFMG, especialista em Cirurgia Plástica, em Administração de Serviços de Saúde e em Saúde Pública. Coordenador Estadual de Regulação Assistencial, na Superintendência de Regulação da SES/MG.

Paulo Tavares Junior

É bacharel em Sociologia e Política e Administração Pública pela Faculdade de Ciência Econômicas da UFMG e mestre em Promoção do Desenvolvimento pela Universidade d'Anvers, Bélgica. Coordenador Estadual de Regulação Assistencial na SES/MG.

Rasível dos Reis Santos Junior

Médico clínico geral, especializando em Gestão de Sistemas de Saúde e Hospitalar pela Fundação Getúlio Vargas. Atualmente é coordenador estadual de Urgência e Emergência.

Renata Cristina Resende Macedo

Mestranda em Inovação Biofarmacêutica pelo Instituto de Ciências Biológicas da UFMG. Especialista em Saúde Pública, pela Escola de Farmácia da UFMG (2008). Atualmente é Gerente de Medicamentos de Alto Custo da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, referência técnica do Centro Colaborador do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais (SUS/MG) para estudos farmacoeconômicos e epidemiológicos.

Renata Vilhena

Graduada em Estatística pela UFMG, especialista em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro, exerceu funções na Secretaria de Estado de Patrimônio e Administração, vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e na Secretaria de Planejamento e Coordenação Geral do Governo de Minas. Foi secretária adjunta de Logística e Tecnologia da Informação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, e gerente do Programa Redução de Custos nas Aquisições de Bens, Obras e Serviços, do Avança Brasil. Desde 2007, ocupa o cargo de secretária de Estado de Planejamento e Gestão do Governo de Minas, tendo, em abril de 2010, assumido a presidência da Câmara de Coordenação Geral, Planejamento, Gestão e Finanças.

Rodrigo Mendonça Queiroga

Formado em Administração de Sistemas de Informações pela UNA, mestre em Informática com ênfase em Inteligência Computacional pela Universidade Federal do Espírito Santo. Possui 24 anos de experiência em Tecnologia da Informação, iniciando sua carreira no Serviço Federal de Processamento de Dados. Gerenciou projetos de TI para empresas de Telecomunicações, Distribuição de Energia e Saneamento. Foi assessor de Planejamento e Projetos da PRODABEL, empresa de Tecnologia da Informação de Belo Horizonte. Atualmente é gerente de projetos e gerente do Escritório de Programa na SEPLAG/MG.

Rubensmidt Ramos Riani

Engenheiro civil, especialista em Educação a Distância, em Gestão Microrregional de Saúde, em Segurança de Ambientes de Trabalho/Saúde do

Trabalhador e em Gestão de Políticas Públicas. Diretor geral do Canal Minas Saúde da SES/MG e membro da Universidade Aberta do SUS. Tem experiência em planejamento e coordenação de políticas públicas, com ênfase em educação em saúde, atuando principalmente em ações educacionais de larga escala e a distância com uso de ferramentas midiáticas. Ex-integrante das diretorias da ESP/MG, da FUNED e da Fundação João Pinheiro. Servidor efetivo da SEPLAG/MG.

Soraya Figueiredo de Sousa

Especialista em Política e Gestão da Saúde pela SES/MG. Atua atualmente na Assessoria de Gestão Regional, já atuou na Gerência de Atenção Primária à Saúde e na Superintendência de Regulação, com a Programação na Pactuação Integrada. Ex-assessora Técnica do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS/MG), ex-assessora especial do CONASEMS em promoção e vigilância em saúde, além da assistência à saúde. Ex-secretária Municipal de Saúde de São José do Divino em Minas Gerais.

Tiago Lucas da Cunha Silva

Bacharel em Administração com ênfase em Gestão de Negócios pela Faculdade Estácio de Sá, pós-graduando em Gestão Hospitalar e Sistema de Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Coordenador estadual do Pro-Hosp da SES/MG.

Wagner Fulgêncio Elias

Graduado em Odontologia pela UFMG, com especialização em Gestão pela Fundação Dom Cabral. Autor do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), implantado pela SES/MG. Atualmente é gerente de Atenção Primária à Saúde da SES/MG.

Welfane Cordeiro Junior

Médico especialista em Terapia Intensiva, pós-graduado pela FGV e Ohio University em gestão de saúde. Presidente do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco.

Wenderson Walla Andrade

Formado em Farmácia pela UFJF, MBA em Gestão de Produção Farmacêutica pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e em Farmacologia pela Universidade de Lavras (UFLA). Trabalhou na Assistência Farmacêutica do

Ministério da Saúde, na FUNED, na Assessoria da Diretoria Industrial. Na SES/MG foi gerente de Medicamentos de Alto Custo e de Medicamentos Estratégicos, e participou da elaboração e implantação da Rede Farmácia de Minas, do Componente Verde, do sistema de informação (SiGAF) e da realização de pesquisas na área farmacêutica. Atualmente retornou para FUNED para trabalhar na produção de imunobiológicos.

Yamara Fulgência Colares

Enfermeira obstetra pela PUC Minas, pós-graduada em Enfermagem do Trabalho e Educação em Saúde na Enfermagem. Enfermeira assistencial do SAMU de belo horizonte, atualmente é enfermeira-técnica da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência da SES/MG.

Cidade Administrativa
Rodovia Prefeito Américo Gianetti, s/nº, Serra Verde
CEP: 31.630-900

Este livro foi composto com tipografia Minion e impresso
em papel Off Set 90 g na Formato Artes Gráficas.