O CHOQUE DE GESTÃO
NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

Antônio Jorge de Souza Marques
Eugênio Vilaça Mendes
Jomara Alves da Silva
Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
ORGANIZADORES

O CHOQUE DE GESTÃO NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

Antônio Jorge de Souza Marques
Eugênio Vilaça Mendes
Jomara Alves da Silva
Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
(Organizadores)

O CHOQUE DE GESTÃO NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

SUS Sistema Único de Saúde
GOVERNO DE MINAS

GOVERNADOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
AÉCIO NEVES DA CUNHA

SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS
MARCUS VINÍCIUS CAETANO PESTANA DA SILVA

SECRETÁRIO ADJUNTO
ANTÔNIO JORGE DE SOUZA MARQUES

SUBSECRETÁRIA DE POLÍTICAS E AÇÕES DE SAÚDE
HELIDÉA DE OLIVEIRA LIMA

SUBSECRETÁRIA DE INOVAÇÃO E LOGÍSTICA EM SAÚDE
JOMARA ALVES DA SILVA

SUBSECRETÁRIO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
LUIZ FELIPE ALMEIDA CARAM GUIMARÃES

C549 O choque de gestão na saúde em Minas Gerais / organizado por Antônio Jorge de Souza Marques [et al.] . --- Belo Horizonte : Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.
324 p. il.

ISBN 978-85-89239-61-5

1.Saúde Pública-Minas Gerais. 2.Sistema Único de Saúde (SUS)-Minas Gerais. 3.Política de saúde-Minas Gerais. I.Marques, Antônio Jorge de Souza.II.Título.

CDU 614(815.1)

Elaborada por Rinaldo de Moura Faria - CRB-6 nº 1006

PROJETO GRÁFICO, EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PRODUÇÃO GRÁFICA
Autêntica Editora Ltda.
(31) 3222 6819

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO OS 20 ANOS DO SUS E AS CONQUISTAS RECENTES EM MINAS GERAIS 11

CAPÍTULO I 20 ANOS DE SUS

I. Introdução 15

II. Marcos Históricos 18

III. Os Avanços do SUS 21

IV. Os Grandes Desafios do SUS 24

V. Referências 28

CAPÍTULO II BASES CONCEITUAIS E PROGRAMÁTICAS DO CHOQUE DE GESTÃO NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

I. O Início das Transformações 29

II. O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) 30

III. A Situação da Saúde em Minas Gerais 34

IV. A Mudança do SUS em Minas Gerais – As Redes de Atenção à Saúde 36

V. Conclusão 43

VI. Referências 44

CAPÍTULO III ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – SAÚDE EM CASA

MELHORANDO A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRESTADA À SAÚDE DOS MINEIROS

I. Introdução 45

II. Atenção Primária à Saúde – Porta de Entrada no Sistema de Saúde 46

III. O Programa Saúde da Família 48

IV. Saúde em Casa: a Solução Mineira de Melhoria da Qualidade da APS 50

V. Distribuição de Recursos – Uma Nova Lógica 51

VI. Pactuação de Resultados 53

VII. Espaços Físicos Renovados 54
VIII. Linhas-Guia de Atenção à Saúde 57
IX. O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS) 58
X. Educação Permanente dos Profissionais da Saúde 65
XI. Canal Minas Saúde 69
XII. Iniciativas Complementares 72
XIII. Conclusões 73
XIV. Referências 75

CAPÍTULO IV REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
I. Introdução 79
II. A Triagem de Pacientes – Modelos 80
III. A Rede de Urgência e Emergência de Minas Gerais 84
IV. A Mudança na Gestão das Urgências a partir da Classificação de Risco 88
V. Referências 108

CAPÍTULO V REDE VIVA VIDA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA
I. Introdução 111
II. Contextualização 113
III. Rede Viva Vida 113
IV. O Projeto Viva Vida 116
V. Centros Viva Vida de Referência Secundária 121
VI. Resultados 123
VII. Desafios Futuros 126
VIII. Referências 128

CAPÍTULO VI FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA REDE HOSPITALAR – PRO-HOSP
I. Introdução 129
II. Contextualização 130

III. O PRO-HOSP 132
IV. O Programa da Gestão da Qualidade 138
V. Resultados 142
VI. Conclusão 149
VII. Desafios Futuros 150
VIII. Referências 154

CAPÍTULO VII ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
I. Introdução 157
II. A Nova Assistência Farmacêutica em Minas 159
III. As Fachadas das Farmácias de Minas 162
IV. Medicamentos para a Atenção Primária à Saúde 163
V. Medicamentos Estratégicos 164
VI. Medicamentos Excepcionais (de Alto Custo) 165
VII. A Produção de Medicamentos em Minas Gerais 168
VIII. Principais Ações e Resultados 169
IX. Referências 169

CAPÍTULO VIII REGULAÇÃO ASSISTENCIAL
I. Introdução 173
II. A Regulação da Assistência à Saúde 174
III. A Situação da Assistência à Saúde em Minas Gerais 175
IV. A Regulação Assistencial em Minas Gerais 177
V. Principais Resultados 181
VI. Referências 189

CAPÍTULO IX SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO
I. Introdução 191
II. O Prontuário de Saúde da Família 192
III. O Sistema Integrado de Gestão da Atenção à Saúde 193

IV. Resultados 196
V. Desafios 196
VI. Referências 197

CAPÍTULO X SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPORTE EM SAÚDE
I. Introdução 199
II. O Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS) 201
III. Transporte de Pacientes Eletivos 202
IV. Transporte de Resíduos de Serviços de Saúde 205
V. Os Primeiros Projetos 206
VI. Resultados 207

CAPÍTULO XI VIGILÂNCIA EM SAÚDE
I. Introdução 209
II. Reestruturação de Modelo de Vigilância em Saúde 211
III. A Vigilância Sanitária 212
IV. A Vigilância Epidemiológica 216
V. A Municipalização da Vigilância 219
VI. Sistemas de Informação 220
VII. Outras Ações Importantes 222
VIII. A Educação como Estratégia para a Promoção da Vigilância em Saúde 224
IX. Avanços a Celebrar 225
X. Os Principais Desafios 227
XI. Referências 230

CAPÍTULO XII PLANEJAMENTO, PESSOAS, PROCESSOS E INFORMAÇÕES
I. Introdução 233
II. Planejamento e Gestão – A Mudança Cultural e a Consolidação da Cultura de Resultados 235
III. Pessoas – Componentes Essenciais do Estado 239

IV. Um Novo Modelo Organizacional – Estruturas e Processos a Serviço dos Resultados 249

V. Gestão do Consumo – Uma Nova Visão 252

VI. Tecnologia e Informação para a Saúde 255

VII. Conclusão 258

VIII. Referências 259

CAPÍTULO XIII O CHOQUE DE GESTÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE MINAS GERAIS - FHEMIG

I. Introdução 261

II. Estruturação da Rede Hospitalar – Gestão por Complexos Assistenciais 262

III. Gestão Estratégica – Ferramentas e Estratégias 263

IV. Gestão da Clínica – Sistematização e Monitoramento 266

V. Gestão de Pessoas – Formação e Aperfeiçoamento Pessoal 268

VI. Compromisso com Resultados 269

VII. Conclusão 270

VIII. Referências 273

CAPÍTULO XIV A PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM MINAS GERAIS – FUNED

I. Introdução 275

II. Referências 282

CAPÍTULO XV HEMOMINAS

I. Introdução 285

II. Estruturação da Fundação Hemominas 287

III. A Busca pela Excelência 290

IV. O Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados 297

V. A Pactuação de Resultados 298

VI. Planejamento Estratégico 299

VII. Referências 302

CAPÍTULO XVI EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRIORIDADE – ESP/MG

I. Introdução 303

II. Educação Permanente em Saúde: Superação do Saber Técnico 304

III. Educação Profissional em Saúde: Conceitos Norteadores da Práxis 306

IV. Impactos 308

V. Referências 309

LISTA DE ACRÔNIMOS 311

AUTORES 313

APRESENTAÇÃO

OS 20 ANOS DO SUS E AS CONQUISTAS RECENTES EM MINAS GERAIS

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

A Constituição de 1988 nasce impregnada pelos mais profundos e legítimos sentimentos em favor da democracia e da eqüidade social que dominavam a sociedade brasileira naquele momento. A redemocratização trouxe à tona enormes demandas sociais reprimidas no período autoritário. Em todas as áreas, avanços foram introduzidos na direção de assegurar aos brasileiros os direitos de cidadania. A democracia não sobreviveria se não atacássemos frontalmente as imensas desigualdades que fraturavam o tecido social brasileiro. A liberdade sem precedentes alcançada colocava irrevogavelmente a necessidade de sólidas e permanentes ações de inclusão das pessoas marginalizadas por meio de uma melhor distribuição de renda, de políticas públicas ativas e de uma inserção progressiva de todos no mercado de trabalho, de consumo e nos programas governamentais.

Na saúde não foi diferente. Um amplo movimento social em favor da reforma sanitária ecoou de forma vigorosa dentro da Assembléia Nacional Constituinte. Como resultado, foram lançadas as bases de um sistema generoso, inclusivo, de acesso universal e cobertura integral. Nascia o Sistema Único de Saúde.

Passaram-se 20 anos. E o balanço é certamente favorável. Hoje a saúde pública brasileira é muito melhor que 20 anos atrás. As vitórias são maiores que as derrotas, os avanços superiores aos gargalos, os resultados inequívocos e expressivos.

É Ainda assim, só em Minas Gerais, o SUS viabiliza um milhão e 200 mil internações, 240 mil partos, 130 milhões de procedimentos de atenção primária, 12 milhões exames de patologia clínica, dois mil transplantes. Com todas as debilidades e os gargalos reconhecidamente existentes, o SUS se configura como uma das maiores políticas de inclusão social de toda a história brasileira.

Avançamos muito nesses 20 anos. O SUS constitucional e dos nossos sonhos deve ser considerado desafio, caminhada, travessia, horizonte utópico a nos estimular na ação transformadora permanente.

Em Minas Gerais, nos últimos seis anos, por intermédio do choque de gestão e inovação e da construção de uma estratégia de um Estado que produzisse reais resultados para a população, realizamos um verdadeiro salto de qualidade nas políticas públicas de saúde. Sempre procurando fazer mais e melhor com cada real do orçamento público.

Da qualificação da atenção primária pelo programa Saúde em Casa à modernização da rede hospitalar pelo PRO-HOSP. Do fortalecimento do combate à mortalidade materno-infantil via estruturação da rede VIVA VIDA à ampliação e à qualificação sem precedentes da oferta de medicamentos, por meio do Farmácia de Minas. Da construção de um Sistema de Transporte em Saúde com pressuposto da garantia de acesso, passando pela estruturação do Sistema Estadual de Regulação e chegando à pioneira Rede de Urgência e Emergência no Norte de Minas. Todos esses frutos, semeados a muitas mãos, na parceria com gestores municipais, conselheiros de saúde, organizações não governamentais, rede filantrópica, servidores públicos, instituições de ensino e pesquisa, Assembléia Legislativa, Ministério Público, Poder Judiciário, nos autorizam a reafirmar um centrado e sólido otimismo em relação ao futuro do SUS em nossas Minas Gerais.

Este livro resgata um pouco esta trajetória recente. Traz dados, informações, reflexões, não com o objetivo de um registro estático do passado, mas com elemento imprescindível de discussão sobre a construção do futuro.

Dedicamos essa publicação a todos que, de uma forma ou outra, contribuíram para o desenvolvimento do sistema público de saúde no Brasil e em Minas. Pessoas como Sérgio Arouca, David Capistrano, Dario Tavares e Célio de Castro, entre tantos outros militantes dessa boa causa.

O SUS carrega dentro de si o sonho de nossa geração de um País mais justo. Cabe a todos nós não deixarmos a chama se apagar. Avançar, superar os obstáculos, manter o rumo. A estrada é longa. Mas a caminhada vale a pena. "O SUS não é um problema sem solução. O SUS é uma solução com problemas". Coerentes com o espírito de 1988, vamos lutar e trabalhar por ele.

CAPÍTULO I

20 ANOS DE SUS

José Maria Borges

I. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado oficialmente em 1988, originou-se, de fato, há cerca de uma década. Seu início, embora centrado em aspectos sanitários, é muito mais abrangente e rico. Integra com outros setores da sociedade um movimento pelo social, pelo fim do regime de exceção, por conquistas democráticas, pelo resgate da cidadania, da liberdade de expressão e de participação na organização dos poderes e nas definições de políticas sociais do País.

Profissionais da saúde atuando nos departamentos de Medicina Preventiva e Social e, ao mesmo tempo, engajados na luta política pelo restabelecimento da democracia no País, sintetizam em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde, o acúmulo de discussões de quase duas décadas anteriores à Constituição de 1988. É o nascimento do movimento sanitário que, unido a outras forças políticas, inicia o questionamento de um modelo de atenção médica injusto, discriminatório, voltado para ações lucrativas, baseado na atenção hospitalar. Agrupados nessa vertente sanitarista, esses profissionais, ao defenderem um sistema de saúde igualitário, integral, justo, constituem, também, uma vanguarda da luta pela democratização do País.

Conformam esse grupo de maneira expressiva, ao lado de tantos outros incógnitos nos registros históricos, Sérgio Arouca, Hésio

Cordeiro, Nina Pereira, Sônia Fleury, Eleutério Rodrigues, Domingos Gandra, Carlos Mosconi, Francisco de Assis Machado.

Paulatinamente, esses grupos de sanitaristas foram assumindo as direções de entidades como Fiocruz (Arouca), INAMPS (Hésio Cordeiro, Temporão), Instituto de Medicina Social da UERJ (Nina Pereira). Vivendo o dia-a-dia dessas entidades, discutindo com todo o país, por meio de seminários, encontros e cursos, a realidade excludente do Sistema de Saúde existente no Brasil, na qual ricos e assalariados formais tinham assistência e pobres eram apenas tratados como indigentes, concluíram não ser mais possível conviver com tal organização discriminatória e injusta de assistência. Era preciso criar um sistema capaz de dar conta dos problemas da saúde dos brasileiros, de forma universal, integral, abrangendo promoção e reabilitação ao mesmo tempo.

Oito anos antes da Constituinte esse projeto estava formatado. Ele foi escrito por inúmeras mãos, como afirma Gilson de Carvalho e jamais poderia ser atribuído a uma única pessoa.

Nesse período, algumas entidades tiveram um papel fundamental em agrupar pessoas e idéias e sugerir formatações para o projeto que viria a denominar-se Sistema Único de Saúde (SUS). Foram elas, principalmente, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e o Centro de Estudo Brasileiro de Ensino e Saúde (CEBES). Elas se juntaram à Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), em encontros e debates que se constituíram em palco importante de veiculação e consolidação de idéias e experiências do Movimento Sanitário.

Data histórica foi a de setembro de 1986, no Primeiro Congresso Brasileiro da SBPC, pela apresentação do conteúdo sanitário a ser levado à Constituinte, expresso em diretrizes conhecidas como: direito universal e igualitário à saúde, criação do SUS.

"A Saúde" foi o setor que conseguiu chegar à Assembléia Nacional Constituinte com a proposta mais discutida, legitimada e completa e que continha o ideário do movimento sanitário, como afirma Eleutério Rodrigues.

A luta por um Sistema Único de Saúde na Constituinte foi repleta de avanços e recuos. Eleito Ulisses Guimarães, em dois de fevereiro de 1987, Presidente da Constituinte, a opção foi criar oito comissões e 24 subcomissões, cada uma com 63 titulares e 63 suplentes, para elaborar um texto original criando o Sistema de Saúde. A sociedade foi ouvida por meio de sugestões populares (12.000 sugestões foram apreciadas) e emendas populares (30.000 ou mais assinaturas foram incorporadas). Mais de 200 audiências públicas foram realizadas sobre o tema. Mesmo sendo poucos os sanitaristas integrantes, a Subcomissão de Saúde, Seguridade e Meio Ambiente teve atuação destacada sob a presidência de José Elias Murad (PTB-MG) e relatoria de Carlos Mosconi (PMDB-MG), ambos médicos e defensores intransigentes da Reforma Sanitária. Três correntes distintas defendiam pontos de vistas próprios. Contudo, só o movimento sanitário chegou com uma proposta pronta, pela Estatização da Saúde. A iniciativa privada, ligada a um grupo do Ministério da Previdência, defendia a permanência do Modelo Previdenciário, então. O grupo, com mais organização e com certo *lobby* atuante no Congresso, constituído pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública, associado à ABRASCO e ao CEBES, e outros, todos estruturados dentro dos departamentos de Medicina Preventiva das universidades, apresentou sua proposta. O movimento Sanitarista já estava forte e organizado. As reuniões eram permanentes, muitos se dedicavam de corpo e alma ao trabalho, estimulando a participação e a organização nacional do movimento. Vale lembrar, de novo, Sérgio Arouca, Hésio Cordeiro, Chicão, Nelsão, Almir Gabriel, Eleutério, Euclides Scalco, Eduardo Jorge e Carlos Santana, entre tantos.

Naquele momento, Sérgio Arouca, em nome de 54.000 pessoas e 167 entidades, propõe a Emenda Popular de criação do Sistema Único descentralizado e com garantias à participação da sociedade em seu controle. No corpo da proposta já estavam definidos os conceitos "direito de todos e dever do Estado" e "universalidade e gratuidade". A proposta vingou e foi votada. O projeto sancionado era ideal e correto, mas os recursos eram escassos e a resistência surda, enorme. O maior orçamento do setor de saúde continuava com o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Era preciso anexar o Instituto ao Ministério da Saúde para dar concretude a um Sistema Único, universal, equânime, gratuito, de obrigação do Estado e sob seu controle. Trabalhadores formais de carteira assinada, informais ou desempregados, pelo novo modelo proposto e aprovado, tinham direitos iguais. Isso só ocorreu, de fato, quando, aceitando a presidência do INAMPS, com meta de extingui-lo, o Deputado Carlos Mosconi, no final do Governo Sarney, o fez, passando as atribuições e recursos do INAMPS ao Ministério da Saúde.

II. Marcos Históricos

Em 05 de outubro de 1988, precisamente às 15h40min, Ulisses Guimarães, Presidente da Constituinte, promulgava a 5ª Constituição da República.

A nova Constituição brasileira foi elaborada num contexto social de um povo sequioso de participação, emergido de um longo período ditatorial iniciado em 1964. Ela avançou quanto aos direitos sociais e à proteção ambiental. Entretanto, as bases econômicas da desigualdade social não foram tangidas.

Com o SUS não foi diferente. Devido a fatores como indefinição do financiamento, força de trabalho precarizada, crescentes repasses de recursos à rede privada, investimentos insuficientes na

rede pública, temos vivido, apesar da descentralização e dos avanços do sistema, uma ostensiva sabotagem ao SUS.

Tem, sistematicamente, faltado vontade política aos governantes na reversão do modelo nacional, "hospitalocêntrico", voltado, portanto, para o tratamento dos agravos, com um novo direcionamento para uma opção de investimentos preventivos, promocionais da vida, estruturados em cuidados primários de qualidade e abrangência.

Os debates realizados pelos sanitaristas, as experiências acumuladas, levados à Constituinte, vinham desde 1963, da **III Conferência Nacional de Saúde**, infelizmente tolhidos pelo movimento de 64. Deve-se ressaltar, não só pela importância histórica, mas pelo conteúdo efetivo, o modelo apresentado na conferência, iniciado em Diamantina e concluído em Montes Claros – MG, idealizado por Francisco de Assis Machado, Saraiva Felipe, Eugênio Vilaça e outros, de uma nova concepção e organização da Atenção Básica. Muitos acreditam ter sido esse momento o início do Movimento Sanitarista no Brasil.

Projetos pequenos, de reforma ou sugestão de modelo, foram surgindo. Como exemplo, temos o de Campinas, Niterói, Londrina, alguns estudos de escolas de Saúde Pública e mesmo, no âmbito do Governo Federal, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

Em 1979 o CEBES publica o documento "A questão Democrática na Área de Saúde", que apresentava, entre as 10 premissas alentadas no documento, a criação de "Um Sistema Único de Saúde", com total responsabilidade do Estado. Um outro ponto sugerido tratava de "mecanismos eficazes de financiamento do Sistema, que não sejam baseados em novos gravamos fiscais à população, nem em novos impostos específicos para a saúde".

A discussão sobre o sistema Público ou Privado dominava a cena, nesta época. Sanitaristas conhecidos e muito deles militantes políticos contra a ditadura, com papel destacado no Legislativo nacional, foram assumindo entidades universitárias e médicas,

fazendo delas trincheira na luta pela redemocratização do País e, concomitantemente, por um Sistema de Saúde público, igual para todos: FIOCRUZ (Sérgio Arouca), INAMPS (Hésio Cordeiro, Temporão), UERG – Instituto de Medicina Social (Nina). Todos trabalhando para acabar com a dicotomia entre as Grandes Endemias no Ministério da Saúde e a Assistência médico-individual no INAMPS, no Ministério da Previdência.

De fato, já havia sido elaborado pelos Sanitaristas, como referido na introdução, discutido e referendado pela ABRASCO, OAB, ABI e SBPC, um projeto de Saúde a ser levado à Constituinte.

Contudo, só em março de 1986, na IIIª Conferência Nacional de Saúde, o setor promoveu sua "pré-constituinte". Criou-se, então, a "Comissão Nacional da Reforma Sanitária". Em abril de 1986, no Iº Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, da ABRASCO, o conteúdo sanitário para a Constituinte foi fechado. Empossado Dr. Ulisses Guimarães em fevereiro de 1987, após árduas discussões e sucessivas reuniões, optou-se deixar de lado o projeto já elaborado e, de certa forma, submetido às várias entidades citadas e elaborar um texto original. Para dar concretude a esta decisão foram criadas as 24 subcomissões, também mencionadas na introdução. Aprovado um regimento de atividades das subcomissões, para ordenar os trabalhos, a sociedade foi ouvida em audiências públicas e emendas populares foram apreciadas, desde que suportadas por um mínimo de 30.000 assinaturas.

O trabalho mais pesado foi conseguir a extinção do INAMPS e sua absorção pelo Ministério da Saúde. Esse objetivo, fundamental para o SUS, só foi conseguido depois que o deputado Carlos Mosconi aceitou a presidência do INAMPS com a tarefa de promover sua incorporação ao Ministério da Saúde. Na opinião de Mosconi, "o SUS pra valer começou após a extinção do INAMPS". O deputado Sérgio Arouca foi autor da Lei 8.687, de 27 de julho de 1993, que, finalmente, extinguiu o INAMPS.

Na Subcomissão de Saúde na Constituinte, sem acordo apenas quanto ao financiamento, o relatório de Carlos Mosconi incorporou os pontos defendidos pelos sanitaristas, inclusive o lema "Saúde é um dever do Estado e direito de todos".

A decisão do Senador Almir Gabriel, pela junção da saúde na Comissão da Ordem Social, foi polêmica. Por fim, os sanitaristas convenceram-se dos argumentos do senador, colocando a junção como uma forma de viabilizar recursos para saúde. De fato, isso ocorreu, sendo feita uma destinação de 30% do orçamento da seguridade social para a saúde.

Idas e vindas, pessoas, movimentação popular por meio de coleta de assinaturas, conseguiu-se aprovar, na relatoria final para a Constituinte, um Sistema Público de Saúde, mas não estatal, inteiramente. As filantropias e mesmo o setor privado, ainda que de forma complementar, ficaram garantidos no relatório.

O tema da Saúde na Constituição de 1988 encontra-se no Título VII – Da Ordem Social –, Capítulo II – Da Seguridade Social –, Seção II – Saúde.

III. Os Avanços do SUS

O SUS, como ideário democrático, por uma constante e crescente inclusão de todas as camadas sociais de forma integral, equânime e universal, será sempre um ideal a ser atingido.

O progresso da ciência, a inclusão tecnológica, a longevidade, o aparecimento de novos agravos, as transformações ecológicas estarão continuamente colocando novos desafios a serem enfrentados e vencidos pelo nosso Sistema de Saúde. Entretanto, não é uma força de expressão, uma propaganda otimista avaliar, hoje, o SUS como o maior programa de inclusão social, nas Américas, já imaginado e executado. Seus mais de 6.000 hospitais, com cerca de 500 mil leitos e quase 70 mil unidades ambulatoriais, onde trabalham, em

média, 15 mil Equipes de Saúde da Família (ESF), ofertam à população brasileira 12,7 milhões de internações hospitalares, mais de 300 milhões de exames de laboratório clínico, demandados por mais de 150 milhões de consultas médicas. Estamos nos aproximando de 150 milhões de vacinas aplicadas pela Atenção Primária à Saúde e estamos produzindo cerca de 15 mil transplantes por ano. A grandiosidade desses números fala por si. É algo fantástico, mas permanentemente sob pressão de demanda, cobrando um avanço permanente do seu crescimento aos gestores nas três esferas de governo.

Os dados do Ministério da Saúde, organizados nos gráficos apresentados a seguir, demonstram a grandiosidade do SUS.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Meta	0	1,6	4	5	10,5	17	20	21	23	25	26
Realizado	0,8	1,6	3,1	4,3	8,8	13,2	16,7	19,1	21,2	24,5	26

Gráfico 1: Saúde da Família – Brasil – 1996-2006

Gráfico 2: Transplantes – Brasil – 1995-2004

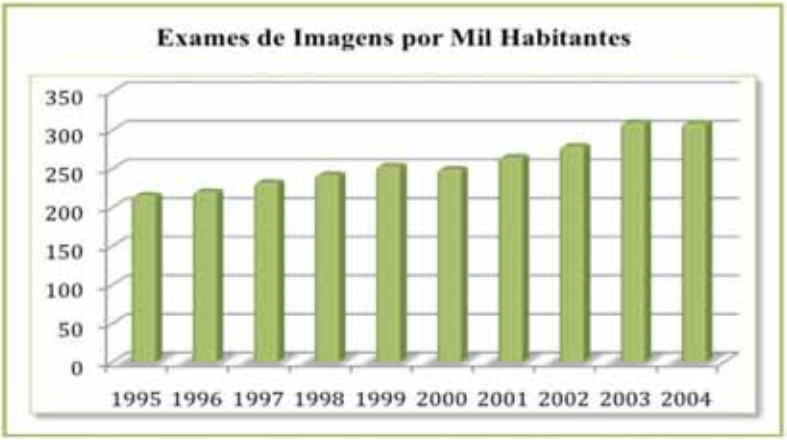


Gráfico3: Exames de Imagens – Brasil – 1995-2004

O acesso a serviços de saúde de uso regular tem aumentado de forma crescente, seja pela qualidade técnica desses serviços, principalmente na média e alta complexidade, seja pelo crescimento populacional, ou até pela imigração de segmentos populacionais do setor de saúde suplementar para o SUS. De 1998 a 2003, segundo Travassos (2005), esse aumento passou 71,2% para 79,3%.

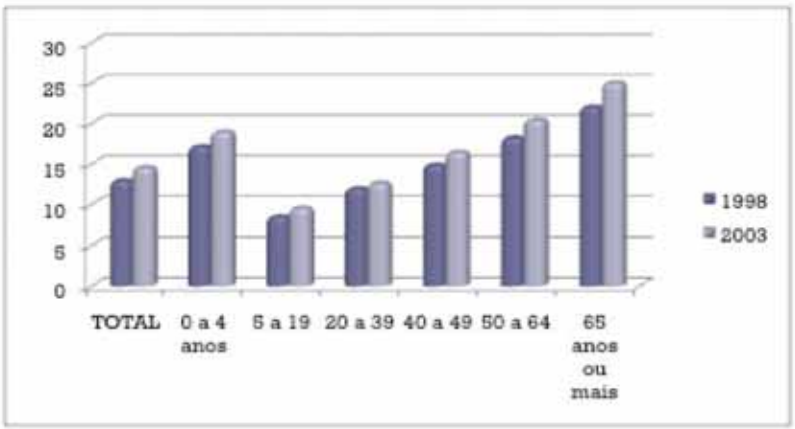


Gráfico 4: Proporção de pessoas que procuraram serviços de saúde nas duas semanas anteriores à entrevista – Brasil – 1998-2003

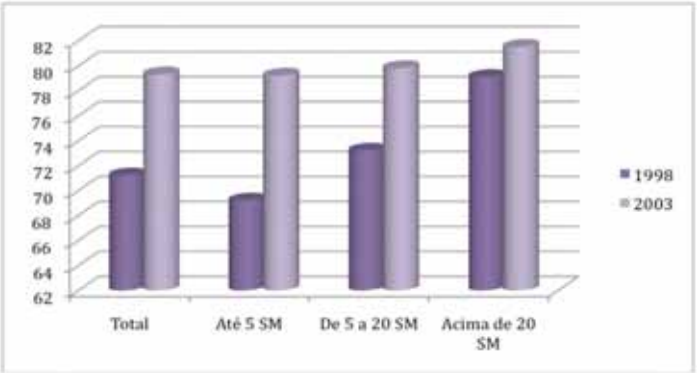


Gráfico 5: Proporção de pessoas que referiram ter serviços de saúde de uso regular (por faixa salarial) – Brasil – 1998-2003

Fonte: Travassos, 2005.

Em 2005, a vacinação de idosos contra a influenza atingiu 83,9% da meta fixada. Assim como vacinas do calendário básico vêm impactando a mortalidade infantil, a vacinação de idosos concorre para uma menor mortalidade e um aumento da expectativa de vida.

Mesmo nas discussões pré-constituintes e durante a Constituinte, era difícil supor que chegaríamos a cifras tão fantásticas de produção de serviços.

IV. Os Grandes Desafios do SUS

Mesmo as pesquisas mostrando uma curva ascendente de satisfação entre os usuários do SUS (79% nos serviços de vacinação; 60% nos serviços odontológicos; 56% nas consultas médicas; 62% nas consultas especializadas; 63% nos exames laboratoriais; 72% nas internações hospitalares; 80% nas cirurgias; 81% nos serviços de alta complexidade), o sistema tem grandes desafios pela frente. Poderíamos dizer constituir-se o SUS um processo em construção permanente.

Atingir seus quatro princípios basilares, fixados constitucionalmente, será um desafio permanente a ser alcançado: universalidade, integralidade, equidade com controle social e efetivo financiamento.

Eugênio Vilaça, Júlio Muller e René Santos acrescentam como desafios: o modelo institucional e a gestão do trabalho.

Universalização

Garantida na Constituição de 1988 como um direito de todos e um dever do Estado, a saúde não tem podido ser garantida a todos pelo SUS. Se para alguns países a universalidade do atendimento foi tranqüila (Alemanha, Canadá, Dinamarca, Espanha), para outros a opção da segmentação foi o possível.

A opção entre universalidade ou segmentação sempre passou por, pelo menos, duas variáveis importantes, em cada país:

1. Condições de financiamento;
2. Grau de socialização do país.

A Segmentação Típica é representada pelo sistema norte-americano, no qual diferentes segmentos sociais são atendidos por instituições específicas. De alguma forma, nestas circunstâncias, temos um sistema para pobres e outro, ou outros, para segmentos sociais abastados.

Mesmo os países optantes por uma universalização irrestrita, abrangente, procederam a certa qualificação na sua oferta de serviços. Nestes o cidadão, além da oferta considerada pelo sistema como socialmente necessária, tem a possibilidade de recorrer a serviços complementares, pagos ou comprados de prestadores privados.

No Brasil, como afirmamos, o SUS constitucional universal convive com o SUS real, segmentado. A própria Constituição, ao permitir à iniciativa privada atuar na prestação de serviços de saúde, de forma complementar ao SUS, determinou a segmentação do nosso sistema.

De acordo com dados do CONASS, 28,6% dos brasileiros são usuários exclusivos do SUS, 61,5% são não exclusivos e apenas 8,7% não são usuários.

Concretamente, o SUS, cada dia mais, comporta dois outros subsistemas no seu arcabouço: o sistema de saúde suplementar (planos de saúde) e o desembolso direto.

Integralidade

Diferentemente da universalização, a integralidade é um desafio transponível. Permite uma racionalidade, desde que cientificamente sustentada. O SUS deve garantir aos brasileiros cuidados integrais e necessários a uma vida saudável, incluindo aí prevenção, promoção e tratamentos. Contudo, há um razoável consenso da nossa sociedade, no sentido de o direito à integralidade estar sustentado em evidências científicas e princípios éticos, validados socialmente. Isso permite organizar a oferta dentro de padrões racionais e realmente impactantes da saúde. O Ministério da Saúde tem procurado, junto com Estados e municípios, negociar protocolos baseados em evidências, para regular a oferta de serviços do SUS, submetendo-os aos Conselhos de Saúde. Uma avaliação permanente de novas inclusões tecnológicas, seja na área de medicamentos ou equipamentos de diagnóstico e terapêutica, é necessária. Uma integralidade regulada se impõe no SUS, como preconizava Gilson Carvalho na sua passagem pelo Ministério da Saúde (Secretaria de Atenção à Saúde – SAS).

Equidade

A equidade no nosso país significa tratar os desiguais de forma desigual, diferente. Num país continental e tão diversificado em termos de estrutura produtiva, recursos naturais, situação de emprego, desníveis culturais, distribuição de riquezas e com desenvolvimento social inócuo, a acessibilidade a bens e serviços tem aspectos extremamente punitivos às populações pobres e localizadas em áreas pouco desenvolvidas ou situadas nas periferias de pobreza dos grandes centros. Isso torna imperativa a destinação

per capta de recursos públicos em geral proporcionalmente maiores a essas populações, especificamente os recursos do SUS, como compensação da desigualdade observada. Na teoria, aplaudida por todos, a equidade encontra, na prática, dificuldades alocativas dos recursos disponíveis. Não tem sido fácil estabelecer consensos nas Comissão Intergestores Bipartites (CIB) e nas Comissões Intergestores Tripartite (CIT).

A insuficiência do financiamento talvez represente o fator preponderante, associado à pressão de demanda por variados serviços nas áreas mais ricas e desenvolvidas. Assim, certa ineficiência alocativa prevalece. A inexistência de redes integradas de atenção à saúde no País dificulta ainda mais uma alocação equilibrada.

Por fim, talvez os maiores desafios atuais do SUS sejam, por um lado, o financiamento inadequado, deficiente; por outro, a ausência de um modelo correto de organização do sistema de oferta de serviços.

A indefinição de fontes de financiamento para a saúde, gravada na Constituição, levou à necessidade de uma emenda constitucional. Apesar de a Emenda Constitucional nº. 29 ter resgatado a alocação percentual de recursos para a saúde nas 3 esferas de governo (mínimo de 15% das receitas próprias para Municípios, mínimo de 12% para Estados e variação nominal do PIB para a União), ela permanece pendente de regulamentação por lei ordinária. Enquanto isso, municípios, Estados e governo federal, aproveitando interpretações dos Tribunais de Contas, vêm alocando percentuais menores e incompatíveis com as necessidades do Sistema SUS.

Projeto já aprovado no Senado, de autoria do Senador Tião Viana, deverá ser votado na Câmara, após as eleições municipais de 2008, estabelecendo, de vez, o percentual de recursos adicionais para cada um dos entes federativos. Será assim sanada definitivamente a polêmica entre o que se deve ser entendido, no orçamento da saúde, como assistência.

A insuficiência de financiamento, a ausência de um modelo voltado à promoção, prevenção, a baixa resolutividade da Atenção Primária nos ambulatórios e centros de saúde, a dificuldade em atribuir à Atenção Primária o papel de centro irradiador e coordenador de todo o sistema de saúde têm dificultado o atendimento e organização da média e alta complexidade, mantendo a atenção hospitalar como preferencial, pressionada por uma demanda espontânea crescente e complicada.

A baixa resolutividade do sistema primário e o financiamento inadequado, consubstanciados na Programação Pactuada Integrada (PPI), impõem um longo tempo de espera para atendimento, criticado pela clientela, com desgaste para o modelo do SUS.

Para terminar, é possível, nesse contexto, estarmos atendendo muito da necessidade eletiva de cuidados, na urgência e emergência, com prejuízos para o usuário do SUS e aumento considerável dos custos operacionais.

V. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *A construção do SUS. Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONASS. *SUS – Avanços e Desafios*. 1. ed. Brasília, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Marcus Pestana/Eugênio Vilaça. *Pacto de Gestão. Da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2004.

RADIS. *Constituição 20 anos*. Fundação Oswaldo Cruz, ago. 2008.

TRAVASSOS, Cláudia. *Acesso e utilização de serviços de saúde: primeiros resultados do Suplemento Saúde do PNAD 2003*.DIS/CICT/FIOCRUZ, maio de 2005. Disponível em: <http://www.proadess.cict.fiocruz.br/artigos/Apresentacao%20PNAD2003%2001-07.pdf

CAPÍTULO II

BASES CONCEITUAIS E PROGRAMÁTICAS DO CHOQUE DE GESTÃO NA SAÚDE EM MINAS GERAIS

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva
Francisco Tavares Júnior
Eugênio Vilaça Mendes

I. O Início das Transformações

A expressão "Choque de Gestão" – que é hoje uma marca registrada do governo de Minas Gerais – traduz o início de um plano de desenvolvimento para o Estado e de superação da crise de gestão do governo estadual.

O plano se inicia já em 2003 e se estende até 2006, com diversas iniciativas destinadas especificamente a promover o ajuste fiscal e a organização do governo e suas ações prioritárias. Em 2007 inicia-se a implantação de uma nova etapa de mudanças, que podemos chamar de Choque de Gestão de segunda geração, visando agora à consolidação do equilíbrio fiscal e à promoção de choques de gestão setoriais destinados a promover mudanças positivas que sejam tangíveis para a sociedade mineira.

O Choque de Gestão, nessa nova etapa, deve se estender até 2010 e se destina a consolidar em Minas Gerais uma cultura de Estado para Resultados; ou seja: um Estado capaz de executar as estratégias governamentais de forma efetiva e eficiente, promovendo a plena conexão entre os gastos públicos e os resultados esperados.

O Estado para Resultados pode ser compreendido por meio das palavras do Governador de Minas Gerais, Aécio Neves: como um esforço de medir a ação de um governo não apenas pelo que ele investe nas políticas governamentais, mas pelos seus resultados efetivos ou o avanço concreto que isso traz para as condições de saúde da população.

II. O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI)

A segunda etapa do Choque de Gestão tem como suporte um sistema de planejamento estratégico que estabelece o conjunto das grandes escolhas que orientarão a construção do futuro que se busca alcançar: ***"Minas, o melhor Estado para se viver"***.

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI) é resultado desse planejamento estratégico e foi elaborado com uma perspectiva de movimento de "onde estamos" para "aonde pretendemos estar", com a concepção de uma estratégia clara e a definição de uma carteira de projetos prioritários, articulando ações de longo, médio e curto prazos, para o período de 2007 a 2023. As ações de médio prazo abrangem períodos quadrienais e estão contidas nos Planos Plurianuais de Ação Governamental (PPAG). As ações de curto prazo são programações anuais descritas na Lei Orçamentária Anual (LOA).

A Figura 1 a seguir resume a concepção do PMDI, na forma de um mapa estratégico, definido pelo governo do Estado para alcançar sua visão de futuro.

Toda a estratégia de desenvolvimento proposta pelo governo do Estado se sustenta em dois fundamentos: qualidade fiscal e qualidade e inovação em gestão pública.

Seis estratégias setoriais formam o núcleo propulsor do processo de transformação:

Figura 1: O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI)

- Perspectiva integrada do capital humano;
- Investimentos e negócios;
- Integração territorial competitiva;
- Sustentabilidade ambiental;
- Rede de cidades; e
- Eqüidade e bem-estar.

Os resultados do PMDI apontam para pessoas instruídas, saudáveis e qualificadas; jovens protagonistas; empresas dinâmicas e inovadoras; eqüidade entre pessoas e regiões; e cidades seguras e bem cuidadas.

Para implantar um Estado para Resultados, o governo definiu onze Áreas de Resultado, que são espaços focais nos quais se concentram os esforços e os recursos, em geral numa perspectiva intersetorial, visando às transformações e às melhorias desejadas.

Para cada área de resultado são definidos objetivos estratégicos, ações e resultados finalísticos específicos.

Cada área de resultado está integrada por **Projetos Estruturadores**, **Programas Associados** e **Programas Especiais** que, em conjunto, compõem a sua carteira de projetos.

- Projetos Estruturadores – representam as escolhas estratégicas do governo, dos quais se esperam os maiores impactos da ação do governo estadual e aos quais os recursos estaduais são alocados com prioridade.
- Programas Associados – são aqueles que mantêm colaboração sinérgica com os Programas Estruturadores, para o alcance da visão de futuro e dos objetivos estratégicos do plano.
- 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.

As ações no âmbito da saúde se distribuem em várias Áreas de Resultado, mas concentram-se mais fortemente na área do Mapa denominada ***Vida Saudável***, que tem os objetivos estratégicos a seguir elencados, cada qual com suas respectivas metas de curto, médio e longo prazos:

- Universalização do acesso à atenção primária à saúde;
- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Ampliação da longevidade da população adulta;
- Aumento da eficiência alocativa do sistema de atenção à saúde; e
- Ampliação do acesso ao saneamento básico.

A carteira de projetos da Área de Resultado Vida Saudável está organizada da seguinte forma:

Projetos Estruturadores:

- Rede Viva Vida – projeto de redução da mortalidade infantil e materna.
- Saúde em Casa – programa de fortalecimento da atenção primária à saúde.
- 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 projeto são as seguintes:
  - » 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.
  - » Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde – programa de acesso regulado à atenção à saúde.
  - » Rede de Atenção às Urgências e às Emergências – programa de aprimoramento dos serviços de atendimentos de urgência e emergência.
  - » 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 pertencente 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 e Programas Especiais:

- Rede Mais Vida – programa de atenção às pessoas idosas.
- Rede Hiperdia – programa de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes.
- Farmácia de Minas – programa de distribuição de medicamentos.

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.

III. A Situação da Saúde em Minas Gerais

A situação de saúde no Estado caracteriza-se por uma transição muito rápida, do ponto de vista demográfico. Minas tem hoje 9% de sua população com mais de 60 anos; em 2023, serão mais de quatro

milhões de pessoas idosas, aproximadamente 15% da população. Um contingente maior de população idosa representa mais doenças crônicas, vez que mais de 80% dos mineiros com idade superior a 65 anos referem ter doença crônica, como constatou a Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do IBGE (PNAD, 2003 – Fundação João Pinheiro, 2005).

A mortalidade infantil apresenta tendência decrescente, caindo de 20,8 óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por mil nascidos vivos, no ano 2000, para 15,6 óbitos por mil nascidos vivos, em 2006. Contudo, verifica-se que a grande maioria de óbitos infantis em 2006 decorreu de causas evitáveis (Meira, 2008).

Os anos potenciais de vida perdidos (APVP) em maiores de 1 ano indicam que perto de 50% dos anos perdidos por mil habitantes são decorrentes de causas externas, doenças cardiovasculares e diabetes. Uma *proxy* da carga de doenças em anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (AVAI), construída a partir dos dados nacionais médios, mostra que 15% dessa carga é causada por doenças infecciosas e parasitárias, 10% por causas externas, 9% por condições maternas e perinatais e 66% por doenças crônicas (Schramm *et al.*, 2004). Isso significa que Minas Gerais vive uma transição epidemiológica singular, denominada de tripla carga de doenças, que envolve, ao mesmo tempo: uma agenda não concluída de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de riscos, como tabagismo, sobrepeso, inatividade física e alimentação inadequada; e o forte crescimento das causas externas devido ao problema da violência (Frenk, 2006).

Uma situação de tripla carga de doenças, sendo ¾ determinados por condições crônicas (doenças crônicas e causas maternas e perinatais), não pode ser enfrentada, com sucesso, por um sistema de atenção à saúde fragmentado e voltado, principalmente, para

o atendimento de condições agudas, por meio de pronto atendimento ambulatorial e hospitalar (Organização Mundial da Saúde, 2003). Essa incoerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde praticado constitui o principal problema do SUS no Estado.

IV. A Mudança do SUS em Minas Gerais – As Redes de Atenção à Saúde

A estratégia fundamental de mudança proposta pelo governo do Estado para o SUS em Minas Gerais está na implantação de sistemas integrados, com a formação de redes de atenção à saúde capazes de responder às condições agudas e crônicas existentes no Estado.

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 –, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

As redes prioritárias de atenção à saúde foram definidas com base nas situações-problema identificadas na análise das condições do sistema de saúde no Estado. Assim, a forte presença de causas evitáveis de mortalidade infantil gerou a Rede Viva Vida; a elevada morbimortalidade por doenças cardiovasculares e diabetes gerou a Rede Hiperdia; a elevada morbimortalidade por causas externas e por agudizações de doenças crônicas gerou a Rede de Atenção às Urgências e Emergências; e a transição demográfica acelerada e a elevada incapacidade funcional das pessoas idosas geraram a Rede Mais Vida.

Fundamentos das redes de atenção à saúde

As redes de atenção à saúde, como outras formas de produção econômica, podem ser organizadas em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros.

Economia de escala, grau de escassez de recursos e acesso aos diferentes pontos de atenção à saúde determinam, dialeticamente, a lógica fundamental da organização racional das redes de atenção à saúde. Os serviços que devem ser ofertados de forma dispersa são aqueles que se beneficiam menos de economias de escala, para os quais há recursos suficientes e em relação aos quais a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Diferentemente, os serviços que devem ser concentrados são aqueles que se beneficiam de economias de escala, para os quais os recursos são mais escassos e em relação aos quais a distância tem menor impacto sobre o acesso. Em geral, os serviços de atenção primária à saúde devem ser dispersos e os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, entre outros, tendem a ser concentrados (World Health Organization, 2000).

O desenho de redes de atenção à saúde faz-se combinando quantidade e qualidade dos serviços e condições de acesso. A situação ótima é dada pela concomitância de acesso dos usuários a serviços de saúde de qualidade, produzidos com os benefícios de economias de escala. Quando houver conflito entre quantidade (escala) e acessibilidade, como acontece em regiões de baixa densidade demográfica, deve prevalecer o critério do acesso.

As redes de atenção à saúde têm como elementos constitutivos: a população adstrita, o modelo de atuação e a estrutura operacional.

O primeiro elemento de uma rede de atenção à saúde, e sua razão de ser, é a população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica e vivendo em territórios sanitários bem definidos.

O segundo elemento é o modelo de atuação da rede, o sistema lógico que organiza o seu funcionamento, articulando os componentes, as intervenções sanitárias e a população. O modelo de atenção à saúde é definido em função das prioridades e estratégias governamentais, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade.

O terceiro elemento das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional, que comporta cinco componentes: os pontos de atenção à saúde; o centro de comunicação, concentrado na Atenção Primária à Saúde; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e a governança das redes.

Modelo

As redes de atenção à saúde no SUS devem ser construídas de acordo com uma base territorial e esta deve estar definida no Plano Diretor de Regionalização (PDR).

O PDR de Minas Gerais passou por uma reavaliação em 2003, com o objetivo de promover uma regionalização mais adequada à realidade do Estado e às políticas e estratégias do governo. Com a revisão dos critérios de regionalização da atenção à saúde, o Estado de Minas Gerais foi dividido em 75 microrregiões sanitárias e 13 macrorregiões sanitárias.

A construção das redes de atenção tem como premissa a oferta de atenção primária à saúde de forma descentralizada, em todos os municípios, e, por outro lado, a concentração dos serviços de atenção secundária em pólos microrregionais e os serviços de atenção terciária em pólos macrorregionais.

O modelo de atenção das redes de saúde que está sendo implantado no Estado de Minas Gerais está representado na Figura 2 a seguir.

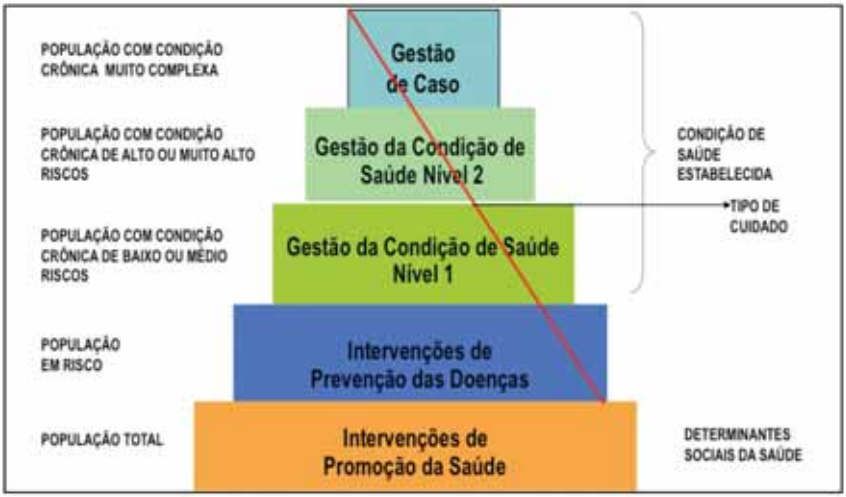


Figura 2: Modelo de atenção às condições crônicas de saúde
Fonte: Mendes, 2007.

A representação acima apresenta, do lado esquerdo, a população, estratificada em subpopulações por tipo de risco. Do lado direito da figura são apresentados os focos das intervenções e, no meio, os tipos de intervenções. Em relação à população total, o modelo preconiza uma atuação sobre os determinantes sociais da saúde, por meio de intervenções de promoção da saúde, especialmente de natureza intersetorial. A atuação junto às subpopulações portadoras de fatores de riscos focalizará esses determinantes por meio de intervenções de prevenção das condições de saúde. Nas subpopulações com condições de saúde já estabelecidas, a atuação será direcionada por meio de tecnologias de gestão da clínica. Nas subpopulações de baixo, médio, alto e muito alto risco serão realizadas ações de gestão da condição de saúde. A divisão em dois níveis é para expressar que as ações de nível 1 são predominantemente de autocuidado e as ações de nível 2 são principalmente de cuidados profissionais. Nas subpopulações de condições de saúde muito complexas, em torno de 1% da população total, vai se operar com a tecnologia de gestão de caso.

Estrutura Operacional

As redes de atenção à saúde de Minas Gerais estão organizadas tematicamente: rede de atenção às mulheres e às crianças, rede de atenção às doenças cardiovasculares, redes de atenção às pessoas idosas etc. Sua operação obedece à seguinte estrutura:

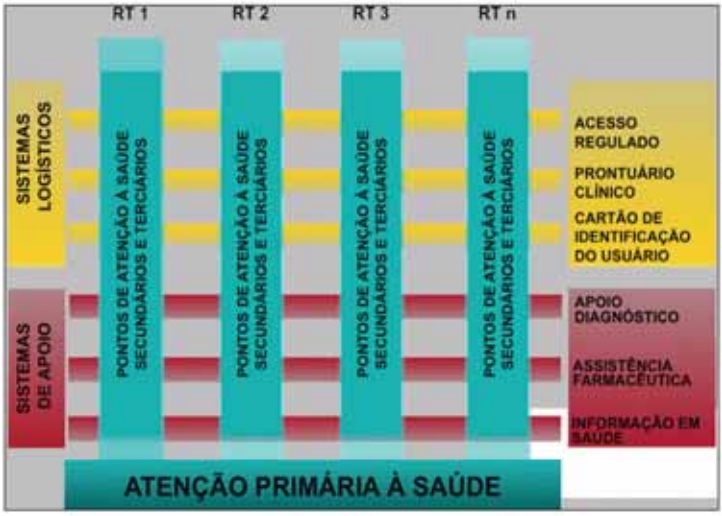


Figura 3: Estrutura operacional das redes de atenção à saúde

O único componente temático é constituído pelos pontos de atenção secundários e terciários; todos os demais (a atenção primária à saúde, os sistemas de apoio, os sistemas logísticos e a governança) são transversais a todas as redes temáticas. Isso diferencia as redes de atenção à saúde dos programas verticais de saúde pública.

O centro de comunicação das redes de atenção à saúde está localizado na atenção primária, que funciona como elemento de ordenamento dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações nas redes. Os pontos de atenção secundários e terciários constituem os nós das redes e prestam serviços de atenção especializada.

Três sistemas de apoio assistencial são fundamentais para o adequado funcionamento das redes: sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e o sistema de

informações em saúde. As redes contam, ainda, com o suporte de quatro outros sistemas logísticos principais: o sistema de identificação dos usuários (cartão de identificação), o sistema de informações clínicas (prontuário clínico), o sistema de acesso regulado à atenção à saúde e o sistema de transporte em saúde.

Por fim, há um sistema de governança das redes de atenção à saúde – um arranjo organizativo que deve possibilitar a gestão adequada de todos os componentes das redes e de suas inter-relações, para obter resultados econômicos e de saúde para a população.

Todos os elementos contidos na Figura 3 acima estão presentes no Choque de Gestão na Saúde em Minas Gerais e se articulam numa concepção sistêmica para o enfrentamento da situação de saúde por meio das redes de atenção à saúde.

Governança – Regionalização Cooperativa

O Brasil é um país federativo que pratica um federalismo de tipo cooperativo e intra-estatal. O componente cooperativo está assentado na possibilidade de submeter o auto-interesse ao interesse de todos, gerando um excedente cooperativo na ação interfederativa; já o componente intra-estatal suscita um incentivo às ações conjuntas nas políticas públicas e, como conseqüência, a delimitação das competências é menos importante que a participação em colegiados de decisão e de monitoramento das políticas (Abrúcio, 2002).

O SUS é a política pública nacional que mais se aproxima dos fundamentos do federalismo cooperativo intra-estatal, constituindo um caso de sucesso na reforma do Estado, na perspectiva da descentralização federativa.

O federalismo sanitário brasileiro, contudo, apresenta problemas: de um lado, a forte tradição centralizadora faz com que a cooperação se dê num ambiente de hierarquia descendente que centraliza, excessivamente, o poder decisório na União, enfraquecendo a autonomia dos governos subnacionais; de outro, o fenômeno da

municipalização autárquica, que induz uma competição predatória no sistema e determina ineficiência e baixa qualidade, pela fragmentação de serviços que exigem escala para sua operação.

Para consolidar o federalismo sanitário cooperativo, os entes de governança das redes de atenção à saúde devem fortalecer os mecanismos de cooperação e interdependência, características-chave das redes, e organizar-se sob a forma de colegiados de decisão. Esta é a proposta da regionalização cooperativa (Pestana; Mendes, 2004).

O paradigma da regionalização cooperativa propõe o reconhecimento de espaços privilegiados, os territórios sanitários mesorregionais, que associam entre si os municípios e o Estado, com o apoio da União, para gerir o SUS – obedecidos os princípios do federalismo cooperativo intra-estatal de unidade na diversidade (atitude cooperativa, ações integradas, decisões interfederativas colegiadas e planejamento, monitoramento e avaliação das políticas públicas), estruturados sob a forma de redes de atenção à saúde.

Ao se associarem, os municípios e o Estado devem constituir um sistema regional integrado de atenção à saúde, com base na cooperação gerenciada, gerando, pela sua ação solidária, um excedente cooperativo. Ademais, a regionalização cooperativa, ao associar municípios contíguos de uma região, reconstitui uma escala adequada para a oferta, econômica e de qualidade, dos serviços de atenção à saúde.

A implantação de um sistema de governança das redes de atenção à saúde, em consonância com a regionalização cooperativa, justifica o projeto estruturador da Regionalização da Atenção à Saúde do Estado, que está em conformidade com o PMDI e é proposto pelo PPAG (2008-2011). Nesse aspecto, ações concretas têm sido implementadas para o desenvolvimento institucional das CIBs Macrorregionais e as CIBs Microrregionais: a institucionalização de 13 CIBs Macrorregionais e 75 CIBs Microrregionais; o

fortalecimento da Assessoria de Gestão Regional e das Gerências Regionais de Saúde (GRS); e o desenvolvimento do Curso de Gestão Microrregional, realizado em conjunto pelas GRS e pelas Secretarias Municipais de Saúde, cujo produto final é o Plano Diretor de Saúde Microrregional.

V. Conclusão

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

Juntando-se à contribuição relevante de muitos governos para os contínuos avanços do Estado 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, e 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.

VI. Referências

ABRÚCIO, F. L. *Federação e mecanismos de cooperação intergovernamental: o caso brasileiro em perspectiva comparada*. Relatório final de pesquisa para o NPP São Paulo, 2002.

FRENK, J. *Bridging the divide: comprehensive reform to improve health in Mexico*. Nairobi: Comission on Social Determinants of Health, 2006.

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. *O modelo de atenção às condições crônicas*. Belo Horizonte, 2007, mimeo.

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.

PESTANA, M.; MENDES, E. V. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

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

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

CAPÍTULO III

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE – SAÚDE EM CASA:

MELHORANDO A QUALIDADE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PRESTADA À SAÚDE DOS MINEIROS

Fernando Antônio Gomes Leles
Marco Antônio Bragança de Matos
Lucy Monteiro Mayer

I. Introdução

Nas últimas décadas vêm ocorrendo grandes mudanças no perfil demográfico do Brasil, com a redução do número de filhos por família, o aumento da expectativa de vida das pessoas e o conseqüente envelhecimento da população. O País, que já foi chamado de "país do futuro", em razão do elevado percentual da população de crianças e jovens das décadas de 1960-80, deve agora se preocupar com seus idosos.

Em 2005, a população idosa, com mais de 60 anos, correspondia a 9% do total, segundo pesquisa do IBGE, e as projeções para os próximos anos apontam para um rápido aumento dessa participação, que chegará a 15% da população total, em 2030. Isso é motivo para comemoração, mas, ao mesmo tempo, razão de preocupação, pois cerca de 80% das pessoas com idade superior a 65 anos se diz portadora de alguma condição crônica (IBGE, 2003), o que significa aumento da necessidade e utilização dos serviços de saúde. Para garantir vida longa e com qualidade aos brasileiros, é preciso que o sistema de saúde acompanhe essa transição demográfica.

O perfil da mortalidade também vem se alterando no Brasil, com uma forte redução das mortes por doenças infecciosas e aumento das mortes em razão de doenças relacionadas com o modo de vida e de organização do trabalho e com fatores de risco como consumo de álcool e fumo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo e baixo consumo de frutas, verduras e vegetais. Esses fatores têm clara relação também com a morbidade, de tal forma que aproximadamente 75% da carga de doenças constitui-se de condições crônicas. Existem ainda outras causas externas, relacionadas com o processo de urbanização e com o quadro de desigualdade social.

O SUS, por sua vez, é baseado em um modelo hierárquico e fragmentado, desenhado para atender às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, centrado na atenção hospitalar e nos pronto-socorros. Trata-se de um sistema reativo que sequer consegue atender às demandas da população. Isso se traduz na falta de comunicação entre os pontos de atenção, em um sistema pouco eficiente e eficaz.

II. Atenção Primária à Saúde – Porta de Entrada do Sistema de Saúde

Para alcançar a melhoria dos níveis de saúde da população, é urgente a reconciliação entre o modelo de atenção à saúde e as características populacionais de Minas Gerais. Isso levou a SES/MG a direcionar seus esforços na concepção e implantação de redes de atenção à saúde, como a melhor forma de garantir atenção contínua, integrada e integral às condições de saúde crônicas e agudas da população mineira.

O modelo de atuação em rede tem por pilar a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada do cidadão no sistema de saúde. Com isso, a APS assume papel central no desenho e funcionamento das redes de atenção à saúde, por meio do desenvolvimento das ações pelas equipes de APS, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), conforme o esquema a seguir.

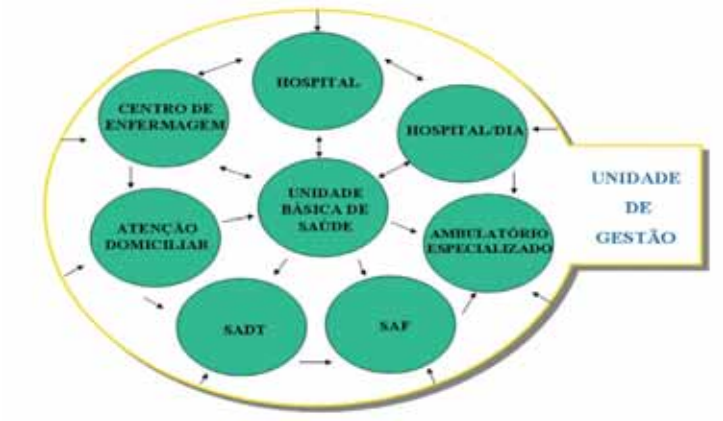


Figura 1: Conformação da rede de atenção à saúde, em Minas Gerais.

Para que a APS se torne de fato o contato preferencial da população com os serviços de saúde, as UBS e as equipes de APS devem atuar de forma abrangente, com o acolhimento da população de todas as faixas etárias e condições, garantindo o melhor acesso ao serviço mais adequado, no momento oportuno e com o custo certo. Essas Unidades devem prestar serviços de atenção integral às pessoas e não às enfermidades, atuando com intervenções curativas, de reabilitação, prevenção e promoção da saúde. Seu desenho deve ser concebido de forma a possibilitar o atendimento às diversas necessidades do cidadão ao longo de seus ciclos de vida, contemplando as perspectivas física, psicológica e social dos indivíduos, famílias e comunidades, coordenando e integrando a atenção fornecida em qualquer ponto da rede, através do trabalho de equipes multidisciplinares (Starfield, 2002).

Assim, o sucesso das redes de atenção à saúde depende de um bom desempenho da APS em três papéis fundamentais:

- Resolutividade: a APS deve resolver cerca de 85% das condições mais comuns na comunidade.
- Coordenação: a APS deve coordenar o fluxo de pessoas, produtos e informações ao longo de toda a rede. Deve elaborar um diagnóstico local consistente, que contenha informações sobre a distribuição populacional no território, suas características

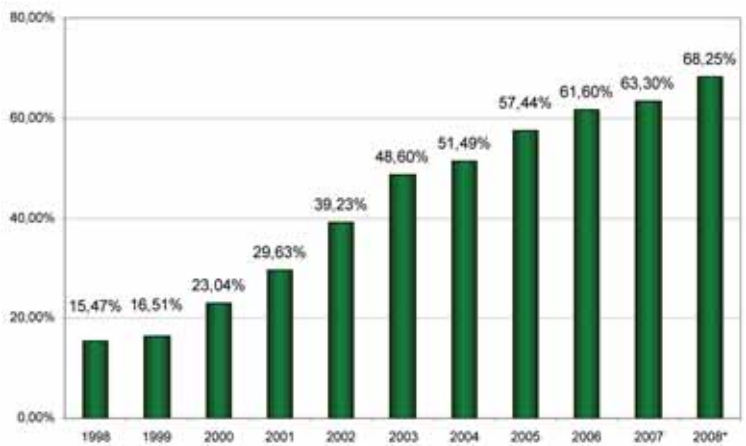
etária, epidemiológica e de acesso aos serviços, sendo, assim, possível enviar os "comandos" para que a atenção necessária seja prestada nos demais pontos e níveis da rede. A APS deve cumprir o papel de "demandante" dos demais pontos.

- Responsabilização: a APS deve ser a responsável pelos resultados sanitários e econômicos da população de seu território.

Desta forma, a APS assume papel central no desenho e funcionamento das redes de atenção à saúde, devendo ser priorizada pelos governos. Assim, não estamos falando de uma atenção simples e pouco complexa, mas, sim, de uma APS robusta e de qualidade.

III. O Programa Saúde da Família

O Saúde da Família é uma das formas de organização da APS nos municípios. Implantado em todo o País a partir de 1994, vem se fortalecendo desde então como opção preferencial, com uma notável expansão do número de equipes em funcionamento e, conseqüentemente, da cobertura da população. Esse movimento é replicado em Minas Gerais, conforme se pode ver no gráfico abaixo.



Nota: (*) Dados até outubro de 2008.

Gráfico 1: Evolução da Cobertura da População por Equipes de Saúde da Família. Minas Gerais, 1998 – 2008.
Fonte: Ministério da Saúde/SAS/Departamento de Atenção Básica – MS/SAS/DAB

Minas Gerais é o Estado brasileiro com o maior número de equipes de Saúde da Família do Brasil, correspondendo a 13% do total, seguido pelos Estados de São Paulo e Bahia. Em dezembro de 2008, Minas contava com 3795 equipes, representando uma cobertura nominal de 67,9% da população mineira, conforme a tabela 1, abaixo. Em termo de população SUS dependente, ou seja, descontados os 25% que têm cobertura por planos privados de saúde, a cobertura sobe para mais de 90% da população.

Tabela 1

Equipes de Saúde da Família e Cobertura Populacional, Segundo Unidade Federativa. Brasil, dezembro de 2008.

Nº	ESTADO	EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	COBERTURA POPULACIONAL (%)
1	Minas Gerais	3.795	67,91
2	São Paulo	3.134	25,63
3	Bahia	2.392	54,98
4	Pernambuco	1.780	68,04
5	Maranhão	1.725	78,11
6	Ceará	1.705	67,22
7	Paraná	1.672	51,39
8	Rio de Janeiro	1.440	30,9
9	Santa Catarina	1.282	67,44
10	Paraíba	1.228	94,68
11	Rio Grande do Sul	1.161	33,87
12	Piauí	1.069	96,56
13	Goiás	1.048	57,87
14	Rio Grande do Norte	858	79,97
15	Pará	802	36,31
16	Alagoas	727	70,33
17	Espírito Santo	539	50,01
18	Sergipe	534	83,34
19	Mato Grosso	521	57,09
20	Amazonas	497	49,68
21	Mato Grosso do Sul	402	56,15
22	Tocantins	352	76,74
23	Rondônia	229	47,82
24	Acre	132	59,16
25	Amapá	132	66,57
26	Roraima	94	70,2
27	Distrito Federal	39	5,64
	BRASIL	**29.300**	**49,51**

O simples funcionamento das equipes, entretanto, não significa que os princípios da APS e do próprio Saúde da Família estejam sendo concretizados. Os principais obstáculos apontados pela literatura e pelos gestores para o alcance dos resultados e objetivos, tanto do Saúde da Família, quanto da APS em si, são: banalização da APS, entendida como uma atenção primitiva que pode ser ofertada com poucos recursos e baixa densidade tecnológica, a regiões e populações mais pobres; desigualdades regionais em saúde; infra-estrutura física inadequada; falta de equipamentos; alto custo de manutenção das equipes; dificuldade de acesso à população; limitação quantitativa dos recursos humanos; perfil dos profissionais inadequado ou deficiente; ausência de diretrizes clínicas; fragilidade gerencial das unidades; sistema de educação permanente dos profissionais fragmentado e sem consistência; escassez e rotatividade de profissionais, em especial de médicos; formas de contratação precárias; disparidades remuneratórias entre os profissionais; além da cultura das especialidades, pelos profissionais, e "hospitalocêntrica", pela população.

IV. Saúde em Casa: a Solução Mineira de Melhoria da Qualidade da APS

O Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), Plano de Governo do Estado de Minas Gerais, determina que o Estado deve se conformar como um "Estado para Resultados, o que significa garantir à população serviços públicos com alta qualidade, máximo índice de cobertura e aos menores custos" (PMDI 2007-2023, p. 7). As ações governamentais foram agregadas em Áreas de Resultados, buscando gerar maior sinergia entre elas. Uma dessas Áreas de Resultados é o "Vida Saudável", cujos objetivos são *"universalizar a atenção primária à saúde para a população, reduzir a mortalidade materna e infantil, ampliar a longevidade e melhorar o atendimento da população adulta com doenças cardiovasculares e diabetes e ampliar significativamente o acesso ao saneamento básico"* (p. 8).

À Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) cabe a operacionalização da rede de atenção à saúde no território do estado através dos Projetos Estruturadores Viva Vida, de redução da mortalidade materna e infantil, Regionalização da Atenção à Saúde, que garante a sustentabilidade da atenção secundária e terciária, o apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas logísticos, e Saúde em Casa, de melhoria da qualidade da atenção primária prestada à saúde dos mineiros.

Concebido a partir de uma reflexão sobre o papel do governo estadual na APS, um campo de responsabilidade inequívoca dos municípios, o Saúde em Casa busca reforçar o federalismo sanitário brasileiro: o federalismo cooperativo. Assim, "este projeto busca apoiar os municípios mineiros numa mudança profunda: a transição do paradigma da atenção básica à saúde para o da atenção primária à saúde" (SES/MG, 2008). De tal forma que, além da coordenação política do processo de melhoria dos níveis de saúde no âmbito estadual e da cooperação técnica, há certas ações imprescindíveis para a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde que devem ser responsabilidade principal da Secretaria de Estado de Saúde. Essa atuação, consistente e intensa, pró-melhoria da qualidade já vem sendo percebida através dos resultados alcançados e esses resultados só se têm feito possíveis devido a intervenções na estrutura e nos processos.

V. Distribuição dos Recursos – Uma Nova Lógica

O primeiro passo do governo de Minas Gerais para a construção das estratégias para melhoria da qualidade da APS foi o reconhecimento das diferenças entre as diversas regiões do Estado. Com um território equivalente ao da França, são muitas as disparidades econômicas, sociais e epidemiológicas.

A lógica de distribuição dos recursos na saúde também é fator que promove a desigualdade, por se basear na capacidade instalada, em critérios *per capita*, ou na capacidade de vocalização das lideranças.

Para romper essa lógica perversa, a SES/MG elaborou, em parceria com a Fundação João Pinheiro, uma nova metodologia para alocação de recursos financeiros, baseada em dois índices:

- Índice de Necessidades em Saúde (INS): combina as principais variáveis epidemiológicas e socioeconômicas: mortalidade de crianças menores de cinco anos, taxa de fecundidade, proporção de óbitos por causas mal definidas, taxa de alfabetização, percentual de indivíduos com renda domiciliar menor que meio salário mínimo e percentual de indivíduos que vivem em domicílios urbanos com coleta de lixo.
- Índice de Porte Econômico (IPE): mede a capacidade de autofinanciamento dos municípios, com base no valor repassado a título de quota-parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) *per capita*, em 2002.

A média desses dois índices gera o Fator de Alocação que, dividido em quartis, possibilita o repasse de mais recursos aos

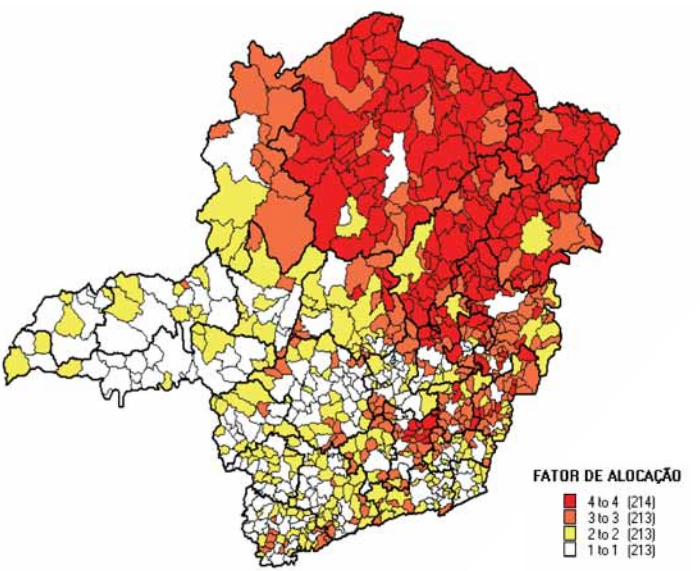


Figura 2: Municípios mineiros segundo Fator de Alocação. Minas Gerais, 2005.
Fonte: Fundação João Pinheiro, 2003.

municípios com maior necessidade. Essa metodologia mostrou-se bastante aderente com a realidade conhecida do território mineiro, conforme pode ser visto na figura ao lado.

A partir da nova metodologia de distribuição dos recursos, todos os repasses feitos pela SES/MG aos municípios seguem o princípio constitucional da eqüidade e a diretriz determinada no PMDI, de tratar de forma diferenciada os municípios mineiros, segundo suas necessidades de saúde e de financiamento.

O que se observa na gestão da saúde nas várias esferas de governo é que os investimentos são tradicionalmente orientados por vontades políticas e pela capacidade de vocalização de líderes locais junto às esferas estadual e federal. Desta forma, as escolhas são feitas com base em critérios pouco técnicos ou equânimes e acabam por reforçar as desigualdades e por aumentar o distanciamento do Poder Público das necessidades da população.

Para mudar essa lógica, as propostas de financiamento do Saúde em Casa são definidas com base em critérios exclusivamente técnicos, pactuados entre a gestão estadual e municipal através das Comissões Intergestores Bipartites (CIBs) Estadual e Microrregionais. Os parâmetros e critérios acordados são amplamente divulgados e aplicados a todos os Municípios mineiros, sem exceção.

VI. Pactuação de Resultados

Para fazer jus ao recebimento dos incentivos do Saúde em Casa, os municípios devem celebrar um Termo de Compromisso com a SES/MG, através do qual assumem o cumprimento das metas e compromissos listados abaixo.

Metas:

- cobertura de 95% das crianças menores de 01 ano com as vacinas do Calendário Básico e das crianças de 01 ano com a Triviral;

- oferta de, no mínimo, 06 consultas de pré-natal à gestante e 01 à puérpera;
- redução do percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial

Compromissos:

- assegurar que a introdução do financiamento estadual não implicará a redução de recursos municipais já investidos na APS;
- assegurar um aumento progressivo da cobertura do Saúde da Família no município até o alcance de 70% da população;
- alimentar os sistemas de informações oficiais;
- ofertar, no mínimo, 06 consultas à criança menor de 01 ano;
- criar e manter atuantes os Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e Infantil;
- implantar o processo de melhoria da qualidade da APS com as equipes;
- possibilitar aos profissionais das equipes, dentro do horário de trabalho, disponibilidade para a realização de atividades de educação permanente.

VII. Espaços Físicos Renovados

A melhoria dos espaços físicos das Unidades Básicas de Saúde é uma das principais iniciativas do governo de Minas, pois não é possível alcançar os resultados que se espera da APS com serviços sendo prestados em estruturas improvisadas, velhas, sujas, mal cuidadas, com ambiência muitas vezes agressiva aos usuários e desmotivadora às equipes.

Para facilitar a elaboração de projetos de construção e reforma de unidades que expressem a mudança paradigmática proposta pelo Saúde em Casa, foi elaborado um programa arquitetônico especificando os espaços necessários, a descrição física e dos equipamentos

adequados à carteira de serviços a serem ofertados pela APS e às necessidades de segurança e funcionalidade, proporcionando um ambiente humanizado, acolhedor e resolutivo.

Esta norma, que deve orientar a elaboração de todos os projetos de espaços físicos da APS no Estado, foi publicada pela primeira vez em 2004. A mais recente revisão, concluída em março de 2009, inclui propostas de projetos arquitetônicos e classifica as unidades em quatro tipos:

- Unidade Básica de Saúde – Tipo 1: com estrutura física para acolher 01 equipe de Saúde da Família;
- Unidade Básica de Saúde – Tipo 2: desenhada para 02 equipes de Saúde da Família;
- Unidade Básica de Saúde – Tipo 3: para 03 equipes de Saúde da Família;
- Unidade Básica de Saúde de Apoio: com estrutura simplificada, não pode ser sede de equipe de Saúde da Família, devendo funcionar de forma articulada à UBS sede, como ponto de apoio, de forma a facilitar o acesso de populações rurais ou urbanas que enfrentam barreiras geográficas para chegar à UBS sede da equipe.

Considerando as mudanças no contexto demográfico, epidemiológico e social brasileiro e mineiro, é premente que a APS se volte cada vez mais às ações de prevenção de doenças, promoção da saúde e do autocuidado apoiado. Estas prioridades se materializam na infra-estrutura das Unidades, cujo centro deixa de ser o consultório clínico e passa a ser a Sala de Reuniões e Educação. Provida de equipamentos audiovisuais, como projetores, computadores ligados à internet e televisores conectados via satélite à SES/MG, nela devem ser desenvolvidas as atividades de educação permanente dos profissionais e de educação em saúde dos usuários, e, ainda, acolher a comunidade, constituindo-se um espaço aberto às reuniões do Conselho Local de Saúde e de outras organizações comunitárias.

Historicamente em todos os estados do Brasil, todos os anos são assinados dezenas de convênios com os municípios tendo como objeto obras em unidades de saúde. Essa era também a realidade mineira até o ano de 2004 quando, por decisão da SES/MG, essa lógica de financiamento deu lugar à ampla pactuação dos recursos a serem destinados à APS pelos gestores estadual e municipal. A esse amplo processo se somou o poder Legislativo, através do direcionamento das Emendas Parlamentares ao Orçamento Estadual às propostas dos projetos estruturadores, maximizando a eficiência do gasto público e promovendo ainda mais a equidade.

É assim que, desde 2005, os Municípios participantes do Saúde em Casa vêm recebendo recursos para a construção de **Unidades Básicas de Saúde**. Dos 853 Municípios mineiros, 812 (95% do total) já foram contemplados com, pelo menos, uma nova Unidade e 291 já receberam recursos para a construção de duas ou mais Unidades. Os investimentos são provenientes integralmente do Tesouro Estadual, já somam mais de R$ 180 milhões e vêm possibilitando a mudança no modelo de APS, com unidades amplas, acolhedoras e adequadas às necessidades da população.

Para serem contemplados nos anos de 2009 e 2010, os municípios deverão elaborar o Plano Municipal de Investimentos na APS (PMIAPS), no qual deverão mapear os vazios assistenciais e as necessidades de recursos para ampliação do acesso da população a serviços de APS com a qualidade desejada. Mais 600 equipes deverão receber novas instalações, totalizando um investimento superior a R$ 300 milhões.

Equipes mais próximas da população

Além do amplo investimento em infra-estrutura física das unidades, o Programa Saúde em Casa doou aos municípios participantes mais de 900 veículos para transportar médicos, enfermeiros e auxiliares ao encontro dos usuários mais distantes, idosos, com dificuldades de locomoção ou cujo acesso aos serviços é mais difícil.

A SES/MG espera, assim, enfrentar um dos grandes gargalos da atenção integral às famílias e comunidades, apontado por diversos profissionais e gestores, que é o problema de acesso dos profissionais de saúde à casa das pessoas. A disponibilização de transporte adequado para as equipes é uma importante estratégia para a melhoria do atendimento aos princípios da Atenção Primária, em especial do acesso, da abordagem familiar e integral.

Incentivo Financeiro às Equipes

O Governo do Estado criou ainda um **Incentivo Financeiro** às Equipes, que vem sendo repassado mensalmente aos municípios, desde abril de 2005, podendo os recursos serem utilizados na aquisição de equipamentos e material de consumo para as unidades e para capacitação de profissionais das equipes. Os municípios com maior necessidade relativa recebem o dobro dos recursos em relação àqueles com menor necessidade, como demonstrado na tabela abaixo.

Tabela 2

Incentivo Financeiro Mensal às Equipes de Saúde da Família.
Minas Gerais, 2005

GRUPO	FATOR DE ALOCAÇÃO	Nº DE MUNICÍPIOS	VALOR POR EQUIPE
1º Quartil	1,0805 a 1,336	213	R$1.000,00
2º Quartil	1,3364 a 1,4388	213	R$1.250,00
3º Quartil	1,4392 a 1,5892	213	R$1.750,00
4º Quartil	1,5893 a 1,9433	214	R$2.000,00

Fonte: Resolução SES/MG nº 661/2005.

O incentivo financeiro é repassado mensalmente do Fundo Estadual de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde, de acordo com o número de ESF em funcionamento nos municípios, não havendo limite para o recebimento do incentivo mensal.

VIII. Linhas-Guia de Atenção à Saúde

Além de investimentos em infra-estrutura, a consolidação de uma rede de atenção à saúde demanda diretrizes clínicas que a

fundamentem. Por esta razão, a SES/MG, em parceria com especialistas, com representações de classe e universidades, elaborou 11 Linhas-Guia de Atenção à Saúde, publicadas entre 2005 e 2007 e disponibilizadas aos profissionais, equipes e unidades de saúde.

As Linhas-Guia são orientações técnicas baseadas em evidência e elaboradas a partir dos ciclos de vida dos indivíduos, contemplando a saúde da criança, do adolescente, do adulto e do idoso. As orientações também consideram diversas condições, como a gestação, a hipertensão e o diabete, a tuberculose, a hanseníase, o HIV/AIDS, a saúde mental e bucal.

Em 2008 iniciaram-se reuniões com as universidades parceiras da SES/MG e outras instituições e representações de classe para discussão e atualização das Linhas-Guia, buscando continuar a fornecer aos profissionais de saúde mineiros diretrizes clínicas atualizadas com as melhores práticas existentes.

A estratégia para disseminação do conteúdo das Linhas-guia a todas as equipes do Estado vem sendo a utilização de uma rede corporativa de comunicação que abrange a utilização do Canal Minas Saúde. Os programas interativos são transmitidos semanalmente, via satélite, a todas as UBS, durante o horário de trabalho das equipes da APS e são apoiados por oficinas temáticas, pelo Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS), pelo Programa de Educação Permanente (PEP) e por auxílio *on-line*, via central de atendimento.

O Canal Saúde, o PEP e o PDAPS serão tratados mais adiante neste capítulo.

IX. O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (PDAPS)

O Plano Diretor da Atenção Primária (PDAPS) é a estratégia de implantação do Saúde em Casa na prática das equipes de APS dos municípios mineiros. Trata-se de uma resposta orgânica da SES/MG aos problemas que impedem a efetiva melhoria da

qualidade da APS. Assim, o PDAPS vem sendo desenvolvido nas microrregiões de saúde numa ação coordenada da SES/MG e das Secretarias Municipais de Saúde.

A metodologia de implantação do Plano se baseia em oficinas educacionais, construídas a partir dos princípios andragógicos da educação de adultos.

A Escola de Saúde Pública (ESP/MG) é a responsável pela celebração de acordos de Cooperação Técnico-Educacionais com as universidades regionais, que selecionam tutores que serão responsáveis por conduzir, em integração com as Gerências Regionais de Saúde (GRS), as oficinas microrregionais de replicação dos conteúdos. Nas oficinas microrregionais são capacitados facilitadores municipais, cuja missão é levar os conteúdos do PDAPS às equipes de saúde de seus Municípios e assessorar a implantação dos instrumentos das oficinas em cada uma das UBS do Estado.

Além de ampliar a capilaridade das ações, pretende-se que as parcerias com as universidades possibilitem a absorção dos conteúdos e tecnologias pelos tutores universitários, de modo que passem a fazer parte das atividades de ensino nessas instituições.

As GRS desempenham papel fundamental, juntamente com a universidade regional, no processo de implantação do PDAPS nos municípios. Para tal, são destacados técnicos que se responsabilizam por cada microrregião, atuando junto às CIB microrregionais, acompanhando a institucionalização do PDAPS nos municípios, identificando problemas e buscando soluções.

A primeira etapa de implantação do PDAPS é composta por 10 oficinas, com um período de dispersão de cerca de 2 meses entre cada uma, 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 os 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 atenção e dimensionamento dos serviços a partir das necessidades de saúde da população.

Oficina 2 – Análise da APS: a partir dos princípios da APS, realiza uma 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 APS, em consonância com o Plano Municipal de Investimentos na APS, que deve conter todos os recursos necessários para promover o "choque de qualidade" na APS do município.

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 APS e da situação de saúde do Município e da microrregião. O instrumento maximiza o papel de coordenação da rede a ser desempenhado pela APS, 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 – Programação Local e Municipal: a partir do conhecimento das competências a serem desempenhadas na rede, dos princípios da APS, da população adscrita e de sua situação de saúde, as equipes são conduzidas na 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, cada 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 – Organização da 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 na APS para urgência e emergência, utilizando-se o sistema de triagem de Manchester.

Oficina 6 – Abordagem Familiar: a partir da relação equipe-família e dos ciclos de vida, discutem-se instrumentos como Pratice, Firo, Genograma e a Conferência familiar.

Oficina 7 – Prontuário da Família: para quê 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 8 – Assistência Farmacêutica: a partir do alinhamento conceitual sobre o tema, são discutidas as funções de clínica farmacêutica, qualificação da prescrição, dispensação, informação para o paciente, monitoramento terapêutico e uso racional de medicamentos, resultando na elaboração do plano de organização.

Oficina 9 – Monitoramento: discussão sobre a função de "responsabilização" da APS pelos resultados de saúde de sua população adscrita, a linha de base do PD-APS e a planilha de monitoramento das ações programadas e indicadores de saúde.

Oficina 10 – Contrato de Gestão: considerando a programação das ações elaborada pelas equipes, a oficina propõe instrumentos 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.

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 validação da metodologia e dos instrumentos se deu no Município de Itabira, com a participação de todas as equipes de APS. Os pilotos de implantação foram o Município de Uberlândia, na macrorregião Triângulo do Norte e, no Norte de Minas, as microrregiões de Janaúba/Monte Azul e Montes Claros/Bocaiúva, envolvendo cerca de 200 ESF, em 28 Municípios.

Em 2008, o PDAPS está sendo implantado em 9 macrorregiões (Norte, Nordeste, Jequitinhonha, Sudeste, Leste do Sul, Centro Sul, Triângulo Norte, Noroeste e Oeste) e 43 microrregiões, com a participação de mais de 450 Municípios, cerca de 1800 equipes e mais de 12 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A implantação ocorre 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 4 macrorregiões (Centro, Sul, Leste e Triângulo Sul) será iniciada em 2009, com celebração de parcerias com outras universidades. A partir de então, estarão participando do PDAPS mais de 40 mil profissionais, em todo o estado de Minas.

A avaliação da implantação do PDAPS e dos respectivos resultados será feita por agente externo, contratado pela SES/MG junto a universidades e a pesquisa deverá incluir a avaliação das opiniões de profissionais e usuários. Entretanto, mesmo que preliminarmente, a experiência vem tornando ainda mais clara a necessidade de uma APS forte para uma boa organização da rede de atenção. Há um grande interesse dos profissionais da APS, com rápida internalização e operacionalização dos instrumentos.

Estudo de Caso – Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde em Uberlândia

Colaboração de Paulo Sérgio de Freitas

A cidade de Uberlândia encontra-se localizada na Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba e possui uma população acima de 600.000 habitantes, com taxa de crescimento de 3,39% ao ano. A cidade é referência em saúde para as regiões do Triangulo Mineiro, Alto Paranaíba, Noroeste de Minas e Sul Goiano, sendo sede de micro e da macrorregião Triângulo do Norte. Em 1996 o Município habilitou-se na modalidade semi plena e desde 1998 é Gestão Plena do sistema municipal.

As unidades de saúde do Município estão descentralizadas em distritos e ofertam serviços à população, conforme as seguintes coberturas: equipes de saúde da família (PSF) aproximadamente 27%, unidades básicas de saúde (UBS) 78,8% e unidades de atendimento integrado (UAI) 100%. Note-se que 33,5% da população tem plano de saúde suplementar.

A partir de março de 2007, em parceria com a SES/MG, o Município de Uberlândia implantou o PDAPS, sendo um processo

realizado com a participação efetiva dos seus técnicos e total apoio do gestor municipal de saúde e do prefeito, que não só participaram do processo, mas lideraram o momento de sensibilização de todos os servidores da Secretaria Municipal de Saúde.

Quando da realização de diagnóstico situacional do Município, foi possível observar um sistema de saúde bastante fragmentado, com unidades de saúde atuando de forma apenas reativa às demandas da população e com indicadores em trajetória preocupante: mortalidade infantil em elevação e elevado número de internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. A inversão de prioridades do sistema podia ser facilmente percebida: o número de consultas básicas era de 26,8% (o recomendado pela Portaria 1.101 deveria ser de 62,7%) e as consultas de urgência chegavam a 45,7% (sendo que o recomendado seria de 15%).

Pelas características do Município, em especial devido à baixa cobertura de PSF, os técnicos desenvolveram algumas tecnologias específicas para viabilizarem a implantação do PDAPS em Uberlândia. Hoje existe uma conscientização acerca da necessidade de alterar o modelo de atenção, priorizando as condições crônicas e agudas, coordenado pela APS, implantar as redes de atenção à saúde – o que foi contemplado principalmente com a criação do Programa Mãe Uberlândia – e a necessidade de evoluir da gestão dos recursos para a gestão dos fins visando principalmente agregar valor para o cidadão.

A inovação do modelo de atenção à saúde em Uberlândia fica evidente a partir da implantação do PDAPS, quando foi elaborada uma Agenda de Compromissos e desencadeada uma série de eventos: implantação do Acolhimento e Classificação de Risco, desenvolvimento do Plano Municipal de Investimentos em Infra-Estrutura da APS, implantação do Programa de Educação Permanente (PEP), das Linhas Guias e do prontuário eletrônico, fortalecimento da estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, criação do Hospital

e Maternidade Municipal de Uberlândia e uma nova alternativa de gestão: a organização social na UAI São Jorge.

Hoje, o Município colhe resultados com a redução da mortalidade infantil, um aumento das consultas na atenção primária e uma proporcional redução das consultas nas UAI, redução das internações sensíveis à atenção ambulatorial e, principalmente, a aprovação pela população, que pode ser medida por meio da reeleição do prefeito em primeiro turno.

Com o caminhar, nem todos os problemas foram resolvidos, sendo ainda possível perceber a existência de muitos desafios: melhorar a atenção à saúde de forma oportuna, segura e ética, desenvolver a gestão da qualidade e a acreditação dos serviços, fortalecer a vigilância à saúde por meio do Código Municipal de Saúde, reforçar parcerias com o poder executivo, secretarias municipais, legislativo, ministério público, governos estadual e federal e, em especial, com a mobilização da comunidade.

X. Educacação Permanente dos Profissionais da Saúde

João Batista Silvério

Reconhecendo o corpo de profissionais como elemento fundamental para a garantia da qualidade dos serviços de saúde, a SES/MG implantou o Programa de Educação Permanente (PEP), direcionado ao desenvolvimento profissional e pessoal dos servidores, por meio da troca de experiências, do estudo em grupo e da auto-aprendizagem reflexiva.

O PEP tem como propósito induzir uma cultura de mudança e renovação da prática do profissional de saúde e criar um sistema de melhoria permanente de performance em busca da excelência no cuidado ao usuário. Destinado, inicialmente, aos médicos que atuam nas equipes da APS, o objetivo é estender o Programa a todos os profissionais das equipes de saúde.

Uma proposta metodológica para extensão do PEP às demais categorias profissionais das equipes de APS está em fase de concepção, a partir das experiências acumuladas com o PEP para médicos.

Espera-se que a capacitação contribua para a redução de encaminhamentos desnecessários para especialistas e exames e de prescrições incorretas de medicamentos e tratamentos, ampliando, assim, a resolutividade da APS.

Metodologia e Estrutura

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 APS. O ponto de partida da aprendizagem é a consulta médica centrada no paciente e a abordagem é colaborativa, com foco em dados da realidade dos pares, na avaliação da prática e mensuração de desfechos. As atividades educacionais do programa são orientadas para o desenvolvimento da aprendizagem auto-dirigida de longo prazo e a para a qualidade da atenção à saúde.

O PEP está estruturado em Grupos de Aperfeiçoamento da Prática (GAP), que reúnem de 8 a 10 médicos das ESF de uma mesma microrregião de saúde. As atividades de aprendizagem estão organizadas em quatro estratégias educacionais: o Círculo 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 privilegiadas.

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, tranqüilo e confortável.

Forma de Operacionalização

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

Em agosto de 2008, o PEP foi implantado em 7 microrregiões, com 102 municípios, contando com a participação da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), das universidade federais de Uberlândia (UFU) e Juiz de Fora (UFJF), da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais e da Faculdade de Medicina de Barbacena.

Encontra-se em fase de desenvolvimento uma parceria com a Sociedade Mineira de Medicina de Família e Comunidade para que esta assuma a função de acreditação dos GAP, fazendo um acompanhamento longitudinal de seu funcionamento e validando as atividades dos médicos participantes para fins de re-certificação.

Até outubro de 2008, o Programa atendeu cerca de 500 participantes, estando prevista sua expansão para 1500 e 3500 médicos, para os anos de 2009 e 2010.

Financiamento

Os recursos para investimento e para custeio do Programa são oriundos da SES/MG, com recursos do tesouro estadual, não havendo qualquer contrapartida financeira dos municípios, nem das escolas médicas parceiras ou dos profissionais da área de saúde participantes. Em 2008, o custo aproximado do Programa foi de R$ 400,00

(quatrocentos reais) mensais, por médico participante, incluindo os investimentos para implantação das salas de educação permanente.

Em síntese, o PEP é uma proposta educacional inovadora, com efetivo potencial para mudar a prática, melhorar a performance e organizar os serviços, qualificando o cuidado e impactando positivamente os índices de saúde dos usuários. É ainda uma intervenção que pode ser estendida para toda a equipe de saúde com custos adicionais baixos.

Obstáculos

Os principais problemas enfrentados pelo PEP são os seguintes:

- perfil profissional trazido da graduação pelos médicos participantes, muitas vezes, inadequado para a APS.
- heterogeneidade das competências técnicas dos médicos do Programa Saúde da Família.
- visão tradicional dos participantes a respeito da educação médica continuada, com demandas para cursos, aulas expositivas e outras atividades educacionais centradas na transmissão de conhecimentos.
- grande rotatividade dos médicos entre municípios e microrregiões.
- pouca valorização da educação permanente por parte de alguns gestores.
- carências físicas e materiais no contexto do trabalho e cultura institucional que freqüentemente dificultam ou impedem a implantação das melhorias aprendidas nas atividades educacionais.
- pouca sensibilidade de grande parte dos professores das escolas médicas em relação à APS, não havendo interesse no engajamento nas atividades docentes do PEP.

XI. Canal Minas Saúde

Rubensmidt Riani Ramos
Antônio Jorge de Souza Marques

Outra iniciativa educacional implementada pela SES, para fazer com que as redes de atenção à saúde atendam satisfatoriamente às necessidades da população, é o Canal Minas Saúde. Trata-se de um modelo educacional até então inédito, focado nos processos de trabalho e tendo como alvo as ESF estabelecidas nos municípios mineiros.

O modelo adota a simultaneidade e uniformidade das ações educativas, o que configura um desafio de enorme proporção, tanto pelo aspecto geo-espacial de Minas Gerais, quanto pelo aspecto numérico: 853 municípios e 3.600 equipes de Saúde da Família.

Não obstante, é no aspecto pedagógico que se dá a maior inovação da proposta educacional: a montagem de um modelo de educação a distância que combina a sincronização com a assistência aos alunos, utilizando um misto de mecanismos de comunicação: a televisão e a internet.

Com a televisão e a exibição de aulas em tempo real, é possível atingir a todos os educandos simultaneamente, independentemente de espaço e tempo, garantindo a uniformidade da comunicação e a eliminação de distorções decorrentes do modelo convencional presencial. O processo torna-se também inclusivo, visto que proporciona a todos a mesma oportunidade de acesso a um processo de aprendizagem.

A utilização da internet, por sua vez, confere um grau maior de interatividade entre os educandos e destes com a assistência, por meio de tutoria ativa, proporcionando oportunidades ainda maiores de aprendizado. A internet permite também um processo individual e participativo de avaliação das equipes, dos processos e das próprias ações do modelo de atenção à saúde. Como um repositório de

experiências, favorece a socialização do saber, do fortalecimento das equipes e da consolidação do novo modelo de atenção à saúde.

Uma vez escolhido o modelo pelos gestores mineiros de saúde e aprovado na CIB, coube empreender a implantação de uma rede de V, com canal fechado. Para tanto, após maciça adesão dos municípios mineiros, foi criado um estúdio de V no auditório da SES/MG, onde ocorre a produção e a geração dos programas e a transmissão de sinal satelitário. Para a recepção do sinal estão sendo implantados equipamentos em aproximadamente 3.000 UBS, Centros "Viva Vida" e Mais Vida e outros pontos de atenção à saúde.

A montagem dessa extensa rede tem o propósito de fortalecer a integração ensino-serviço, preconizada na política nacional de educação permanente, uma vez que as aulas são exibidas no próprio local e horário de trabalho, objetivando:

- a transformação das práticas.
- o avanço conceitual advindo do novo modelo de atenção à saúde.
- melhorar, desenvolver e transformar as relações comportamentais e institucionais nos pontos de atenção à saúde.

Para garantir a qualidade do processo educacional, fez-se necessária a associação das expertises de outras instituições, o que levou a SES/MG a conveniar-se com a Universidade Estadual de Minas Gerais e sua Fundação de Apoio, a Fundação Renato Azeredo. A estas couberam a responsabilidade pela montagem da infraestrutura da rede, a produção, a geração e a transmissão do sinal satelitário e, em conjunto com a SES/MG e o SENAC Minas, a produção dos roteiros e conteúdos técnicos veiculados nas aulas, tanto na V quanto na internet.

Ao SENAC coube ainda a responsabilidade pela montagem de um portal educacional exclusivo para o Canal Minas Saúde, bem como a dinâmica educativa a ser empreendida na internet.

Para a produção de vídeos contextualizados e de mini-documentários para as aulas, buscou-se a Rede Minas de Televisão devido à sua qualidade técnica e interação com os diversos projetos governamentais.

A estrutura do projeto pode ser conferida na figura abaixo.

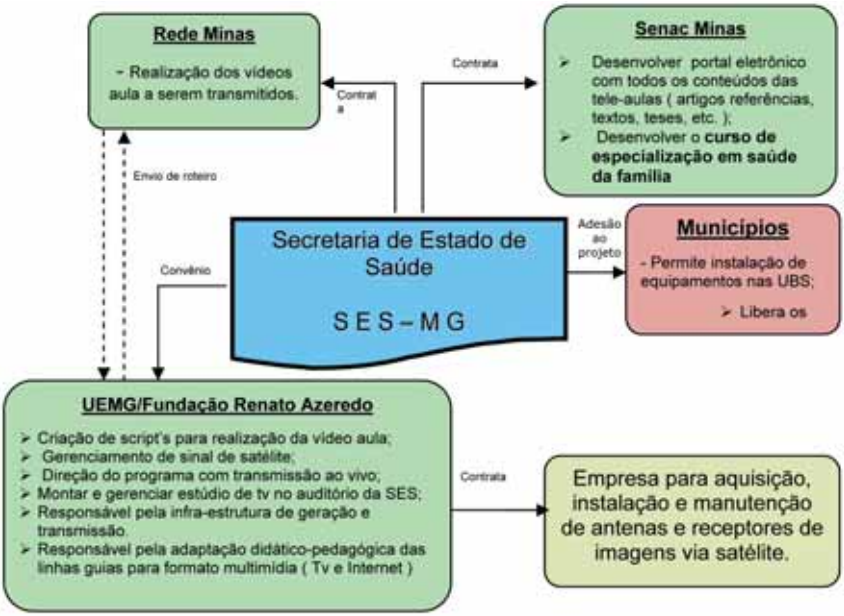


Figura 3: Estrutura do Canal Minas Saúde

O primeiro projeto a ser construído nesse novo modelo é o "Programa Via Saúde", que visa desenvolver com os educandos do Canal Minas Saúde um processo educacional relativo à concepção conceitual e aos conteúdos técnicos da coleção das Linhas-Guia de atenção à saúde. Como material de apoio impresso para esse projeto foram reproduzidos exemplares da coleção a serem distribuídos para cada profissional de nível superior integrante das ESF.

O projeto prevê a exibição de 60 aulas pelo Canal Minas Saúde, sendo uma por semana com duração de uma hora. No Portal Minas Saúde (www.minassaude.com.br) serão desenvolvidos 11 módulos

relativos à coleção das Linhas Guia e mais dois outros específicos para os profissionais que desejem obter certificação de especialista em Saúde da Família.

XII. Iniciativas Complementares

Saúde Minas On-line: o projeto tem o objetivo de reduzir encaminhamentos desnecessários a especialistas, ampliando a resolutividade da APS. É realizado por meio de parceria da SES/MG com as universidades regionais, sob a coordenação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), para oferta se serviços de segunda opinião em 23 especialidades (cardiologia, dermatologia, neurologia, endocrinologia, ginecologia, pneumologia, hematologia, nefrologia, urologia, ortopedia, pediatria, mastologia, oncologia, medicina ocupacional, reumatologia, gastroenterologia, clínica médica, otorrinolaringologia, infectologia, angiologia, enfermagem, odontologia e nutrição), exames complementares, sendo o principal o Eletrocardiograma, e teleducação, em meio virtual. São 279 municípios mineiros que não têm nenhum gasto com o projeto, já que a SES/MG financia os equipamentos e os custos com plantões clínicos nas universidades.

Vigilância em Saúde: após a implantação da primeira etapa do PDAPS, serão desenvolvidos e implantados por todas as equipes de APS instrumentos para a organização da vigilância em saúde, por meio das ações da APS em vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

Premiação: para reconhecer o trabalho dos Municípios que já vêm caminhando para a consolidação da qualidade da APS, foi instituído o Prêmio Dario Tavares, que visa incentivar e dar visibilidade às boas práticas de organização de sistemas municipais de saúde a partir da APS. Um dos Municípios premiados foi Janaúba. Localizado na região Norte de Minas, uma das mais carentes do Estado, conseguiu, com o funcionamentos das equipes de Saúde

da Família, a implantação da rede Viva Vida e a utilização dos recursos do Saúde em Casa, em especial os instrumentos propostos pelo PDAPS, reduzir a mortalidade infantil no Município de 31 óbitos de menores de 1 ano, em 2000, para 4,1 óbitos por mil nascidos vivos em 2007. Além disso, reduziu fortemente o percentual de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial, saindo de uma situação de 49,7% em 2000, para 19,6% em 2008, uma queda superior a 60% no indicador.

XIII. Conclusões

Apesar de muitos Municípios não atingirem as metas pactuadas nos Termos de Compromisso, as mudanças começam a se fazer sentir. Entendendo que este é um processo de mudança de médio e longo prazos, a SES/MG não interrompeu os repasses de recursos, compreendendo que o caminho não é curto nem fácil e que os Municípios ainda estão em um estágio de desenvolvimento de sua capacidade de gestão e que as mudanças em direção ao empoderamento da APS ainda estão em curso. Contudo, entende-se que na próxima etapa, que se inicia em 2009, uma nova contratualização deve ser feita, com a retomada da vinculação dos incentivos ao cumprimento das metas.

Minas Gerais conta atualmente com o maior número de equipes do País. São 3795 equipes que atendem a 832 Municípios, garantindo uma cobertura de 67,9% da população do Estado, além de mais de 25 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Mas ainda é necessário ampliar a cobertura populacional pela APS, para o que o governo do Estado propõe o incremento anual dessa cobertura, de forma a implementar 4000 equipes de saúde da família até 2011, o que deverá garantir um melhor acesso da população aos serviços de atenção à saúde.

Um importante indicador da qualidade da APS, utilizado em todo o mundo, é o percentual de Internações por Condições

Sensíveis à Atenção Ambulatorial, referente às internações que não aconteceriam caso a APS funcionasse com qualidade, prevenindo o adoecimento ou, já estando instalada a condição, ao acompanhamento pela própria APS. Em Minas Gerais este indicador vem apresentando uma trajetória de queda, tendo atingido o patamar de 32,1% em 2007.

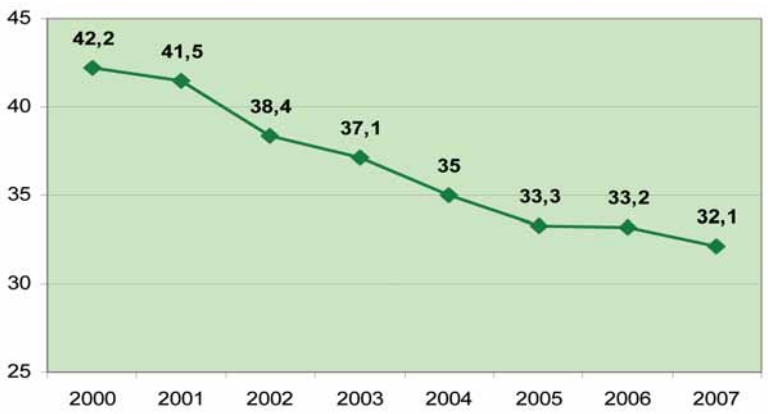


Gráfico 2: Internações por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial, Minas Gerais, 2000-2007.

Fonte: Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS).

Contudo, por serem internações evitáveis, são recursos – humanos, físicos e financeiros – que poderiam estar sendo utilizados de forma mais eficiente e eficaz. Por esta razão, o Saúde em Casa tem como meta a redução desse percentual, chegando a 28% em 2011 e em um valor entre 16% a 21% em 2023, de acordo com os cenários mais favorável e mais desfavorável do PMDI (PMDI, 2007).

Para atingir esses índices são muitas as dificuldades a serem enfrentadas. No que diz respeito à APS, está em curso a implantação de uma solução complexa, que contempla o desenvolvimento e execução e várias atividades, conforme relatado neste capítulo. Contudo, os resultados são influenciados também por fatores externos à APS, que não tem capacidade para, sozinha, eliminar

os efeitos dos determinantes sociais e ambientais, assim como os fatores individuais e as características do próprio sistema de saúde externas à APS, como, por exemplo, a utilização dos leitos vagos de um hospital de pequeno porte – Lei de Roemer.

Um problema de base decorre da representação da APS, determinada pelo modelo hierárquico do SUS. A concepção vigente de um sistema piramidal, com níveis de complexidade que vão da atenção "básica" à média e alta complexidade, é teoricamente insustentável porque parte de um suposto equivocado: o de que a APS é menos complexa que as atenções de média e alta complexidades. As tecnologias mais complexas estão na atenção primária à saúde; elas são menos densas e menos custosas, mas são as mais complexas num sistema de saúde. Essa visão hierárquica, além de conceitualmente equivocada, determina, no operacional, resultados desastrosos, expressos na banalização da atenção primária à saúde, aproximando-a de uma atenção primitiva que pode ser feita com poucos recursos e ofertada, especialmente, a regiões e populações mais pobres. Isso independe do conjunto de atores da APS, devendo envolver também agentes decisores do sistema, como prefeitos e secretários municipais.

Finalmente, é importante salientar a necessidade de continuidade na firme decisão de priorização da APS, que se traduz em maciços investimentos em estrutura e processos, focando a atenção às necessidades de saúde da população, ampliando a cobertura da APS no estado e melhorando ainda mais a qualidade da APS prestada à saúde dos mineiros.

XIV. Referências

BARBOSA, Allan Claudius; RODRIGUES, Junia Marçal (Org). *Primeiro Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do Estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde/UFMG, 2006.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Gestão da Saúde nos Estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais*. Brasília: CONASS, 2007.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção Primária*. Série CONASS Documenta, caderno de informação técnica e memória Progestores. Brasília: CONASS, 2004.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2003* (PNAD 2003). Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 12 Dez 2007.

IUNES, Roberto F. Demanda e demanda em saúde. In: PIOLA, Sérgio Francisco; VIANNA, Sólon Magalhães (Org). *Economia da Saúde: Conceitos e contribuições para a Gestão da saúde.* Brasília: IPEA, 2002.

JEFFERS, J. R.; BOGNANNO, M. F.; BARTLETT, J. C. On the demand versus need for medical services and the concept of "shortage". *American Journal of Public Health*, v. 61, n. 1, p. 46-63, 1971.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A Gestão da Clínica*. Belo Horizonte, 2006. Mimeografado.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A implantação das Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, 2006. Mimeografado.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Construindo o Escovário: Manual técnico para projeto e orçamento*. Belo Horizonte, 2008a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Construindo ou reformando as Unidades Básicas de Saúde*. Belo Horizonte, 2004a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Construindo ou reformando as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades Básicas de Saúde-Rurais*. Belo Horizonte, 2007a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor da Atenção Primária: Manual da Oficina 1 – Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, 2008b.

MINAS GERAI. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor da Atenção Primária: Manual da Oficina 2 – Análise da Atenção Primária à Saúde*. Belo Horizonte, 2008c.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor da Atenção Primária: Manual da Oficina 3 – Diagnóstico Local*. Belo Horizonte, 2008d.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor da Atenção Primária: Manual da Oficina 4 – Programação Local e Municipal*. Belo Horizonte, 2008e.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor da Atenção Primária: Manual da Oficina 5 – Organização da Demanda Espontânea*. Belo Horizonte, 2008f.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano Diretor da Atenção Primária: Manual da Oficina 6 – Abordagem Familiar*. Belo Horizonte, 2009.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Programa Saúde em Casa*. Belo Horizonte, 2004b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Saúde em Casa e o Programa Saúde da Família: Oficina de Trabalho*. Belo Horizonte, 2005.

MINAS GERAIS. *Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado* – PMDI. Belo Horizonte: SEPLAG, 2007b. 49 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília, 2003.

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

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. The Impact of Primary Care and What States Can Do. North *Carolina Medical Journal*, n.68, May/June, 2007.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contributions of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quartely*, Baltimore, v. 83, 2005.

VAZQUEZ NAVARRETE, Mª Luisa *et al*. Organizaciones Sanitarias Integradas: una guia para el análisis. Rev. Española de Salud Publica, Madrid, v. 79, n. 6, 2005. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272005000600003&lng=es&nrm=iso>.

CAPÍTULO IV

REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Adriana de Azevedo Mafra
Antônio Jorge de Souza Marques
Eugênio Vilaça Mendes
Leonardo Lima de Carvalho
Welfane Cordeiro Júnior

I. Introdução

As definições de "urgência" e "emergência" em saúde foram estabelecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução nº 1.451, de 1995, da seguinte forma:

- Urgência – ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de morte, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
- Emergência – constatação médica de agravo à saúde que implique risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

O tema da atenção às urgências seria, talvez, em conjunto com a APS, o que necessita de maior discussão pelos gestores de saúde. Há em todos os países um aumento constante na demanda por serviços de saúde que atuam neste segmento, causando pressões muitas vezes insuportáveis sobre estruturas e profissionais, sendo a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de serviços de saúde.

O processo de organização dos sistemas está razoavelmente bem estabelecido pela experiência e literatura existentes. Existe

um consenso dos especialistas de que sempre haverá uma demanda por serviços maior do que a necessidade e de que o aumento da oferta sempre acarreta um aumento da demanda, criando um sistema de difícil equilíbrio. A solução de gestão para esta complexa equação tem sido o estabelecimento de um processo de racionalização da oferta e de estratégias regulatórias que se tornaram, nos tempos atuais, o ponto principal de discussões entre os gestores de saúde.

Na observação da demanda percebe-se que várias características da sociedade moderna vêm alterando o fluxo na procura dos serviços de saúde, dentre elas a mudança na demografia e no perfil da sociedade de consumo, o constante deslocamento populacional e o 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) vem, desde 2003, propondo uma modificação no modelo de classificação de doenças que se adapte às atuais necessidades de resposta e de organização dos sistemas de saúde. A classificação sairia de um foco de categorias de doenças infecciosas ou não infecciosas para categorias de condições agudas e condições crônicas.

A prevalência das condições crônicas, principalmente nos países desenvolvidos, tem gerado uma reengenharia na organização e no modo de atuar dos sistemas de saúde modernos. As estratégias de enfrentamento dos problemas começam pelo estabelecimento de redes de serviços de saúde com todos os seus componentes.

II. A Triagem de Pacientes – Modelos

O conceito de triagem nasceu inicialmente da concepção militar. Os feridos no campo de batalha eram submetidos a uma rápida avaliação para que aqueles que estivessem em melhor

situação voltassem para a batalha e os outros tivessem prioridade no atendimento médico.

A palavra "triar" vem do verbo francês *trier* que remete à necessidade de escolha. A discussão de utilização de triagem em pontos de atenção à saúde é relativamente recente. Ela surge com maior intensidade na década de 50 e é resultado talvez de uma profunda transformação social que o mundo ocidental experimentou após a ll Guerra Mundial. Até este período, a atenção à saúde era feita pelos chamados médicos de família. Os pacientes, em casos de urgências, reportavam-se ao seu médico de confiança.

A urbanização acelerada, decorrente de uma profunda mudança nos modos econômicos de organização social, afetou de forma definitiva os modelos de atenção à saúde. As estruturas de atenção às urgências surgiram fortemente ancoradas em estruturas hospitalares de retaguarda. À medida que as pessoas passavam a procurar os serviços de urgência e reduziam a ligação com seu médico de "confiança", os problemas de definição de prioridade apareceram nos sistemas de saúde.

Os primeiros protocolos sistematizados de triagem surgiram neste período e foram geralmente ligados a ações de enfermagem.

Os modelos mais comuns nos EUA foram desde o início:

- *Traffic director* (fluxista), o mais simples – um funcionário administrativo conduz o paciente para o local de atendimento ou para uma sala de espera, baseado em sua impressão inicial.
- *Spot-check* – útil para Emergências de pequena demanda, quando não é custo-efetiva, já que os pacientes não esperam. O funcionário registra o paciente e encaminha para a enfermeira da triagem que classifica sua gravidade baseada numa breve abordagem.
- *Comprehensive triage* – é o sistema mais avançado, ainda usado e endossado pela Emergency Nurses Association (ENA),

Standards of Emergency Nursing Practice. A enfermeira emergencista faz a triagem de cada paciente e determina a prioridade de cuidado baseada nas necessidades físicas, de desenvolvimento e nas demandas psicossociais, assim como em fatores que influenciam o acesso. A triagem é feita por enfermeira experiente em emergências e o objetivo é conseguir rapidamente informações suficientes para determinar a gravidade do caso (ENA, 1999, p. 23). Deve ser feita em dois a cinco minutos.

Na Austrália, pacientes que procuravam assistência médica não eletiva, no final dos anos 1960, não eram sempre classificados. Os que chegavam de ambulância eram priorizados e os que caminhavam eram avaliados por ordem de chegada.

Em meados dos 1970 foi criado no Box Hill Hospital, em Melbourne, uma escala de cinco prioridades, baseada em tempo, com identificação por adesivos na ficha de atendimento médico. Essa escala foi um pouco modificada posteriormente, com melhores descritores de urgência e necessidade de cuidados médicos e ficou conhecida como *Ipswich Triage Scale*. Nos anos 1990, a *Ipswich Triage Scale* foi informatizada e testada em hospitais australianos quanto à utilidade, aplicabilidade e validade.

Em 1993, o Australasian College of Emergency Medicine (ACEM) adotou essa escala – denominada National Triage Scale (NTS) – como parte das Políticas de Triagem. Ela hoje é conhecida como Australasian Triage Scale (ATS) e tem sido adotada pelas autoridades de saúde e pelo Australian Council on Health Care Standards (ACHS) como base de avaliação do desempenho das Unidades de Emergência.

As cinco categorias dessa escala são as seguintes:

- Risco de vida imediato;
- Risco de vida iminente;
- Potencial risco de vida;

- Pacientes potencialmente graves;
- Menos urgentes.

Os modelos de triagem têm grande variação, de acordo com as várias experiências em serviços geralmente isolados (sem concepção sistêmica). Há modelos que utilizam de dois até cinco níveis de gravidade, sendo os últimos mais aceitos na atualidade. São quatro os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços:

- Modelo Australiano (ATS) – foi o pioneiro e sistematiza em tempos de espera, de acordo com a gravidade.
- Modelo Canadense (CTAS) – muito semelhante ao modelo australiano, está sistematizado em grande parte do sistema canadense.
- Modelo de Manchester (MTS) – trabalha com algoritmos e determinantes, associados a tempo de espera, simbolizados por uma cor. Está sistematizado em vários países da Europa.
- Modelo Americano (ESI) – trabalha com um único algoritmo focado mais na necessidade de recursos para o atendimento. Não é usado em todo o país.

O quadro abaixo compara as características desses modelos:

Quadro 1

Comparação dos Modelos de Triagem

CARACTERÍSTICA	ATS	CTAS	MTS	ESI
Escala de 5 níveis	SIM	SIM	SIM	SIM
Utilização universal no País	SIM	SIM	SIM	NÃO
Baseada em categorias de sintomas	NÃO	NÃO	SIM	NÃO
Baseados em discriminantes chave	SIM	NÃO	SIM	SIM
Baseado em algoritmos clínicos	NÃO	NÃO	SIM	SIM
Baseados em escalas de urgência pré-definidas	SIM	SIM	NÃO	NÃO
Formato eletrônico (Informatizado)	NÃO	NÃO	SIM	NÃO

Na comparação entre os modelos observa-se que todos utilizam escalas de cinco níveis, mas o único que tem formato eletrônico e se baseia em algoritmos clínicos é o protocolo de Manchester. O MTS, além disso, é baseado em categorias de sintomas e não em escalas de urgência pré-definidas, o que, no nosso meio, significa mais protocolo de manejo e, conseqüentemente, pode induzir a diagnóstico, o que não é desejável em um protocolo de classificação de risco.

III. A Rede de Urgência e Emergência de Minas Gerais

Um estudo recente feito no Canadá mostra que a pressão dos usuários sobre as portas de urgência é invariavelmente a principal causa de insatisfação dentro de um sistema de saúde. A estratégia para o enfrentamento deste problema, do ponto de vista de organização do sistema, é a determinação de uma "linguagem" que permeie toda a rede, estabelecendo o melhor local para a resposta a uma determinada demanda. As experiências mundiais vêm mostrando que essa estratégia (Classificação de Risco) é um poderoso articulador em uma rede de serviços de urgência.

O governo de Minas Gerais vem implementando um modelo de regionalização da saúde baseado no desenvolvimento de processos de gestão clínica, focados em condições de saúde, e em uma APS diferenciada, na tentativa de estruturar redes integradas de serviços de saúde. Na resposta a uma demanda de urgência, essas premissas são fundamentais para a melhor utilização dos recursos e para que se alcancem melhores resultados.

O projeto da Rede de Urgência e Emergência em implantação pelo governo estadual tem como objetivo estabelecer essa rede de atenção temática em todo o Estado, seguindo o PDR e

estabelecendo uma linha-guia única (linguagem) em todos os pontos de atenção.

O modelo proposto para a rede pretende evitar que se encaminhem os pacientes para o hospital mais próximo. Ao invés disso, a intenção é que a rede propicie o encaminhamento correto dos pacientes, considerando a unidade adequada para o caso e que promova a assistência mais eficaz no menor tempo possível.

Para isso, é essencial uma estrutura e processos de triagem de pacientes e, dentre os vários modelos utilizados e já validados no mundo, o Comitê Gestor de Urgência e Emergência da SES/MG optou pela utilização do Protocolo de Manchester, o Manchester Triage System (MTS). A escolha se deu após ampla discussão entre especialistas de várias áreas de atuação, como médicos, enfermeiros, bombeiros, SAMU, Polícias Civil e Militar, gestores, entre outros.

O sistema de Manchester é utilizado nos hospitais do Reino Unido desde 1997 e vem se firmando em vários países da Europa, como Espanha, Holanda e Alemanha, destacando-se a utilização em Portugal, onde virou recomendação do governo.

O Protocolo de Manchester apresenta uma série de prerrogativas essenciais para um sistema de classificação de risco:

- É coerente.
- Respeita as boas práticas em situação de urgência.
- É confiável, uniforme e objetivo ao longo do tempo.
- Já foi validado.
- É passível de auditoria.

O sistema utiliza 52 discriminantes que geram algoritmos que vão projetar um índice de gravidade e o tempo máximo de espera por uma intervenção médica. A simbologia do tempo é mediada por cores:

SÍMBOLO	GRAVIDADE	TEMPO DE ESPERA
Vermelho	Emergência	0 minutos
Laranja	Muito Urgente	10 minutos
Amarelo	Urgente	60 minutos
Verde	Pouco Urgente	120 minutos
Azul	Não Urgente	240 minutos

Na negociação entre o governo de Minas e o Grupo Português de Triagem (GPT), detentor dos direitos cedidos pelo Grupo de Manchester para a tradução e utilização do protocolo em língua portuguesa, a solução foi a criação do Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). O GBCR firmou parceria internacional com o GPT e o Grupo de Manchester, obtendo autorização para utilização do protocolo no Brasil de forma gratuita. O ônus da utilização do protocolo só acontece quando ele é informatizado e por acordo é feito um licenciamento direto com o Grupo de Manchester e o British Medical Journal (BMJ), que ocorreu com uma empresa em Portugal.

A experiência portuguesa mostra que a informatização do protocolo tem permitido a redução do tempo médio de classificação para algo em torno de 1 minuto. Ela também fornece subsídios ao gestor para avaliação de todos os momentos do fluxo de atendimento às urgências, gerando *benchmarking* na comparação de diversos serviços e regiões do país.

Na concepção do projeto de redes de atenção às urgências, a informação e a interligação entre os pontos de atenção é fator crucial para o bom desfecho e a perenidade do planejamento. A SES/MG optou, assim, por informatizar de forma completa a rede de atenção às urgências do Estado. O início será a linha-guia que conduz à organização do sistema, o protocolo de classificação de risco (Manchester), seguindo-se a informatização completa de serviços de urgência de referência nas macro e microrregiões de

saúde. Esses serviços não mais utilizarão papéis ou documentos, com conseqüente imensa potencialização da troca e resgate de informações, possibilitando ao Estado acompanhar em tempo real todos os eventos nestes locais.

A utilização de um único protocolo em todas as áreas de atenção às urgências tem inúmeras vantagens:

- O protocolo único de classificação de risco é reproduzível, passível de auditoria e com controle médico e promove o atendimento médico em função do critério clínico e não do administrativo ou da simples ordem de chegada ao serviço de urgência.
- A utilização em vários centros permite uma caracterização melhor da demanda de procura nas portas de urgência em todo o Estado.
- Estabelecer um tempo de espera pela atenção médica e não um diagnóstico.
- O fluxograma da decisão parte da identificação da queixa inicial para, por fim, estabelecer o tempo de espera de acordo com a gravidade da condição do paciente.
- O sistema depende mais da disciplina em sua utilização do que da formação técnica de quem o utiliza.
- O sistema prevê a classificação individual de prioridades e garante a uniformidade de critérios ao longo do tempo entre as diversas equipes.
- O sistema é de rápida execução e permite eliminar os riscos de uma triagem feita por pessoas despreparadas (ex: porteiro).
- A adoção do sistema não implica investimento financeiro significativo.
- Determina e orienta a reconfiguração do fluxo e da arquitetura nos serviços de urgência.

A informatização do protocolo de triagem de Manchester acrescenta um grande número de vantagens na utilização deste método:

- Facilita sobremaneira a utilização pelo triador das diversas variáveis que compõem o protocolo, diminuindo o tempo de triagem.
- Confere maior agilidade, facilidade e segurança no processo contínuo de auditoria que o protocolo prevê que ocorra com a escolha aleatória de cerca de 200 casos em média, por mês, a serem auditados.
- Evita erros no seguimento dos fluxogramas e obriga à boa prática nos registros e, conseqüentemente, nas informações geradas.
- Permite a mensuração adequada dos tempos e resultados dos atendimentos, permitindo comparações entre unidades e possibilitando o estabelecimento de padrões desejáveis.
- É fundamental na construção de uma linguagem única e no estabelecimento de uma rede integrada de serviços de saúde

IV. A Mudança na Gestão das Urgências a partir da Classificação de Risco

A organização do fluxo de acesso nos serviços de urgência com a definição de prioridades é potente reformulador de seus modelos de gestão. Há necessidade de novo desenho dos fluxos de encaminhamento após a classificação de risco:

- Atribuindo tempos de espera para atendimento médico;
- Definindo modelos de observação de acordo com a gravidade atribuída;
- Avaliando a necessidade da estrutura física do atendimento;
- Modificado os fluxos e processos de trabalho;
- Mensurando resultados obtidos.

A integração dos serviços em rede pode determinar um fluxo pactuado pelos serviços. O protocolo de classificação é potente ferramenta de comunicação, co-responsabilização e regulação da rede das condições agudas para:

- Acompanhar em tempo real os fluxos,
- Regular o transporte entre os serviços.

A organização da rede de resposta às condições agudas tem como fundamentais critérios:

- Utilização de protocolo único de classificação de risco;
- Fluxos de encaminhamento após a classificação de risco desenhados e pactuados internamente por cada instituição e responsabilizados nominalmente pelos respectivos trabalhadores, com descrição e aceitação dos papéis propostos;
- Discussão do fluxo de encaminhamento de responsabilização coletiva, assinada por todos que se co-responsabilizam pelos serviços desta rede;
- Pactuação dos fluxos de encaminhamento pós-classificação de risco entre todos os atores dos serviços (de todos os níveis de atenção), compartilhada por uma estrutura reguladora também responsável pelo transporte do paciente, se necessário, até o destino pactuado;
- Compartilhamento das "regras" com as estruturas de logística (regulação, SAMU, prontuário eletrônico) que se co-responsabilizam pelos resultados;
- Informatização dos processos;
- Comando único (definir a forma quando for regional).

É importante ressaltar que a utilização de um protocolo de Classificação de Risco seja ele qual for não garante os resultados em uma instituição ou uma rede. Ele é apenas uma peça deste mosaico complexo.

O Quadro abaixo mostra um fluxograma de determinantes gerais do Protocolo de Manchester:

Quadro 3

Fluxograma de determinantes gerais do Protocolo de Manchester

DETERMINANTES GERAIS	
Obstrução de vias aéreas	Vermelho
Respiração inadequada	
Hemorragia exangüinante	
Choque	
Convulsionando	
Criança irresponsiva	
Dor intensa	Laranja
Hemorragia maior incontrolável	
Alteração da consciência	
Criança febril	
Hipotermia	
Dor moderada	
Hemorragia menor incontrolável	Amarelo
História de inconsciência	
Adulto febril	
Dor leve recente	Verde
Febre baixa	
Evento recente	
	Azul

A partir desta síntese foram desenhadas as matrizes das Redes de Atenção, com definição dos pontos de atenção, a competência ou responsabilidade de cada ponto e a respectiva área de abrangência. As matrizes são orientadas por protocolo (Protocolo de Manchester).

Quadro 4

Matrizes das Redes de Atenção

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Primária	CallCenter, SAMU 192	Classificar o risco; orientar; ativar a ambulância.	Município
	Domicílio	Identificar sinais de alerta; acionar o 192.	Município
	Unidade Básica de Saúde/PSF	1º atendimento vermelho, laranja e amarelo; Atendimento verde e azul;	Município

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTO DE ATENÇÃO	COMPETÊNCIA DO PONTO DE ATENÇÃO	TERRITÓRIO SANITÁRIO
Primária	"Hospital de Pequeno Porte"	1º atendimento vermelho, laranja e amarelo; Atendimento vermelho, laranja e amarelo de acordo com protocolos; Atendimento amarelo e verde Atendimento azul, fora do horário da UBS; Acolher azul.	Município
Secundária	Unidade de Urgência não Hospitalar *	1º atendimento vermelho e laranja; Atendimento amarelo e verde; Atendimento azul fora do horário da UBS; Acolher azul.	Município > 200.000 habitantes
	Hospital Microrregional sem UTI	1º atendimento vermelho e laranja; Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos; Atendimento amarelo e verde; Acolher azul.	Microrregião
	Hospital Microrregional com UTI	1º atendimento para vermelho e laranja; Atendimento vermelho e laranja conforme protocolos; Atendimento amarelo e verde; Atendimento referenciado segundo protocolo; Acolher azul.	Microrregião
	SAMU	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo; Orientar verde e azul.	Microrregião
Terciária	SAMU	Atendimento a vermelho e laranja e amarelo, Orientar verde e azul.	Macrorregião
	Pronto Socorro Hosp. Macro	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo; Acolher verde e azul.	Macrorregião
	Hospital Macrorregional	Atendimento a vermelho, laranja e amarelo Acolher verde e azul.	Macrorregião

São princípios a serem contemplados na estruturação dos pontos de atenção:

- Tempo de acesso,
- Distribuição regional do recurso,
- Economia de escala,
- Qualidade.

O tempo é a principal variável na "elasticidade" da conformidade de algumas estruturas que deverão ter apoio e investimento do Estado na sua estruturação.

A proposta de reorganização da Rede U&E tem alguns pressupostos fundamentais:

- Numa região, 90% da população deve ter acesso a um dos pontos de atenção da rede com o tempo máximo de 1 hora, seja este ponto de atenção fixo ou móvel;
- A linha-guia (linguagem) da rede é que determina a estruturação e a comunicação dos pontos de atenção, dos pontos de apoio operacional e da logística;
- As fronteiras tradicionais se "modificam" na rede de urgência e emergência;
- Novo modelo de governança e custeio, compartilhados por uma região é vital para sua perenidade.

Os Pontos de Atenção

As Unidades Básicas de Saúde (UBS)

As UBSs são tradicionalmente associadas à atenção e a procedimentos eletivos, mantendo política refratária e insuficiente de atendimento a casos agudos. Decorreu disto que pacientes em condições de urgência menor ou de urgência social passaram a ser os principais causadores de fila, causando congestionamento e conseqüente menor resolutividade nos serviços de urgência. Exemplo é a estatística de um grande hospital de Milão que utiliza 4 níveis para classificar o risco, sendo o vermelho o mais grave:

Tabela 1

Atendimento no Pronto Socorro Ospedale Niguarda Cà Granda, 2006 86.400 atendimentos

Código vermelho	2,0%
Código amarelo	10,5%
Código verde	71%
Código branco	16,5%

Fonte: Ospedale Niguarda Cà Granda, 2006.

A demanda de pacientes que deveriam estar na atenção primária e estão nas portas de urgência é um problema mundial.

Tabela 2

Destino dos pacientes após consultas no Pronto Socorro do Ospedale Niguarda Cà Granda, 2006

DESTINO DOS PACIENTES	N°	%
Retorno para médicos de família	66.371	76,8%
Internados no hospital	14.992	17,3%
Internados em outros hospitais	301	0,3%
Chegam mortos	130	0,2%
Cidadãos que voluntariamente voltam pra casa	4.641	5,4%
Total	**86.435**	**100,0%**

Fonte: Ospedale Niguarda Cà Granda, 2006.

Numa proposta de rede, a Atenção Primária se responsabiliza na sua área de atuação pela maioria dos pacientes classificados como verde e azul (pouco urgente e não urgente) pelo protocolo de Manchester. Isto implica em reestruturação da Atenção Primária. Pacientes que chegam à UBS em condições graves, em urgência ou emergência por demanda espontânea deverão ter seu primeiro atendimento neste local. Isto nos obriga a reconfigurar o espaço físico e os fluxos, além da qualificar a equipe. É importante salientar que os doentes graves nunca devem ser encaminhados para estes pontos pelo complexo regulador. O primeiro atendimento a doentes graves se dará somente quando estes se apresentarem espontaneamente nestas estruturas.

O Hospital de Urgência Básica

Predominam no Brasil hospitais de baixa resolutividade e número de leitos abaixo do preconizado. Isto se deve a questões de infraestrutura (malha viária precária), isolamento e pulverização de municípios incentivada pela constituição de 1988. Esta situação perversa de grande distribuição de pequenos hospitais é demonstrada em estudo recente (Mendes; Alfradique, 2002): a maioria de suas internações se dá por condições sensíveis à atenção primária, ou seja, não precisariam estar internados. Agrava-se o fato de que a maioria destes hospitais não conta com médico nas 24 horas nem nos finais de semana. Conseqüência disto é a pressão nos pontos de atenção de urgência dos municípios de maior porte, com transferências de pacientes sem critérios de transporte adequados e sem regulação.

Na atual proposta, os hospitais com menos de 50 leitos que se localizam em regiões em que o acesso até o hospital de referência microrregional se dá em mais de uma hora deverão ter papel no atendimento de urgência e emergência de acordo com os seguintes critérios:

- Ter médicos e enfermeiros presenciais nas 24 horas do dia, sete dias por semana;
- Trabalhar com orçamento fixo e não mais com produção (SIA e SIH);
- Período de observação do paciente de no máximo 72 horas;
- Referência no Hospital Microrregional (utilizar estruturas de apoio para ganho de escala);
- Suporte Básico de Vida;
- Não trabalhar com economia de escala para sua referência. A variável principal aqui é o tempo de acesso;
- Investimento em adequação, custeio, qualificação e educação continuada.

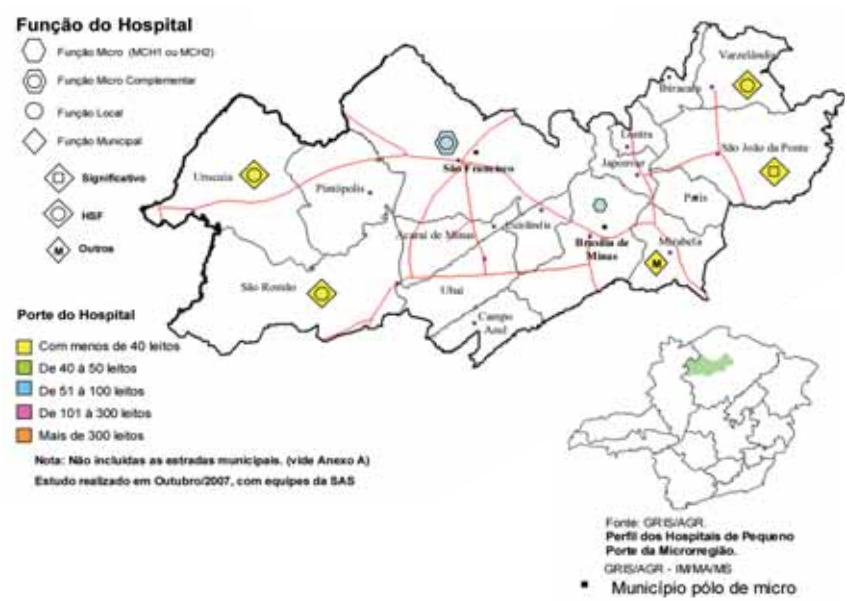


Figura 1: Distribuição espacial dos hospitais por função e segundo relevância para apoio à Saúde da Família e primeiros pontos da Rede de Urgência e Emergência. Micro Brasília de Minas/São Franscisco

Unidade não Hospitalar de Atendimento às Urgências (UPA)

As UPAs são estruturas definidas na Portaria 2.048 como integrantes do sistema regional de atenção às urgências. Elas fazem parte da rede de resposta às urgências de média complexidade, mas sem retaguarda hospitalar acordada, o que causa enormes transtornos. A política de implantação de UPAs no Brasil se deu principalmente na década de 1990 em municípios que assumiram a gestão plena. Foram criadas para serem instrumentos de regulação de acesso às vagas hospitalares, já que os hospitais eram e ainda são figuras proeminentes no sistema. O que se conseguiu, na verdade, foi a desresponsabilização dos hospitais pelo atendimento de urgência e o repasse da responsabilidade para estas UPAs, geralmente despreparadas para atendimento de urgências

de média complexidade e que precisam de retaguarda final no hospital. No atual projeto, as UPAs serão ligadas por contrato de gestão a um hospital de referência, com definição clara do papel de cada um, como fez Curitiba.

Estas estruturas podem estar localizadas em município pólo microrregional ou em município-pólo macrorregional como instrumento de organização da rede de atendimento à sua própria população (em geral mais de um equipamento).

Hospitais Microrregionais

São hospitais que devem ser referência para as urgências médico-cirúrgicas de média complexidade, podendo em alguns casos até ser referência em procedimentos clínicos mais complexos. Características importantes:

- Trabalham com escala mínima de referência de 100.000 habitantes;
- Devem ter minimamente plantões na área de emergência de adultos e crianças e retaguarda em cirurgia geral e ortopedia (em regiões em que a referência populacional é acima de 200.000 habitantes é importante a presença contínua do componente cirúrgico);
- Se existir um Pronto Atendimento na região, este deve ser formalmente referenciado a este(s) hospital(is) como retaguarda para internação e urgências e emergências cirúrgicas de média complexidade;
- Recomendamos uma interface entre as equipes destas instituições e a do Pronto Atendimento, se houver, por exemplo, direção médica única nas duas instituições;
- Devem evoluir para terem Unidades de Terapia Intensiva Geral
- A resposta cirúrgica para casos de trauma maior tem lógica própria.

Hospitais Macrorregionais

São hospitais de maior resolutividade e capacidade de resposta a situações complexas. A organização da rede se fará por especialização da resposta aos dois principais problemas que aumentam os Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP): o trauma maior e a urgência cardio e cerebrovascular. A implantação destas redes, assim como a concentração de recursos tecnológicos (qualificação de pessoas, estrutura física adequada e coordenação da resposta) mostrou redução de mortalidade e é fator fundamental na mudança do prognóstico.

A partir destas duas situações, o trauma maior e a urgência cardio e cerebrovascular, a rede se organiza de forma mais complexa, concentrando-se em grandes hospitais no pólo macrorregional. Alguns dos pontos da rede, entretanto, devem ser descentralizados e especializados, já que a redução do tempo da resposta inicial tem profunda relação com a sobrevivência.

O quadro abaixo mostra estudo encomendado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais sobre os maiores eventos responsáveis por aumento do APVP no Estado: o trauma e as doenças cardiovasculares.

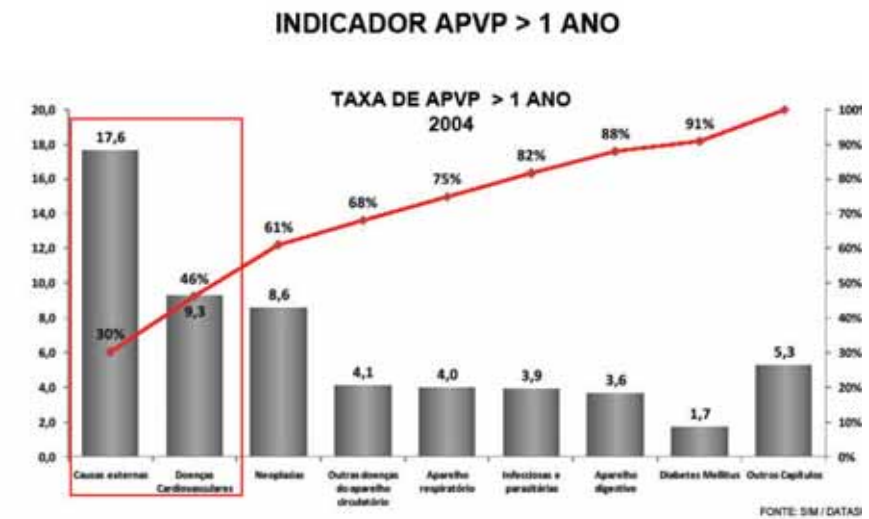


Gráfico 1: Os principais ofensores do APVP em maiores de um ano

Sistema Integrado de Resposta ao Trauma Maior

Trabalhos mostram que a regionalização da resposta ao trauma maior é fator de redução na mortalidade:

- Redução de 50% de mortalidade em alguns estudos;
- Sistemas "maduros" reduzem em 15 a 20% a mortalidade em relação a sistemas incipientes;
- Num estudo comparativo de 50 estados nos EUA a mortalidade é reduzida em 8% nos estados que adotam sistemas regionais de atendimento (WHO, 2004);

Para isso a organização de um sistema de resposta a esta patologia se baseia em algumas premissas:

- Gravidade: A gravidade do quadro apresentado separa dois tipos de trauma: trauma maior e trauma menor. O trauma maior é aquele que coloca em risco a vida do paciente de forma imediata (podendo ser trauma de um só segmento ou politrauma);
- Tempo de resposta: O tempo de resposta ao trauma maior deve ser imediato. Quanto maior o tempo de início do atendimento, maior a mortalidade e as seqüelas;
- Concentração de recursos (escala): Por ser o trauma maior uma patologia complexa e necessitar de número grande de profissionais envolvidos no seu atendimento, há necessidade de se concentrar recursos em hospitais que possibilitem esta resposta adequada. A dificuldade em recursos humanos e o custo elevado da estrutura adequada para esta resposta induz à concentração dos recursos mais nobres em poucos hospitais, cuja escala de referência populacional se situa em torno de um hospital de referência a partir de um milhão de habitantes;
- Descentralização do transporte: O transporte e o resgate de pacientes envolvidos em grandes acidentes têm que ser feito sob uma única coordenação tanto dos veículos envolvidos

quanto dos pontos de atenção da rede de resposta. A variável tempo é fator fundamental e a utilização dos veículos se baseia no tempo alvo de resposta e na disponibilidade de recursos para o primeiro atendimento;

- Comando único: A operacionalização da resposta a um evento causador de um trauma grave deve ser comandada por uma única estrutura, que deve:
  - » Identificar o chamado telefônico (número único);
  - » Geoprocessar;
  - » Acompanhar e conhecer a posição dos veículos de resposta;
  - » Acompanhar e comandar o atendimento *in loco*;
  - » Pré-avisar o ponto de resposta (hospital);
  - » Conhecer a situação do ponto de resposta (ex: se a equipe de cirurgia está presente no pronto socorro ou não);
  - » Coordenar a disponibilidade de leitos após os procedimentos cirúrgicos necessários. A gestão deste processo é feita por médicos.

A partir desta lógica de resposta adequada ao Trauma Maior, propomos organizar os hospitais em três níveis de resposta:

- Hospitais Nível 1: Centro Altamente Especializado no Trauma: São hospitais preparados para resolução de todos os tipos de Trauma Maior, para onde irá a maioria dos casos graves da macrorregião. Deve ter várias das chamadas alta-complexidade e possuir número diferenciado e especializado de leitos de terapia intensiva.
  - » Características obrigatórias: sala de ressuscitação (vermelha) com Rx móvel e ultra-sonografia, tomografia computadorizada, angiografia intervencionista, sala cirúrgica de grande porte, heliponto com acesso exclusivo, equipe cirúrgica do trauma: anestesiologia, ortopedia, neurocirurgia, cirurgia vascular,

unidade transfusional (capacidade de transfusão), sobreaviso de cirurgia torácica, cirurgia cardíaca,cirurgia pediátrica,plástica, buco-maxilo e reimplante.

- Hospitais Nível 2: Centro Especializado no Trauma: Em geral estão numa região em mesmo número dos hospitais de nível 1. A diferença entre eles é a ausência da neurocirurgia e cirurgia vascular (angiografia intervencionista).
- Hospitais Nível 3: Estão em regiões mais distantes e se prestam à estabilização dos pacientes com Trauma Maior até transferência definitiva para o hospital de primeiro ou segundo nível.
  - » São requisitos mínimos: emergencista, cirurgia geral, radiologia, anestesiologia, centro de transfusão, Terapia intensiva geral.

Quadro 5

Rede de Assistência ao Trauma Maior

Recursos	Hospitais		
	Nível 1	Nível 2	Nível 3
Neurocirurgia			
Cirurgia vascular			
Angiografia intervencionista			
Sobreaviso cirurgias torácica, cardíaca, pediátrica, plástica, bucomaxilo, reimplante			
Heliponto com acesso exclusivo			
Sala de ressuscitação (Rx móvel e US)			
Sala cirúrgica grande porte			
Tomografia computadorizada			
Cirurgião do trauma			
Ortopedista			
Emergencista			
Cirurgião geral			
Anestesiologista			
Unidade transfusional			
Unidade Terapia Intensiva			

Sistema Integrado de Resposta às Urgências Cardio e Cerebrovasculares

A maioria dos hospitais que respondem ao Trauma Maior tem capacidade de resposta às urgências cardiovasculares. A diferenciação no fluxo a partir da coordenação da regulação das urgências é desejável. Os grandes hospitais macro e microrregionais responderão às duas principais urgências elencadas, mas se isto não for possível pela fragmentação da rede hospitalar e pela baixa escala, pode ser necessária a separação das respostas (hospitais que historicamente se especializaram). Há evidências que apontam para a organização e especialização da resposta nestes casos com redução substancial da mortalidade.

A Rede de Urgência e Emergência da Doença Cardiovascular (IAM e AVC)

Propõem-se dividir os níveis dos hospitais por analogia com a Rede do Trauma:

Centro Especializado de Doença Cardiovascular (Nível 1):

- Escala: um para cada 600 a 800 mil habitantes.
- Estrutura:
  - » Equipe de hemodinamicistas disponível 24 h por dia (IAMCSST);
  - » Cirurgião Geral;
  - » Sala de Emergências;
  - » Radiologia (tomografia, angiografia);
  - » Emergencista;
  - » Anestesiologia;
  - » Neurocirurgia;
  - » Agência transfusional;
  - » Em sobreaviso: cirurgia vascular, torácica, cardíaca.

Centro de Doença Cardiovascular (Nível 2):

- Escala: um a dois para cada CEDCV.
- Estrutura:

» Equipe hemodinâmica oito horas por dia;
» Cirurgião Geral 24 h por dia;
» Sala de Emergências;
» Radiologia (tomografia);
» Bloco Cirúrgico 24 h;
» Emergencista;
» Anestesista;
» Laboratório;
» Agência transfusional;
» Centro de Tratamento Intensivo;
» Capacidade transfusional.

Competência dos hospitais conforme nível:

Nível 1 (DCV):

- Angioplastia 24 h
  » IAM com supra STs até 12 h de dor
- Trombolítico 24h
  » IAM com supra STs até 12 h de dor
  » AVC-I (com TC) até 3ª h do déficit
- Neurocirurgia para AVC – H ou AVC-I
- Demais urgências e emergências clínicas e cirúrgicas
- Unidade Coronariana
- Centro de Tratamento Intensivo
- Unidade de AVC
- Leitos de retaguarda (hospitais de reabilitação ou de doenças crônicas)

Nível 2 (DCV):

- Angioplastia 12h de dor em horário de rotina
  » IAM com supra STs até 12 h de dor

- Trombolítico 24 h
  » IAM com supra STs até 12 h de or
- Demais urgências e emergências clínicas e cirúrgicas
- Centro de Tratamento Intensivo
- Unidade de AVC
- Leitos de retaguarda (hospitais de reabilitação ou de doenças crônicas)

Nível 3 Feito nos Hospitais Microrregionais:

- Trombolítico 24 h
  » IAM com supra STs até 12 h de dor
- Demais urgências e emergências clínicas e cirúrgicas
- Centro de Tratamento Intensivo
- Leitos de retaguarda (hospitais de reabilitação ou de doenças crônicas).

A Logística do Sistema

A organização da resposta deve ter um comando único para que tanto no ambiente extra-hospitalar quanto no hospitalar não haja solução de continuidade nem atraso no tempo-resposta para determinada situação.

Há uma fórmula francesa utilizada para mensurar a necessidade de resposta para um caso de urgência:

U= R x G/ T

Onde:

U= Grau de urgência

R= Recursos necessários para o atendimento

G= Gravidade da situação (risco de morte imediato)

T= Tempo máximo para o atendimento do agravo

A logística deve levar em conta estas situações e algumas vezes a variável social que é um dos componentes temporários desta fórmula. Alguns componentes fundamentais para o trabalho da logística na rede de U/E:

1. Uma identificação única na rede variando no tempo e espaço (Prontuário eletrônico com cartão ou número único de identificação).
2. Transporte Regionalizado: urgente ou eletivo.
3. Complexo Regulador: controle do transporte e da recepção além da visão global sobre a rede.

O caso da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais adota, desde o ano de 2002, uma divisão territorial que visa dar uma resposta sanitária melhor a determinadas situações de saúde. As macrorregiões, em tese, devem ter auto-suficiência em grande parte dos atendimentos de Alta Complexidade e, por isso, estabeleceu-se uma escala populacional mínima de 500.000 habitantes na referência territorial.

A Macrorregião Norte é constituída de 86 Municípios, com uma população de 1.548.933 habitantes em uma área territorial de 131.274 km², sendo maior que os Estados de Santa Catarina e Pernambuco. Com uma densidade demográfica de 11,9 hab/km², apresenta uma forte desigualdade social, tendo como característica a presença relativamente alta de população rural, comparada com outras realidades do Estado de Minas Gerais.

A escolha dessa macrorregião para a implantação da primeira Rede de Urgência e Emergência deve-se, em grande parte, à situação epidemiológica da região que revela dados como os que se seguem:

- *Prevalência da mortalidade em pessoas com mais de 1 ano de doenças cárdio e cerebrovasculares (a principal causa de mortalidade global é o AVC, como no resto do País), mas, quando se*

analisa o indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), as causas externas e o conjunto das doenças cardiovasculares têm um impacto superior a 50% na mortalidade.

- *Grande incidência de situações maldefinidas como causa de mortalidade, o que revela certa desassistência, principalmente na parte noroeste da região.*
- *Baixa densidade demográfica como um dificultador no tempo-resposta adequado necessário para certas condições que exigem resposta em tempo hábil (ex: IAM):*

1. *análise de situação da rede de UE;*
2. *escolha do modelo de atenção à UE;*
3. *construção dos territórios sanitários e níveis de atenção à UE;*
4. *desenho da rede de atenção à UE;*
5. *modelagem da atenção primária à saúde na UE;*
6. *modelagem dos pontos de atenção secundários e terciários na UE;*
7. *modelagem dos sistemas de apoio;*
8. *modelagem dos sistemas logísticos;*
9. *modelagem do sistema de governança das redes de atenção à UE.*

O projeto da Rede de Urgência e Emergência, após um ano de execução, atingiu 90% dos marcos estabelecidos para o projeto, envolvendo:

- *Adoção da classificação de Risco do protocolo de Manchester por parte dos pontos de atenção à saúde, num total de 1.700 profissionais capacitados.*
- *Desenho e pactuação dos fluxos micro e macrorregionais, a partir da classificação de risco.*
- *Adoção de uma nova tipologia hospitalar, com configuração mínima e investimento por parte do Estado e ministério em equipamentos, construção/adequação de áreas e capacitação das equipes.*

- *Construção de 40 novos leitos de terapia intensiva em municípios pólos microrregionais da região.*
- *Regionalização do SAMU, que atuava somente no município de Montes Claros, estendendo o serviço para toda a região, com adição de 44 ambulâncias, sendo 6 de Suporte avançado, com custeio compartilhado entre Municípios, Estado e União, com a SES/MG custeando 37,5% (valor acima do previsto na portaria), os municípios 12,5% (valor factível para os menores municípios) e a União mantendo 50%. Haverá ainda parceria com a Polícia Militar de Minas Gerais para disponibilizar um helicóptero para situações de urgência e emergência.*
- *Construção do Complexo Regulador, onde atuarão a Central de Urgência do SAMU e a Central de regulação assistencial Macrorregional, com protocolos pré-estabelecidos.*
- *Disponibilidade, por parte da SES/MG, de recurso de co-financiamento do custeio dos hospitais de referência ao atendimento de Urgência para manutenção de equipe mínima disponível de acordo com a tipologia hospitalar, e regulada 24 horas/dia.*
- *Constituição do Comitê Maccrorregional de Gestão das Urgências, como órgão técnico de suporte da CIB Macrorregional, constituído de câmaras técnicas para eventos específicos e que apresentam metas de resultados (ex: trauma maior, IAM, AVC, etc.).*

Figura 2: Distribuição de Hospitais na Macrorregião Norte

Figura 3: Distribuição de Ambulâncias na Macrorregião Norte

V. Referências

ALFRADIQUE, M. E. ; MENDES, E. V. *As internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial no SUS: nota prévia*. Belo Horizonte, 2002. Mimeo.

BARNUM, H. *et al*. Incentives and provider payment methods. Washington: Human Development and Operation Policy, *HROWP*, n. 51, 1995.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. *Resolução n.º 1.451*, de 17 de março de 1995. São Paulo, CRM, 1995.

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

CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Framework for program evaluation in public health. *MMWR, n.* 48, n. RR-11, 1999.

COOTER, R. D.; ULEN, T. S. *Law and economics*. London: Scott, Foreman and Co., 1988.

DONABEDIAN, A. *Benefits in medical care programs*. Cambridge: Harvard University Press, 1976.

EMERGENCY NURSES ASSOCIATION. *Standards of emergency nursing practice.* Des Plaines, IL: ENA, 1999.

FOUNDATION FOR ACCOUNTABILITY. *The FACCT consumer information framework: comparative information for better health care decisions*, 1997.

HURTADO, M. U*nderstanding and measuring the performance of health care services delivery.* Columbia: Revised draft, 2006.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Disponível em: http://www.ihi.org/IHI/Topics/PatientSafety/MedicationSystem>. Acessado em junho de2007.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Clinical practice guidelines: directions for a new program*. Washington: The National Academy Press, 1990.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st. century*. Washington: The National Academy Press, 2001.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Defining primary care: an interim report*. Washington: The National Academy Press, 1994.

INSTITUTE OF MEDICINE. *Performance measurement: accelerating improvements.* Washington: The National Academy Press, Appendix D, 2006.

INSTITUTE OF MEDICINE. *To err is human: building a safer health system*. Washington: The National Academy Press, 2000.

JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Comprehensive accreditation manual for integrated delivery systems.* Oakbrook Terrace, Illinois: Joint Commission Resources, 2004.

KELLEY, E.; HURST, J. Health care indicators Project: conceptual framework. *OECD Health Working Papers,* n. 23, Document DELSA/HEA/WD/HWP, 2006. Disponível em: <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>.

KUTZIN,J. Experience with organizational and financing reform of the health sector. Geneva, *WHO/SHS Paper,* n. 8, 1995.

MENDES, E. V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002a.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde no Brasil: o caso de Curitiba*. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007a.

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

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

MENDES,E. V. *Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002b.

MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

SHIMAZAKI, M. E. *Oficina de rede atenção às urgências e emergências*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

TELYUKOV, A. Guia para la capitación prospectiva con ejemplos de América Latina. Washington. La Iniciativa Regional de Reforma del sector de la Salud en América Latina y el Caribe. *Cadernos Especiales,* n. 5, 2001.

US DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *US national healthcare quality report 2005*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2006.

VARGAS, I. L. Algunas conclusiones y retos de futuro para las OSI en Cataluña. In: VÁZQUEZ, M. L. N.; VARGAS, I. L. *Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos.* Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2007.

VÁZQUEZ, M. L. N. *et al*. Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Pública*, n. 79, p. 633-643, 2005.

VÁZQUEZ, M. L. N.; VARGAS, I. L. Redes integradas de servicios de salud: solución o problema? *Ciencias de la Salud*, n. 4, p. 5-9, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guidelines for essential trauma care*. WHO, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Social determinants of health: the solids facts*. Copenhagen: International Centre for Health and Society, 2003.

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

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health*. World Health Organization/ Health Equity Team/Commission on Social Determinants of Health, Discussion paper. Draft 5, 2005. Disponível em: <http://www.paho.org/English/CSDH>.

CAPÍTULO V

REDE VIVA VIDA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

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

I. Introdução

A Rede Viva Vida de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança foi a primeira rede temática a ser implantada no Estado de Minas Gerais. Esse imperativo foi derivado da análise da situação de saúde realizada em 2003, e refinada em 2005, que concluiu que as mortalidades infantis e maternas no Estado, embora apresentassem queda, ainda ocorriam por causas evitáveis.

Para analisar a situação de saúde, planejar as ações e mensurar os resultados, foram escolhidos os indicadores da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) e da Razão de Morte Materna (RMM), que são, sabidamente, dois indicadores importantes para determinar as condições de vida e de saúde de uma população, estando vinculados ao Índice de Desenvolvimento Humano e aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

A TMI em Minas Gerais, em 2000, era de 20,79 em cada mil nascidos vivos, enquanto o valor aceitável pela OMS é inferior a dez, por mil nascidos vivos. Ela pode ser desdobrada em três

outros componentes: *neonatal precoce*, que é muito influenciada pelas condições da gestação, da assistência ao parto e nascimento; ***neonatal tardio***, que sofre as mesmas influências da anterior, associadas às condições do meio onde a criança se desenvolve; e *pós-neonatal*, que é mais sensível às condições do meio. Os dados oficiais apontavam para a baixa qualidade da assistência pré-natal, da assistência ao parto e nascimento, uma vez que a Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce contribuía para 56% taxa de mortalidade infantil no Estado. A maior parte das causas de morte infantil foi considerada evitável se fossem realizados pré-natais de qualidade e boa assistência ao parto e nascimento.

A RMM não apresentava resultados melhores. Em 2000, esse indicador era de 43,86 mortes em cada cem mil nascidos vivos. A OMS considera aceitável valor inferior a dez, por cem mil nascidos vivos. Com base nos dados disponibilizados pelos sistemas oficiais, diagnosticou-se que mais de 50% das causas de morte materna, em Minas Gerais, eram decorrentes das chamadas *causas obstétricas diretas*. Essas causas são as que mais facilmente podem ser evitadas com assistência adequada ao pré-natal e ao parto.

Para enfrentar esse desafio e mudar essa realidade, a SES/MG apostou, em 2003, na implantação da Rede Viva Vida de Atenção à Saúde, com a criação do Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais. Para o programa foi definida como meta mobilizadora a redução da mortalidade infantil e materna no Estado em 15%, até 2011. Para alcançar esse resultado, o Viva Vida sistematiza as ações, investindo recursos para estruturar e qualificar a rede, bem como conjuga esforços do governo e da sociedade civil, estimulando o processo de mobilização social. Além de garantir o cumprimento da meta mobilizadora, os indicadores selecionados têm impacto substancial nos Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) da população, utilizado para mensurar se em Minas Gerais a população está vivendo mais e melhor.

II. Contextualização

A busca pela redução da mortalidade infantil e materna não é recente. A primeira tentativa de estruturação das ações foi realizada com a criação do Programa Materno Infantil, na década de 1970, que resultou na implantação das coordenações de atenção materno-infantil nos Estados brasileiros. Desse programa desdobraram-se, durante os anos 1980, outros programas relativos à saúde da mulher e da criança, dentre os quais merecem destaque o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). Após a criação do SUS, destacaram-se o Programa de Referência Hospitalar para Atendimento às Gestantes de Alto Risco, a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIPI) e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN).

Apesar de importantes iniciativas, esses programas tinham um foco restrito, centrado na especificidade biológica feminina, e suas ações visavam à proteção dos grupos de maior vulnerabilidade, como as mulheres e crianças. Em conjunto com as outras ações existentes, embora promovessem resultados importantes para a assistência, não constituíram uma resposta sistêmica e organizada, além de possuir financiamento escasso.

A Rede Viva é a proposta do governo de Minas Gerais em contraposição a esse modelo.

III. Rede Viva Vida

A implantação da Rede Viva Vida aconteceu em nova etapas, algumas das quais ocorrendo concomitantemente. Na primeira etapa foi realizada uma análise da situação de saúde, citada na Introdução deste Capítulo.

A segunda etapa foi a escolha do modelo de atenção à saúde. O caráter inovador da Rede Viva Vida está nesse novo modelo de

atenção à saúde e de gestão, que ilustraremos utilizando o exemplo das gestantes, condição crônica importante.

A Rede Viva Vida adota a classificação de risco gestacional que define as gestantes como de risco habitual ou de alto risco. Essa classificação vem sendo adotada desde o Programa de Referência Hospitalar para Atendimento às Gestantes de Alto Risco e é importante na organização da rede assistencial e no planejamento das ações de atenção ao pré-natal, parto e puerpério, para garantir que a gestante tenha o atendimento certo, no local adequado e em tempo oportuno. Esse foi o ponto de partida para o desenho da Rede Viva Vida, que tem norteado a criação dos novos pontos de atenção à saúde e a qualificação dos pontos existentes.

O modelo de gestão da Rede Viva Vida também precisava inovar, pois não é possível manter uma rede de atenção à saúde com base em uma gestão empírica. Assim, buscou-se uma nova lógica: *a gestão da clínica*. Esse novo enfoque demanda que a programação seja realizada a partir da necessidade evidenciada pela condição clínica dos usuários. No nosso exemplo, foi preciso implantar meios de identificar, na APS, quantas são as gestantes de um determinado território sanitário e estratificá-las de acordo com o grau de risco. Além disso, em algumas situações, às vezes torna-se necessário utilizar a metodologia de gestão de caso. Um bom exemplo é a situação de uma gestante cardiopata, cujo cuidado deve ser acompanhado de forma diferenciada e muito próxima, para evitar a mortalidade tanto da criança quanto da mãe.

A terceira etapa da construção da Rede Viva Vida foi a definição dos territórios sanitários e dos níveis de atenção à saúde.

A etapa seguinte foi o desenho da Rede Viva Vida, fundamentado nas Linhas-Guia e Protocolos Assistenciais, ilustrado na figura a seguir.

Como abordado no Capítulo II, no centro dessa rede temática estão as Unidades de APS e as equipes do ESF. É nesses pontos de atenção que as gestantes de risco habitual fazem seu pré-natal.

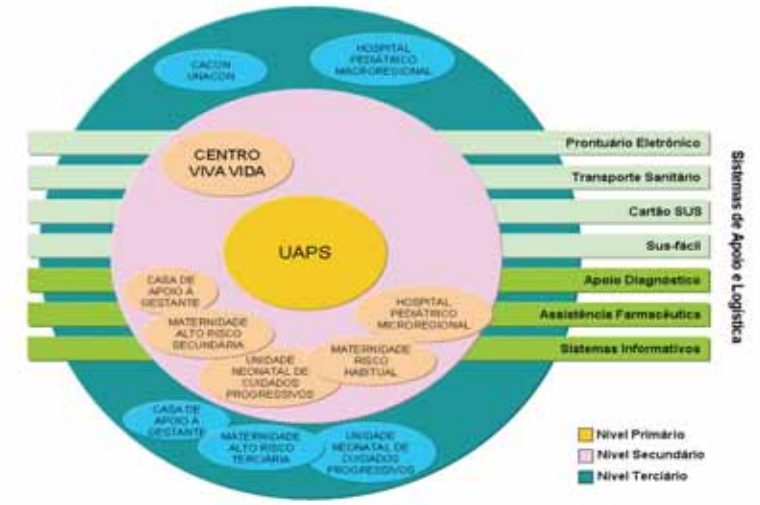


Figura 1: Rede Viva Vida de Atenção à Saúde

Na atenção secundária à saúde, os pontos de atenção são as Maternidades de Risco Habitual, as Maternidades de Alto Risco secundárias, as Casas de Apoio à Gestante e às Puérperas, os Hospitais Pediátricos Microrregionais, as Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos e os Centros Viva Vida. As gestantes de alto risco devem fazer seu pré-natal nesse nível de atenção à saúde.

Por fim, a atenção terciária à saúde é oferecida pelas Maternidades de Alto Risco Terciárias, Casas de Apoio à Gestante e às Puérperas, pelos Hospitais Pediátricos Macrorregionais, pelas Unidades Neonatais de Cuidados Progressivos e pelos Centros e Unidades Oncológicas de atenção à saúde (CACON e UNACON), já que a Rede Viva Vida atua sobre os cânceres de mama e de colo de útero.

A partir do desenho da Rede, passou-se às etapas de modelagem, com a formatação das ações da atenção primária e dos pontos de atenção secundários e terciários, em consonância com as Linhas-Guia e os Protocolos Assistenciais. Por fim, a modelagem

dos sistemas de apoio, sistemas logísticos e sistemas de governança da rede. No caso da SES/MG: os Sistemas de Informação, o Farmácia de Minas, o projeto do Laboratório Microrregional, o Sistema de Regulação Assistencial, o cartão SUS, o Sistema Estadual de Transporte em Saúde e o Prontuário Eletrônico, que serão tratados em capítulos específicos deste livro.

IV. O Projeto Viva Vida

Em outubro de 2003, foi instituído o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais, com a finalidade de coordenar as ações e direcionar os investimentos necessários para garantir a operacionalização da Rede Viva Vida. O Programa foi contemplado no projeto estruturador do PMDI Regionalização da Assistência à Saúde, pelo qual se firmou, como meta para 2003 a 2007, a redução da taxa de mortalidade infantil em 25% e a diminuição da razão de morte materna em 15%. Com a sua continuidade, no PMDI 2007-2023 o projeto Viva Vida desvinculou-se do projeto Regionalização da Assistência à Saúde, assumindo o *status* de Projeto Estruturador e teve suas metas revistas para a queda de 15%, tanto da taxa de mortalidade infantil, como da razão de morte materna.

O Projeto Viva Vida se desenvolve em três eixos principais de ação: a estruturação da rede, a qualificação da rede e a construção de um processo de mobilização social.

Eixo 1 – Estruturação da Rede

A estratégia de estruturação da Rede Viva Vida baseia-se na destinação de recursos financeiros para construção, reforma e aquisição de equipamentos para os pontos de atenção à saúde, elencados na sua modelagem. Os investimentos norteiam-se por uma estruturação lógica, fundamentada nas carências apontadas

em diagnóstico e na necessidade de ampliação da oferta de procedimentos secundários e de UTIs Neonatais.

Começando pela APS, o Projeto Viva Vida investiu cerca de 4,2 milhões de reais nas ações direcionadas às gestantes e crianças, como o pré-natal e as ações de acompanhamento e desenvolvimento infantil. Com esses investimentos foi possível distribuir novos equipamentos e materiais a 2.446 ESFs e a 980 Unidades de APS dos 521 Municípios apontados como os de maior necessidade, segundo a Fundação João Pinheiro e segundo critérios técnicos como cobertura e equipes. Foram distribuídos kits com diversos equipamentos para atenção materna e infantil, tais como aparelhos de pressão adulto e infantil, otoscópios, estetoscópios, balanças adulto e infantil, dentre outros.

Da mesma forma, na Atenção Secundária à Saúde, as Maternidades de Risco Habitual receberam *kits* com equipamentos e materiais de consumo, como tubo endotraqueal neonatal, conjunto CPAP, nebulizadores e máscaras de silicone.

Ao todo foram beneficiadas 120 instituições da Rede Viva Vida que realizam mais partos no Estado, segundo os sistemas oficiais de informação.

O investimento nessa ação foi de cerca de 5,7 milhões de reais. O diagnóstico realizado em 2007, sobre as condições das maternidades no Estado, subsidiará futuros investimentos nesses pontos de atenção.

Por fim, para estruturar a rede de atenção à saúde em seu nível terciário, foram investidos cerca de 2,4 milhões de reais nos hospitais de maior complexidade, para a implantação de 55 novos leitos de UTI neonatal. As unidades beneficiadas foram escolhidas a partir de critérios assistenciais, priorizando as regiões carentes desse ponto de atenção à saúde.

Além dos investimentos nas unidades existentes, o Viva Vida investiu recursos financeiros para diminuir os pontos de

estrangulamento do SUS. A primeira ação foi a implantação dos Centros Viva Vida de Referência Secundária, cujos investimentos somam cerca de 49 milhões de reais. Essa ação será mais bem detalhada mais adiante.

Outros investimentos foram realizados nos pontos de atenção dos níveis secundários e terciários, a fim de ampliar o atendimento às gestantes de alto risco. Na seleção, foram escolhidas inicialmente as maternidades localizadas em macrorregiões descobertas por esse tipo de serviço. No ano de 2005, a SES/MG utilizou recursos próprios para expandir essa rede de atendimento, em mais cinco hospitais, com a previsão de acréscimo de mais 15 novos hospitais, ainda em 2008, também financiados com recursos do tesouro estadual, totalizando cerca de dois milhões de reais.

Com o objetivo de manter as gestantes próximas ao seu local de atendimento, proporcionando um acesso rápido e adequado e, ainda, permitindo sua permanência próximo ao filho internado em unidade de terapia intensiva, o Projeto Viva Vida inseriu um novo ponto de atenção de reforço à rede, denominado Casa de Apoio à Gestante e à Puérpera (CAGEP). Trata-se de unidades anexas aos hospitais de referências para gestantes de alto risco que proporcionam maior humanização na assistência, reforçando o vínculo entre mãe e filho. Até o final de 2008, seis CAGEPs estarão em funcionamento nos municípios de Belo Horizonte, Juiz de Fora e Patos de Minas, com investimentos que somam cerca de dois milhões de reais.

Eixo 2 – Qualificação da Rede

Um ponto de atenção à saúde não é feito somente de equipamentos e estrutura física, mas, principalmente, de pessoas, processos e informações. Pensando nisso, o Viva Vida investiu fortemente na qualificação dos processos, na capacitação das pessoas e na melhoria da qualidade das informações.

Processos

Como em todas as outras redes temáticas, o desenho da Rede Viva Vida foi feito em conjunto com a modelagem das Linhas-Guia produzidas pela SES/MG. Em relação à atenção integral à saúde da mulher e da criança, foram elaboradas e implantadas Linhas-Guia de Atenção ao Pré-natal, Parto e Puerpério, de Atenção à Saúde da Criança e de Assistência Hospitalar ao Neonato. Esses instrumentos são baseados em evidências científicas e têm o intuito de normalizar os processos, promovendo a melhoria da qualidade dos sistemas e serviços de saúde.

Pessoas

Além da criação dos Protocolos e Linhas-Guia, o Projeto Viva Vida investiu nas pessoas, pois somente com a qualificação profissional é possível a profissionalização da gestão, a realização de ações planejadas e o alcance dos objetivos. Desde 2003, diversas capacitações foram direcionadas para as prioridades estabelecidas na implantação da rede. Na APS, destacaram-se as capacitações voltadas para a implantação das Linhas-Guia, assegurando estruturação na implantação dos novos modelos de assistência e de gestão. Salienta-se ainda a realização dos cursos de Triagem Neonatal, em urgência para doença falciforme e no Controle do Câncer Colo uterino e Mama.

Nos níveis secundários, destacam-se os cursos de Reanimação Neonatal e o curso Suporte Avançado de Vida em Obstetrícia (ALSO). Merece destaque, ainda, que, segundo o Ministério da Saúde, Minas Gerais foi o Estado brasileiro que mais realizou o ALSO no País.

Até junho de 2008, mais de 13 mil profissionais das equipes da APS e dos profissionais dos Centros de Referência e das Maternidades foram capacitados pelo Projeto Viva Vida, em cursos voltados para o desenvolvimento sustentado da Rede.

Informações

Não se implanta uma rede sem informações de qualidade e, assim, outra iniciativa importante do Viva Vida é o incentivo à melhoria da qualidade das informações, por meio da implementação dos Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna e de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil. Essa ação resultou de um estudo, realizado em 2004 pela SES/MG, que demonstrou que em muitos pontos de atenção à saúde a qualidade dos dados ainda não é adequada, ocorrendo subnotificações, notificações incorretas e registro incompleto dos dados nos sistemas. Diante disso, optou-se pela instituição de entidades capazes de identificar o óbito e investigar sua causa, promovendo uma notificação real e adequada, possibilitando correções para ações planejadas. Atualmente existem 551 Comitês de Prevenção do Óbito Fetal e Infantil e 661 Comitês de Prevenção da Mortalidade Materna, distribuídos em níveis hospitalar, municipal, microrregional e em secretarias executivas, no âmbito regional.

Eixo 3 – Mobilização Social na Rede Viva Vida

A terceira linha de ação do Projeto consiste no desenvolvimento de uma ampla rede de mobilização social, de forma a complementar o sistema de governança das CIBs Microrregionais e Macrorregionais. A iniciativa pretende envolver Estado e Sociedade Civil no direcionamento de esforços para a redução da mortalidade infantil e materna. Para isso, foi concebida a Rede de Defesa da Vida (Fig. 2), que tem como primeiro passo a instituição dos Comitês Estadual e Municipais de Defesa da Vida.

O Comitê Estadual foi instituído em 2003, com a participação de instituições governamentais e não governamentais, abrindo espaço para uma atuação intersetorial em relação à redução da mortalidade infantil e materna. A expansão da Rede de Defesa da Vida ocorre com a implantação dos Comitês Municipais de Defesa da Vida.

Figura 2: Rede Estadual em Defesa da Vida

Ainda no escopo da mobilização social, foram desenvolvidas parcerias com organizações não governamentais com atuação em Minas Gerais, visando aumentar a capilaridade das ações do Projeto. Foram investidos cerca de 2,4 milhões de reais em parcerias celebradas com nove ONGs de todo o Estado, as quais desenvolvem ações que têm interface com o projeto Viva Vida e impactam na redução da mortalidade infantil e materna.

V. Centros Viva Vida de Referência Secundária

Os Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVVs) são pontos de atenção à saúde para atendimentos de média complexidade, que possuem abrangência microrregional e representam o principal avanço obtido pelo Projeto Viva Vida.

Os Centros foram concebidos e implantados com o objetivo de cobrir a oferta insuficiente na atenção secundária à saúde, garantindo essa assistência de forma hierarquizada e regionalizada. Os CVVs

são unidades de saúde de natureza pública, exclusivamente a serviço do SUS, caracterizadas como pontos de média complexidade. Atuando de maneira integrada à atenção primária e terciária, os Centros buscam garantir atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, dentro da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos, e atenção integral à saúde da criança, particularmente da criança de risco. Eles pressupõem a implantação de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação das doenças e agravos, de forma adequada e humanizada, permitindo ganhos de escala, escopo e de qualidade nos serviços ofertados.

A implantação desses pontos de atenção à saúde é fundamental, haja vista estudos que indicam que o subfinanciamento do SUS se manifesta de forma mais acentuada nos pontos de atenção ambulatoriais secundários. A modelagem dos Centros Viva Vida sugere que os valores pagos pelo SUS, por procedimentos, pela via da PPI, cobrem apenas cerca de 30% dos custos desses Centros. Essas são as razões que levaram a SES/MG a propor os Centros Viva Vida como pontos de atenção à saúde secundários, concentrados em municípios-pólo microrregionais, o que inclui os recursos para investimentos e para o custeio integral desses equipamentos. Portanto, a idéia de concentrar os centros de atenção à saúde secundários nos pólos microrregionais obedece a imperativos econômicos de prestar serviços de forma eficiente e com qualidade, dada a associação entre escala e qualidade dos serviços. O Quadro 1 resume as diferenças entre os atuais centros de especialidades médicas existentes em todo o Estado e o inovador ponto de atenção à saúde secundário da rede de atenção à saúde.

Quadro 1

Centro de especialidades médicas X Atenção Secundária

CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	PONTO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DE UMA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
Planejamento da oferta.	Planejamento das necessidades.
Centro isolado, sem comunicação fluida com outros níveis de atenção.	Ponto de atenção à saúde com comunicação em rede com os outros níveis de atenção.
Sistema aberto.	Sistema fechado.
Autogoverno.	Governo pela APS.
Acesso regulado pelos gestores da saúde, diretamente na central de regulação.	Acesso regulado pela equipe de APS, diretamente na central de regulação.
Atenção focada no cuidado do profissional médico especialista.	Atenção focada no cuidado multiprofissional.
Decisões clínicas não articuladas em Linhas-Guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências.	Decisões clínicas articuladas em Linhas-Guia e em protocolos clínicos, construídos com base em evidências.
Prontuários clínicos individuais, não integrados em rede.	Prontuários clínicos familiares eletrônicos, integrados em rede, especialmente com a APS.
Não-utilização de ferramentas de gestão da clínica.	Utilização das ferramentas da gestão da clínica.
Função meramente assistencial.	Função assistencial, supervisional, educacional e de pesquisa.
Pagamento por procedimento.	Pagamento por orçamento global.

Até o final de junho de 2008, 18 Centros estarão em funcionamento, havendo previsão no PPAG de criação de mais 29 novos Centros até o final 2011.

VI. Resultados

Considerando que o projeto Viva Vida tem como objeto problemas multifacetados, cujas intervenções exigem tempo para repercutir nos indicadores de resultados, qualquer avaliação quantitativa é ainda muito incipiente. Todavia, já é possível perceber, pelos dados disponibilizados no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), que houve uma redução da Taxa de Mortalidade Infantil em Minas Gerais, passando de 17,97, por mil nascidos vivos em 2002, para 14,28, em 2007, conforme dados parciais do Setor de Epidemiologia/SES/MG.

Gráfico 1: Taxa de mortalidade infantil em Minas Gerais, entre 1995 (73,14) e 2007
Fontes: MS/SVS/DASIS-SIM e SINASC.

A análise da mortalidade infantil por suas componentes permite verificar que houve uma redução de mais de 34% na mortalidade neonatal precoce, o que evidencia a efetiva melhoria dos sistemas e serviços de saúde, sugerindo que as estratégias adotadas pela SES/MG têm sido acertadas, como mostra o gráfico abaixo.

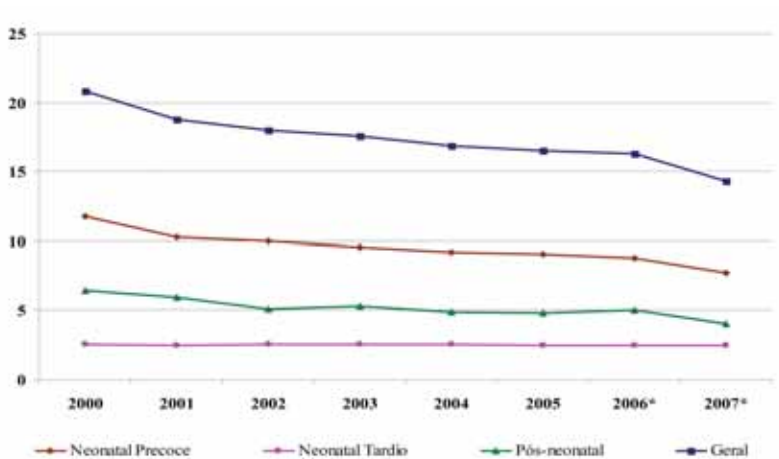


Gráfico 2: Taxa de Mortalidade Infantil em Minas Gerais, entre 2000 e 2007, segmentada por ano e por componente
Fontes: MS/SVS/DASIS-SIM e SINASC.

A Razão de Mortalidade Materna também apresentou queda, saindo de 38,31 em 2002, para 25,93 por cem mil nascidos vivos, em 2007, dados também parciais. É válido destacar que, apesar da notável tendência de queda, tanto na RMM quanto na TMI, à medida que os processos de investigação de óbitos são implementados é comum que a notificação aumente, melhorando a qualidade dos dados, o que tende a significar menor queda ou mesmo aumentos nesses índices.

Gráfico 3: Razão de morte materna em Minas Gerais, entre 2000 e 2007, segmentada por ano e por componente.

Fontes: MS/SVS/DASIS-SIM e SINASC.

Um Caso de Sucesso no Município de Janaúba

Janaúba está situado em uma das regiões mais pobres de Minas Gerais, mas registra hoje apenas 4,1 óbitos para cada 1.000 nascidos vivos. Há apenas oito anos, a mortalidade infantil em Janaúba era de 31 em cada 1.000 nascidos vivos. O índice alcançado pelo município hoje é extremamente positivo, principalmente considerando-se a média nacional de 25 óbitos por 1.000 nascidos vivos. O índice de Janaúba é também melhor do que o alcançado pelos EUA e equivalente ao alcançado pela Suíça, nesta década. Esses resultados são conseqüência direta da implantação de um programa de atenção especial às gestantes e às crianças em situação de risco.

A implantação do Centro Viva Vida foi uma das principais estratégias adotadas para organizar a atenção secundária em saúde sexual e reprodutiva e na saúde da criança de risco.

As áreas de atendimento do Centro são as seguintes: Pré-natal de alto risco; Ginecologia especializada Planejamento familiar; Prevenção do câncer de colo de útero; Intervenções relativas ao câncer de mama; Atenção à criança de risco; e Violência contra a mulher e a criança.

Centro Viva Vida de Janaúba

VII. Desafios Futuros

Apesar dos grandes avanços alcançados na implantação da Rede Viva Vida, ainda há muito a ser feito: a TMI ainda não se encontra

no nível aceito pela OMS e a componente Neonatal Precoce ainda responde por cerca de 54% da taxa de mortalidade infantil geral. Isso significa, dentre outras coisas, que os sistemas de serviços de saúde no Estado ainda precisam melhorar. Nesse sentido, há uma agenda importante de ações a serem executadas nos próximos anos.

Primeiramente, deve ser concluída a estruturação da Rede Viva Vida, para o que é preciso, antes, terminar a expansão do atendimento às gestantes de alto risco, complementando o custeio das maternidades para a realização desses procedimentos, em todas as macrorregiões do Estado. Além disso, o Diagnóstico das Maternidades realizado pela SES/MG apontou diversos problemas de infra-estrutura e equipamentos que precisarão ser enfrentados no futuro.

Em segundo lugar, é preciso concluir a estratégia dos Centros Viva Vida no restante do Estado e, para que isso aconteça de forma sustentada, será preciso enfrentar três desafios. O primeiro deles é terminar a implantação física dos CVVs. Estão previstos no PPAG, conforme já mencionado, a construção e implantação de mais 29 CVVs, totalizando 47 pontos de atenção até 2011.

O segundo desafio será garantir o perfeito funcionamento desses pontos de atenção à saúde. Para isso, o CVV depende do funcionamento adequado dos sistemas logísticos e de apoio, tais como o Transporte em Saúde, a Central de Regulação, o Cartão SUS e o Prontuário Eletrônico, dentre outros. Além disso, será preciso reforçar o monitoramento, com a implantação de sistemas de informações que tornem o acompanhamento mais eficaz.

Por fim, uma terceira ação estratégica, a ser estabelecida de forma complementar à política de saúde da mulher e da criança, é a estruturação e implantação da política estadual de atenção à saúde do adolescente. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), aprovado pelo Congresso Nacional em 1990, constitui o corpo legal que regulamenta o conjunto de direitos da criança e do adolescente, que passam a ser tratados como cidadãos, sujeitos de direitos. Atualmente,

a SES/MG possui ações isoladas e concorrentes para atenção dos adolescentes, sendo necessária a estruturação de uma política integrada destinada a essa faixa etária, com atendimento às suas especificidades. O desafio é articular e sistematizar essas ações, com seu adequado financiamento e a garantia de resultados satisfatórios.

VIII. Referências

ALVES, C. R. L.; VIANA, M. R. A. *Saúde da Família: cuidando de crianças e adolescentes*. Belo Horizonte: COOPMED. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. P*olítica Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MENDES, E. V. *Oficina de Modelagem das Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2005. (mimeo)

MINAS GERAIS. *Análise da mortalidade infantil e materna no Estado de Minas Gerais*. Maria do Carmo Paixão Raush *et al*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004. 47 p. il.

CAPÍTULO VI

FORTALECIMENTO E QUALIFICAÇÃO DA REDE HOSPITALAR – PRO-HOSP

Helidéa de Oliveira Lima
Marilene Fabri Lima
Lismar Isis Campos
Bruno Reis de Oliveira

I. Introdução

O sistema de saúde brasileiro tem nos hospitais um de seus principais componentes, respondendo por dois terços dos gastos do setor. Apesar disso, historicamente os hospitais têm recebido pouca atenção, tanto por parte dos formuladores de políticas públicas de saúde, como por parte dos pesquisadores.

Essa natureza "hospitalocêntrica" do sistema de saúde, com ênfase no atendimento hospitalar para o tratamento de casos agudos, tem deixado o Brasil despreparado para enfrentar a incidência crescente de doenças crônicas, que requerem atenção coordenada entre vários prestadores de serviços de saúde (La Forgia; Couttolenc, 2008).

Desde a fundação do SUS – e até mesmo anteriormente à sua institucionalização – uma política implícita de promover a expansão da rede hospitalar, com o objetivo de melhorar o acesso, resultou em uma proliferação deliberada de pequenos hospitais. Esse movimento resultou em prejuízos em relação à eficiência e à qualidade do atendimento, devido à perda de escala de atendimento.

De acordo com Mendes e Silva (2004), a existência de muitos pequenos hospitais faz com que o sistema sofra prejuízos devido à perda de escala de atendimento desses prestadores. Isso traz ineficiência – comprovada, dentre outros fatores, pela baixa taxa de ocupação e pela falta de equilíbrio na gestão dos recursos financeiros –, bem como qualidade insatisfatória na prestação dos serviços de saúde – visto que alguns desses serviços necessitam de uma base quantitativa para ter qualidade.

O Brasil possui atualmente cerca de 7.400 hospitais, com um total de meio milhão de leitos hospitalares, produzindo aproximadamente 20 milhões de internações/ano. Os hospitais empregam 56% dos profissionais da saúde e são responsáveis por 67% de todo o gasto com saúde (La Forgia; Couttolenc, 2008). Ao avaliar-se o tamanho dessas instituições, nota-se que 60% dos hospitais têm menos de 50 leitos, contrariando a escala ótima evidenciada por estudos internacionais, situada entre 100 e 450 leitos (Ferguson; Sheldon; Posnett, 1997).

A experiência relatada a seguir retrata o modelo de política que vem norteando as ações do governo de Minas Gerais no âmbito da rede hospitalar, procurando corrigir os fatores de ineficiência sistêmica e estimular uma gestão de qualidade, orientada para resultados.

II. Contextualização

Em 2003, um estudo sobre a situação do parque hospitalar no Estado, realizado pelo Comitê Estratégico da SES/MG, apontou uma rede hospitalar fragmentada e com unidades que estavam longe de constituírem espaços efetivamente adequados para a atenção hospitalar. Essa situação, reflexo de uma realidade nacional, evidenciou a contraditória coexistência de muitos hospitais pequenos e poucos hospitais com escala e densidade tecnológica suficientes para funcionar eficaz e eficientemente no enfrentamento de eventos

agudos de saúde – razão de ser da atenção hospitalar. Os números mostraram que 50,2% dos hospitais tinham até 50 leitos e apenas 19,8% do total de hospitais apresentavam mais de 100 leitos, o que significa que 80% dos hospitais mineiros operavam com deseconomias de escala e escopo[1], um indicativo da ineficiência sistêmica da rede hospitalar SUS no Estado (Minas Gerais, 2003).

O retrato da ineficiência com que opera o atual modelo do sistema exprime-se, por exemplo, por uma taxa de ocupação de leitos nacional de 28,8% (Brasil, 2006), muito abaixo do padrão desejável, que é de cerca de 80% de ocupação. Reforçando esse argumento, as evidências têm apontado que a taxa de ocupação só tem um comportamento aceitável nos hospitais com mais de 250 leitos – nos quais se atinge 76,6% de ocupação –, corroborando, mais uma vez, a idéia de que deve haver uma relação bastante próxima entre escala e eficiência (Brasil, 2006). Em Minas Gerais, a taxa de ocupação em 2002 era de 38% (Machado; Alfradique, Monteiro, 2004), reflexo de um parque hospitalar extenso e formado, em sua grande maioria, por pequenos hospitais.

Os resultados de outro estudo sobre a eficiência hospitalar em Minas Gerais, realizado em 2007 e utilizando a metodologia da análise envoltória de dados, chamaram a atenção para a baixa eficiência total média de uma amostragem de 459 hospitais, representada pelo *score* de 0,45. Esse resultado significa que um "hospital médio" do Estado é 55% menos eficiente do que os mais eficientes, ou que utiliza duas vezes mais insumos. Além disso, o desvio padrão da eficiência total é pequeno comparado à média, indicando que os hospitais do Estado são homogêneos na ineficiência. Os hospitais eficientes

---

[1] Segundo Oliveira (2006, p. 42), "[...] a oferta crescente de um determinado serviço de saúde resulta em diminuição crescente de custos relativamente a cada atendimento, visto que há dissolução dos custos fixos em um maior número de atendimentos [...]" – sendo esse movimento entendido por economia de escala. Já a economia de escopo pode ser compreendida "[...] pelos ganhos que se tem com o aumento da variedade de serviços ofertados em um mesmo ponto de atenção[...]".

representam menos de 7% do total. Por outro lado, mais da metade é classificada como muito ineficiente (Andrade *et al.*, 2007).

Do ponto de vista da gestão profissionalizada, o cenário apresentado não era muito diferente. Segundo dados do Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES), 83% dos hospitais filantrópicos de Minas Gerais apresentavam classificação "incipiente" em relação ao seu estágio de desenvolvimento gerencial. Os outros 17% tiveram sua gestão classificada como "em desenvolvimento" (Barbosa *et al.*, 2002). Embora a pesquisa trate apenas dos hospitais filantrópicos, é preciso destacar que esses hospitais representam 56% dos hospitais de todo o Estado, sendo, portanto, muito relevantes para a análise da rede hospitalar do SUS.

O contexto que se apresentava ao governo de Minas Gerais, em 2003, era de iminente crise da atenção hospitalar pública no Estado, a qual vinha sendo enfrentada, havia tempo, por meio de abordagens tradicionais de realização de convênios com poucos hospitais concentrados em Belo Horizonte que não se mostraram eficientes o suficiente para solucionar os problemas. Para isso, era necessário um enfoque mais estrutural.

Diante desse cenário e buscando implementar políticas públicas que gerassem mudança cultural e, assim, garantissem a continuidade e a sustentabilidade das ações, a SES/MG lançou o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP), que se transformou em uma das mais importantes ações programáticas do governo estadual no âmbito da assistência hospitalar.

III. O PRO-HOSP

O PRO-HOSP foi concebido com o propósito de consolidar a oferta da atenção hospitalar nos pólos macro e microrregionais de Minas Gerais, com o desenvolvimento de um parque hospitalar

SUS capaz de operar com eficiência e qualidade. O Programa tem como alvo os hospitais públicos e filantrópicos do Estado que, sob o ponto de vista do PDR, desempenhem as funções de hospitais-pólo microrregionais ou macrorregionais, atendendo predominantemente à população usuária do SUS.

O Programa propõe uma alocação de recursos aos hospitais que seja entendida como um incentivo para mobilizar os arranjos organizacionais e as práticas de gestão interna no rumo da eficiência, equidade e melhoria da qualidade do atendimento e dos serviços. Para isso foram introduzidos mecanismos de responsabilização, com a celebração de Termos de Compromisso de Gestão, firmados entre a SES/MG, os hospitais participantes do Programa e os gestores locais, favorecendo, assim, a regionalização da atenção à saúde.

Aderente aos princípios do Choque de Gestão, a estrutura lógica do Programa tem como base a contratualização de metas, a disponibilização de técnicas inovadoras de gestão, por meio da capacitação dos gestores, e a aplicação de mecanismos de financiamento vinculados ao desempenho, combinados com o gerenciamento e com o monitoramento intensivo do desempenho. Dessa forma, as unidades hospitalares participantes do Programa deverão prestar serviços de qualidade e que atendam às necessidades da população, constituindo-se em uma rede de atenção integral à saúde que seja capaz de preencher os "vazios assistenciais"[2] no Estado.

O PRO-HOSP encontra-se no quinto ano de execução, com a participação de cerca de 130 hospitais[3] públicos e filantrópicos,

---

[2] Por vazios assistenciais entende-se a falta de cobertura de serviços ou procedimentos de média complexidade nos municípios-pólo microrregional, ou de serviços ou procedimentos de alta complexidade nos municípios-pólo macrorregional, de acordo com o que seria esperado em cada um desses níveis de complexidade, conforme tipologia assistencial pré-estabelecida.

[3] Os hospitais participantes do Programa são escolhidos pelas CIBs Macro ou Microrregionais com base em relatórios técnicos elaborados pelos Comitês Macro ou Microrregionais. Por isso, não é

distribuídos em todas as macros e microrregiões do Estado, cobrindo integralmente o PDR (Figura 1).

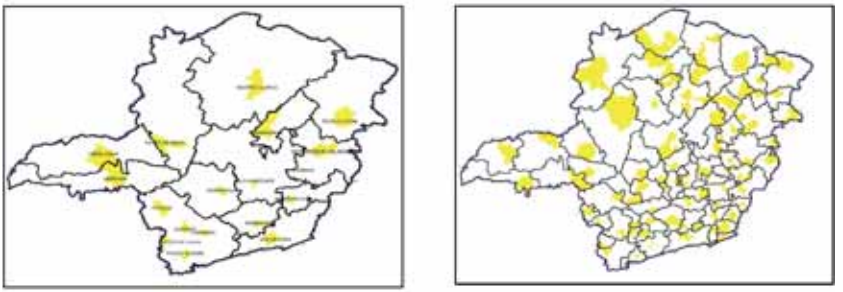


Figura 1: Distribuição dos hospitais do PRO-HOSP nos municípios mineiros, segundo macro e microrregião sanitária
Fonte: Minas Gerais, 2008a.

Estratégias de Implantação

Para consecução dos objetivos do Programa foram definidas sete estratégias de implantação.

1. Estratégia Gerencial

Esta estratégia visa imprimir um caráter contratual à relação, com a pactuação de compromissos e metas, formalizados por meio de Termo de Compromisso de Gestão firmado entre a SES/MG, o gestor municipal e os hospitais. O monitoramento é realizado de forma sistematizada a cada ciclo de vigência do Termo de Compromisso, via de regra, de um ano, compreendendo a elaboração de três relatórios de avaliação pelos hospitais. Esses relatórios são avaliados pelos Comitês Macro ou Microrregionais – atores responsáveis pelo acompanhamento do Programa na ponta, formados por gestores municipais, Conselho Municipal e representantes da

possível determinar em absoluto a quantidade de hospitais que compõem o PRO-HOSP, visto que as CIBs, a cada competência, definem os hospitais participantes, podendo haver exclusão de alguns que não estejam cumprindo seu papel na Micro/Macrorregião e/ou inclusão de outros que apresentem perfil de relevância para o contexto da região.

SES/MG e do hospital. O acompanhamento compreende, ainda, a visita dos Comitês aos hospitais.

Ressalte-se que 50% dos recursos previstos para cada ciclo do Termo de Compromisso estão vinculados ao cumprimento das metas e compromissos acordados, o que demarca a inversão da lógica histórica de mero repasse de recursos às instituições, para uma nova lógica, de orientação para resultados, estimulando o aprimoramento da qualidade da atuação dos hospitais, por meio de reconhecimento dos que apresentaram melhorias, trazendo, assim, maior qualidade ao gasto público.

2. Estratégia Assistencial

Esta estratégia se estrutura por meio da inserção orientada dos hospitais na rede, de forma a preencher os "vazios assistenciais", permitindo à SES/MG direcionar a atuação dos hospitais como pontos de atenção alinhados às prioridades assistenciais definidas no âmbito estratégico estadual. Essa estratégia induz o fortalecimento das redes temáticas prioritárias e o alcance dos resultados pactuados com o governo.

3. Estratégia Clínica

Trata-se do estabelecimento de Protocolos Clínicos que padronizam os principais processos assistenciais, tornando possível o monitoramento e a mensuração, imprescindíveis para garantir o alcance dos resultados.

4. Estratégia de Cooperação Técnica

O Programa direciona suas ações também para o estímulo à cooperação técnica horizontal entre os hospitais participantes, possibilitando a permuta e associação de tecnologias e processos.

5. Estratégia Educacional

Direcionamento fundamental para o desenvolvimento de um quadro profissional de excelência e para a consolidação da mudança

de comportamento em direção a um Estado para Resultados. Como exemplo, temos o Curso de Especialização em Gestão Hospitalar, oferecido pela SES/MG em parceria com a ESP/MG, que promove a profissionalização dos gestores hospitalares e incentiva a formação de um grupo gestor na unidade hospitalar.

6. Estratégia Econômica

Esta estratégia está relacionada com o incentivo financeiro repassado pela SES/MG aos hospitais participantes e que se desdobra em duas dimensões. Uma dimensão é a própria liquidez orçamentária dotada ao hospital, que permite a consecução dos investimentos, havendo previsão de repasse da ordem de R$ 105 milhões em 2008, acumulando cerca de 400 milhões desde o primeiro ano de implantação.

A segunda dimensão da Estratégia Econômica refere-se ao direcionamento do dispêndio do recurso, que estabelece a alocação de: 1) no mínimo 10% do recurso total na promoção da melhoria e do fortalecimento da gestão do hospital; 2) no mínimo 40% na melhoria da qualidade da assistência – investimentos na manutenção e ampliação da capacidade instalada (instalações físicas e equipamentos), prioritariamente os estabelecidos pela Vigilância Sanitária; e 3) até 50% no aumento de qualquer uma das aplicações anteriores ou na execução do custeio hospitalar.

Esses percentuais apresentam uma dupla função. Por um lado, há uma restrição quanto à forma de utilização dos recursos, necessária para assegurar a otimização e a potencialização dos investimentos aplicados pelo alcance de suas linhas de ação, tornando mais eficiente o direcionamento do gasto público – ainda que esse seja indireto. Por outro lado, além de modernizar a estrutura dos hospitais participantes, assegura que recursos sejam aplicados na gestão e na melhoria da segurança da assistência prestada. Isso também impede que todo o recurso seja utilizado na reprodução das

práticas gerenciais e assistenciais adotadas até então, proporcionando melhorias efetivas e mudança de cultura organizacional.

7. Estratégia Redistributiva

Refere-se à alocação de recursos em consonância com as necessidades. Para fazer quantificar os recursos financeiros que serão investidos em cada região de saúde a cada competência, são utilizados dois critérios:

- Densidade demográfica: o cálculo do recurso financeiro de cada região é proporcional à população referenciada às macrorregiões e microrregiões assistenciais de saúde em Minas Gerais, de acordo com a população polarizada, identificada no PDR.
- Necessidades das regiões: consideram-se no cálculo valores diferenciados entre as regiões, atendendo ao aspecto redistributivo, baseado no princípio da equidade[4]. Nesse sentido, atualmente é aplicado o valor de R$ 4,10 (quatro reais e dez centavos) *per capita* para as regiões Norte, Nordeste, Vales do Jequitinhonha, Mucuri e Doce e R$ 3,00 (três reais), *per capita*, para as demais regiões do Estado.

Conforme ressaltado na Estratégia Gerencial, as instituições participantes pactuam diversos compromissos e metas, listados no Plano de Ajustes e Metas (PAM), anexo ao Termo de Compromisso. As metas são definidas a partir da média histórica do desempenho da instituição em cada indicador. A observação das linhas de tendência permite estabelecer metas viáveis, possíveis de serem alcançadas pela instituição, e, ao mesmo tempo, desafiadoras, que representem uma

[4] ANDRADE *et al*. (2005) confirmaram em estudo que as microrregiões com maiores Índices de Necessidade em Saúde em Minas Gerais são aquelas pertencentes às macrorregiões Norte, Nordeste e Noroeste, que abarcam os municípios mais pobres do Estado, bem como aqueles com os piores indicadores de saúde (apesar de Montes Claros ser exceção a essa regra, considerou-se o mesmo critério adotado para as demais microrregiões nesse município, visto que ele polariza toda a população do Norte de Minas na alta complexidade).

melhoria do desempenho. Isso estimula, por um lado, o aumento da eficiência do hospital e, por outro, a melhoria assistencial, favorecida pela melhoria concomitante e sistêmica dos processos gerenciais de planejamento, execução e medição organizacional.

IV. O Programa da Gestão da Qualidade

Após cinco anos de existência do PRO-HOSP, entendeu-se como necessária e oportuna a adoção de uma metodologia de avaliação que permitisse intensificar a sistemática de monitoramento do Programa, para acompanhar e avaliar a melhoria da qualidade da assistência e da gestão nos hospitais. A SES/MG escolheu como parâmetro o processo de acreditação, da Organização Nacional de Acreditação (ONA), por ser um método exclusivo para avaliação dos serviços de saúde e por ter sido desenvolvido considerando a realidade brasileira.

A acreditação é um processo voluntário e periódico de avaliação dos recursos institucionais, desencadeado pelo Ministério da Saúde (ONA, 2006). Sua implementação foi delegada à ONA e a metodologia foi posteriormente validada pela Anvisa (Brasil, 2002).

Assim, em janeiro de 2008, a SES/MG consolida a proposta do **Plano de Gestão da Qualidade em Saúde (PGQS)**, com ênfase nos hospitais integrantes do PRO-HOSP, objetivando a consolidação de uma política de gestão da qualidade em saúde no Estado.

O PGQS foi formatado tomando como base em três macroações:

- desenvolvimento de recursos humanos;
- reconhecimento dos esforços e do desempenho;
- diagnósticos organizacionais dos hospitais por instituição acreditadora.

Para a implementação dessas ações, criou-se o Núcleo de Gestão da Qualidade em Saúde, integrado por técnicos da SES/MG e da ESP/MG e organizado nos grupos de trabalho temáticos: Capacitação, Gestão da Informação e Prêmio de Qualidade.

Ao PGQS foram incorporadas algumas atividades do curso de Gestão Hospitalar PRO-HOSP – ESP/MG interligadas com os trabalhos de conclusão do curso (TCC). Essas atividades são relacionadas, basicamente, à elaboração de diagnóstico dos hospitais e planejamento e desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade. O diagnóstico funciona como subsídio para a análise do ambiente e elaboração dos Planos Diretores das instituições, dos Planos de Monitoramento dos hospitais pelas GRS – membros dos Comitês Macro e Microrregionais do PRO-HOSP – e do PGQS pelos servidores do nível central da SES/MG.

A aplicação do Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade PRO-HOSP/Política de Acreditação ONA é a etapa que viabiliza a consolidação do diagnóstico institucional, realizado conjuntamente pelos hospitais, pela Coordenadoria de Atenção à Saúde e pela Vigilância Sanitária (VISA/GRS) e atende aos propósitos da primeira etapa do PGQS e do TCC dos alunos.

Desenvolvimento de Recursos Humanos

A necessidade de prover os hospitais e as estruturas da SES/MG com um quadro funcional capaz de responder às exigências estratégicas da gestão da qualidade é um fator crítico de sucesso para o PGQS e para o PRO-HOSP. Assim, o Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Gestão da Qualidade em Saúde busca desenvolver competências em gestão da qualidade, para contribuir com o aprimoramento das organizações prestadoras de serviços de saúde aos usuários do SUS/MG e seu reconhecimento pelas práticas de qualidade, rumo à excelência.

O Programa guarda forte coerência com o projeto do Choque de Gestão em Minas Gerais, que tem como uma de suas premissas o alinhamento das pessoas a partir do realinhamento de competências. O Programa também promove o alinhamento entre as competências individuais, as competências do grupo, as competências da SES/MG e dos hospitais e o planejamento governamental, antecipando a resolução de um grande desafio nessa matéria, posto pela academia e pelas experiências dos governos.

Reconhecimento

Em 2008 a SES/MG instituiu o **Prêmio Célio de Castro de Qualidade**[5], concebido com base em critérios definidos pela ONA e pela Anvisa, objetivando o reconhecimento dos hospitais participantes do PRO-HOSP que se destacam pela qualidade de sua gestão, apresentando as melhores práticas.

A escolha do nome de Célio de Castro para o Prêmio foi motivada pela trajetória desse médico que participou da implantação dos primeiros Centros de Tratamento Intensivo de Minas Gerais e dedicou-se à vida pública em intensa participação nas lutas políticas pela democracia, a favor dos direitos humanos e em defesa da saúde.

A primeira etapa do Prêmio consiste na aplicação do instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade, pelas CAS e Grupos Gestores dos hospitais PRO-HOSP, com apoio da Superintendência de Vigilância Sanitária. Na primeira edição do Prêmio, foram respondidos 120 dos 126 instrumentos encaminhados. Dos hospitais que responderam, 56 manifestaram interesse em concorrer ao Prêmio, enviando o Termo de Adesão. Foram selecionados 20 hospitais para

[5] O Prêmio é constituído por duas etapas, basicamente: 1) a aplicação do instrumento de avaliação, que possibilita a classificação das instituições em termos de maturidade nos processos de gestão da qualidade, de acordo com critérios pré-estabelecidos e; 2) a avaliação presencial de equipes do Núcleo de Gestão da Qualidade, para validação das informações das instituições melhores classificadas. Essas etapas serão melhor descritas adiante.

a 2ª etapa, que consiste em visita de avaliação, com pontuações que variaram de 100% a 46,36% dos pontos possíveis. Foram realizadas 18 visitas, e dois hospitais, classificados nas categorias 1 e 3 (acreditados nos níveis 3 e 1 pela ONA), foram dispensados[6] da visita por possuírem o reconhecimento formal da instituição competente em relação às práticas de gestão da qualidade.

Ao final foram premiados os hospitais com as quatro maiores pontuações, para os quais foram repassados recursos financeiros destinados aos investimentos necessários para a implementação ou manutenção do sistema de acreditação hospitalar. As premiações foram as seguintes:

- 1° colocado – R$ 400 mil
- 2° colocado – R$ 300 mil
- 3° colocado – R$ 200 mil
- 4° colocado – R$ 100 mil

Diagnósticos Organizacionais

A aquisição de diagnósticos organizacionais para os hospitais PRO-HOSP, outra macro-ação do PGQS, pauta-se no critério de que o diagnóstico ONA é o instrumento mais eficaz na orientação das ações do hospital que o adequarão à lógica da gestão da qualidade. Ele direciona as ações do hospital a fim de que responda aos requisitos de segurança, processo e resultado, favorecendo o percurso rumo à acreditação.

Os diagnósticos fazem parte de um conjunto de compromissos assumidos pelo governo estadual com o Banco Mundial, sendo a contrapartida do Estado o alcance de resultados, expressos pela consecução das metas pactuadas com aquele banco. Esse modelo rompe

---

[6] Os hospitais são classificados em quatro categorias (1 a 4), sendo as três primeiras para hospitais acreditados nos níveis 3, 2 e 1, respectivamente, que garante pontuação de 200, 150 e 100 pontos. A última categoria, correspondente aos hospitais não acreditados, tem pontuação variável entre 0 e 100 pontos, a depender do desempenho da instituição na resposta aos requisitos da qualidade avaliados (Minas Gerais, 2008c).

com a lógica do mero financiamento de fomento, com orientação clara para resultados, imprimindo, na prática da política de saúde em Minas Gerais, o modelo da chamada "nova gestão pública".

V. Resultados

A mensuração dos resultados alcançados pelo PRO-HOSP deve tomar, como ponto de partida, os objetivos que o Programa pretende alcançar, relacionados, por sua vez, com as orientações estratégicas da SES/MG, que se encontram alinhadas com o Projeto Choque de Gestão do governo estadual.

Primeiramente, no longo prazo, o resultado esperado do Programa é a garantia do atendimento de qualidade na assistência hospitalar em todo o Estado, contribuindo para efetivar a regionalização da assistência à saúde em Minas Gerais.

Já no curto prazo, entendido como os primeiros anos de adesão dos hospitais ao Programa – fase em que se encontra a maior parte dos hospitais atualmente –, o objetivo é promover a garantia da segurança e da qualidade da assistência. Isso será possibilitado com a readequação das instalações hospitalares; o aumento da resolutividade da instituição pela incorporação de tecnologia e ampliação das atividades assistenciais; e a fixação de profissionais qualificados em regiões menos atrativas.

Pode-se destacar, ainda, o papel indutor do Programa na adesão das instituições hospitalares e no fortalecimento das políticas de saúde do Estado como: redução da mortalidade materna e infantil, aumento de transplantes e/ou aumento das notificações, regulação dos leitos SUS, utilização de hemocomponentes seguros, melhoria da qualidade dos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, dentre outros.

Em relação ao cumprimento de metas e compromissos, em um estudo sobre os hospitais do PRO-HOSP, Machado *et al*. (2007)

apontam os principais resultados e as dificuldades encontradas. Essas informações são apresentadas a seguir, segmentadas por áreas temáticas: Processos, Resultados, Estrutura, Gestão e Relação com a Comunidade, perspectivas que são medidas e avaliadas nos hospitais, previstas no Manual do PRO-HOSP (Minas Gerais, 2006).

Processos

Em relação a esse tema, ressaltam-se as metas relativas à dispensação de medicamentos e ao uso de hemocomponentes seguros, que foram cumpridas por 87% dos hospitais beneficiados. A meta relativa à taxa de cesárea, entretanto, foi cumprida integralmente somente por 18% das instituições. Os hospitais do PRO-HOSP Microrregional também apresentaram baixos percentuais de cumprimento para os indicadores "protocolos clínicos implantados", com 23% de cumprimento, e "comissões em funcionamento" (variando de 30% a 39%). A meta de aumento da taxa de ocupação foi cumprida por apenas 27% dos hospitais, parcialmente cumprida por 37% e não cumprida por 36% instituições hospitalares participantes.

Resultados

Os indicadores apontam que 61% dos hospitais cumpriram a meta relativa à taxa de infecção hospitalar. A taxa de mortalidade hospitalar pactuada foi cumprida por 45% dos hospitais. Em contraste, a meta da taxa de mortalidade institucional foi a mais difícil de ser alcançada, com apenas 29% de cumprimento. Também os resultados relativos à taxa de atendimento a paciente referenciado foi insuficiente (39%) nos hospitais dos pólos microrregionais. Cabe esclarecer, contudo, que com o processo de implantação das Centrais de Regulação, em curso no Estado, 100% dos leitos passam a ser regulados, não dispondo, portanto, o hospital de autonomia para aumentar essa taxa. Como conseqüência, embora esse indicador deva continuar a ser monitorado, a sua inclusão entre os que serão pactuados precisa ser reavaliada (Machado *et al.*, 2007, p. 45-46).

Estrutura

Excetuando-se a implantação de Hospital-Dia (11%), a atenção domiciliar terapêutica (17%) e o Plano de Gerenciamento de Resíduos (34%), todos os outros compromissos foram cumpridos por mais de 50% dos hospitais microrregionais, sendo que quatro indicadores alcançaram percentuais de cumprimento de mais de 80%. Segundo Machado *et al*. (2007, p. 46), esse resultado "*indica que a resposta dos hospitais aos compromissos relacionados à dimensão da estrutura, pelo menos quanto aos quesitos avaliados, apresenta um grau de adequação superior ao das demais áreas*".

Nota-se que esse resultado sugere o alcance dos objetivos de curto prazo estabelecidos pelo Programa. De fato, observa-se que os hospitais do PRO-HOSP estão readequando suas instalações físicas e adquirindo equipamentos essenciais ao seu funcionamento, em conformidade com a legislação de Vigilância Sanitária, permitindo o cumprimento do Termo de Obrigação a Cumprir (TOC), o que se traduz em segurança da assistência prestada.

Gestão

No que diz respeito ao fortalecimento da gestão dos hospitais participantes, houve dificuldade de mensuração dos impactos qualitativos e quantitativos, devido, de um lado, à inexistência de dados históricos sistematizados, anteriores ao Programa e, de outro, à aplicação incorreta da metodologia estabelecida pelo Ministério da Saúde para o processamento dos indicadores de qualidade e produtividade. O adequado processamento dos indicadores (tempo médio de permanência, taxas de ocupação, de infecção hospitalar, de mortalidade e outros) foi conseguido no decorrer do Programa, com a uniformização da metodologia estabelecida pelas Portarias Ministeriais. Atualmente, tem-se a garantia, por meio do acompanhamento dos Comitês, de que todos os hospitais monitoram o desempenho e a qualidade de seus processos assistenciais, um

importantíssimo impacto do Programa na mudança na cultura organizacional, que reflete diretamente na gestão hospitalar.

Outras Ações e Resultados

Em relação aos "vazios assistenciais" nas micro e macrorregiões, o PRO-HOSP tem promovido o aumento da resolutividade da instituição com a incorporação de tecnologia e ampliação das atividades assistenciais. Melhores condições de trabalho, por sua vez, favorecem a fixação do profissional em regiões menos atrativas.

Houve ainda, até 2007, a capacitação de 260 gestores de todos os hospitais do PRO-HOSP, que participaram no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar. Como resultado, foram elaborados 119 Planos Diretores (PD) já aprovados, que orientam a estratégia das organizações no alcance das metas pactuadas no Programa. O curso também fomenta a utilização de ferramentas de gestão para a otimização dos processos, motivando as instituições a implantar controle de estoques, sistemas de custos e outros que auxiliem o hospital a atingir equilíbrio financeiro e qualidade de gestão. Além disso, todos os hospitais agora dispõem de acesso à internet, o que facilita a integração dos setores em ambiente de rede, favorecendo os processos de gestão.

O Programa de Desenvolvimento de RH em Gestão da Qualidade em Saúde, em 2008, contou com a presença de 177 participantes no Módulo I, 160 no Módulo II, 160 no Módulo III e 158 nos Módulos IV e V. Do programa participaram 55 representantes de GRS, 31 dos hospitais PRO-HOSP, 47 da ESP/MG e 28 do Núcleo de Gestão da Qualidade da SES/MG.

Ao final dos módulos solicitou-se aos participantes que fizessem a avaliação do curso, tendo 47% respondido ao questionário. O resultado mostrou que os participantes aprovaram o processo e avaliaram-no de forma bastante satisfatória, sendo que 100% dos que fizeram a avaliação responderam que os módulos agregaram valor à profissão. Quanto à aplicação do aprendizado em suas atividades diárias, as principais respostas foram: por meio da melhoria dos processos

de trabalho com foco nos resultados; pela mudança de conduta em relação ao processo de coordenação; com atitudes proativas.

Para a avaliação inicial da qualidade dos hospitais PRO-HOSP e 1ª etapa do Prêmio foram aplicados 120 instrumentos. Os resultados delineiam o perfil geral avaliado, sendo possível destacar os setores nos quais os hospitais possuem um desempenho de qualidade consolidado, assim como aqueles em que apresentam maior fragilidade.

Foram avaliados 4 módulos nesta etapa que incorporavam áreas afins, compreendendo gestão e áreas e atividades assistenciais, de apoio à assistência e de apoio ao diagnóstico, nos quesitos de estrutura e segurança, processo e resultados.

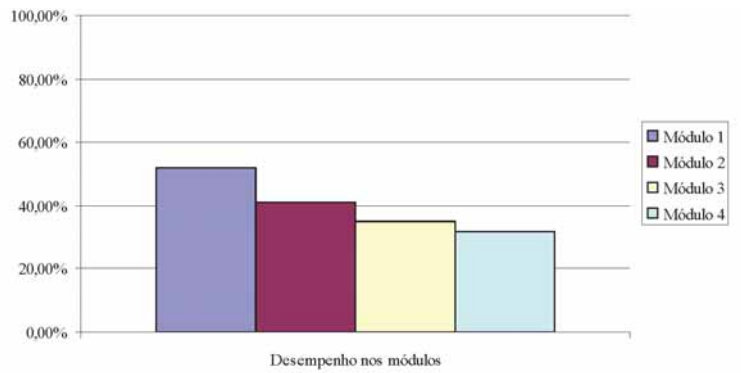


Gráfico 1: Desempenho dos hospitais por módulo avaliado na 1ª etapa do Prêmio Célio de Castro

Fonte: Minas Gerais, 2008a.

Nessa etapa, o módulo que apresentou menor atendimento aos requisitos avaliados foi o relativo ao Apoio ao Diagnóstico e Terapia – Laboratório de Análises Clínicas. O segundo menor foi o de apoio à assistência, que compreende a Central de Material Esterilizado, Unidade de Nutrição e Dietética, Farmácia, Almoxarifado, Serviço de Prontuário do Paciente, Lavanderia e Serviço de Manutenção. Destes, ainda, apresentaram menor atendimento aos requisitos a Lavanderia, Unidade de Nutrição e Dietética e Serviço de Manutenção, com destaque aos quesitos de resultados e de processos de trabalho.

O módulo que apresentou maior atendimento aos requisitos foi o de gestão, provavelmente decorrente do modelo de compromissos pactuados pelo PRO-HOSP.

Os resultados da 2ª etapa do Prêmio Célio de Castro, que constou de avaliação sistêmica e *in loco* nos hospitais, reforçaram a constatação de que os requisitos de Gestão foram mais desenvolvidos nos hospitais devido ao modelo de contratualização desenvolvido pelo PRO-HOSP. Os processos organizacionais, principalmente os relacionados ao Gerenciamento do Risco e Eventos Sentinela, demonstram uma importante necessidade de melhoria para a qualidade da assistência. Esta avaliação também constatou, como a da 1ª etapa, que os hospitais têm a estrutura como ponto forte e os processos de trabalho e a gestão por resultados como oportunidades de melhoria.

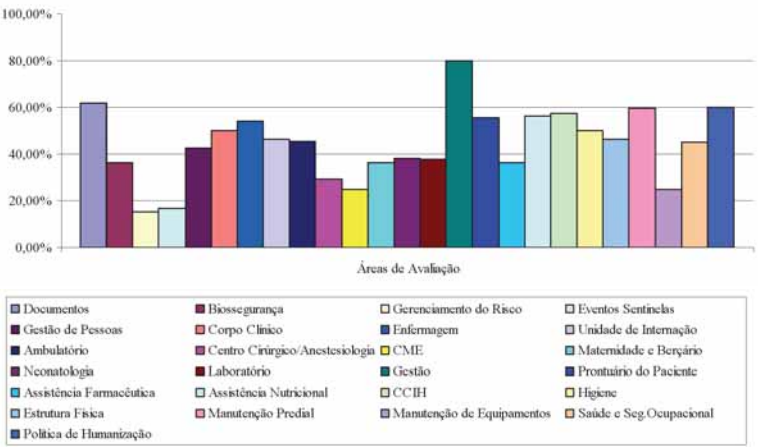


Gráfico 2: Desempenho dos hospitais por módulo avaliado na 2ª etapa do Prêmio Célio de Castro

Fonte: Minas Gerais, 2008a.

Em termos de eficiência, a análise dos dados de estudo do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR-UFMG), de 2007, permite constatar que, dentro do universo dos hospitais do Estado, os que integram o PRO-HOSP são os que possuem os índices mais elevados de eficiência, bem como apresentam tendência favorável, de forma geral, de retornos de escala (Andrade *et al.*, 2007).

Tabela 1

Resultados gerais do DEA – Hospitais PRO-HOSP Macro (2005-2006)

	EFICIÊNCIA TOTAL	EFICIÊNCIA INTERNA	EFICIÊNCIA DE ESCALA
Eficientes	**N = 16**	**N = 22**	**N = 32**
Score médio	0,93	0,95	0,93
Ineficientes	**N = 19**	**N = 13**	**N = 3**
Score Médio	0,66	0,69	0,73
Todos os hospitais	**N = 35**	**N = 36**	**N = 35**
Score Médio	0,78	0,78	0,92
Desvio Padrão	0,15	0,15	0,09
Mínimo	0,57	0,57	0,69
Mediana	0,75	0,75	0,96
Retornos de Escala			
Crescentes			19
Constantes			6
Decrescentes			7
Indeterminado			3

Fonte: Andrade *et al.*, 2007.

Tabela 2

Resultados gerais do DEA – Hospitais PRO-HOSP Micro (2005-2006)

	EFICIÊNCIA TOTAL	EFICIÊNCIA INTERNA	EFICIÊNCIA DE ESCALA
Eficientes	**N = 35**	**N = 53**	**N = 68**
Score médio	0,92	0,93	0,94
Ineficientes	**N = 49**	**N = 31**	**N = 16**
Score Médio	0,61	0,67	0,64
Todos os hospitais	**N = 84**	**N = 84**	**N = 84**
Score Médio	0,74	0,83	0,88
Desvio Padrão	0,19	0,14	0,14
Mínimo	0,16	0,48	0,18
Mediana	0,76	0,84	0,94
Retornos de Escala			
Crescentes			41
Constantes			17
Decrescentes			16
Indeterminado			10

Fonte: Andrade *et al.*, 2007.

As análises sintetizadas, enfim, possibilitam a definição de estratégias pelo PRO-HOSP para contribuir com o desenvolvimento dos hospitais.

VI. Conclusão

O PRO-HOSP é uma estratégia inovadora de incentivo à melhoria da gestão hospitalar no Estado, ainda em fase inicial de implantação. Resultados tangíveis, entretanto, já podem ser medidos, como a cobertura de 100% do PDR, a uniformização da metodologia do Censo Hospitalar, o número expressivo de Planos Diretores implementados e a mudança de cultura institucional decorrente da profissionalização da gestão. O fato de o Programa apresentar-se como *benchmarking* para diversos governos também tem sido um indicador bastante relevante de sua consistência.

O Programa também alcançou um resultado de difícil mensuração, mas de grande impacto para o sistema público de saúde, que é a disseminação da mudança do paradigma de contratualização com o setor público. De fato, o estabelecimento de metas e a busca do resultado fazem com que o PRO-HOSP não seja um convênio de simples repasse de recurso para custeio – o que o alinha às práticas da gestão estadual como um todo –, incentivando a profissionalização gerencial e a otimização do gasto público, em uma orientação inequívoca para resultados efetivos. O monitoramento e avaliação constantes do Programa promovem um processo de aperfeiçoamento permanente.

Em 2006, o sistema de repasse de recursos financeiros vinculado ao desempenho obtido foi implantado; com isso os recursos são repassados na proporção dos resultados que a instituição obtiver em relação às metas pactuadas (Tabelas 3 e 4).

Tabela 3
Pontuação dos itens dos Relatórios de Avaliação

METAS	PONTOS
Estrutura	30
Gestão	15
Processo	15
Resultado	40
TOTAL	100

Fonte: Minas Gerais, 2008a.

Tabela 4
Percentual de recursos repassados conforme pontuação

CUMPRIMENTO	ALCANCE DA META	PERCENTUAL DOS PONTOS
Pleno	90 a 100% da meta	100%
Satisfatório	80 a 89% da meta	90%
Razoável	70 a 79% da meta	80%
Regular	50 a 69% da meta	70%
Insatisfatório	0 a 49% da meta	30%
Não cumpriu	Piora do indicador	0%

Fonte: Minas Gerais, 2008.

VII. Desafios Futuros

Analisando os objetivos estratégicos do PMDI para a Área de Resultados Vida Saudável, na qual se insere o PRO-HOSP, constata-se que o Programa contribui, diretamente, para a execução dos seguintes objetivos de longo prazo do planejamento governamental:

- Redução das disparidades regionais no atendimento à saúde;
- Redução da mortalidade materno-infantil;
- Aumento da eficiência alocativa e otimização do sistema de atenção à saúde.

O PRO-HOSP contribui também, ainda que indiretamente, para os seguintes resultados finalísticos:

- Redução do APVP por morte ou incapacidade;

- Redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial;
- Redução da TMI.

É no cumprimento dos objetivos e resultados estratégicos acima elencados que reside o desafio mais expressivo do Programa.

Com relação à busca permanente pela qualidade da assistência, como desafio para o ano de 2009, o governo de Minas firmou compromisso com o Banco Mundial de que 25% dos hospitais PRO-HOSP terão o diagnóstico organizacional da acreditação ONA, e outros 25% em 2010. Estes diagnósticos permitirão aos hospitais direcionarem os esforços em busca da acreditação e da melhoria da qualidade da assistência.

O Prêmio Célio de Castro terá continuidade com o novo ciclo em 2009, mantendo o objetivo de valorizar as ações de gestão da qualidade com vistas à implementação da acreditação ONA, dando suporte ao processo de monitoramento dos hospitais pelas CAS e Vigilância Sanitária e contribuindo com a consecução dos objetivos estratégicos do governo e do PRO-HOSP. O que se espera, enfim, é ter cada vez mais hospitais aderentes ao Sistema Brasileiro de Acreditação, como modelo de gestão.

Além disso, o planejamento da SES/MG para os próximos anos estende o Plano de Gestão da Qualidade em Saúde aos Projetos Estruturadores Saúde em Casa e Viva Vida, permitindo a essas outras redes prioritárias desenvolverem-se sob sólidas práticas de uma gestão eficiente.

Por fim, espera-se que a mudança de paradigmas, a partir de todo o esforço de fomento na melhoria da qualidade das instituições de saúde do Estado, promova, no futuro próximo, assistência hospitalar de qualidade e mais perto do cidadão, reduzindo as desigualdades regionais do Estado.

Estudo de Caso - Santa Casa de Passos

Passos é um município localizado no Sul do Estado de Minas Gerais. Conta com uma população de mais de 100.000 habitantes e é considerado, segundo o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais, município-pólo da Macrorregião Sul de Minas, ao lado de Alfenas, Pouso Alegre, Poços de Caldas e Varginha, sendo referência no atendimento de média e alta complexidade hospitalar, junto com os quatro citados, para um total de 153 Municípios, com aproximadamente 2,6 milhões de pessoas.

Em 2004, a Santa Casa de Passos, hospital geral de natureza filantrópica, foi contemplada pelo PRO-HOSP, a fim de fortalecê-la como instituição de referência macrorregional, ampliando seu atendimento de forma integrada com as redes de atenção, bem como qualificar sua assistência, minimizando os riscos e estimulando o alcance de resultados, a partir do estabelecimento de metas e acompanhamento do seu desempenho via contratualização.

Ao longo dos quatro anos e meio de participação no PRO-HOSP, o hospital investiu em melhorias diversas, entre as quais se destacam:

- ***melhorias de gestão:*** *fortalecimento do grupo gestor; desenvolvimento e revisão de um plano diretor; formação da diretoria no Curso de Especialização em Gestão Hospitalar; investimento em tecnologia da informação para auxiliar a tomada de decisão; capacitação com foco na qualidade; manutenção do título de "Hospital Amigo da Criança" e conquista do título de "Hospital Sentinela" da Anvisa;*
- ***melhoria da qualidade e ampliação da assistência:*** *equipamentos para UTI neonatal, unidade de emergência,*

laboratório de patologia clínica, bloco cirúrgico, lavanderia, central de material esterilizado, serviço de nutrição e dietética e ressonância magnética.

Hoje, após todas as melhorias e ampliações, a Santa Casa de Passos é uma instituição com 240 leitos, 143 médicos, 950 colaboradores em seu corpo funcional e 75% de atendimento ao SUS. Em 2005, contratou o diagnóstico organizacional da Organização Nacional de Acreditação (ONA), conquistando o certificado de Hospital Acreditado ONA (Nível 1) já em 2007 – a primeira Santa Casa filantrópica do Brasil a receber a acreditação. Em 2008 conseguiu manter a acreditação, programando-se para conquistar a Acreditação Plena ONA (Nível 2) em 2009. Naquele mesmo ano, o hospital foi premiado com o 2° lugar no Prêmio Célio de Castro de Qualidade da SES/MG.

Além disso, a análise dos dados relativos à urgência e emergência e às internações evidencia uma polarização cada vez maior de atendimento aos municípios de referência da sua Macrorregião. Entre 2002 e 2008, observou-se um aumento de 25% no número de municípios de referência atendidos pelo hospital em internações, passando de 37 para 49. Observa-se que, nesse período, a média de atendimento a munícipes da Macrorregião Sul foi de 99,41%. Considerando-se apenas a população referenciada, excluída a população do pólo, observou-se um incremento de 16,25% no seu número de internações, variando de 31,54% em 2002 para 37,66% em 2008.

Por fim, nota-se um aumento da complexidade dos atendimentos do hospital ao longo do período analisado. Dessa forma, todos esses resultados vão ao encontro do que o Programa se propõe como política orientada para a regionalização da assistência, com base em uma tipologia de serviços organizada em níveis de complexidade.

VIII. Referências

ANDRADE, Mônica Viegas *et al*. *Análise de eficiência hospitalar no Estado de Minas Gerais: relatório final da pesquisa*. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG/Fundação João Pinheiro, 2007. Mimeo.

ANDRADE, Mônica Viegas *et al*. *Metodologia de alocação eqüitativa de recursos estaduais para os serviços hospitalares em Minas Gerais: relatório final*. Belo Horizonte: CEDEPLAR-UFMG/Fundação João Pinheiro, 2005. Mimeo.

BARBOSA, Pedro Ribeiro *et al*. (Coord.). *Hospitais filantrópicos no Brasil*. Rio de Janeiro: BNDES, 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília: CONASS, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução n° 921*, de 9 de maio de 2002. Reconhece a ONA como instituição competente e autorizada a operacionalizar o desenvolvimento do processo de acreditação de organizações de serviços de saúde no Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 3 de junho de 2002.

CAMPOS, Lismar Isis. *Instrumento de Avaliação Inicial da Qualidade – Hospitais PRO-HOSP/Política de Acreditação – ONA*. Adaptado do Instrumento Nacional de Inspeção em Serviços de Saúde/Anvisa, 2007, e do Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares/ONA, 2006. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008.

ESP/MG. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Relatório de avaliação do Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos em Gestão da Qualidade em Saúde.* Belo Horizonte: ESP/MG, 2008.

FERGUSON, Brian; SHELDON, Trevor; POSNETT, John. *Concentration and choice in healthcare*. London: Financial Times Healthcare, 1997.

LA FORGIA, Gerard; COUTTOLENC, Bernard Francois. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência*. São Paulo: Singular, 2008. No prelo.

MACHADO, Edite Novais da Mata et al (Coord.). *Caracterização dos hospitais do PRO-HOSP*: desafios para o monitoramento. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2007. Mimeo.

MACHADO, Edite Novais da Mata; ALFRADIQUE, Maria Elmira; MONTEIRO, Leonardo Pinto. *Caracterização da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde em Minas Gerais*. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2004.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Os grandes dilemas do SUS*. t. II. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça; SILVA, Marcus Vinícius Caetano Pestana da. *Pacto de gestão: da municipalização autárquica à regionalização cooperativa*. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2004.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Plano de gestão da qualidade/ Acreditação – PRO-HOSP.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2008a.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolução SES n° 1.447*, de 26 de março de 2008. Aprova as normas gerais do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais – PRO-HOSP Microrregional, competência 2008-2009. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 2008b.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. *Resolução SES n° 1.505*, de 18 de junho de 2008. Institui o Edital do 1° Prêmio Célio de Castro. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008c.

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, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Comitê de Assuntos Estratégicos. *Nota Técnica n° 09/P*, de abril de 2003. O Programa de Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS em Minas Gerais: o PRO-HOSP. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2003.

OLIVEIRA, Bruno Reis de. Construindo a regionalização da assistência à saúde em Minas Gerais: o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – PRO-HOSP. 2006. 80f. Monografia (Bacharelado em Administração Pública) – Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro (FJP), 2006.

ONA. Organização Nacional de Acreditação. *Manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares*. Brasília: ONA, 2006.

VILHENA, Renata *et al. O choque de gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

CAPÍTULO VII

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Augusto Afonso Guerra Jr.
Verlanda Lima Bontempo
Renata Cristina Rezende Macedo
Wenderson Walla Andrade
Homero Cláudio R. S. Filho
Luiz Antônio Marinho Pereira

I. Introdução

O direito à saúde passou a ser garantido a todos os brasileiros com a promulgação da Constituição Federal de 1988. A garantia desse direito, que inclui a assistência terapêutica e farmacêutica integral, só começa a tomar corpo dois anos depois, com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990).

A institucionalização do SUS trouxe profundas transformações para os serviços de saúde, ao definir a universalização do acesso, a equidade na prestação de serviços e a integralidade das ações como princípios da atenção à saúde no Brasil. A lei também definiu o funcionamento, o financiamento e a responsabilidade do SUS para a execução de todas as ações de saúde, incluindo a assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, bem como apontou para a necessidade de formulação de uma política de medicamentos (Brasil, 1990a).

A utilização apropriada de medicamentos essenciais é um dos componentes de melhor relação custo-efetividade da atenção sanitária moderna, depois da imunização contra as doenças comuns da infância, segundo a OMS (WHO, 2004).

Passados dez anos da promulgação da Constituição Federal e oito anos da institucionalização do SUS, o Ministério da Saúde edita a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (Brasil, 1998), que tem como propósito "*garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população àqueles considerados essenciais*".

Na PNM estão definidos os princípios e diretrizes do SUS e as responsabilidades dos gestores nos níveis federal, estadual e municipal em relação ao financiamento e à gestão da assistência farmacêutica.

Para implantação da Política é essencial garantir a Farmácia como o *locus operandi* da assistência farmacêutica e unidade de apoio aos serviços de saúde, que, mais do que possibilitar a guarda correta de medicamentos, configura-se também como um espaço humanizado de atendimento aos usuários do SUS.

Para atender às novas demandas decorrentes da implementação da PNM, a SES/MG promoveu diversas adequações em seu organograma, culminando com a elevação do tema ao maior nível de sua estrutura, com a criação da Superintendência de Assistência Farmacêutica.

A Superintendência foi organizada em três gerências – Medicamentos Básicos, Medicamentos Estratégicos e Medicamentos Excepcionais/Alto Custo – de forma a facilitar a articulação intra e interinstitucional e atender aos preceitos do Pacto pela Saúde[1].

---

[1] O Pacto pela Saúde é um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do SUS. O Pacto redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (portal do Ministério da Saúde na internet).

II. A Nova Assistência Farmacêutica em Minas

O Programa Farmácia de Minas, iniciado em fevereiro de 2008, é a principal resposta da SES/MG aos desafios propostos pela PNM e visa possibilitar o acesso de toda a população do Estado à assistência farmacêutica.

Avaliações realizadas pela SES/MG detectaram que quanto menor o município, maior o gasto com medicamentos. Durante a elaboração do programa, constatou-se, ainda, que em 500 municípios (58% do total de municípios do Estado) a população não contava com profissional farmacêutico. A incapacidade dos municípios pequenos em fixar profissionais farmacêuticos em seu quadro de pessoal e o grande gasto *per capita* com medicamentos resultam na oferta de serviços pouco estruturados.

O Programa representa uma profunda reestruturação da assistência farmacêutica no Estado, destinada a garantir maior disponibilidade de medicamentos e maior qualificação dos serviços farmacêuticos aos usuários do SUS no Estado. Nesse novo modelo de assistência farmacêutica, a farmácia é reconhecida como estabelecimento referência para a prestação de serviços à população usuária do SUS-MG.

As Farmácias da rede dispensarão gratuitamente medicamentos da Atenção Primária à saúde e de programas estratégicos, possibilitando uma maior integração com os outros serviços de saúde oferecidos no município e nas regiões de saúde do Estado de Minas Gerais.

Para a implantação do Programa Farmácia de Minas, foram eleitas as seguintes ações prioritárias:

- Implantação de 600 unidades da Rede Farmácia de Minas até o ano de 2010, com recursos próprios do tesouro estadual destinados à estruturação dos serviços farmacêuticos e contratação de farmacêuticos nos municípios mineiros.
- Instituição de Comissão Permanente de Padronização de Medicamentos, iniciativa que viabilizará a elaboração da

Relação Estadual de Medicamentos a serem disponibilizados à população usuária do SUS/MG.

- Implantação de Ata de Registro de Preços para todos os medicamentos do elenco estadual (da Atenção Primária e do Alto Custo/Alta Complexidade), garantindo maior agilidade e melhores preços nas aquisições de medicamentos.
- Descentralização para as 28 GRS da entrega de medicamentos excepcionais e de medicamentos básicos para os 853 municípios de Minas Gerais, reduzindo os custos operacionais e conferindo maior agilidade ao processo de distribuição de medicamentos.

O Suporte Tecnológico

O Programa conta ainda com o suporte de uma ferramenta de tecnologia da informação construída em *software* livre – o Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica (SIGAF), que gerencia a distribuição de medicamentos. Com o apoio desse sistema, os farmacêuticos serão responsáveis por orientar e acompanhar os usuários da farmácia, verificando a eficácia dos remédios prescritos. Como as farmácias estarão interligadas em rede e utilizando o SIGAF, os farmacêuticos saberão quem pegou que remédios e, com isso, poderão comunicar-se com as equipes do Programa de Saúde da Família para saber o que aconteceu, quando o paciente não buscar o medicamento indicado pelo médico.

O sistema propiciará a organização das informações essenciais relacionadas à utilização de medicamentos pela população, permitindo ao município e ao Estado conhecer:

- o perfil de utilização de medicamentos de uma dada população, classificada por município, Gerência Regional de Saúde, e do Estado, de forma global.
- o perfil dos usuários, a utilização de medicamentos, as características dos programas de saúde.

- os estoques disponíveis nas Unidades do Programa Farmácia de Minas, com informação *on-line*.
- a programação de medicamentos, consolidados por itens e por pacientes.

O Suporte Financeiro

Para estruturar o sistema estadual de assistência farmacêutica, por meio do Programa Farmácia de Minas, a SES/MG instituiu um incentivo financeiro destinado a auxiliar os municípios de menor capacidade técnica e financeira a instalar e fazer funcionar serviços farmacêuticos qualificados.

O incentivo estadual prioriza a instalação de Farmácias em Municípios com população de até 30.000 habitantes, cobrindo cerca de 70% das cidades mineiras. Esse direcionamento deve-se ao fato de esses municípios possuírem o maior gasto *per capita* com medicamentos, os serviços menos estruturados, dificuldade na fixação de profissional farmacêutico e, ao mesmo tempo, uma boa cobertura do Programa de Saúde da Família, o que resulta em maior demanda por serviços farmacêuticos resolutivos.

Em 2008 também estão sendo estruturadas 67 unidades do Programa Farmácia de Minas em municípios com população de até 10.000 habitantes. Os municípios selecionados para receber o incentivo do governo estadual farão jus a até R$ 90 mil, a serem aplicados na construção das Farmácias e na aquisição de equipamentos. Adicionalmente serão concedidas 13 parcelas de R$ 1.200,00 por ano, para complementação salarial dos farmacêuticos. A previsão de alocação de recursos do tesouro estadual até 2010 está apresentada na tabela a seguir.

Tabela 1

Recursos para investimento na estruturação de 600 unidades da Rede Farmácia de Minas (R$)

	2008	2009	2010	TOTAL
Estrutura física	6.030.000,00	9.000.000,00	38.970.000,00	54.000.000,00
Custeio de profissional farmacêutico	643.200,00	2.404.800,00	8.640.000,00	11.688.000,00
Total geral	**6.673.200,00**	**11.404.800,00**	**47.610.000,00**	**65.688.000,00**

III. As Fachadas das Farmácias de Minas

Em consonância com o princípio da universalidade de acesso a serviços de saúde, foram estabelecidos dois modelos de Unidades da rede do Programa Farmácia de Minas, um deles exclusivo para cidades históricas, respeitando a cultura e o patrimônio de Minas Gerais. A padronização do imóvel destinado às Farmácias possibilita o fácil reconhecimento da unidade pela população, contribuindo para consolidá-las como estabelecimentos referência na prestação de serviços farmacêuticos no SUS. Os padrões de fachada são apresentados nas figuras a seguir.

Figura 1: Fachada para cidades contemporâneas

Figura 2: Fachada para cidades históricas

IV. Medicamentos para a Atenção Primária à Saúde

São considerados como medicamentos básicos aqueles necessários ao atendimento do elenco de ações e procedimentos compreendidos na APS. A dispensação desses medicamentos, no SUS/MG, é de responsabilidade dos municípios.

O elenco de medicamentos básicos vem sendo ampliado desde 1999, pelo Ministério da Saúde (Portarias nº 176/1999, nº 2.084/2005 e nº 3.237/2007), assim como os valores *per capita*/ano, destinados à aquisição de medicamentos. O impacto dessa reestruturação em Minas Gerais está demonstrado na tabela a seguir.

Tabela 2

Valor *per capita*/ano destinado à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, em Minas Gerais – 1999 a 2008

ANO	VALOR *PER CAPITA* UNIÃO	VALOR *PER CAPITA* Estado	VALOR *PER CAPITA* MUNICÍPIO	VALOR *PER CAPITA* TOTAL	ELENCO
1999	R$ 1,00	R$ 0,50	R$ 0,50	R$ 2,00	Mínimo de 28 itens
2005	**R$ 1,65 (**)**	**R$ 3,00 (*)**	R$ 1,00	R$ 5,65	76 itens
2007	**R$ 4,10 (**)**	**R$ 3,00 (*)**	R$ 1,80	R$ 8,90	107 itens

(*) Apesar de as Portarias Ministeriais determinarem contrapartida estadual de R$ 1,00 e R$ 1,80 per capita/ano, para os anos de 2005 e 2007, respectivamente, os valores praticados em Minas Gerais têm se mantido em R$ 3,00 per capita/ano desde 2005.

(**) O significativo aumento da contrapartida federal decorreu da junção do financiamento de vários grupos de medicamentos ter sido agregado em apenas um grupo, nomeado Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

Fonte: BRASIL, 1999; 2005; 2007; MINAS GERAIS, 1999; 2005; 2006; 2008.

O crescente aumento dos recursos destinados pelo governo de Minas para aquisição de medicamentos básicos pode ser observado no gráfico a seguir.

Gráfico 1: Execução de recursos financeiros

O investimento do Estado na aquisição de medicamentos e na gestão da Assistência Farmacêutica se completa com a capacitação dos profissionais da área, essenciais na reestruturação do sistema de atenção farmacêutica. No período de 2004 a 2007, a SES/MG implantou um programa de capacitação em gestão de assistência farmacêutica, tendo como público-alvo os farmacêuticos gerentes dos municípios mineiros. O programa foi realizado em parceria com a Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e com faculdades de farmácia do interior do Estado, tendo sido capacitados farmacêuticos de 270 municípios.

V. Medicamentos Estratégicos

O Ministério da Saúde considera como estratégicos os medicamentos utilizados para tratamento das doenças de perfil endêmico, com impacto socioeconômico importante e cujo controle e tratamento tenham protocolos e normas estabelecidas. Entre estes medicamentos incluem-se os destinados ao tratamento da Tuberculose, da Hanseníase, de Endemias Focais, de DST/AIDS, além do Programa de Sangue e Hemoderivados.

Em 2007, a gestão dos medicamentos estratégicos foi transferida da Superintendência de Vigilância em Saúde para a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), o que possibilitou a realização de um planejamento conjunto e articulado de ações com as Coordenações Estaduais e Nacionais dos Programas de DST/AIDS e Diabetes e a ampliação das ações relacionadas aos medicamentos, antes restritas à atividade de distribuição. Os medicamentos para o tratamento da tuberculose e endemias, que ainda permanecem sob a responsabilidade da Superintendência de Vigilância em Saúde, terão sua gestão transferida para a (SAF) até o final de 2008.

O trabalho integrado com os Programas Estratégicos do governo do Estado tem possibilitado importantes avanços na área de assistência farmacêutica, dentre os quais se pode destacar a publicação do *Manual de Boas Práticas em Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-retrovirais em Minas Gerais* (2006) e a elaboração do manual *Farmácia de Minas – Manual de Montagem de Processo de Medicamentos Estratégicos* (2008), ambos iniciativas pioneiras no país.

VI. Medicamentos Excepcionais (de Alto Custo)

No ano de 2000, o Ministério da Saúde (Portaria MS nº 2.577/2000) estabeleceu o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), estratégia da política de assistência farmacêutica que tem por objetivo disponibilizar medicamentos no âmbito do SUS para tratamento de agravos abrangidos pelos seguintes critérios:

1. doença rara ou de baixa prevalência, com indicação de uso de medicamento de alto valor unitário ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado; e

2. doença prevalente, com uso de medicamento de alto custo unitário, ou que, em caso de uso crônico ou prolongado, seja um tratamento de custo elevado, desde que:

» haja tratamento previsto para o agravo no nível da atenção básica, ao qual o paciente apresentou necessariamente intolerância, refratariedade ou evolução para quadro clínico de maior gravidade, ou

» o diagnóstico ou estabelecimento de conduta terapêutica para o agravo estejam inseridos na atenção especializada.

A SES/MG disponibiliza 169 medicamentos de Alto Custo, de um total de 233, por meio das farmácias de medicamentos Excepcionais/Alto Custo, localizadas nas GRS.

A SES/MG efetivou diversas ações, com vistas à gestão da dispensação de medicamentos de Alto Custo, dentre as quais destacamos as seguintes:

- Implantação do Sistema de Informação e Gestão da Saúde (SIGS), aplicativo de gestão da dispensação de medicamentos de alto custo que propiciou: diminuição no tempo de atendimento e de agendamento do retorno de pacientes, otimização do controle de estoque e melhor gerenciamento do processo de geração de Autorização de Procedimento de Alto Custo (APAC).
- Contratação de 21 médicos, diminuindo o tempo de análise dos processos de requerimento dos medicamentos de Alto Custo, que passou de 60 dias em média, em 2007, para 28 dias nos primeiros seis meses do ano de 2008.
- Melhoria da infra-estrutura das farmácias de Alto Custo, propiciando maior humanização do atendimento.
- Contratação de 60 farmacêuticos para as GRS, gerando melhoria no atendimento dos usuários do programa de medicamentos excepcionais e no programa Farmácia de Minas como um todo.

- Publicação e distribuição da cartilha de "Orientação à população sobre o acesso ao Programa de Medicamentos de Alto Custo", em 2008.

O Programa de Medicamentos de Alto Custo vem crescendo significativamente nos últimos anos, tanto em termos de usuários cadastrados, como em termos de custos, como demonstram os gráficos a seguir.

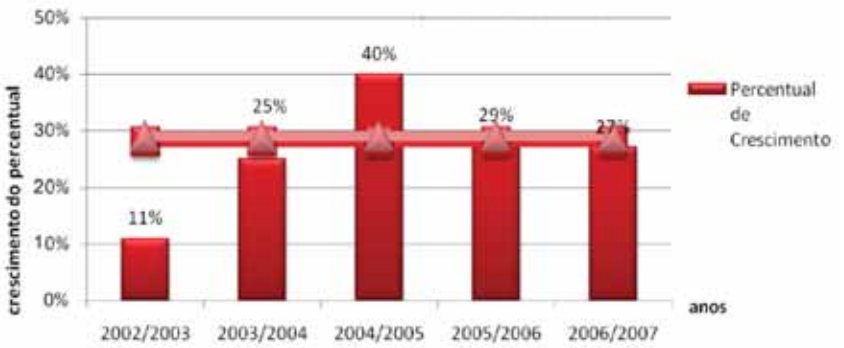


Gráfico 2: Usuários cadastrados – percentual
Fonte: Gmex/SAF/SES/MG.

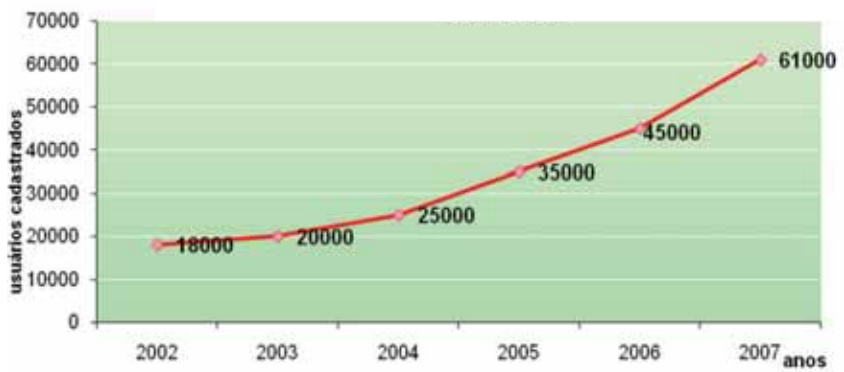


Gráfico 3: Usuários cadastrados – quantidade
Fonte: Gmex/SAF/SES/MG.

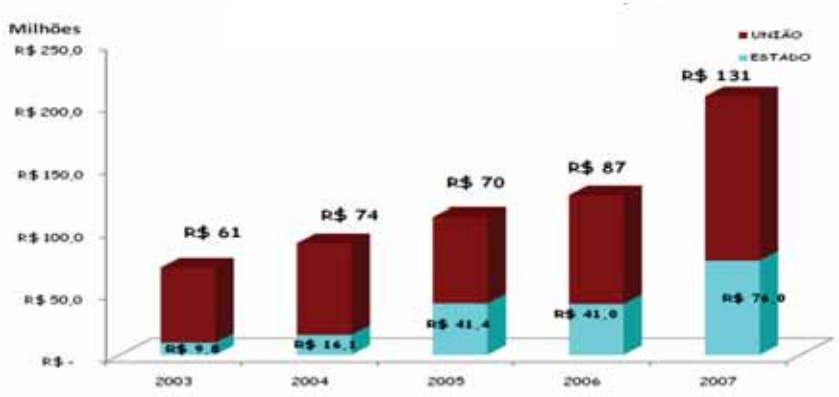


Gráfico 4: Gastos com aquisição de medicamentos de alto custo
Fonte: SF/SES/MG.

VII. A Produção de Medicamentos em Minas Gerais

O aumento dos investimentos do Estado na Funed, nos últimos anos, possibilitou àquela Fundação promover a adequação de suas áreas e construir duas novas plantas produtivas: a Unidade II, que abriga a produção de medicamentos sólidos por compressão direta, e a Unidade III, que produz especiais, como a Talidomida e medicamentos anti-retrovirais (para HIV). Com isso, em três anos, a Funed mais do que triplicou sua produção de medicamentos, passando de 260 milhões de unidades produzidas em 2003 para um bilhão de unidades em 2006.

Com a economia gerada pela produção própria dos medicamentos pela Funed, o governo do Estado pôde investir na produção de produtos farmacêuticos inovadores, como o medicamento metiformina, usado para casos de diabetes, de uso continuado. Esse produto foi desenvolvido na Funed e já está em fase de testes, aguardando aprovação da Anvisa para que possa dar início à produção. Com a incorporação desse medicamento na linha de produção, o Estado poderá duplicar a oferta do medicamento à população.

VIII. Principais Ações e Resultados

- Conclusão das primeiras **67 unidades** do Programa Farmácia de Minas até fevereiro de 2009.
- Finalização da aquisição centralizada dos equipamentos e mobiliários destinados a compor as unidades do Programa Farmácia de Minas, promovendo maior eficiência nas aquisições bem como a uniformidade do *layout* interno.
- Elaboração do **Manual de Logística** para auxiliar na instalação das unidades do Programa Farmácia de Minas.
- Elaboração do **Manual de Instalação e Funcionamento** do Programa Farmácia de Minas, no intuito de facilitar a habilitação dos próximos municípios a inscreverem-se no programa.
- Início da **Segunda Etapa** de instalação das Unidades do Programa Farmácia de Minas com previsão para fevereiro de 2009, atendendo aproximadamente cerca de 500 municípios até o final de 2010.
- No ano de 2008, o elenco de medicamentos distribuídos pelo Programa Farmácia de Minas, na atenção primária, teve um acréscimo de 31 itens em relação ao ano de 2007. Para o ano de 2009, o número de itens a ser distribuído será acrescido de mais 28 medicamentos, atingindo um total de 135 medicamentos. Esse aumento propiciará aos Municípios um arsenal terapêutico mais qualificado integrado às necessidades estabelecidas nas Linhas-Guia da rede de atenção primária.

IX. Referências

BONTEMPO, V. L, *et al. Curso de gerenciamento em Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde*. (Manual do Curso). Belo Horizonte: Gutenberg Publicações, 2005. 53p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução - RDC n.º 34*, de 20 de abril de 2000. Autoriza a utilização da Talidomida no tratamento de mieloma

múltiplo refratário a quimioterapia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei. n.º 9.313*, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 176*, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1999. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/1999>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 2.084*, de 28 de outubro de 2005. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.577 de 27 de outubro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-2577.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 3.237*, de 24 de dezembro de 2007. Aprovar as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 3.916*, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.577*, de 27 de outubro de 2006. Aprova o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 354*, de 15 de agosto de 1997. Regulamenta o registro, a produção, a fabricação, a comercialização, a exposição à venda, a prescrição e a dispensação dos produtos à base de talidomida. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1997.

MINAS GERAIS. *Deliberação CIB-SUS/MG n.º 005,* de 1º de março de 1999. Aprova o Plano de Assistência Farmacêutica Básica do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, 1999.

MINAS GERAIS. *Deliberação CIB-SUS/MG n.º 012,* de 12 de março de 2003. Aprova a proposta de aquisição de medicamentos para infecções oportunistas em portadores de HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2003.

MINAS GERAIS. 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. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, 2005.

MINAS GERAIS. *Deliberação CIB-SUS/MG n.º 256* de 11 de abril 2006. Aprova os critérios e normas para a Assistência Farmacêutica aos portadores de Diabetes. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2006.

MINAS GERAIS. *Deliberação CIB-SUS/MG n.º 415* de 21 de fevereiro de 2008. Pactua no âmbito do Estado de Minas Gerais o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica a ser realizada no SUS/MG e dá outras providências. Diário Oficial do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Comissão Intergestores Bipartite. *Deliberação CIB-SUS n.º 416* de 21 de fevereiro de 2008. Institui critérios, valores e prazos para apresentação de propostas visando a concessão do incentivo financeiro para estruturação das unidades da rede estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito da 1ª etapa do Programa Farmácia de Minas – REDE FARMÁCIA DE MINAS. Belo Horizonte, 2008a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/>. Acesso em: 25 jul. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Manual de Boas Práticas em Unidades Dispensadoras de Medicamentos Anti-retrovirais em Minas Gerais*. Belo Horizonte: SES-MG, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. F*armácia de Minas – Manual de Montagem de Processo de Medicamentos Estratégicos*. Belo Horizonte: SES-MG, 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Resolução SES-MG n.º 1.416* de 21 de fevereiro de 2008. Institui critérios, valores e prazos para apresentação de propostas visando a concessão do incentivo financeiro para estruturação das unidades da rede estadual de Assistência Farmacêutica no âmbito da 1ª etapa do Programa Farmácia de Minas – REDE FARMÁCIA DE MINAS. Belo Horizonte, 2008b. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/>. Acesso em: 25 jul. 2008.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Assistência Farmacêutica. *Rede Farmácia de Minas – Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica: Uma estratégia para ampliar o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS*. Belo Horizonte, 2008c. 87 p.

WHO. World Health Organization. *Medicines Strategy 2004-2007. Countries At The Core*. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/medicines>.

CAPÍTULO VIII

REGULAÇÃO ASSISTENCIAL

Myriam Araujo Coelho
Maria do Carmo Paixão Rausch
Paulo Tavares Jr.

I. Introdução

O sistema público de saúde brasileiro é um dos mais avançados do mundo no que diz respeito ao aspecto jurídico-legal. Entretanto, ainda existem contradições de diversas ordens quando se contextualizam as dimensões socioculturais, políticas e econômicas, nas quais este sistema se concretiza.

A ausência do Estado como ente regulador entre as necessidades da população e as ofertas de serviços de saúde resultou, ao longo dos anos, em uma distribuição de equipamentos sanitários sem critérios de racionalidade, gerando profundas desigualdades regionais no que se refere ao acesso da população ao atendimento em saúde.

Há ainda outros aspectos de fragilidade do sistema:

- Predominância de estabelecimentos hospitalares de pequeno porte, localizados em municípios com menos de 20.000 habitantes e com baixa resolutividade e capacidade de incorporação tecnológica.
- Fragmentação e desarticulação das redes de atenção à saúde, com fluxo assistencial desorganizado, inclusive nas situações de urgência/emergência, levando a população a deslocar-se

para os municípios-pólo das regiões em busca de atendimento, com conseqüente impacto financeiro e desperdício de recursos.

- Falhas no processo assistencial ambulatorial, gerando um grande número de internações passíveis de resolução na atenção ambulatorial.
- Sistemas de controle e avaliação de serviços de saúde predominantemente focados no controle financeiro dos serviços que são remunerados por produção.

A superação desse quadro demanda a participação ativa do Estado na regulação da assistência à saúde, com modelos de atenção mais adequados às necessidades dos usuários do SUS.

II. A Regulação da Assistência à Saúde

Regular a assistência à saúde significa garantir acesso equânime, ordenado e oportuno dos cidadãos a serviços de saúde qualificados, o que envolve um conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações destinados a responder às demandas dos usuários.

A Regulação Assistencial ganha destaque no âmbito do SUS, a partir da edição de diversas Normas Operacionais de Assistência, publicadas pelo Ministério da Saúde. Essas normas regulamentam diferentes aspectos da assistência à saúde e se configuram como eixo estruturante dos Pactos de Gestão firmados entre a União, os Estados e os Municípios, determinando os limites das responsabilidades compartilhadas entre os entes federados e consolidam o processo de descentralização das ações do SUS.

Com o Pacto de Gestão, os Estados passam a ser responsáveis pela Regulação Assistencial das referências intermunicipais, cabendo-lhes ainda coordenar o processo de Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI).

> ***Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde (PPI Assistencial)***
>
> *Pautada na regionalização da assistência de saúde, por meio de um pacto solidário intergestores, a PPI Assistencial é instrumento de gestão e planejamento da assistência, para execução dos serviços de saúde de Média e Alta Complexidade. A PPI Assistencial reorienta a alocação dos recursos federais, estaduais e municipais e define limites financeiros para todos os municípios do Estado, independentemente da condição de gestão, buscando identificar as necessidades de saúde da população e definir quantos e quais são os serviços de saúde a que a população terá acesso no próprio município e quais serão referenciados para outros municípios. A PPI Assistencial deve ser coerente com as estratégias de regionalização, visando melhoria do acesso e resolutividade na atenção à saúde nos diferentes níveis de complexidade.*

Os últimos dados mostram que diversos Estados brasileiros ainda não assumiram plenamente as funções de coordenação e de regulação do sistema de saúde e das redes intermunicipais de atenção. Como agravante dessa situação, destaca-se a realidade de gestão da maior parte dos municípios brasileiros, que são considerados de pequeno porte e apresentam dificuldades no planejamento do sistema de saúde, na regulação de prestadores de serviço e na construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população.

Ressalte-se a constatação de que não é possível e nem desejável, do ponto de vista de escala e qualidade, garantir a oferta de serviços de média e alta complexidade em todos os municípios brasileiros.

III. A Situação da Assistência à Saúde em Minas Gerais

O Estado de Minas Gerais – com sua extensa área territorial, de 588.383 Km^2, e 853 municípios – apresenta importantes diferenças e desigualdades socioeconômicas, geográficas e culturais. A

concentração populacional varia de região para região, podendo-se observar um maior desenvolvimento e acúmulo de recursos nas macrorregiões Centro, Sul, Sudeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul. Em oposição a essa situação, nas macrorregiões Norte Nordeste e Noroeste do Estado existem áreas de extrema pobreza.

Essas desigualdades se manifestam também na distribuição dos equipamentos de saúde e na capacidade de resposta aos problemas de saúde da população. Essa situação é agravada quando se reconhece que grande parte da morbimortalidade poderia ser evitada com a garantia de acesso dos usuários aos serviços de saúde qualificados.

Dados do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), de 2007, apontam que 493 municípios mineiros eram considerados de pequeno porte, com menos de 10.000 habitantes e, possivelmente, com baixa capacidade resolutiva no setor saúde, conforme tabela abaixo.

Tabela 1

Distribuição populacional dos municípios de Minas Gerais

POPULAÇÃO	Nº MUNICÍPIOS
Até 10 000 hab.	493
entre 10 001 e 50 000 hab.	296
entre 50 001 e 100 000 hab.	38
entre 100 001 e 400 000 hab.	59
Acima de 500 000 hab.	5
Total	**853**

Fonte: SIOPS/DATASUS, 2007.

Para dar respostas às necessidades de seus habitantes, esses municípios fazem pactos com municípios de maior porte populacional e em cujos estabelecimentos de saúde há maior agregação tecnológica, para que estes prestem os serviços em saúde que aqueles não têm capacidade de prover.

IV. A Regulação Assistencial em Minas Gerais

As dificuldades enfrentadas para a consolidação do SUS em Minas Gerais colocaram o governo do Estado diante do desafio de construir alternativas inovadoras para superar os entraves que dificultam a qualificação da atenção à saúde e a gestão do sistema.

Em 2003, o governo definiu como uma de suas prioridades de gestão a implantação do **Sistema Estadual de Regulação Assistencial**, visando garantir o acesso dos usuários a serviços adequados às suas necessidades. Minas torna-se, assim, junto com o Ceará, um dos Estados pioneiros nas atividades de Regulação Assistencial.

A estratégia de regulação adotada pelo governo de Minas baseou-se nas diretrizes do Plano Diretor de Regionalização do Estado, resultando na implantação de 13 Centrais de Regulação Assistencial macrorregionais, no período de 2003 a 2006.

As Centrais de Regulação Assistencial

As Centrais de Regulação (CRs) se constituem em uma estrutura operacional que administra a relação entre as demandas da população por ações de atenção à saúde e as ofertas disponíveis no âmbito do SUS no Estado, de forma a dar a melhor resposta possível, em determinado momento, para problemas específicos.

O conjunto de CR está organizado em uma rede regionalizada, hierarquizada e resolutiva nos vários níveis de complexidade do processo assistencial, apoiadas por um sistema informatizado.

O Sistema Estadual de Regulação é composto das seguintes unidades operacionais:

- Núcleo estadual de supervisão e acompanhamento;
- Centrais macrorregionais de regulação;
- Núcleo municipal de supervisão e acompanhamento;

- Unidades de agendamento;
- Estabelecimentos de saúde.

As Centrais funcionam de forma ininterrupta, com a presença de médicos reguladores, dotados de Autoridade Sanitária, delegada por lei pelo Gestor Estadual e com, no mínimo, cinco operadores no turno diurno e dois no período noturno.

De janeiro de 2006 a junho de 2007 foram implantadas Centrais de Regulação Assistencial em pelo menos um dos pólos das 13 macrorregiões de saúde.

A implantação das CR foi realizada com apoio de consultoria técnica especializada, contratada mediante concorrência pública nacional que apoiou os processos de estruturação das Centrais e de capacitação de recursos humanos, inclusive para utilização de sistema informatizado.

Figura 1: Mapa das Centrais de Regulação Assistencial já implantadas

O núcleo estadual de supervisão e acompanhamento na SES/MG tem a responsabilidade funcional de monitorar os dados relevantes do sistema, produzir relatórios estatísticos e informações importantes para o aprimorando do processo.

O Sistema de Regulação Assistencial

Um dos pilares do Sistema Estadual de Regulação Assistencial é o sistema informatizado, denominado Sistema de Regulação Assistencial, que propicia a integração entre o núcleo estadual, as 13 Centrais de Regulação, as 853 Secretarias Municipais de Saúde e os cerca de 490 estabelecimentos hospitalares e 5.200 estabelecimentos ambulatoriais.

O sistema tem como características principais:

- Comunicação *on-line*, via internet, garantindo agilidade na manutenção e recuperação de informações em tempo real.
- Interface amigável, em plataforma *web*, conferindo simplicidade de uso e de aprendizado.
- Estrutura e tecnologia de banco de dados que confere robustez e segurança ao armazenamento de informações (propriedade da informação assegurada).
- Processamento centralizado, que garante maior desempenho com menor custo e suporte simplificado.

A implantação do sistema foi efetuada em etapas, seguindo a lógica dos módulos funcionais descritos a seguir, e envolveu ações de sensibilização dos operadores, mapeamento das unidades operacionais e treinamento das equipes das CR e dos estabelecimentos de saúde e Secretarias Municipais de Saúde:

<u>Módulo Funcional de Regulação de Internações de Urgência:</u>

- Solicitação de internação.
- Regulação de acesso.

- Transferência entre hospitais.
- Transferência para outros municípios.
- Acompanhamento de uso dos serviços.

Módulo Funcional de Regulação de Internações Eletivas:

- Solicitação de internação.
- Regulação para acesso no momento da internação.
- Acompanhamento de uso dos serviços.

Módulo Funcional de Regulação de Consultas e Exames Eletivos:

- Captura e manutenção das escalas dos profissionais.
- Cruzamento da oferta de serviços com a PPI Assistencial.
- Agendamento de consultas e exames a partir das unidades de agendamento, localizadas no próprio município do paciente.
- Disponibilização, via internet, da relação de pacientes marcados para cada estabelecimento.
- Confirmação de atendimento pelos estabelecimentos.
- Acompanhamento de uso dos serviços.

Até o final de 2009, deverá ocorrer a integração com as redes assistenciais, prioritariamente a de urgência/emergência, na constituição de um Complexo Regulador.

O sistema é também instrumento essencial para a tomada de decisões pelos gestores do Estado e dos municípios, gerando relatórios e indicadores com informações de interesse de várias áreas de atuação, dentre os quais destacamos:

Atividade Regulatória:

- Percentual de Internações Reguladas.
- Percentual de Internações de Referência Reguladas.

- Percentual de Internações de Referência Reguladas com Transferência Intermunicipal.
- Tempo Médio de Reserva de Leito para Transferência Intermunicipal.

Acompanhamento da programação:

- Percentual de Internação de Referência Sem Programação (PPI Assistencial).

Atividade Hospitalar:

- Total de Internações de Referência.
- Permanência Média de internação em hospitais acompanhados pelo sistema estadual de regulação.
- Taxa de Ocupação de Leitos.

As informações do Sistema de Regulação Assistencial possibilitam ao Estado melhores condições de garantir à população acesso equânime, oportuno e adequado aos serviços de saúde, viabilizando a análise e o acompanhamento da assistência à saúde e facilitando a identificação dos principais pontos de estrangulamento do SUS-MG.

A democratização do acesso às informações, por sua vez, tem sido instrumento eficaz para a revisão dos pactos assistenciais firmados entre os municípios, possibilitando a construção de propostas para correção das distorções identificadas, para estimular a interlocução entre as várias áreas de atenção à saúde e dar uma resposta qualificada a outras entidades públicas, como os Conselhos de Saúde, Ministério Público, entre outros, com reflexos no processo de planejamento e redefinição das prioridades da política de saúde, em cada região.

V. Principais Resultados

Dentre as principais contribuições do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, pode-se destacar o deslocamento do processo de regulação do acesso para a gestão pública.

Antes, os fluxos de acesso aos serviços de saúde eram assistemáticos, com usuários perambulando em busca de assistência nas situações de urgência e onde cada prestador regulava sua porta de entrada e seus próprios recursos assistenciais, desconsiderando as necessidades de alguns usuários, em detrimento de outros com demandas menos urgentes. Esse comportamento muitas vezes se dava em razão de questões financeiras, o acesso era definido pela possibilidade de maior ganho financeiro do prestador. As relações de compadrio e clientelismo também permeavam o processo de acesso aos serviços de saúde, com conseqüente privilégio para alguns, sem considerar a prioridade assistencial.

Com a implantação das Centrais, as necessidades assistenciais do usuário são analisadas sob a lógica da equidade, visando responder da melhor forma a quem mais precisa, com decisões baseadas na utilização de protocolos clínicos e operacionais para a tomada de decisões assistenciais. Com a regulação prévia das internações hospitalares, o médico regulador avalia a capacidade resolutiva do hospital de origem e só decide pela transferência inter-hospitalar ou intermunicipal, caso os recursos locais sejam insuficientes para o atendimento qualificado ao usuário. O usuário se beneficia com este processo, uma vez que sua transferência se dá de forma adequada e segura, com a garantia de leito e recursos para o seu atendimento.

O Sistema Estadual de Regulação, ao atuar também como "observatório privilegiado" dos serviços de saúde, armazenando e tratando dados que representam as necessidades dos usuários, relacionando-os com a resolutividade real do serviços de saúde, fornece informações vitais e em tempo real sobre os vazios assistenciais, possibilitando reordenar o planejamento e alocar os investimentos, buscando a transformação e qualificação da assistência.

O Sistema, por meio de seus relatórios gerenciais e indicadores, tem atuado fortalecendo o monitoramento dos contratos de prestação de serviços de saúde, em conseqüência dos investimentos realizados pelo governo de Minas para a qualificação da gestão e da assistência prestada pelos hospitais micro e macrorregionais, por meio do PRO-HOSP.

O sistema trouxe à tona a necessidade de os prestadores públicos e conveniados disponibilizarem agendas de consultas e exames especializados ambulatoriais, quadro de leitos atualizado e disponibilidade de recursos para as Centrais de Regulação. Assim, criou-se uma relação direta de uso da oferta cadastrada, fazendo com que prestadores, gestores municipais e estadual, responsáveis pela manutenção das informações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), buscassem dinamizar e qualificar a atualização dos bancos de dados.

O Sistema Estadual de Regulação Assistencial de Minas Gerais tem sido considerado uma experiência inovadora. Até o momento apresentamos o Sistema a gestores de saúde e técnicos da área de saúde de 13 Estados da Federação.

Durante o período de janeiro de 2006 a outubro de 2008 foram solicitadas às Centrais de Regulação 1.122.608 internações, sendo 1.022.280 (91%) internações reguladas e efetivadas. Do total de internações efetivadas, 896.378 (88%) foram internações de urgência. Para o atendimento da população de referência intermunicipal, foram reguladas e efetivadas 327.505 internações, representando 32% das internações reguladas no período (Figuras 2, 3 e 4).

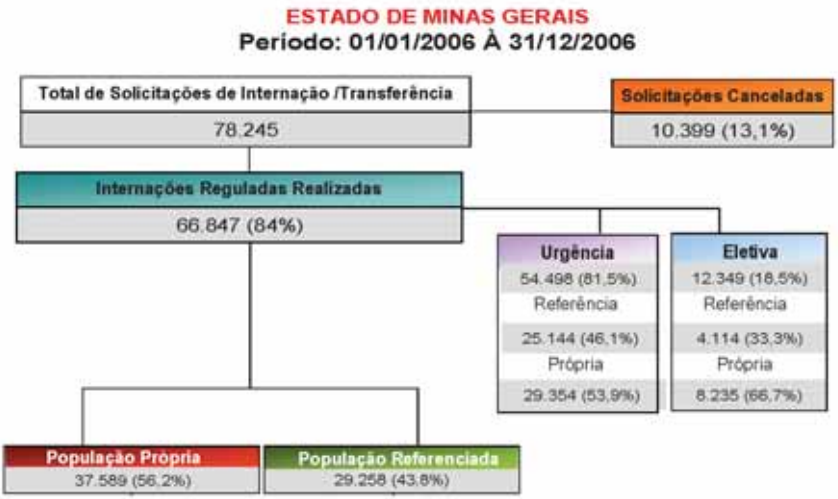


Figura 2: Internações, Minas Gerais, 2006

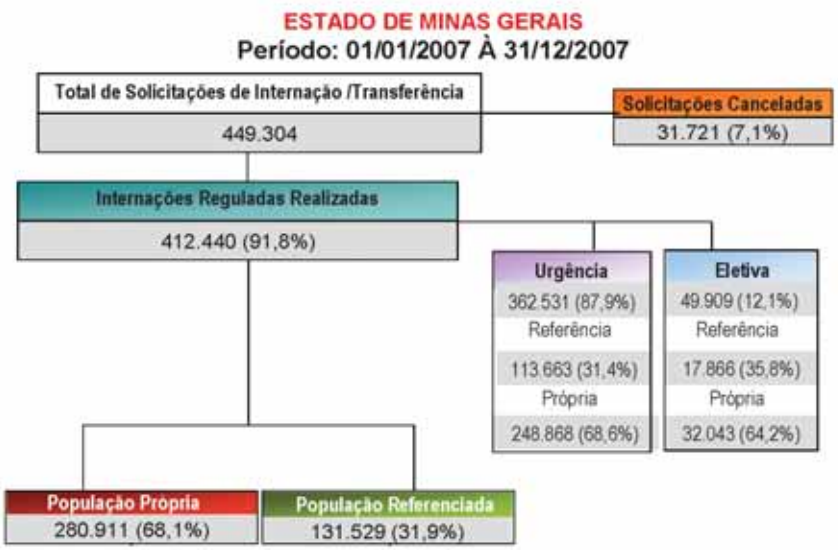


Figura 3: Internações, Minas Gerais, 2007

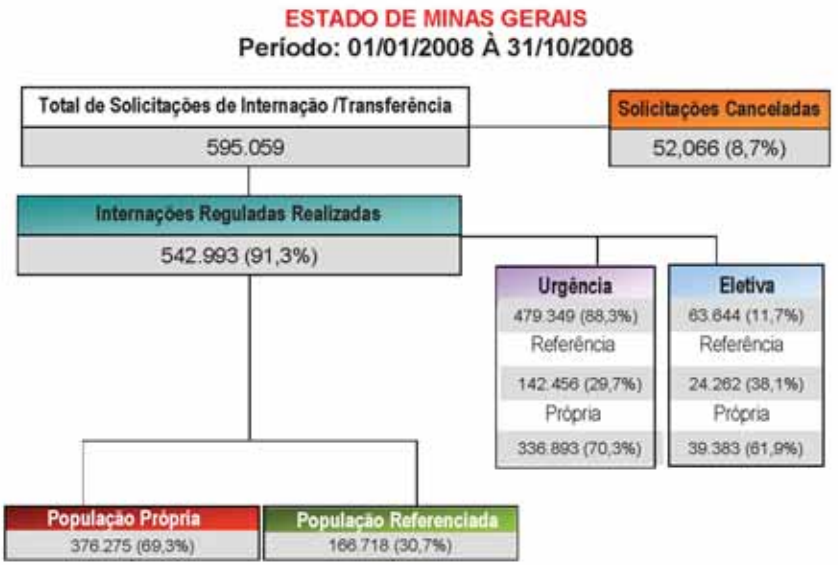


Figura 4: Internações, Minas Gerais, 2008

Como pode ser observado nas Figuras acima, ocorreu uma expressiva evolução no número de internações reguladas e efetivadas, quando comparamos os anos de 2006, 2007 e 2008, passando de 66.847 internações em 2006 (média mensal de 5.750), para um total de 412.440 em 2007 (média mensal de 34.472). Em 2008, nos 10 meses avaliados, 542.993 internações foram reguladas, com média mensal de 54.299, representando um aumento exponencial da média mensal de cerca de 10 vezes em relação à média do primeiro ano de funcionamento das Centrais.

No primeiro mês de implantação do Sistema (janeiro de 2006), foram reguladas ao todo 325 internações, sendo 116 para a população própria dos municípios executores e 209 para a população referenciada. Em outubro de 2008, foram reguladas ao todo 62.050 internações, sendo 43.139 para a população própria dos municípios executores e 18.911 para a população referenciada.

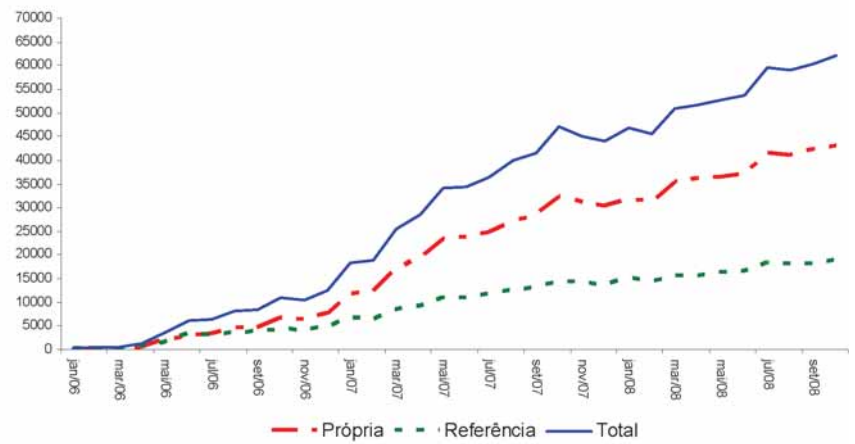


Gráfico 1: Evolução mensal das internações reguladas pelo Sistema Estadual de Regulação, para a população própria e referenciada, de janeiro de 2006 a agosto de 2008

À medida que o percentual de internações reguladas aproxima-se de 100%, a média de permanência hospitalar dos pacientes cai e passa a girar em torno de 4 a 5 dias, indicando uma possível otimização do uso do recurso leito hospitalar, levantando a necessidade de estudos mais aprofundados sobre o tema.

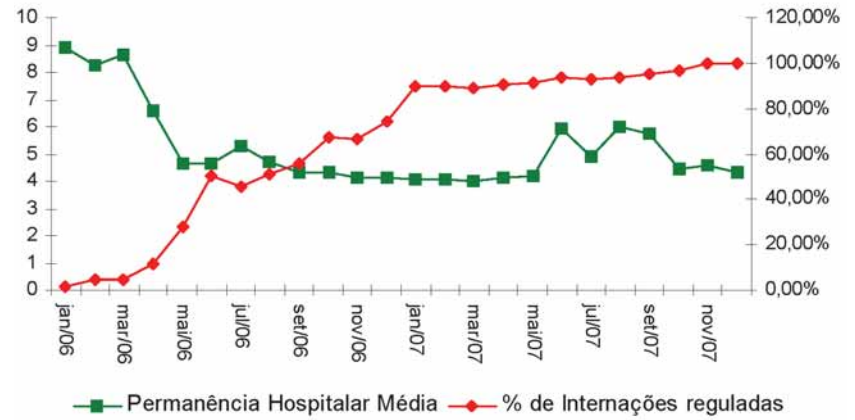


Gráfico 2: Comparativo entre a evolução do percentual de internações reguladas pelo Sistema Estadual de regulação e a média de permanência hospitalar no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007

O acompanhamento do planejamento pelas metas físicas pactuadas na PPI Assistencial, por município de destino, mostra distorções que giram em torno de 11,4% no período avaliado (2006-2007), apontando a necessidade de correção e adequação dos pactos intermunicipais, por meio de processo de remanejamento das metas físicas e tetos financeiros.

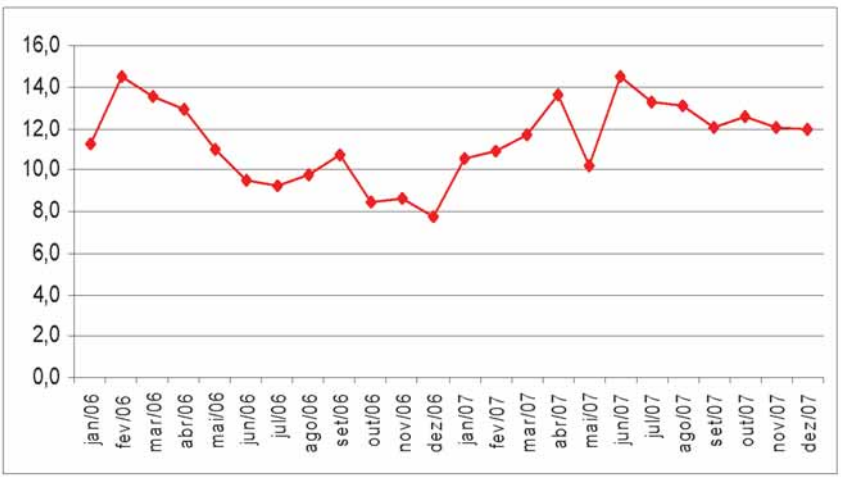


Gráfico 3: Evolução do percentual de internação para a população de referência intermunicipal sem programação no município de destino, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007

O tempo médio para reserva de um leito para internação foi de 2:48 (duas horas e quarenta e oito minutos), no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007. Como na atenção às urgências o fator tempo é um determinante fundamental para a redução da mortalidade, ainda consideramos a necessidade de uma avaliação mais detalhada, correlacionando o tempo de acesso ao recurso hospitalar diante das necessidades expressas nas solicitações de regulação.

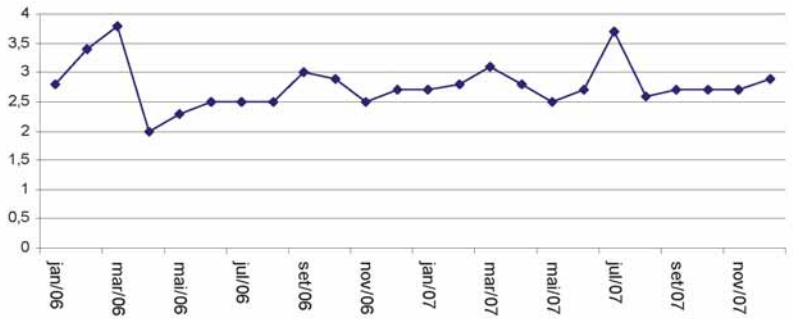


Gráfico 4: Evolução do tempo médio de espera para obtenção de reserva de leitos via Central de Regulação em minutos, das internações reguladas pelo Sistema Estadual de Regulação, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2007

Os agendamentos de consultas e exames especializados ambulatoriais começaram a ser realizados pelo Sistema de Estadual de Regulação no mês de junho de 2006 (6.020 agendamentos) e mostram uma evolução até agosto de 2008, quando foram agendados 73.420 procedimentos. Apesar da expressiva evolução deste módulo funcional, ainda é necessário um processo de avanço e consolidação, permanecendo como um desafio, uma vez que é dependente da capacidade de gestão de cada município na construção e disponibilização das agendas de seus profissionais e serviços. Este processo evolutivo pode ser visto abaixo.

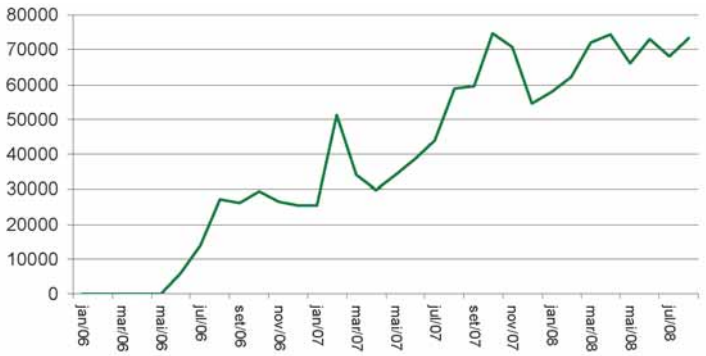


Gráfico 5: Evolução dos procedimentos ambulatoriais agendados pelo Sistema Estadual de Regulação, no período de janeiro de 2006 a agosto de 2008

Os recursos financeiros investidos na implantação da rede de CRA foram da ordem de 24 milhões de reais, ao longo de dois anos de projeto, conforme na Tabela abaixo:

Tabela 2

Recursos Financeiros utilizados na implantação da rede de Centrais Regionais de Regulação.

DESTINO	VALOR
Recursos Humanos	R$ 16.267.130,00
Equipamentos	R$ 2.038.650,00
Mobiliário	R$ 495.000,00
Serviços de assessoria técnica e consultoria	R$ 3.900.000,00
Serviços para a seleção dos Médicos Reguladores	R$ 234.831,54
Conectividade	R$ 948.000,00
Total	R$ 23.883.611,54

Finalizado o processo de implantação do Sistema Estadual de Regulação Assistencial, o custeio da estrutura operacional é de cerca de 1,7 milhão de reais por mês.

VI. Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. *Pacto de gestão: garantindo saúde para todos.* Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

FORTIER, C. C. *Contribuições da Central Estadual de Regulação do SUS – CRESUS no Acesso aos Serviços Públicos de Saúde no Estado do Ceará*. Acessado em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/995.pdf>. (Acesso em: 10 set. 2008).

PAIXÃO RAUSCH, M. C. *et. cols*. *Regulação do acesso a serviços de saúde no SUS de Minas Gerais: avanços, desafios e primeiros resultados*. 3º Prêmio de Excelência em Gestão Pública do Estado de Minas Gerais. SEPLAG, 2008.

PAIXÃO RAUSCH, M. C.; TAVARES JÚNIOR, P. Implantação do Sistema Estadual de Regulação de Minas Gerais: Sistema Estadual de regulação Assistencial/ MG. In: 1ª Expogest – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS. Brasília, 2006. p. 241.

PAIXÃO RAUSCH, M. C.; TAVARES JÚNIOR, P.; JANUÁRIO JÚNIOR, M. M.; MIRANDA, A. V.; UMBELINO, A. A. *Implementação e utilização de instrumento informatizado para acompanhamento da PPI Assistencial*. In: 1ª Expogest – Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS. Brasília, 2006. p. 239.

PRADO, S. R. L. A., FUJIMORI, E., CIANCIARULLO, T. I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 399-407, jul./set. 2007.

SOUZA, R. R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 6, n. 2, p. 451-455, 2001.

CAPÍTULO IX

SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE: O PRONTUÁRIO ELETRÔNICO

Maria Emi Shimazaki
Wagner Fulgêncio Elias
Marco Antônio Bragança Matos

I. Introdução

O prontuário médico 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 a deterioração, resultando 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 ignoram essa determinação, bem como a importância, a utilidade e a aplicabilidade do instrumento. Uma análise da elaboração e utilização do prontuário médico no Estado de Minas Gerais mostrou que, na maioria dos serviços que elaboravam prontuários, o documento era direcionado para os médicos, com foco no indivíduo, dificultando o trabalho de uma equipe multiprofissional, além de não favorecer a abordagem familiar.

Outro aspecto importante que sobressai ao se analisarem os serviços que integram uma rede de atenção à saúde é que, normalmente, são encontrados sistemas informatizados isolados em um único ponto de atenção à saúde, não sendo observada qualquer integração entre eles, não havendo, conseqüentemente, o compartilhamento da informação gerada no atendimento aos mesmos usuários.

II. O Prontuário de Saúde da Família

A primeira iniciativa da SES/MG, para enfrentar a falta de informações, foi o desenvolvimento do Prontuário de Saúde da Família (PSF), fundamentado nas Linhas-Guia e destinado à utilização, pelas equipes de saúde, na atenção primária e ambulatorial secundária, nos Centros Viva Vida (atenção à mulher e criança), Mais Vida (atenção ao idoso) e Hiperdia (atenção aos portadores de hipertensão e aos portadores de diabetes).

O PSF foi formatado em papel e, para sua implantação, foi editado o Manual do Prontuário de Saúde da Família, elaborado por uma equipe multiprofissional da SES/MG e validado pelos Conselhos Regional de Medicina (CRM), Regional de Enfermagem (COREN) e Regional de Odontologia (CRO) e por equipes de unidades de atenção primária à saúde e ESF de 30 municípios mineiros de diferentes regiões e portes populacionais.

O PSF foi desenvolvido com base nos seguintes postulados: ser um instrumento de suporte à decisão clínica, cumprir os princípios da APS e viabilizar os seguintes registros:

- Primeiro contato: cadastro dos indivíduos e de suas respectivas famílias.
- Acompanhamento longitudinal: formatado por ciclo de vida (atenção à criança, ao adolescente, ao adulto e ao idoso), por condição (atenção à gestante e puérpera), para a saúde bucal,

permitindo o acompanhamento das ações desenvolvidas ao longo do tempo pelas equipes de saúde.

- Coordenação do cuidado: sinalizar as informações clínicas de relevância, por ciclo de vida, patologias ou condições, fornecendo planilhas e gráficos de acompanhamento para elaboração e monitoramento de um plano de cuidado para os indivíduos portadores de condições crônicas.
- Integração das ações da equipes de saúde: registrar todas as categorias profissionais envolvidas no cuidado, funcionando como canal de comunicação entre os profissionais.
- Abordagem familiar: classificação de risco das famílias, genograma, listagem de problemas da família, planilha de acompanhamento das famílias de risco, etc.

O processo de implantação do PSF se inicia por um conjunto integrado de intervenções, constituído por dez oficinas de conteúdos complementares que compõem o PD-APS.

A qualificação da equipe para a utilização do PSF resulta de uma oficina específica, com abordagem de conteúdos teóricos – histórico, conceito, aspectos éticos, legais e funcionalidades – e práticos – utilização do prontuário por meio de aplicação em casos clínicos simulados.

III. O Sistema Integrado de Gestão da Atenção à Saúde

Da experiência com o PSF, a SES/MG evoluiu para o desenvolvimento e implantação do Sistema Integrado de Gestão da Atenção à Saúde (SIGAS), cuja modelagem teve como base o conjunto de instrumentos de gestão da clínica para operacionalização do PD-APS.

Apelidado de Prontuário Eletrônico, o SIGAS tem como finalidade documentar, comunicar e coordenar o cuidado prestado ao

cidadão pelas equipes de saúde em cada ponto de atenção à saúde, 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 no âmbito de todas as cadeias 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 sobre a área de atuação da unidade de saúde, a relação com outros pontos da rede, a programação, pactuação e monitoramento das ações de saúde, a vigilância em saúde, entre outras. Em função dessa abrangência, decidiu-se chamá-lo de "Sistema Integrado de Gestão da Atenção à Saúde".

O SIGAS está estruturado para ser um instrumento de apoio à decisão clínica e é composto dos seguintes módulos:

- Cadastro – informações sobre usuários e famílias, profissionais e estabelecimentos de saúde e procedimentos.
- Abordagem familiar – histórico familiar, o genograma; estratificação de risco das famílias; planilha de plano de cuidados para as famílias de risco; planilha de monitoramento do plano de cuidados para as famílias de risco.
- Registro clínico – estruturado por ciclos de vida e condição, com informações relacionados a:
  - » Avaliação inicial.
  - » Primeira consulta.
  - » Estratificação de risco.
  - » Evolução clínica.

» Saúde bucal.

» Atendimentos prestados em outros pontos de atenção.

» Ações programáticas.

» Vacinação.

» Exames de apoio diagnóstico.

» Procedimentos.

» Assistência farmacêutica.

- Vigilâncias – notificação automática e compulsória de todas as patologias que constam na relação de doenças de notificação obrigatória e que foram identificadas pela equipe de saúde, possibilitando a investigação e o monitoramento de cada caso. O sistema possibilita também a notificação e investigação de todas as mortes maternas e infantis identificadas pela equipe de saúde e o cadastramento dos estabelecimentos sujeitos a vigilância sanitária.
- Gerenciamento – possibilidade de acesso e gestão de todas as atividades realizadas na unidade de saúde: agendas, atividades e pactuações realizadas, controle de estoques e gastos com materiais, medicamentos, procedimentos e profissionais. Além disso, contém os instrumentos de gerenciamento propostos pelo PD-APS (Planilhas de Diagnóstico Local, Planilha de Programação Local) e a possibilidade de emissão de relatórios estruturados e semi-estruturados para o monitoramento das metas pactuadas, dos indicadores epidemiológicos, dos dados clínicos, do gerenciamento da equipe de saúde e das pactuações – Pacto Pela Vida, Pacto de Gestão, PPI da Assistência, entre outras.

IV. Resultados

A implantação do Prontuário na sua versão em papel foi monitorada pela SES/MG e pelas Secretarias Municipais de Saúde, e os resultados se mostraram muito positivos. Entre as vantagens enumeradas pelos profissionais que utilizam o prontuário destaca-se o apoio para uma melhor orientação do roteiro da consulta, tornando-a mais completa e abrangente.

V. Desafios

O SIGAS encontra-se em processo final de modelagem, envolvendo várias frentes de trabalho e a intenção da SES/MG é realizar – junto à população, aos profissionais de saúde e aos gestores municipais – uma grande campanha de conscientização, destacando a importância da adoção do Prontuário Eletrônico para a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população e da gestão dos serviços de saúde.

A SES/MG planeja concluir até o início de 2009 todo o processo de modelagem técnica da ferramenta, assim como a adequação tecnológica nos municípios e unidades de saúde, para implantação da solução.

Concomitantemente, deverá ser concluído o processo de licitação para a certificação do *software* e implantação de serviços associados (gestão de mudança, treinamento de profissionais, adequação às unidades de saúde, entre outros).

O Estado se responsabilizará por todas as etapas da modelagem do SIGAS e o sistema deverá estar implantado em cerca de 3.000 unidades de saúde, até dezembro de 2010. Aos municípios caberá disponibilizar profissionais de saúde para a capacitação necessária, bem como a adoção dos demais instrumentos de gestão da clínica propostos pela SES/MG e o zelo pelo equipamento e instalações.

O Sistema Integrado de Gestão da Atenção à Saúde é, sem dúvida, uma evolução, deve contribuir para a integração dos pontos de atenção e, portanto, para a organização das redes de atenção à saúde em Minas Gerais.

VI. Referências

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. *Resoluções CFM n.º 1.331/1989, 1.605/2000, 1.638/2002, 1.639/2002, 1.821/2007*. Disponível em: <http://www.cfm.gov.br>.

CURITIBA, SMS. *Prontuário eletrônico: A Informação certa, no tempo certo, para o usuário*. CIS, 2002.

MENDES, E. V. A gestão dos sistemas de serviços de saúde baseada em evidências. Belo Horizonte, 2004. Mimeo.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Gerência de Atenção Primária à Saúde e Assessoria de Normalização. *Manual do Prontuário de Saúde da Família*. Belo Horizonte, 2007.

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

CAPÍTULO X

SISTEMA ESTADUAL DE TRANSPORTE EM SAÚDE

Antônio Jorge de Souza Marques
Marta de Sousa Lima

I. Introdução

As doenças crônicas correspondem a dois terços do total das doenças que acometem a população de Minas Gerais e o acesso aos serviços de saúde da população usuária do SUS é extremamente facilitado quando há uma rede hierarquizada de serviços, dotada de recursos humanos permanentemente capacitados.

A configuração da rede hierarquizada de atenção à saúde do Estado, com serviços de média e alta complexidade prestados por municípios de maior porte, gera uma necessidade real de transferência de pacientes da maioria dos municípios de Minas Gerais para os pólos de atenção mais especializada. Assim, o sucesso pleno do modelo de atenção à saúde em rede exige a disponibilização de meios de transporte adequados, que permitam aos pacientes chegar aos locais de atendimento.

O transporte de pacientes no Estado ainda carece de maior racionalização. A frota disponível nos municípios, apesar dos esforços dos gestores, encontra-se em condições precárias de manutenção e sem as condições sanitárias ideais, comprometendo a qualidade do serviço, especialmente no que diz respeito aos princípios de urbanidade e humanização.

A frota de ônibus que faz o transporte regular da população, por funcionar em horários e rotas fixos, não atende completamente às necessidades dos pacientes pré-agendados para procedimentos de média e alta complexidade em outros municípios. Constata-se que inúmeros agendamentos deixam de ser realizados em face das dificuldades relacionadas ao transporte.

Essa situação precisa ser enfrentada com atenção especial por parte dos gestores, visto que não há excedente de vagas para atendimento em procedimentos eletivos na alta e média complexidade no SUS.

Diversos municípios mineiros enfrentam cotidianamente um problema comum: a grande quantidade de pacientes com atendimento agendado (consultas, exames, cirurgias, etc.) em outros municípios, sem condições mínimas de deslocamento, dependendo exclusivamente do poder público.

Outro problema enfrentado pelos pequenos municípios é o atendimento à legislação relacionada ao transporte e destinação de resíduos de serviços de saúde, prejudicado pela falta de condições gerenciais e financeiras dos municípios de pequeno porte.

Assim, duas questão se colocavam para o governo de Minas Gerais:

- Como propiciar o acesso de pacientes usuários do SUS aos serviços de saúde, garantindo os princípios constitucionais de universalidade e gratuidade, de forma eficiente, financiável e adequada à realidade do Estado; e
- Como lidar com os resíduos de serviços de saúde, de forma adequada e em consonância com as normas aplicáveis ao assunto.

Para responder as esses dois desafios, o governo do Estado criou o Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS).

II. O Sistema Estadual de Transporte em Saúde (SETS)

O SETS se configura como uma completa operação logística de transporte em saúde, integrando os municípios das microrregiões em um mesmo planejamento. Isso confere maior eficiência aos vários tipos de transporte (transporte de usuários para procedimentos eletivos, transporte de material biológico, transporte de servidores públicos em tarefas estratégicas e transporte de resíduos de serviços de saúde), gerando, ainda, economia de escala e maior racionalidade administrativa.

O Sistema engloba várias vertentes do transporte em saúde, das quais destacamos as seguintes:

- Transporte de Pacientes Eletivos; e
- Transporte de Resíduos de serviços de saúde, incluindo armazenamento e destinação final.

O SETS tem financiamento bipartite: os recursos para investimentos (aquisição de microônibus, *software*, consultorias, equipamentos de informática, de monitoramento, caminhão-baú, dentre outros) são de responsabilidade da SES/MG e o custeio do serviço é de responsabilidade dos municípios. Como o sistema envolve mais de um município e o financiamento tem como princípio a cooperação intermunicipal, é imprescindível a criação de um fórum legítimo de discussão quanto ao financiamento dos projetos da microrregião. Nesse sentido, desde o início, considerou-se o Consórcio como o instrumento mais adequado para a organização dos municípios de menor porte em torno da gestão dos serviços de saúde. Assim, o SETS funciona por meio de parcerias estabelecida entre governo do Estado, Consórcios Intermunicipais de Saúde[1] (CIS) e prefeituras.

---

[1] O consórcio é a união ou associação de dois ou mais entes da mesma natureza para viabilizar a resolução de problemas ou o alcance de objetivos que sejam comuns às partes. Os consórcios de municípios têm se mostrado instrumentos eficazes para atender demandas específicas e solucionar

III. Transporte de Pacientes Eletivos

A necessidade de deslocamento de um paciente até outra cidade, para consultar um especialista ou fazer algum exame mais complexo, é o que motivou a SES/MG a instituir o sistema de transporte de pacientes eletivos.

O sistema tem como público-alvo os pacientes do SUS e, como princípio de racionalização, a implantação de um sistema de rotas de transporte, definidas em função do fluxo de pacientes. Esse planejamento busca a eficiência do trajeto, de forma a permitir aos usuários o mínimo de rotas possíveis ou a menor distância possível, considerado o horário pré-agendado pelo SUS ou pelo Consórcios de Saúde local.

Para a definição das rotas, são consideradas:

- as demandas por procedimentos de atenção à saúde referenciadas na Programação Pactuada e Integrada (PPI) de cada cidade das microrregiões.
- a disponibilidade de centros Viva Vida e Mais Vida, para atendimento dos encaminhamentos da APS.

Para transportar os pacientes, o governo optou por micro-ônibus com capacidade entre 14 e 19 lugares, visando comodidade, conforto e economicidade. Os microônibus são práticos e eficientes em rotas de curta e média distância, sendo uma opção econômica e que oferece flexibilidade para adaptação às diferentes necessidades (estradas de chão/estradas asfaltadas). Os microônibus dispõem, ainda, de ar condicionado, poltronas reclináveis e aparelhos de TV e DVD, utilizados

---

problemas de saúde que não podem ser resolvidos individualmente pelos municípios. É um modelo de ação compartilhada para ofertar serviços de maior complexidade para os habitantes de vários municípios, incapazes, por si só, de estruturar os serviços. Tem-se, assim, uma maior racionalidade do uso de recursos financeiros, equipamentos, recursos humanos e instalações físicas. A experiência já está consolidada em Minas Gerais, que conta hoje com 64 consórcios intermunicipais de saúde, ocupando todas as microrregiões do Estado.

para veiculação de vídeos educativos. Durante todo o percurso os pacientes são acompanhados por um agente de viagem, responsável por conduzi-los até os locais de atendimento. Em muitos municípios, este agente de viagem é um profissional de enfermagem.

Figura 1: Microônibus para transporte de pacientes eletivos

O serviço atende somente aos usuários portadores de bilhete de passagem, que contém as informações de assento e horário da consulta agendada, de forma a convergir com o sistema de transporte regular. O bilhete é entregue ao paciente por ocasião do agendamento do procedimento.

O projeto prevê que o sistema seja apoiado por um *software* de agendamento de lugares, integrado com as centrais de regulação em cada GRS, com monitoramento do veículo por meio de GPS, em tempo real.

Funcionamento

O agendamento dos procedimentos é realizado pelas Secretarias Municipais de Saúde, diretamente em um sistema informatizado *on-line*, que é acessado pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde, responsável pelo gerenciamento da disponibilidade dos procedimentos, bem como das vagas do serviço de transporte. Ao término do agendamento, o paciente recebe um bilhete de passagem que lhe dá direito ao transporte na data prevista para o procedimento.

O paciente embarca na sua cidade de origem, em pontos de embarque definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, e desembarca no local em que será prestado o atendimento. A viagem de retorno se inicia na unidade de saúde onde ocorreu o atendimento e termina no ponto de embarque de seu município de origem, evitando o desconforto de ter que se deslocar até a rodoviária. Durante o percurso, os pacientes assistem a filmes sobre cuidados com a saúde.

O projeto é implantado de forma gradual, e as microrregiões a serem contempladas são definidas a partir de avaliação de equipe técnica da SES/MG, observando a lógica da constituição das redes de atenção à saúde. No exercício de 2007 e 2008, o sistema foi implantado nas seguintes regiões:

Quadro 1

Microrregiões em que foi implantado o SETS, 2007-2008

	MICRO (21)	CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE - GERENTES DO SISTEMA (16)
1	Micro Juiz de Fora	ACISPES
2	Micro Santos Dumont	ACISPES
3	Micro São João del Rei	CISVER
4	Micro Montes Claros/Bocaiúva	CISPORTAL
5	Micro Janaúba	CISUNIAO
6	Micro Mantena	CONSONORTE
7	Micro Ponte Nova	CISAMAPI
8	Micro São João Nepomuceno	CIESP
9	Micro Campo Belo - Santo Antônio do Amparo	CISMARG
10	Micro Águas Formosas	CISMARG
11	Micro Brasília de Minas	CISNORTE
12	Micro Januária	CISMMA
13	Micro Araçuaí	CISMEJE
14	Micro Itaobim	CISMEJE
15	Micro Salinas - Taiobeiras	CISARP
16	Micro Francisco Sá	CISGRAOMOGOL
17	Micro Diamantina	CISAJE
18	Micro Minas Novas	CISAJE
19	Micro Coração de Jesus	CISMESF
20	Micro Pirapora	CISMESF
21	Micro Viçosa	CISVI

IV. Transporte de Resíduos de Serviços de Saúde

O transporte, o armazenamento e a destinação de resíduos de saúde são assuntos que também merecem cuidado e atenção por parte dos gestores de saúde, em razão de seu potencial de impactar negativamente o meio ambiente e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população.

A situação desse serviço, em Minas Gerais, ainda não é a ideal, mas está sendo enfrentada com a implantação de um sistema que trata de forma integrada os resíduos dos serviços de saúde.

Da mesma forma que o transporte de pacientes, a opção do governo do Estado foi investir e apoiar os municípios na realização desse serviço de forma cooperada, oferecendo recursos financeiros e os veículos para transporte dos resíduos.

O serviço é realizado por caminhões-baú adequados às normas da Vigilância Sanitária e de transporte de carga perigosa e fazem a coleta dos resíduos em todas as unidades de saúde dos municípios da microrregião. As rotas são previamente definidas e acordadas entre os gestores municipais e os custos são compartilhados.

Figura 2: Caminhão-baú para transporte de resíduos dos serviços de saúde

O apoio do governo do Estado está vinculado à elaboração e implantação de Planos de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) dos municípios. O governo estadual também apóia financeiramente a elaboração desses instrumentos.

O sistema já está em funcionamento na microrregião de Juiz de Fora, por meio do consórcio ASCIPES, e na microrregião de São João Del Rei, por meio do consórcio CISVER.

V. Os Primeiros Projetos

O serviço tomou por base experiência exitosa implantada em 2005 na microrregião de Juiz de Fora, por meio de parceria entre governo do Estado de Minas Gerais e a Agência de Cooperação em Saúde Pé da Serra (ACISPES), consórcio de 12 municípios do entorno de Juiz de Fora (Aracitaba, Belmiro Braga, Chácara, Coronel Pacheco, Ewbanck da Câmara, Matias Barbosa, Oliveira Fortes, Piau, Santos Dumont, Simão Pereira e Rio Novo), formado com vistas à realização de procedimentos de média complexidade (consultas e exames complementares).

A população-alvo do Consórcio é de, aproximadamente, 100.000 pessoas usuárias do SUS, residentes nos municípios da microrregião de abrangência, sendo que Juiz de Fora é sede de mais de 90% dos atendimentos referenciados.

O projeto-piloto contou com recursos do governo do Estado para aquisição de veículos e *softwares* e com recursos dos municípios da área de abrangência do Consórcio, para custeio do sistema.

Em 2006 foram implantados mais dois projetos: o primeiro, em parceria com o Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes (Cisver), com sede em São João del Rei, e o outro, em parceria com o Consórcio Intermunicipal de Saúde Portal do Norte, com sede em Montes Claros.

A parceria com os três consórcios garantiu a cobertura em 41 municípios mineiros e, observados os resultados do projeto, a SES/MG considerou inequívoca a necessidade de se estender para as demais microrregiões conforme disponibilidade orçamentária.

O serviço se revela ainda mais importante quando confrontado com a realidade, na qual 35% das consultas e outros procedimentos pré-agendados deixam de ser realizados em função da dificuldade de transporte para o paciente.

VI. Resultados

O Sistema de Transporte em Saúde vem alcançando resultados significantes, causando um impacto financeiro de até 70% de redução dos gastos municipais com transporte de usuários dos serviços de saúde.

Além da diminuição considerável do absenteísmo, percebe-se, de imediato, a grande satisfação dos usuários ao serem transportados de forma mais digna e humanizada.

CAPÍTULO XI

VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Luiz Felipe Almeida Caram
José Geraldo de Leal Castro
Aníbal Arantes Jr.

I. Introdução

A vigilância sanitária é uma das formas mais antiga de intervenção do Estado no âmbito da saúde pública, com ações de controle da qualidade da água, das condições de salubridade das cidades e da circulação de mercadorias e pessoas (Brasil, 2007).

São também remotas as referências a ações de vigilância epidemiológica, para controle de doenças transmissíveis, na era das grandes pandemias e de fortalecimento do comércio e proliferação dos centros urbanos. A quarentena e o isolamento de doentes eram medidas típicas de polícia médica que interferiam, inclusive, no intercâmbio comercial entre países.

"[...] foi com a chegada da família real que se incrementaram as intervenções de cunho sanitário e se estruturou a Saúde Pública, com foco na contenção de epidemias e inserção do país nas rotas de comércio internacional. Em 1820, foi criada a Inspetoria de Saúde Pública do Porto do Rio de Janeiro e logo foram estabelecidas normas para organizar a vida nas cidades. Diversos aspectos da vida urbana da época foram contemplados: cemitérios, gêneros alimentícios, açougues, matadouros, casas de saúde, medicamentos, entre outros" (Brasil, 2007).

O desenvolvimento da microbiologia e o melhor conhecimento dos mecanismos de transmissão das doenças levaram a novos métodos de controle, criando um novo paradigma de vigilância na saúde pública.

As mudanças observadas mais recentemente nos perfis epidemiológico e demográfico do País, com a redução do grupo de doenças transmissíveis e a tendência inversa do grupo das doenças não transmissíveis e das causas externas (violência), passam a exigir uma outra abordagem que incorpore o monitoramento dos fatores de risco para orientar a adoção de medidas de promoção da saúde.

Nesse contexto, a vigilância das condições de saúde passa a transcender a conotação epidemiológica e também sanitária, ampliando-se seu objeto para uma ação mais completa de Vigilância em Saúde.

O Código de Saúde do Estado de Minas Gerais, promulgado em 2006, já trata a questão como Vigilância em Saúde, abrangendo as seguintes áreas:

- vigilância epidemiológica e ambiental;
- proteção à saúde do trabalhador;
- vigilância alimentar e nutricional;
- oferta de sangue, componentes e hemoderivados;
- controle de hemopatias;
- vigilância sanitária.

Em face da evolução do objeto da vigilância, a SES/MG dá início a partir de 2007 a um processo de adequação, ainda em curso, ao novo paradigma de Vigilância em Saúde, fundamentado nos seguintes princípios:

- da intersetorialidade, isto é, da prática cooperativa com os setores de referência de planejamento e gestão, em um processo de ajuste contínuo entre demanda e oferta de

informação e a aplicação de métodos da disciplina epidemiologia nos processos de monitoramento e de avaliação. Com essa finalidade, está se buscando avançar com novas tecnologias de gestão, com ênfase na adoção do enfoque epidemiológico que requer, por indução da demanda, o aperfeiçoamento dos sistemas de informação e a produção de análises de situação de saúde.

- da vigilância não apenas de doenças e agravos à saúde, como também dos fatores de risco de adoecimento decorrentes de fatores condicionantes familiares e pessoais, assim como do ambiente (Vigilância Ambiental).
- da inserção da vigilância no cotidiano das práticas dos serviços de atenção básica e hospitalar (média e alta complexidade).

II. Reestruturação do Modelo de Vigilância em Saúde

A grande mudança de paradigma na vigilância em saúde ocorreu a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8.080/90), que incorpora a noção de risco nas ações de controle sanitário, com o fim de *"eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde […]"*.

A incorporação do controle de riscos à saúde implica uma ação também preventiva e não mais apenas reativa, o que exige mudanças no modelo de organização e gestão do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS).

Em Minas Gerais, essas mudanças começaram em 2007, quando a SES/MG iniciou a implantação de um modelo de atuação intersetorial e cooperativo de vigilância. As mudanças se refletiram também na estrutura da Secretaria, com a criação da Subsecretaria de Vigilância em Saúde, à qual se vinculam Superintendências temáticas relativas aos dois principais pilares da vigilância:

- Superintendência de Vigilância Sanitária – responsável pelo monitoramento e controle dos fatores de risco de produtos, serviços e equipamentos da área de saúde.
- Superintendência de Vigilância Epidemiológica – responsável pela aplicação de métodos da disciplina epidemiológica nos processos de vigilância de eventos adversos à saúde e dos fatores de risco decorrentes de condicionantes familiares e pessoais, assim como do ambiente, e monitoramento e avaliação permanentes da situação de saúde.

III. A Vigilância Sanitária

A Lei federal nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, que instituiu o SNVS e criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), definiu como áreas objeto do controle sanitário:

- alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes e outros.
- serviços de saúde e de interesse à saúde.
- ambientes, incluído o do trabalho.

No Código de Saúde de Minas, a Vigilância Sanitária foi definida como um *"conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e agravos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde"*.

Como se pode ver, as ações de vigilância sanitária não se dissociam das ações de saúde; ao contrário, permeiam todas as atividades de promoção, proteção e reabilitação da saúde, atuando tanto nas atividades de particulares quanto nas públicas.

A atuação da vigilância sanitária se estabelece, assim, com base nos riscos à saúde decorrentes da utilização de bens e serviços; e a atuação do Estado, nesse sentido, assume importância cada vez maior em um cenário de produção cada vez mais intensa e de grande

circulação de produtos e prestação de serviços. E, pela natureza deste espaço de intervenção, a vigilância sanitária se caracteriza pela interdisciplinaridade e pela intersetorialidade.

Como política pública, o controle sanitário visa, adicionalmente, promover melhorias na qualidade dos bens e serviços de interesse à saúde, buscando, também, viabilizar o acesso dos diversos grupos populacionais aos bens e insumos de saúde (medicamentos, imunobiológicos, hemoderivados, equipamentos médico-odontológico-hospitalares, procedimentos de média e alta complexidade, entre outros), em quantidade e qualidade adequadas à prevenção e controle dos principais problemas de saúde-doença aos quais os grupos populacionais estejam expostos.

A estrutura e as ações da Superintendência de Vigilância Sanitária estão organizadas por áreas temáticas de atenção: alimentos, estabelecimentos de saúde, medicamentos e congêneres e infraestrutura física, cabendo-lhe a coordenação, o acompanhamento e a avaliação das ações de controle sanitário, bem como a assessoria às 28 Gerências Regionais de Saúde.

A organização e a gestão da área foram ainda mais fortalecidas com a instituição do Plano Diretor de Vigilância Sanitária de Minas Gerais (PDVS/MG), que representou um elemento facilitador para maior apropriação do modelo de gestão preconizado pelo Choque de Gestão.

Recentemente, mais de quinhentos municípios de Minas Gerais elaboraram planos de ação, de acordo com as diretrizes do PDVS/MG de o Pacto pela Saúde, do Ministério da Saúde, representando um grande avanço na descentralização das ações, na organização e gestão do SNVS e, particularmente, no sistema estadual de vigilância sanitária.

Ressalta-se, também, a implantação do projeto-piloto de vigilância sanitária microrregional, objetivando a estruturação dos

serviços locais, com definição de diretrizes estratégicas numa lógica de planejamento único, considerando o enfoque do risco como objeto da intervenção. Essa proposta surgiu da necessidade de fortalecimento dos municípios das microrregiões, estabelecendo a regionalização como eixo estruturante do processo de descentralização e buscando a intersetorialidade e integralidade, em espaços compartilhados para promover o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária e dos demais serviços de saúde.

A Superintendência de Vigilância Sanitária foi também pioneira na celebração do Acordo de Resultados, que ocorreu em 2005. Os resultados alcançados têm sido bastante significativos, sendo previstas, a cada período, metas cada vez mais desafiadoras, com a inclusão de indicadores de impacto das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Outro avanço importante na modernização gerencial da Superintendência de Vigilância Sanitária é sua participação singular no Projeto Estruturador "Descomplicar" do governo do Estado, cujo foco é a desburocratização e a revisão e simplificação de processos de prestação de serviços.

Ação Regulatória: Vigilância de Produtos, Serviços e de Ambientes

Devido à natureza das ações de vigilância sanitária, predominantemente voltadas à regulação do poder econômico para garantir o interesse sanitário da coletividade, suas práticas estão baseadas em princípios jurídicos e em extenso arcabouço legal.

Um importante instrumento de controle sanitário é o monitoramento da qualidade higiênico-sanitária de produtos e serviços ofertados à população, bem como de sua eficácia, como no caso dos insumos de saúde como medicamentos e equipamentos médico-hospitalares.

Na premissa da busca de resultados, em consonância com o Choque de Gestão, os programas de monitoramento passaram a ser importantes instrumentos de vigilância sanitária inseridos nas

diretrizes do SUS e, portanto, nas políticas públicas de saúde. Dentre os programas de monitoramento estaduais coordenados pela Vigilância Sanitária/MG, destacam-se os Programas de Monitoramento da Qualidade dos Alimentos, Monitoramento da Qualidade dos Hemocomponentes, Monitoramento de Água para Hemodiálise, Monitoramento do Controle de Qualidade em Mamografia e o de Monitoramento da Qualidade de Medicamentos e Cosméticos, sendo este último utilizado como modelo pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para implantação em âmbito nacional.

Como em toda atividade reguladora, o ambiente de ação da vigilância sanitária é dotado de grande complexidade, caracterizado por conflitos de interesses. Em vista disso, a efetividade do controle sanitário requer um esforço permanente de articulação intersetorial e de integração intrassetorial e a incorporação e aprimoramento de novas práticas, como a comunicação e a educação sanitária. Nessa perspectiva, a Superintendência de Vigilância Sanitária tem celebrado parcerias com diferentes setores, sobretudo com os órgãos integrantes do Sistema Nacional de Defesa do Consumidor, a saber: Ministério Público Estadual e Federal, Procon Estadual, Polícia Federal, Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, Instituto Mineiro de Agropecuária, Receita Estadual, Polícia Civil, entre outros.

A integração intrassetorial constitui-se em um dos grandes desafios da vigilância sanitária o que, certamente, requer um esforço na mudança de sua cultura institucional. Para o efetivo cumprimento da missão de eliminar, reduzir e prevenir os riscos à saúde presentes em produtos e serviços sob seu âmbito de atuação, a vigilância sanitária deverá incorporar indicadores mais abrangentes, baseados, principalmente, nos atuais sistemas de informação em saúde e nos dados epidemiológicos existentes.

A criação da Subsecretaria de Vigilância em Saúde veio proporcionar uma maior aproximação física e funcional das vigilâncias ambiental, epidemiológica, sanitária e, recentemente, da vigilância

da saúde do trabalhador, com o propósito de integralizar as ações de saúde desenvolvidas.

Dentre as ações realizadas na ótica da integralidade, destacam-se: a participação da Vigilância Sanitária na condução de situações emergenciais na saúde da Unidade de Epidemiologia de Campo da Saúde da Subsecretaria de Vigilância em Saúde da SES/MG; a ação entre a Gerência de Infra-estrutura Física e as coordenadorias responsáveis pelos projetos estruturadores PRO-HOSP, Saúde em Casa e Viva Vida, além do Programa Farmácia de Minas, na elaboração de programas de área física no intuito de prevenir os riscos associados a uma inadequada solução arquitetônica, como fluxos cruzados, ambientes insalubres e não acessíveis.

Construção da Consciência Sanitária: Mobilização, Participação e Controle Social

O desafio de ampliar a consciência sanitária e fortalecer o controle social tem sido enfrentado pela Secretaria de Vigilância Sanitária por meio de ações educativas, envolvendo profissionais da área, conselheiros de saúde, rádios comunitárias, escolas e comunidade, além da produção de material educativo decorrente das penas educativas imputadas às empresas infratoras.

Grandes mudanças já têm ocorrido, como a participação de conselheiros de saúde na discussão e aprovação dos planos de ação de vigilância sanitária e a inserção da área de controle sanitário na agenda política dos gestores municipais, por intermédio das discussões nas instâncias de gestão colegiada microrregional e estadual, da CIB.

IV. A Vigilância Epidemiológica

Karel Raska, em um artigo de 1964, foi o primeiro a qualificar a vigilância como epidemiológica. Essa denominação induziu ao

equívoco de restringir o uso da epidemiologia à *vigilância de doenças*, atividade que constitui apenas parte das aplicações da epidemiologia. A vigilância epidemiológica ficou, assim, restrita à prevenção e controle de doenças transmissíveis.

A Lei Orgânica da Saúde definiu a vigilância epidemiológica como um *"conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças"* (Raska, 1964).

O Código de Saúde de Minas Gerais incorpora o ambiente ao escopo da vigilância epidemiológica, com as seguintes definições:

- Vigilância Epidemiológica – conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção e a prevenção de mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva.
- Vigilância Ambiental – conjunto de informações e ações que possibilitam o conhecimento, a detecção e a prevenção de fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana.

A Epidemiologia no Novo Modelo Sistêmico de Vigilância

O novo paradigma da Vigilância em Saúde se constitui como uma completa reestruturação do sistema de vigilância, que adjetiva, de forma clara, o papel da epidemiologia no Sistema de Saúde, com a delimitação de três subsistemas:

- vigilância de eventos adversos à saúde e de seus fatores de risco;
- inteligência epidemiológica;
- promoção da saúde.

O primeiro agrega a vigilância e controle de doenças transmissíveis, das doenças e agravos não transmissíveis e a vigilância ambiental.

O segundo subsistema incorpora a análise epidemiológica de indicadores de morbimortalidade, demográficos e sociais com o objetivo de elaborar a análise permanente da situação de saúde, indispensável para a melhor compreensão das condições de saúde da população e de seus determinantes, assim como dos resultados das políticas, programas e ações desenvolvidas. Esse subsistema inclui, ainda, a atuação frente a novas situações decorrentes da ocorrência de surtos e de doenças inusitadas que exigem respostas rápidas.

Faz parte desse subsistema a coleta e o processamento contínuo de dados estruturados em bases que compõem Sistemas de Informação normatizados e coordenados, em âmbito nacional, pelo Ministério da Saúde, que são as fontes principais para a geração das análises.

O terceiro subsistema – Promoção da Saúde – envolve ações e serviços de promoção da qualidade de vida que reduzam a vulnerabilidade e os riscos à saúde (modos de viver, condições de trabalho, ambiente, educação, acesso a bens e serviços de saúde essenciais) por meio de ações específicas.

O grande diferencial desse modelo de Vigilância é o de estabelecer limites nítidos da vigilância e as demais aplicações da epidemiologia nos serviços de saúde, rompendo com o modelo tradicional caracterizado mais como um sistema de informação para apoiar a coordenação de programas de controle de doenças infecciosas.

Adequação do Recurso Humano

O exercício das atividades de Vigilância em Saúde se faz por um trabalho de equipe multidisciplinar. Os profissionais que a integram têm suas concepções próprias acerca do Sistema, advindas das suas formações curriculares distintas. Por sua vez, a incorporação

de novas tecnologias introduz novas práticas e novos processos de trabalho, o que torna mais complexo o processo de atualização, que deve se dar de forma articulada, em diferentes tempos e espaços e com uma concepção sobre o valor social. No bojo do PEP foram realizados vários cursos e eventos de treinamento, no período de 2000 a 2007, capacitando 24.045 profissionais de nível superior e médio de ensino que atuam na área de Vigilância em Saúde dos municípios e do Estado. Dentre estes, foram ofertados cursos básicos de vigilância em saúde, de vigilância ambiental, sala de vacina, saúde indígena, controle da Tuberculose, Controle da Hanseníase, controle do Dengue e de sistemas de informação.

No nível de pós-graduação, a ESP/MG deu início em 2008 a um curso de especialização em Epidemiologia, com conteúdo curricular voltado para a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e ambiental. Trata-se de curso inédito no País, realizado por demanda da SVS e com recurso financeiro do projeto VIGISUS, que irá formar especialistas com perfis adequados ao cenário epidemiológico atual, o qual se caracteriza pela preponderância daquele grupo de doenças e agravos. Ainda no nível de pós-graduação, a SVS já apresentou à ESP/MG solicitação para a realização de um curso de mestrado profissional, com concentração em epidemiologia.

V. A Municipalização da Vigilância

A municipalização das ações de vigilância em saúde teve seu início efetivo em 2000, com a publicação da Portaria GM/MS nº 1.399, de 15/12/1999, que regulamentou os dispositivos da NOB 01/96 referentes à vigilância epidemiológica (denominação que prevalecia).

O processo de certificação dos municípios, pré-requisito para que pudessem assumir a gestão e execução das ações de Vigilância em Saúde em seu território, deu-se de forma gradual, por ser

opcional, dependendo, assim, da manifestação do gestor municipal, estando condicionado, também, à existência de uma infra-estrutura municipal mínima.

Em 2002 estavam certificados 827 municípios e mais 21 foram certificados a partir de 2003, restando, pois, apenas cinco municípios para serem certificados.

O modelo de gestão compartilhada entre os três entes federados atribui ao Estado também a execução de forma complementar e suplementar, quando constatada a insuficiência municipal ou em situações de risco que extrapolam os limites municipais.

VI. Sistemas de Informação

Entre os sistemas de informação do SUS, três se destacam em relevância no contexto da Vigilância em Saúde:

- Sistema de Informação de Mortalidade (SIM): possibilita conhecer o perfil da mortalidade na população.
- Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC): produz informação sobre as condições das crianças ao nascerem, da gestação e do parto, essenciais para o planejamento, monitoramento e avaliação das ações voltadas para o segmento materno-infantil.
- Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): tem por objetivo coletar, transmitir e disseminar dados gerados rotineiramente pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

Esses sistemas, apesar de extremamente úteis, ainda apresentam dois problemas comuns que restringem sua utilização. O primeiro problema é a cobertura, relativa à razão entre o número de eventos processados e o estimado por metodologia apropriada. O segundo é a completude, referente à freqüência de registros feitos no documento de coleta ou à não-obtenção do dado para registro. Essas discrepâncias podem ser conferidas nos gráficos a seguir.

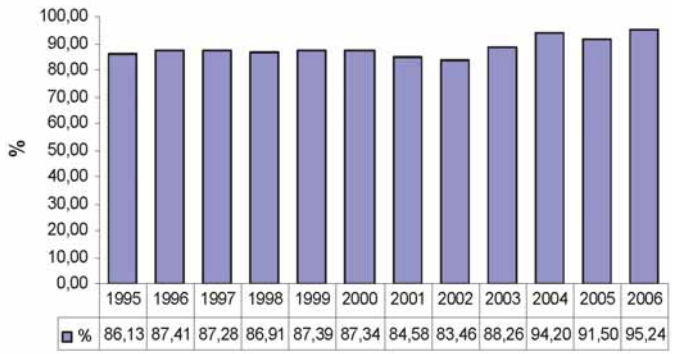


Gráfico 1: Razão entre óbitos informados e estimados pelo IBGE, Minas Gerais, anos de 1995 a 2006
Fonte: Brasil, 2006.

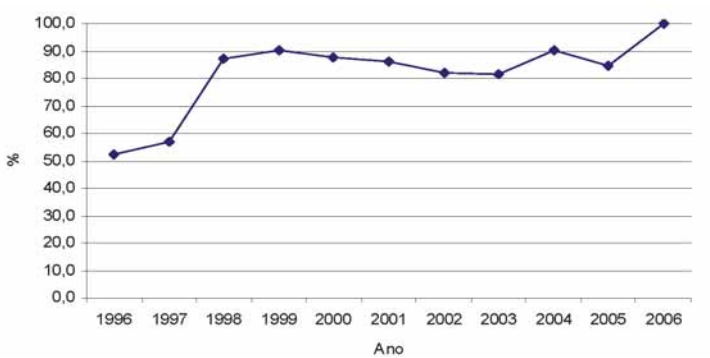


Gráfico 2: Razão entre nascidos vivos informados e estimados em Minas, 1996-2006
Fonte: Brasil, 2006.

Um problema específico do SIM é o da proporção de óbitos cuja causa básica é mal definida. Proporções altas (acima de 15%) restringem o uso dos indicadores de causalidades em estudos sobre a mortalidade.

A completitude do SINASC atingiu um grau de excelência em 2006, sendo menor de 2% a proporção dos registros não feitos ou de dados ignorados. Essa característica confere ao sistema a robustez necessária para sua utilização em análises e pesquisas. A completitude do SIM, entretanto, é ainda insatisfatória para alguns campos.

Medidas adotadas em parceria entre o Estado e os municípios têm possibilitado avanços importantes com a redução continuada

dos óbitos por causas mal definidas. No período 2000 a 2006, a proporção desses óbitos caiu de 14,2% para 11,5% entre o primeiro e o último ano do período.

A SES/MG vem adotando, ainda, outras medidas de enfrentamento desses problemas:

- a implantação de uma rede de Serviços de Verificação de Óbitos (seis serviços), já havendo projeto aprovado e recurso financeiro assegurado para a construção da primeira unidade, em Belo Horizonte.
- estímulo e orientação aos médicos para o correto preenchimento das causas dos óbitos no documento pertinente, por meio de material de multimídia.
- utilização da estratégia de autópsia verbal, adotada com o intuito de esclarecer a causa básica do óbito quando os registros da Declaração não permitem conhecê-la.

VII. Outras Ações Importantes

Análise de Situação de Saúde

As análises de situação de saúde constituem um dos principais instrumentos para a identificação de prioridades para políticas no setor saúde.

As duas análises já produzidas em Minas Gerais, nos anos de 2006 e 2007, utilizaram metodologia que garantiu completude aos resultados, contribuindo significativamente para o planejamento e gestão das ações de saúde no Estado. Trata-se de trabalho é inédito no Brasil, considerando sua abrangência (estadual) e completude.

Observatório de Saúde

A iniciativa tem por objetivo oferecer aos gestores de saúde e às CIBs microrregionais um conjunto de indicadores para o

planejamento e gestão dos serviços de saúde de abrangência microrregional. O Observatório já está em sua terceira versão e se encontra completamente adequado ao PDR.

Divulgação de Informação

"Um dos componentes obrigatórios de um Sistema de Vigilância é a ampla divulgação das informações analisadas a todos os que as geraram e àqueles que delas necessitam" (Waldman, 1998).

A Secretaria dispõe de um veículo de divulgação periódica de análises epidemiológicas, o *Boletim Epidemiológico*. Esse periódico, que até 2006 era editado semestralmente, passou no ano seguinte a ter periodicidade bimensal e com um tiragem de 5.000 exemplares. Além disso, ele está acessível no *site* da Secretaria.

Programa de Imunização

A constância e o êxito do programa de imunização têm sido essenciais para a redução da morbimortalidade por doenças transmissíveis no Estado.

Quando foi instituído, em 1973, o programa estava voltado apenas para a população infantil, com apenas cinco vacinas. Atualmente, ele tem como alvo a família, disponibilizando vinte e seis vacinas, com três calendários básicos: o da criança, do adolescente e do adulto/idoso.

O programa é desenvolvido na rotina dos serviços das UBS e por meio de campanhas, com os objetivos específicos de manter erradicada a poliomielite, o sarampo e a febre amarela urbana, eliminar a ocorrência de tétano neonatal e da síndrome da rubéola congênita, manter o controle da difteria, coqueluche, tétano acidental, das formas graves da tuberculose e da febre amarela silvestre, alcançar e manter o controle da hepatite B, caxumba e infecções

pelo *Haemophilus influenzae* tipo B, que protege contra um tipo de meningite que é transmitida por esta bactéria.

No ano de 2006, foi introduzida a vacinação contra o rotavírus para crianças menores de seis meses. Dados epidemiológicos mostram ser a diarréia causada por esse vírus a segunda causa de mortalidade infantil.

Além das vacinas de rotina, são oferecidos imunobiológicos a pacientes especiais, como aqueles que fazem hemodiálise, com déficit imunológico e aqueles que tiveram algum efeito adverso por uma vacina de rotina, dentre outros. Há também um programa de vigilância voltado para detectar precocemente os possíveis eventos adversos temporalmente associados à vacina.

Na área laboratorial, a Diretoria do Instituto Octávio Magalhães (DIOM), que integra a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, tornou-se o melhor Laboratório Central de Saúde Pública – Lacen do Brasil, segundo a última avaliação da Anvisa. Com suas atividades voltadas ao trabalho de prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, a DIOM atende às demandas dos sistemas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental.

VIII. A Educação como Estratégia para a Promoção da Vigilância em Saúde

O exercício das atividades de Vigilância em Saúde se faz por um trabalho de equipe multidisciplinar, o que implica trabalhar com diferentes concepções acerca do sistema, decorrentes das distintas formações curriculares dos profissionais envolvidos.

A incorporação de novas tecnologias, por sua vez, introduz novas práticas e novos processos de trabalho, tornando mais complexo o processo de atualização, que deve se dar de forma articulada em diferentes tempos e com uma concepção sobre o valor social do trabalho.

Minas tem adotado um modelo de educação permanente dos profissionais da área, com a realização de cursos e treinamentos de curta duração, oferecidos para servidores dos municípios e do Estado.

Os eventos de formação e capacitação de agentes municipais e estaduais de Vigilância em Saúde têm buscado transformar práticas burocráticas e cartoriais em serviços efetivos e de qualidade, contando com parceiros institucionais, dentre os quais se destaca a ESP/MG. Para tanto, os cursos incorporam temas e conteúdo de áreas com interfaces em questões de saúde, de forma a integrar outros atores intra e interinstitucionais, reafirmando a natureza interdisciplinar e intersetorial das ações de vigilância.

Uma nova estratégia está sendo implementada, em substituição a um modelo de transferência de conhecimentos de natureza normativa. O novo modelo adota alternativas próprias para cada situação, consideradas as lacunas de conhecimento, os problemas estruturais dos serviços e a melhor prática pedagógica a ser aplicada.

No nível de pós-graduação, a SES/MG encomendou à ESP/MG a realização de curso de especialização em Epidemiologia, com conteúdo curricular voltado para a vigilância de doenças e agravos não transmissíveis e ambientais. Trata-se de curso inédito no País e que irá formar especialistas com perfis adequados ao perfil epidemiológico atual.

Ainda no nível de pós-graduação, a Secretaria negocia com a Escola de Saúde a realização de curso de mestrado profissional, com concentração em Epidemiologia.

IX. Avanços a Celebrar

As mais importantes modificações no perfil epidemiológico do Estado dizem respeito à acentuada redução da morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIPs) e à tendência inversa observada com relação às doenças não transmissíveis e causas externas (violência).

Essas modificações, associadas à queda dos indicadores de fecundidade e natalidade, repercutem na estrutura populacional do Estado, com o aumento da expectativa de vida e o conseqüente envelhecimento da população de idosos (60 anos e mais).

A tradução do aumento da expectativa de vida está relacionada, por sua vez, com a queda da mortalidade geral, com melhores resultados na mortalidade infantil.

As análises têm evidenciado resultados exitosos de ações governamentais continuadas e que têm sido aperfeiçoadas e ampliadas na atual gestão. Eles se expressam no controle, eliminação e erradicação de várias doenças transmissíveis. Dentre esses resultados, é de se destacar a erradicação da poliomielite, a interrupção da circulação do vírus e da ocorrência de casos autóctones de sarampo, mantendo o objetivo de erradicar essa doença. É de se mencionar também a redução da incidência do tétano neonatal a nível abaixo do parâmetro da OMS para considerá-lo eliminado como problema de saúde pública; da raiva humana, cuja incidência e concentração sinaliza para a sua próxima eliminação por transmissão por animais domésticos; da difteria, coqueluche e o tétano acidental e da doença de Chagas. Vale ressaltar que o Estado recebeu da Comissão Internacional de Especialistas, constituída pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), o certificado de interrupção da transmissão vetorial pelo *Triatoma infestans* em seu território. Por outro lado, inquéritos sorológicos em escolares da zona rural demonstram o controle definitivo da transmissão da doença de Chagas às novas gerações de Minas Gerais.

Com relação às demais doenças citadas, os resultados alcançados se devem a programas bem sucedidos de imunização humana e de animais domésticos (raiva).

As análises permitem ainda acrescentar nesse rol de ações bem-sucedidas os bloqueios de surtos de febre amarela silvestre, impedindo a reurbanização da doença. Esses surtos ocorreram nas

regiões Centro-Oeste e Alto Jequitinhonha, respectivamente nos anos 2001 e 2002/2003.

O processo de certificação dos municípios mineiros, pré-requisito para que possam assumir a gestão e execução das ações de Vigilância em Saúde em seu território, tem ocorrido de forma gradual, por ser opcional e, assim, depender da manifestação do gestor municipal, estando condicionado, ainda, à existência de infra-estrutura municipal mínima. Mesmo assim, em 2002 estavam certificados 827 municípios e mais 21 foram certificados a partir de 2003, restando apenas cinco municípios para serem certificados.

Até o primeiro semestre de 2008, mais de 500 municípios haviam elaborado planos de ação, em consonância com as diretrizes do Plano Diretor de Vigilância Sanitária editado pela Anvisa e do Pacto pela Saúde firmado com o Ministério da Saúde. Estes planos foram discutidos e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde e apresentados nas CIBs Microrregionais, com homologação na CIB estadual, representando um grande avanço na descentralização das ações, na organização e gestão do SNVS e, particularmente, no subsistema estadual de vigilância sanitária.

X. Os Principais Desafios

Doenças Transmissíveis

Algumas doenças transmissíveis apresentam quadro de persistência, configurando uma agenda inconclusa. Para essas doenças, é necessário o fortalecimento da integração entre as áreas de vigilância e prevenção e a rede assistencial, considerando que o diagnóstico e o tratamento dos doentes são determinantes para a interrupção da cadeia de transmissão. Tornam-se necessárias também ações multissetoriais, já que esse caráter de persistente endemicidade se deve, em grande parte, a determinantes externos ao setor saúde: desmatamentos, ampliação das fronteiras urbanas sem adequada infra-estrutura,

alterações ambientais decorrentes de grandes obras e de condições socioeconômicas (Carmo, 2003).

Dentre essas doenças, destacam-se no Estado tuberculose, hanseníase, dengue, leishmanioses, hepatites virais.

A **tuberculose** destaca-se em razão de sua prevalência ainda alta, de sua ampla distribuição geográfica e da potencial evolução para óbito das formas graves da doença.

A prevalência da **hanseníase**, que em 2006 foi de 1,2/10.000 habitantes, é considerada de média magnitude e o número de casos novos tem se mantido constante nos últimos seis anos (em torno de 2500), indicando a necessidade de reformulação nas estratégias de controle da endemia no Estado.

Com relação à **dengue**, a doença é endêmica no Estado, com períodos epidêmicos. Já foi detectada a circulação de três dos quatro sorotipos conhecidos do vírus da Dengue, estando o vetor disperso em todo o Estado. Em 2006, o plano estadual de controle da Dengue foi reformulado, adotando-se novas estratégias em municípios de médio e alto risco, com monitoramento e apoio financeiro do Estado. Como não há evidência técnica de viabilidade de erradicação do mosquito vetor, essa circunstância requer a execução ininterrupta de ações de controle que envolvem a mobilização social, o fortalecimento da vigilância da doença e do vetor, para ampliar a capacidade de predição e detecção precoce de surtos da doença.

As **leishmanioses** (visceral e tegumentar) estão em expansão geográfica, com aumento da prevalência. A SES/MG está implementando um plano de combate à doença que prevê a transferência de recursos financeiros, monitoramento e apoio técnico aos municípios de maior risco.

As **hepatites** estão sendo enfrentadas por diversas ações iniciadas com a implantação do Plano Estadual Assessor das Hepatites Virais, em 2004. O Plano dá início à estruturação da vigilância

dessas doenças no Estado, o que demanda a estruturação de uma rede de serviços integrada por centros de testagem e aconselhamento, UBS e serviços especializados.

Doenças e Agravos não Transmissíveis

As doenças e agravos não transmissíveis configuram-se como as principais causas de hospitalizações e mortes no Estado.

Diferentemente da prevenção de várias doenças transmissíveis, que se dá por meio de ações de alcance coletivo (saneamento básico, imunização, controle vetorial), a prevenção das doenças não transmissíveis depende de mudanças comportamentais, de adequação alimentar, de atividades físicas, dentre outras, portanto de autocuidados, requerendo o monitoramento contínuo de fatores considerados de risco e uma relação intensiva entre paciente e equipes de saúde.

A estratégia para a vigilância das doenças não transmissíveis é buscar modificar o perfil de risco para prevenir a doença e, também, para melhorar o prognóstico da doença já instalada.

Essas doenças têm períodos de indução e latência prolongados. Por isso, os resultados das ações de prevenção tornam-se evidentes a médio e longo prazos.

Uma das prioridades tem sido a estruturação de um sistema de vigilância de fatores de risco que difere da vigilância das doenças transmissíveis cujo foco é o caso. O modelo que está sendo implementado agrega ações que visam a prevenção dos fatores de risco, por meio do monitoramento de populações de risco, do fomento de alimentação e atividades físicas saudáveis.

Dentre as doenças não transmissíveis, destacam-se as do aparelho circulatório e as neoplasias, que são os dois principais grupos de causas de mortalidade no Estado. Dentre as do primeiro grupo,

destacam-se as doenças cerebrovasculares, infarto agudo do miocárdio e as hipertensivas. Tem sido observada também uma redução da taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório nos últimos anos. Entre as neoplasias, as de traquéia, brônquios e pulmões são as mais freqüentes, sobretudo entre os homens, com expressivo aumento, contudo, entre as mulheres.

Causas Externas

Esse grupo engloba as violências, dentre as quais se destacam as agressões e os acidentes de transporte. Além do aumento da mortalidade decorrente dessas causas, ocorre também uma mudança de perfil: se antes a mortalidade decorrente desse grupo de causas era preponderantemente devida aos acidentes de transporte, seguidos das agressões (homicídios), a partir de 2002 a relação se inverteu e assim permanece.

Trata-se de problema de natureza bastante complexa, que exige abordagem interinstitucional, cabendo fundamentalmente ao setor saúde organizar a rede assistencial, oferecer pronto atendimento qualificado, reduzir seqüelas e a letalidade, além de produzir informações que permitam a elaboração de estudos que subsidiem as políticas de prevenção das violências.

XI. Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Vigilância em Saúde* – Tomo II. Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 8.080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Lei n.º 9.782*, de 26 de janeito de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a. Disponível em: <http://www.portaltributário.com.br/legislacao/lei9782.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º1.399*, de 15 de dezembro de 1999. Brasília: Ministério da Saúde, 1999b. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude.gov.br/portal/saude>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n.º 2.203*, de 5 de novembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1196.html>.

CARMO, H. G. L L. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 2, 2003.

MINAS GERAIS. *Código de Saúde do Estado de Minas Gerais*. Lei n.o 13.317, de 24 de setembro de1999. Belo Horizonte: Gorverno do Estado de Minas Gerais, 2006.

WALDMAN, E. A. *Informe Epidemiológico do SUS*, Brasília, ano VII, jul./set. 1998.

CAPÍTULO XII

PLANEJAMENTO, PESSOAS, PROCESSOS E INFORMAÇÕES

Jomara Alves da Silva
Francisco Tavares Júnior
Fernanda de Oliveira Esteves
Renata Neri
Juliana Barbosa
André Luiz Moreira dos Anjos
Rejane Lamounier França

I. Introdução

Dar qualidade ao ciclo de produção de políticas públicas, entendido como o movimento que se inicia com o planejamento e a formulação das proposições, passando pela execução das ações e seu monitoramento e se completando com a avaliação dos resultados, tem sido sempre um grande desafio dos governos, não apenas no Brasil, mas em todos os países.

As experiências nacionais e internacionais demonstram que as etapas iniciais de planejamento e formulação de políticas, nas quais o gestor declara as suas intenções, apresentam poucas dificuldades, mesmo para governos com menor grau de desenvolvimento de sua gestão. Parte da facilidade deve-se ao fato de que os principais problemas a serem enfrentados já são conhecidos dos formuladores, assim como já estão delineadas em sua mente as principais mudanças que eles pretendem implementar. Além disso, em um mundo cada vez mais próximo da aldeia global prevista por Marshall McLuhan,

os problemas e os sonhos de mudança há muito estão globalizados, sendo compartilhados pelos mais diferentes governos, o que facilita o aprendizado com a experiência alheia.

As dificuldades começam a aparecer de fato no momento da realização do sonho, quando é preciso transformar os planos em ações concretas e, nesse aspecto, talvez o fator que mais contribua para que os resultados planejados deixem de ser alcançados seja a falta de um acompanhamento adequado da execução do plano. Esse acompanhamento é essencial para que se possa avaliar não apenas se as ações estão ocorrendo de acordo com o planejado, mas, sobretudo, para manter o plano vivo, promovendo as correções de rumo necessárias para mantê-lo adequado à realidade, que muda constantemente e em velocidade cada vez maior.

O Choque de Gestão em implantação em Minas Gerais busca enfrentar esse problema, com a adoção de uma estratégia de contratualização, por meio de Acordos de Resultados[1]. Nesses instrumentos de pactuação são acordados, entre órgãos e entidades do poder executivo estadual e seus superiores hierárquicos, os compromissos de entrega de serviços.

O monitoramento como sistemática contínua e permanente contribui para a qualificação do planejamento e para subsidiar o esforço e o comprometimento do corpo gerencial e técnico da Secretaria com o fazer mais e melhor. A lógica do planejamento estratégico, por sua vez, contribui para que as equipes e, mais ainda, os indivíduos percebam e compreendam o impacto do seu trabalho para a realização das estratégias da Secretaria e, por conseqüência, para o alcance dos objetivos estratégicos e resultados finalísticos do Estado.

A rotina de monitoramento intensivo, dentre as principais estratégias do governo, foi a primeira a produzir impactos e resultados na SES/MG. Essa prática tem contribuído para a disseminação

[1] Os Acordos de Resultados estão disciplinados na Lei nº 17.600, de 1º de julho de 2008.

e a consolidação de uma cultura de responsabilização e de busca contínua por resultados, de forma alinhada e suportada por um planejamento estratégico.

Essa estratégia, contudo, não é suficiente para realizar os resultados planejados no PMDI nem para tornar Minas Gerais o melhor Estado para se viver. Para isso, é essencial que o governo conte com pessoas capacitadas, direcionadas pelo motivador comum de um Estado focado em resultados e voltado para o cidadão e comprometidas com a organização na qual se inserem e com o serviço que devem realizar. Ciente disso, complementando a estratégia de contratualização, o governo de Minas Gerais tem investido em uma renovada política de Gestão de Pessoas que tem como componentes essenciais a valorização do servidor do Estado e a pactuação de metas de desempenho, com o pagamento de remuneração variável em função dos resultados apresentados.

Complementarmente aos movimentos de planejamento, pactuação de compromissos e valorização dos servidores, o governo vem direcionando esforços em dois outros sentidos:

- Melhoria da qualidade de seus processos produtivos.
- Utilização de ferramentas de tecnologia da informação e construção de estruturas de comunicação capazes de fornecer ao Estado informações tempestivas e de qualidade para subsidiar seus processos decisórios.

No decorrer deste capítulo será apresentado o resumo das principais iniciativas relacionadas aos temas planejamento, pessoas, processos e tecnologia da informação.

II. Planejamento e Gestão – A Mudança Cultural e a Consolidação da Cultura de Resultados

Em Minas Gerais, a função de planejar, implementar e garantir efetividade às políticas públicas constitui-se em um desafio

particular, dadas as características do Estado, com sua vasta extensão territorial, alta diversidade cultural e a maior divisão político-administrativa do Brasil, com 853 municípios. Esse desafio torna-se ainda mais complexo na área da saúde, em função do grande volume de usuários a serem atendidos.

Tendo como base as diretrizes do Choque de Gestão e da Gestão por Resultados, a SES/MG iniciou seu planejamento com uma série de debates entre seus gestores, que resultaram nas seguintes definições estratégicas:

Quadro 1
Formulação estratégica da SES/MG

VISÃO	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.
MISSÃO	Formular, regular e fomentar as políticas de saúde de Minas Gerais, de acordo com as necessidades da população, assegurando os princípios do SUS.
VALORES	Ética, Transparência, Compromisso, Eficiência, Cooperação, Equidade, Qualidade, Humanização e Inovação.

Dos debates resultou também um elenco de resultados selecionados como prioritários para a ação da Secretaria, e que são:

- redução da mortalidade infantil;
- ampliação da cobertura do Programa Saúde da Família (universalização da assistência);
- redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial;
- redução dos anos potenciais de vida perdidos (APVP).

Indicadores de Desempenho

A partir das formulações estratégicas, a SES/MG, com apoio de consultoria externa, iniciou um processo de reavaliação de suas cadeias produtivas e de construção de uma matriz de indicadores estratégicos a serem objeto de monitoramento permanente.

Os indicadores foram selecionados e priorizados a partir da análise da missão e da visão definidas na etapa de formulação estratégica e cada um devia responder a três questões: "onde estamos?" (a missão), "para onde queremos ir?" (a visão) e "o que faremos para chegar lá?" (a estratégia).

Dessa análise resultaram 62 indicadores que procuram refletir o desempenho da SES/MG e o impacto deste desempenho para o SUS em Minas Gerais. Entre esses indicadores, destacam-se: os anos potenciais de vida perdidos (APVP) por doenças cardiovasculares e diabetes; a taxa de mortalidade infantil; o percentual de internações por condições sensíveis a atenção ambulatorial; e o percentual de população coberta pelo Programa Saúde da Família.

Esses indicadores têm as seguintes propriedades: são baseados nos requisitos da SES/MG e guardam relação com a cadeia de processos; integram-se com a estratégia da SES/MG e com as metas de longo e médio prazo; são mensuráveis, simples e claros; são específicos e estão disponíveis rapidamente; apresentam baixo custo de implementação; são facilmente comparáveis; podem ser documentados e comunicados; e, em sua maioria, podem ser abertos por microrregião e por município, permitindo uma visualização mais apurada dos resultados e uma intervenção mais concreta quando necessário.

O Tratamento das Informações

Um dos paradoxos do SUS é ter, por um lado, um grande volume de dados assistenciais e epidemiológicos e, todavia, inúmeras decisões que não são pautadas ou embasadas por informações confiáveis e precisas. Os sistemas de informação são geralmente fragmentados e não focam o imenso potencial de gerar conhecimento no tempo certo, o que orientaria a decisão dos gestores e qualificaria a assistência.

As mudanças que estão sendo implementadas na SES/MG visam transformar dados em medidas confiáveis sobre o desempenho

das organizações, tornando-as capazes de nortear o processo de tomada de decisão.

Os sistemas de informação da SES/MG estão sendo desenhados a partir de uma lógica integradora e matricial das informações, em substituição à concepção fragmentada pela qual cada área tem um banco de dados e uma estrutura própria para lidar com as informações. O enfoque principal é o acompanhamento de indicadores estratégicos que reflitam objetivamente os êxitos e as dificuldades da Secretaria no cumprimento de sua missão no SUS.

A operacionalização do sistema de monitoramento estratégico da SES/MG envolve a coordenação de sua Assessoria de Gestão Estratégica (AGE) para a integração entre diferentes setores da Secretaria.

Os bancos de dados continuam sendo trabalhados em áreas diferentes dentro da Secretaria (bancos epidemiológicos na Superintendência de Epidemiologia e bancos assistenciais nas Superintendências de Atenção à Saúde e de Regulação) e sua integração ocorre com o fornecimento periódico dos dados referentes aos indicadores estratégicos contidos em cada banco a uma única área na SES/MG, a AGE. O repasse dessas informações é responsabilidade do gestor de cada banco de dados.

A AGE funciona, assim, não apenas como coordenadora do processo de integração das informações estratégicas da Secretaria, mas como um setor de inteligência, realizando análises comparativas com os indicadores das microrregiões do Estado, buscando identificar as melhores marcas, os indicadores positivos e as lacunas que estão impossibilitando que a Secretaria realize suas estratégias e seus planos.

O ciclo se completa com o retorno de informações que a AGE provê aos gestores das áreas técnicas que respondem pela formulação das políticas temáticas de saúde – Gestores de Condições de

Saúde. Com os relatórios de desempenho fornecidos pela AGE, os gestores passam a ter um conjunto de informações sobre indicadores estratégicos que subsidiarão o processo decisório dos órgãos e entidades da Secretaria.

As análises produzidas pelos Gestores de Condições de Saúde são feitas de forma regionalizada, em conjunto com as GRS, sob a coordenação da Assessoria de Gestão Regional (AGR). As análises são submetidas posteriormente às 75 CIBs Microrregionais do Estado, instâncias de pactuação e deliberação do SUS nos territórios microrregionais, que funcionam como fórum de negociação entre os Estados e os municípios. Com isso, as CIBs Microrregionais podem ser pautadas por discussões consistentes sobre indicadores de desempenho que possibilitem aos gestores intervir em eventuais gargalos ou dificuldades e decidir as melhores ações para aprimorar a qualidade de vida e a longevidade da população do Estado.

III. Pessoas – Componentes Essenciais do Estado

Para garantir a toda a SES/MG um quadro de profissionais capacitados, comprometidos e motivados, várias iniciativas já foram implementadas por esta Secretaria, e outras estão em curso. Vale destacar algumas delas:

- Reestruturação das carreiras e da política remuneratória do Sistema Estadual de Gestão da Saúde.
- Recomposição da força de trabalho da Secretaria, com a realização de concurso público e de processos seletivos internos para autoridades sanitárias.
- Fortalecimento da política de ações educacionais e implantação do Canal Saúde.
- Implantação de programa de estágio na SES/MG.
- Eliminação do estoques de processos de recursos humanos.

O Servidor e sua Carreira

A valorização do servidor passa, necessariamente, pela construção de um Plano de Carreira e da respectiva estrutura remuneratória que permitam ao profissional vislumbrar as possibilidades de inserção na teia de funções do órgão, a partir das competências e habilidades que possui, bem como de outras que pretenda adquirir. O plano deve dar transparência às possibilidades de crescimento profissional, tanto do ponto de vista técnico, quanto salarial, possibilitando ao servidor fazer escolhas conscientes a respeito de seu percurso profissional no órgão. Essas escolhas também se colocam para os dirigentes, que devem alocar os servidores em funções nas quais suas competências e habilidades possam ser mais bem aproveitadas em prol dos resultados que a organização deve apresentar.

Tendo essa visão como premissa, a SES/MG promoveu a reestruturação das carreiras e das tabelas salariais do Sistema Estadual de Gestão da Saúde, em um processo que também valorizou o servidor, pois foi realizado de forma democrática, por meio de Mesa de Negociação constituída por representantes dos próprios servidores da área da saúde.

Em 2005, com a promulgação da Lei nº 15.462, foram estruturadas as carreiras da SES/MG, da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), da Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais – (Hemominas) e da Fundação Ezequiel Dias (Funed). Logo em seguida foram estabelecidas as tabelas de vencimento básico das Carreiras do Grupo de Atividades de Saúde (Lei nº 15.786, de 27 de outubro de 2005), que resultaram em um aumento médio de 22% na remuneração dos servidores da SES/MG, com impacto financeiro na folha de pagamento de cerca de 13 %. A lei estabeleceu ainda a previsão de reajuste de 5% das tabelas salariais

em 30 de junho de 2006 (art. 4º, alterado pelo art. 125 da Lei nº 15.961, de 30 de dezembro de 2005).

Em 2007, foi feita uma revisão das tabelas salariais do Grupo de Atividades de Saúde, em função da discrepância da remuneração desses profissionais em relação à remuneração de mercado, o que acarretava poucas inscrições nos concursos realizados pelos órgãos e entidades do Sistema Estadual de Saúde, elevada perda de concursados para o mercado e dificuldade de manutenção da motivação dos servidores na prestação de serviços aos cidadãos. Essas situações se repetiam em todas as carreiras, mas especialmente nas carreiras de nível superior de escolaridade. Em razão disso, foi elaborada uma nova tabela salarial para o Grupo de Atividades da Saúde (Lei nº 17.618, de 7 de julho de 2008), conforme quadro abaixo.

Tabela 2
Alteração da tabela Salarial

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	% MÉDIO DE AUMENTO
Médio e Fundamental	8%
Superior 30h	15%
Superior 40h	42,9%

Fonte: SG/Gerência de Recursos Humanos.

Avaliação de Desempenho – Ferramenta de um Estado de Resultado

Paralelamente à reestruturação das carreiras e dos salários e em consonância com as premissas do Choque de Gestão, o governo de Minas Gerais implantou sistemáticas de Avaliação de Desempenho, entendidas como ferramentas essenciais da gestão das pessoas que atuam em um Estado voltado para resultados; resultados esses que devem ser significativos para a população a quem os servidores do Estado devem, de fato, servir. Com essas iniciativas, o desenvolvimento

do servidor na carreira passa a ocorrer não somente pelo decurso do tempo de serviço, mas também em decorrência de mérito funcional e qualificação profissional, com igualdade de oportunidades.

Foram implementadas duas sistemáticas de Avaliação de Desempenho[2]:

- Avaliação de Desempenho Individual (ADI): direcionada aos servidores já efetivados no quadro da Secretaria que, agora, para progredirem na carreira, além do tempo de efetivo exercício na posição que ocupam, precisam ter pontuação superior a 60% na Avaliação de Desempenho.
- Avaliação Especial de Desempenho (AED): destinada aos servidores em período de estágio probatório. Eles serão submetidos a três períodos de dez meses de avaliação, no decorrer do estágio probatório, sendo considerado apto o servidor que alcançar o mínimo de 60% de aproveitamento na média dos pontos obtidos em todas as etapas da avaliação.

O processo de implantação da Avaliação de Desempenho Individual 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 de desempenho. Outro fator dificultador foi o fato de que 75% dos servidores passíveis de avaliação estavam em exercício em unidades de saúde municipais, em razão da municipalização das ações de saúde, e, assim, eram gerenciados por gestores municipais.

Hoje, pode-se dizer que já há um entendimento geral na Secretaria, tanto por parte dos gestores como dos servidores, com as exceções normais, de que a ADI é um importante instrumento de gestão de pessoas que permite ao servidor identificar seu desempenho, conhecer seu potencial, aprimorar suas competências e gerir seu desenvolvimento na carreira.

---

[2] Lei Complementar nº 71, de 30 de julho de 2003.

Mecanismos de Incentivo e Premiação

Dois outros instrumentos foram implantados pelo governo de Minas Gerais, com o objetivo de reconhecer e incentivar o bom desempenho dos funcionários do Estado: o Adicional de Desempenho (ADE)[3] e o Prêmio por Produtividade[4].

Como parte do Acordo de Resultados firmado entre o Sistema Estadual de Saúde e o governo de Minas Gerais, foi efetuado o pagamento do primeiro prêmio por produtividade, em razão dos resultados satisfatórios obtidos pela SES/MG (nota 9,1), na avaliação de desempenho institucional referente ao ano de 2007.

A premiação é relativa à proporção do resultado obtido na avaliação de desempenho institucional (9,1), aplicado à remuneração dos servidores e aos dias de efetivo exercício em 2007.

A idéia é que todo ano seja realizada uma avaliação de desempenho institucional para mensuração dos resultados da organização, associada à política remuneratória, com premiação dos servidores.

O próximo prêmio terá como referência a segunda etapa do Acordo de Resultados, que traz como novidade o estabelecimento de indicadores por unidade administrativa e considerará o resultado do trabalho em equipe para fins de pagamento do prêmio.

Quadro Gerencial – Democratização do Acesso e Qualificação

Para oferecer oportunidades iguais a todos os interessados em ocupar os cargos gerenciais da Secretaria, a SES/MG implantou um processo de Certificação Ocupacional, desenvolvido em parceria com a UFMG e executado pela Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (Fundep), Entidade Certificadora externa. O processo visa,

---

[3] Instituído pela Lei nº 14.693, de 30 de julho de 2003.

[4] Definido no bojo da Lei nº 17.600, de 1º de julho de 2008, que institui e disciplina o Acordo de Resultados.

também, avaliar se as pessoas interessadas em ocupar cargos em comissão estratégicos para a administração detêm as competências necessárias ao desempenho das atividades relacionadas com as ocupações pretendidas.

O instrumento oferece aos dirigentes dos órgãos uma relação de pessoas qualificadas e devidamente certificadas, aptas a ocuparem os cargos estratégicos, de livre nomeação e exoneração, aumentando a certeza sobre os bons resultados que estas pessoas possam trazer para o serviço público.

O primeiro processo de Certificação Ocupacional foi realizado em 2007 e teve como objetivo a formação de um banco de currículos potenciais para a função de titular das Gerências Regionais de Saúde de Minas Gerais. Em janeiro de 2008, foi publicada a relação dos 91 candidatos certificados.

Ainda em 2008 deve ser realizado novo processo de Certificação para o cargo de Gerente Administrativo das unidades regionais do Hemominas e para 2009 está prevista a Certificação para a função de Coordenação de Gestão das Gerências Regionais de Saúde.

Outras Iniciativas Importantes

Reestruturação da área de RH

Em função da importância estratégica da área de gestão de pessoas e do volume de ações e projetos, a Gerência de Recursos Humanos da SES/MG foi reestruturada e elevada ao nível de Superintendência, passando a denominar-se Superintendência de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde (SGPES). A reestruturação passou também pela revisão e reorganização dos fluxos dos setores, otimizando os processos e aumentando a eficiência e eficácia da gerência.

A reestruturação resultou em melhores condições de trabalho, com a fusão ou cisão de setores e a implementação de novos processos e fluxos de trabalho, além do redimensionamento da equipe,

possibilitando a eliminação de cerca de 90% do estoque de processos, principalmente relacionados à concessão de férias-prêmio, registro de diplomas e certificados, aposentadoria e averbação de certidões.

Auxílio Alimentação

Aderente às estratégias de valorização dos servidores e de foco em resultados, a partir da celebração do Acordo de Resultados foi instituído o cartão alimentação/refeição para todos os servidores em exercício na SES/MG. Com o alcance da meta de economia de recursos de custeio na área meio, com redução de cerca de 10% das despesas de manutenção da Secretaria, no mês de dezembro de 2007, os servidores em exercício na SES/MG foram premiados com crédito extra no *ticket*, em valor equivalente a um mês do benefício.

Central de Atendimento

Em novembro de 2007, foi criada a Central de Atendimento com a finalidade de disponibilizar aos servidores da SES/MG informações relacionadas à gestão de pessoas, atendendo-os de forma mais eficaz. A Central de Atendimento em Recursos Humanos atende os servidores presencialmente, por telefone e por *e-mail*, realizando cerca de 3.000 (três mil) atendimentos em média por mês.

Sistema Integrado de Gestão de Pessoas (SIGESP)

Sistema informatizado destinado a implantar um processo de gestão integrado de informações pessoais e profissionais dos servidores da SES/MG, de forma ágil, confiável e atualizada, com conseqüente melhora da eficácia e eficiência da Gestão de Pessoas.

O sistema ainda está em construção e as informações coletadas devem facilitar a elaboração e implantação de projetos para: adequação das pessoas aos locais de trabalho e às funções profissionais; ajuste dos perfis para compor equipes de trabalho; alimentar o retorno das ações de capacitação e resultados pessoais e aconselhamento profissional dos servidores.

O banco de dados formado permitirá ainda que o sistema emita declarações, certidões, contratos em modelos padronizados e permita à SGPES orientar os dirigentes para a melhor gestão dos talentos que compõem sua equipe.

OTIMIZARH

O Projeto objetiva aprimorar a adequação da capacidade pessoal e profissional dos servidores em exercício na SES/MG, por meio da identificação dos perfis pessoal e profissional do quadro, possibilitando a melhor adaptação dos perfis às necessidades funcionais das unidades da SES/MG.

Em 2008, foi realizado o Censo dos Servidores em exercício na SES/MG, para identificar quem são os servidores que compõem a força de trabalho. Com os dados do Censo pretende-se iniciar em 2009 a identificação das lacunas entre as necessidades das áreas e a força de trabalho existente na SES/MG, no que se refere ao perfil dos servidores. O Censo também permitirá a realocação de servidores, conforme perfil pessoal e demanda por competências das unidades administrativas.

Para 2009 e 2010 estão previstas outras três fases do Censo:

- Fase 2 – Suporte à Reestruturação da Função de Recursos Humanos da SES/MG, que tem por objetivo prover um conjunto de informações relevantes para a estruturação das funções da Secretaria, em atendimento às demandas impostas pelo contexto atual e futuro.
- Fase 3 – Suporte à Gestão por Competências das Unidades da SES/MG, que tem por objetivo prover um instrumento de gestão de recursos humanos baseado em competências que facilite os processos de contratação/movimentação, desenvolvimento e avaliação de recursos humanos.
- Fase 4 – Expansão da Metodologia de Gestão por Competências na SES/MG, que tem por objetivo expandir o

instrumento de gestão de recursos humanos baseado em competências desenvolvido na fase 3 para toda a SES/MG.

CAPACITARH

Iniciado em 2007, o projeto teve como objetivo central readequar a política de capacitação dos servidores da SES/MG, visando a profissionalização, a elevação da escolaridade e a ampliação da possibilidade do servidor galgar uma carreira pública e a conseqüente valorização das pessoas, possibilitando maior eficiência da administração pública e melhor qualidade dos serviços prestados.

Formação de Gestores

Trata-se de ação implantada em 2008 pela SEPLAG, por meio do Programa de Desenvolvimento de Gestores, realizado pela Fundação Dom Cabral. O Programa foi estruturado em quatro módulos, com duração de quatro meses, e teve a participação de 78 (setenta e oito) gerentes da SES/MG, nos níveis de Superintendência e Diretoria. O principal objetivo é profissionalizar a gestão pública, por meio da formação e desenvolvimento de gestores públicos, buscando a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas instituições públicas mineiras e alcance dos propósitos e resultados pretendidos para o atendimento dos anseios e necessidades dos beneficiários da sociedade mineira.

Recomposição de Força de Trabalho

A SES/MG não realizava concurso desde 1992, perdendo força de trabalho pelos mais variados motivos, quais sejam, aposentadoria, exoneração a pedido, transferências para outros órgãos, Programa de Desligamento Voluntário (PDV), além de ter usado alternativas instáveis de contratação de pessoal.

Na busca por solução definitiva para a recomposição de seu quadro de servidores efetivos, a SES/MG realizou concurso público para o provimento de 450 vagas para o cargo de Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, em 2006, sendo que 279 tomaram

posse. Em 2007, novo concurso público foi realizado para provimento de 492 vagas, sendo empossados 668 servidores.

Em relação à função específica de autoridade sanitária, a SES/MG optou por realizar processos seletivos internos. O Decreto n.º 44.099,de 29 de agosto de 2005, que regulamentou a designação dos servidores para as funções de Autoridade Sanitária, estabeleceu vagas para atividade de auditoria assistencial do SUS, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental e regulação da assistência à saúde. Também definiu que a designação para as referidas funções só poderia recair em servidores aprovados em processo seletivo interno específico.

Observatório de Recursos Humanos em Saúde

Em 2006, a SES/MG, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), instituiu o Observatório de Recursos Humanos em Saúde, que se destina a ser um espaço para o debate e reflexão entre profissionais da esfera acadêmica e da área pública sobre a Atenção Primária à Saúde.

Para subsidiar os debates e reflexões do Observatório, bem como a formulação de políticas públicas, a SES/MG, em parceria com a UFMG, realizou, em 2006, o Primeiro Censo das Unidades e Profissionais da APS, centrado em questões de gestão de pessoas na esfera pública.

Em 2008, o Observatório realizou os seguintes projetos:

- Projeto de pesquisa, aprovado e financiado pela Fapemig (PPSUS), sobre atração e retenção dos profissionais médicos na Atenção Primária.
- Projeto de pesquisa, aprovado e financiado pelo CNPq, sobre desempenho das UBS e satisfação dos usuários.
- Estudo propositivo sobre arranjos de carreiras para os profissionais de nível superior que atuam no Programa de Saúde da Família.

IV. Um Novo Modelo Organizacional – Estruturas e Processos a Serviço dos Resultados

A adoção de um modelo de atenção à saúde baseado na atuação em redes, como proposto pelo governo de Minas Gerais, é uma importante mudança de paradigma que determina uma forte relação matricial entre as diferentes unidades organizacionais. Isso exige estruturas flexíveis, baseadas em processos e papéis definidos claramente e na comunicação constante entre os diversos pontos de atenção à saúde.

Para operacionalizar um modelo com essas características e executar e dar efetividade às estratégias e aos planos, é preciso que haja um completo alinhamento entre os resultados esperados, a gestão de pessoas, a estrutura organizacional e os processos operacionais. O investimento nos meios para a realização dos resultados pretendidos é, assim, tão importante quanto planejar, executar, monitorar e avaliar as políticas públicas.

O impacto de todas essas novas iniciativas no âmbito da Saúde foi sentido diretamente nas diversas estruturas da SES/MG, resultado da dinâmica de adaptação dos atores envolvidos ao aumento do volume das atividades e operações já desenvolvidas, ou às novas responsabilidades assumidas, em decorrência da implantação dos novos programas e projetos do governo.

Para garantir as melhores condições para que se cumpram os objetivos estratégicos propostos no PMDI (redução da mortalidade infantil, redução dos anos potenciais de vida perdidos, ampliação da cobertura da atenção primária, redução das internações por condições sensíveis e, mais recentemente incluído, o aumento da resolubilidade das macrorregiões do Estado), e para que se efetive o modelo de atuação em rede, tornou-se imprescindível a revisão da estrutura organizacional da SES/MG.

A Reestruturação da SES/MG

A reestruturação se inicia já em 2003 (Lei Delegada nº. 64, de 29 de janeiro), com o desmembramento de algumas Superintendências e o fortalecimento de áreas como Atenção à Saúde, Regulação e Vigilância. A vivência e os aprendizados experimentados pela Secretaria no período de 2003 a 2006 subsidiaram novas mudanças estruturais iniciadas em 2007 (Lei Delegada nº. 127, de 25 de janeiro), com a criação de novas unidades, como a Superintendência de Assistência Farmacêutica e a Assessoria de Gestão Regional.

A **Superintendência de Atenção à Saúde (SAS)** pode ser conceituada como a área mais finalística da SES/MG, na qual reside boa parte do conhecimento técnico da Secretaria. É a área que tem a responsabilidade de conduzir a implantação do modelo das redes de atenção à saúde e na qual está alocada a maioria dos projetos estruturadores do Estado. A fim de alinhar a estrutura da Superintendência ao modelo de atuação em redes, optou-se por uma organização mais matricial e funcionando de maneira mais otimizada, com a criação das gerências de Atenção Primária, de Redes Temáticas e de Sistemas de Apoio e Logística – completamente alinhadas com os componentes da rede de atenção à saúde. Incorporou-se ainda o uso da metodologia de gerenciamento de projetos para os assuntos com início, meio e fim bem definidos.

A Superintendência de Epidemiologia (SE) é responsável pelas ações de prevenção e promoção no sistema de saúde, assuntos de fundamental importância no modelo de atenção proposto. É ainda responsável por prover diversos dados que precisam ser transformados em informação e conhecimento, ampliando os ativos intangíveis da organização.

A Superintendência de Gestão (SG) é responsável por parte significativa dos processos e atividades de suporte desenvolvidos na SES/MG e também foi reestruturada de modo a racionalizar e otimizar os processos desenvolvidos. O objetivo maior é garantir que os gargalos

estruturais internos da Secretaria – que muitas vezes dificultam a implantação das propostas e o alcance dos objetivos estratégicos – sejam minimizados. Os resultados esperados são que a SES/MG tenha uma boa estratégia de compras, faça uma boa gestão do consumo e mantenha um estreito alinhamento entre os processos-meio e processos-fim.

Por fim, a SES/MG estudou a estrutura das suas Gerências Regionais de Saúde, que são o grande elo de comunicação entre o nível estadual e o nível municipal e que precisam garantir que as políticas públicas propostas sejam efetivamente implementadas no nível municipal.

O Redesenho dos Processos da SES/MG

O principal objetivo das iniciativas de revisão dos processos produtivos da Secretaria é garantir benefícios concretos para os cidadãos, por meio da melhoria dos serviços que lhes são prestados.

Espera-se, com a melhoria e otimização dos processos, aumentar a eficiência, a produtividade, a transparência e a organização dos fluxos produtivos e garantir sua gestão, por meio de sua padronização e documentação.

A revisão dos processos produtivos da SES/MG foi motivada por um diagnóstico inicial que apontou: baixa produtividade da organização, em função da desorganização e inadequação dos processos; falta de padronização e de documentação, gerando diferentes interpretações sobre um mesmo processo; indefinição dos fluxos e das interfaces; falta de definição de papéis e responsabilidades e, portanto, de gestão dos processos; e falta de alinhamento dos processos com os produtos/serviços entregues.

O foco dessa iniciativa recaiu tanto sobre os processos da área fim quanto da área meio, demonstrando a preocupação em não só melhorar a prestação de serviços e os produtos oferecidos à sociedade, como também tomar medidas para que a estrutura da SES/MG seja capaz de prestar esses serviços com o máximo de eficiência possível.

Os processos selecionados para a primeira intervenção foram os seguintes:

- Credenciamento e acompanhamento dos contratos assistenciais;
- Aprovação do projeto arquitetônico e concessão do alvará sanitário (Alvará inicial e renovação);
- Gerenciamento de compras de materiais, serviços e medicamentos;
- Gerenciamento de medicamentos básicos;
- Auditoria assistencial;
- Gerenciamento de medicamentos de alto custo;
- Transferência de recursos financeiros por meio de resolução e convênios;
- Otimização e padronização de unidades de atenção primária à saúde (UAPS);
- Ações educacionais e capacitação;
- Construção e implantação de centros Viva Vida;
- Captação de recursos federais – Convênios;
- Atendimento às Ações Judiciais e Solicitações do Ministério Público;
- Gestão da Informação da Rede Hospitalar;
- Acompanhamento da execução dos contratos do PRO-HOSP/ Contratualização dos Hospitais Filantrópicos;
- Acompanhamento da implementação do "Programa de Gestão de Qualidade" nos hospitais do PRO-HOSP.

V. Gestão do Consumo – Uma Nova Visão

Um dos grandes gargalos operacionais para o cumprimento da missão da SES/MG refere-se aos processos de compra de materiais

e contratação de serviços e a dificuldade de gerenciamento dos contratos decorrentes. Para solucionar esse problema, a SES/MG decidiu não apenas redesenhar o processo de compras, mas adotar novas medidas que promovam maior agilidade no processo, com otimização de gastos e redução de custos. Para isso está sendo implantado o Programa de Gestão de Consumo, que tem como intuito qualificar o consumo da Secretaria, reduzindo despesas, otimizando processos e reduzindo prazos.

A proposta do projeto de Gestão de Consumo foi formulada a partir das seguintes constatações:

- Falta de planejamento das compras e contratações, resultando em fragmentação de licitações, aumento de custos operacionais e de contratação, morosidade nos processos e sobrecarga na área de compras da SES/MG;
- Falta de monitoramento da tramitação dos processos de contratação nas diversas áreas envolvidas e falta de padrão das ressalvas apresentadas pelas áreas que analisam os processos, com exigências diversas para processos semelhantes;
- Falta de monitoramento da contratação e falta de definição de um responsável pela execução de contrato.
- Falta de um processo organizado de gestão de contratos.

Diversas ações estão contempladas no Programa de Gestão de Consumo, que vão desde a definição de um gestor de contrato para cada contrato, pessoa que passa a zelar por sua correta execução, até a criação da Assessoria de Gestão de Consumo. Essa área específica na Secretaria tem como objetivos principais: monitorar os processos de compras e contratação, orientar os gestores de contratos e registros de preços, monitorar a execução dos contratos e planejar o consumo da Secretaria.

O Programa começa com a preparação de uma base de dados com todas as informações necessárias à organização e condução do

planejamento do consumo, incluindo a identificação e preparação dos atores envolvidos. Na seqüência são realizadas oficinas de alinhamento de conceitos e definidas metas por unidades administrativas e grupos de despesas de características similares. A partir da definição das metas, inicia-se um processo de negociação para adaptação das metas propostas pelas diversas unidades às expectativas e possibilidades da SES/MG, que deve considerar o orçamento previsto para o ano e os objetivos estratégicos e finalísticos da Secretaria para definição das metas finais a serem consideradas na execução anual da despesa.

O planejamento do consumo para 2009, realizado com auxílio de consultoria externa, é uma evolução significativa que possibilitará à área de compras a redução dos processos licitatórios, otimizando sua força de trabalho e reduzindo os prazos de compra e contratação.

O processo de compras foi todo redesenhado, também com ajuda de consultoria externa e participação de todos os envolvidos nas diversas fases e atividades. Foram elaborados e disseminados Procedimentos Operacionais Padrão, formulários e listas de verificação para homogeneizar atividades e organizar o fluxo dos processos, minimizando os impactos burocráticos que resultavam em prazos intermináveis que dificultavam a conclusão das compras e contratações, inviabilizando, em última instância, importantes entregas e resultados para a sociedade.

Com a implantação do Programa pretende-se gerar conhecimento sobre os fatores que influenciam cada gasto do órgão, possibilitando o estabelecimento de metodologia de planejamento de consumo a ser utilizada por toda a equipe.

O Programa de Gestão de Consumo traz, ainda, outros benefícios, como o comprometimento dos atores, o controle sobre os processos e o acompanhamento sistemático dos resultados e a melhoria da interface das áreas finalísticas com as áreas meio.

VI. Tecnologia e Informação para a Saúde

As transformações econômicas, políticas e tecnológicas por que tem passado a sociedade moderna exigem que as organizações se mantenham constantemente atualizadas para que consigam produzir efetivamente os bens ou serviços para os quais foram criadas. Adicionalmente, é fundamental que as organizações conheçam claramente seus objetivos para que possam definir as estratégias mais adequadas à sua consecução, considerando o cenário no qual estão inseridas.

Em Minas Gerais, não poderia ser diferente. O ciclo de produção de políticas públicas da Secretaria de Estado de Saúde exige que seja produzida uma série de transformações e mudanças para propiciar aos órgãos e entidades da administração condições adequadas para a produção de políticas públicas efetivas e o provimento de serviços públicos de excelência à população.

Conceitos como inovação, tecnologia, integração e redes estão presentes no Mapa Estratégico da SES/MG, e isso faz com que o uso da tecnologia da informação seja, também, cada vez maior no Estado.

A SES/MG está atenta às possibilidades que os avanços tecnológicos oferecem de aprimorar a efetividade das políticas públicas, bem como da eficiência na prestação de serviços à população, e algumas das iniciativas propostas e em implantação devem provocar em curto, médio e longo prazos os melhores avanços no SUS.

Alguns dos prováveis resultados que queremos destacar são os seguintes:

- acesso aos serviços públicos de saúde proporcionados por um sistema informatizado que regula os leitos e as consultas do SUS.
- possibilidade de classificação sistematizada do risco dos cidadãos, permitindo que as pessoas sejam atendidas de acordo

com protocolo que permite identificar uma escala de paciente mais ou menos grave.

- atendimento mais eficiente da população por meio de uma estrutura permanentemente informatizada que possibilita o acesso às informações, com racionalização dos serviços e dos gastos.
- maior transparência das ações públicas.

A indução para utilização de novas tecnologias no âmbito do SUS é, em si, um grande desafio, por uma série de razões, dentre as quais se destacam:

- envolve três esferas de governo – Federação, Estados e municípios – responsáveis pela gestão compartilhada do SUS.
- demanda a conformação de uma rede tecnológica de saúde pública cujo dimensionamento deverá ser, em pouco tempo, uma das maiores do Estado e até mesmo do País.
- muitos municípios não possuem estrutura tecnológica adequada (*hardware*, conectividade, etc.). Em alguns casos, até mesmo os profissionais que deverão atuar utilizando os sistemas não possuem habilidades, demandando um esforço prévio de capacitação e introdução à informática.

A implantação da rede única tecnológica do SUS, em todo o Estado de Minas Gerais, resultará na construção de uma das maiores redes informatizada de serviços públicos do Estado, abrangendo, aproximadamente, 3.000 unidades de atenção primária à saúde, além das clínicas de especialidades, unidades de pronto atendimentos, hospitais e demais unidades públicas de saúde.

Há que se considerar ainda um outro desafio: no SUS, as três esferas de governo devem trabalhar de forma compartilhada, com responsabilidades complementares e bem definidas, em constante interação e integração. Portanto, quando o Estado se propõe a implantar um novo modelo de atuação com forte enfoque na informatização dos serviços públicos de saúde, é necessário, acima de

tudo, garantir que todas as esferas realizem suas ações de forma articulada e cooperativa por meio de pactuações e de incentivos, até mesmo financeiros.

Os Grandes Projetos em TI

O Sistema de Regulação Estadual é apoiado por um *software* voltado para o aprimoramento das atividades de regulação do SUS/MG. Seu objetivo é agilizar a troca de informações de regulação entre as unidades administrativas e executivas dos serviços de saúde, visando garantir, acima de tudo, a melhoria no acesso da população a esses serviços, com assistência qualificada e em tempo oportuno.

A base de dados usada no sistema é o banco de dados da Programação Pactuada Integrada Assistencial (PPI). Uma nova funcionalidade foi implementada em 2008, voltada para o planejamento e gestão da PPI, com os seguintes objetivos:

- promover a eficácia e a eficiência do processo de planejamento e gestão da PPI.
- garantir a transparência das ações e aumentar a participação dos gestores e das diversas instâncias envolvidas.
- fortalecer os mecanismos de negociação e controle dos acordos realizados.

Na Informatização da Rede de Urgência e Emergência no SUS, destacam-se dois novos sistemas, cuja implantação iniciou-se no final de 2007 e deverá ser estendida até o final de 2010. Um deles é um mecanismo informatizado a ser implantado em todos os postos de triagem do Estado e que utiliza o Protocolo de Manchester. A experiência portuguesa com esse protocolo mostra que a informatização tem permitido a redução do tempo médio de classificação, em torno de um minuto, que fornece subsídios ao gestor para avaliação de todos os momentos do fluxo de

atendimento às urgências gerando *benchmarking* na comparação de diversos serviços e regiões do País.

O Sistema Integrado de Gestão da Atenção à Saúde – Prontuário Eletrônico, tratado no capítulo IX, é outro importante desafio de larga escala que merece destaque como algo inovador que provocará grande impacto na organização do sistema de saúde e nos indicadores que refletem a qualidade de vida da população.

O sistema informatizado de agendamento de transporte (Capítulo X) contribui para garantir que os cidadãos tenham acesso aos serviços de saúde, pois a marcação de consultas em centros de referência e todo o acesso a serviços hospitalares, inclusive internação, passam a ser garantidos por um transporte público eficiente, cujo agendamento é controlado por meio de um sistema informatizado.

VII. Conclusão

A melhoria constante do nível de qualidade dos serviços públicos prestados ao cidadão está diretamente relacionada à capacidade da administração pública de absorver e responder às demandas da sociedade. É dessa forma que o Estado garante o alcance dos seus objetivos, gerando soluções para a população.

Para alcançar esses resultados, a SES/MG assume uma postura de inovação na administração pública, ao conferir maior elasticidade às suas estruturas e criar um ambiente de aprendizagem organizacional, baseado no planejamento e no aprimorando permanente das estratégias e práticas e das ferramentas de planejamento, monitoramento e avaliação dos resultados.

A SES/MG entende que, mais do que gerar um grande número de dados de pouco valor agregado, o Estado precisa dominar a gestão da informação e do conhecimento, para conferir qualidade aos processos decisórios e aos serviços prestados à população. E é

nesse sentido que a Secretaria se utiliza das tecnologias de informação para gerar conhecimento e aprendizado e registrar a história da saúde da população de Minas Gerais.

VIII. Referências

BRASIL. *Constituição Federal* (Artigo 39, §7º). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 04 mar. 2009.

BRASIL. *Emenda à Constituição Federal nº 19*, de 5 de junho de 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

CUNHA JUNIOR, Luiz Arnaldo Pereira da. O governo matricial em Minas Gerais: implantando do Choque de Gestão. In: *IX Congresso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administración Pública*, Madrid, 2004. Disponível em: <nfr://www.clad.org.ve/fulltext/0049619.pdf>

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* (artigos 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 nº 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 nº 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 nº 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 nº 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 nº 44.308*, de 2 de junho de 2006. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/> Acesso em 04 de março de 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais nº 44.50*3, 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 nº 44.559*, de 29 de junho de 2007, disponível em: <http://www.almg.gov.br/> Acesso em 04 de março de 2009.

MINAS GERAIS. *Decreto do Estado de Minas Gerais nº 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 nº 45.015*, de 19 de janeiro de 2009. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/> Acesso em 04 de março de 2009.

MINAS GERAIS. *Lei Complementar do Estado de Minas Gerais nº 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 nº 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 nº 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 nº 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 nº 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 nº 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 nº 17.618*, de 7 de julho de 2008. Disponível em: <http://www.almg.gov.br/>. Acesso em: 4 mar. 2009.

VILHENA, Renata *et al*. *O Choque de Gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2006.

CAPÍTULO XIII

O CHOQUE DE GESTÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DE MINAS GERAIS – FHEMIG

Luis Márcio Araujo Ramos
Cynthia Bernis de Oliveira

I. Introdução

A profícua relação entre pessoas e processos configura grande desafio na gestão hospitalar, em particular nos hospitais públicos. O setor de saúde exige cada vez mais dos gestores hospitalares competência técnica e profissionalismo com criatividade na condução dos processos de gestão.

O desafio é ainda maior para a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), que gerencia a maior rede de hospitais públicos da América do Sul, formada por vinte unidades assistenciais.

Um diagnóstico realizado em meados de 2004 apontou importantes desafios para a gestão da rede hospitalar do Estado, dentre os quais destacamos os seguintes:

- Integrar, de forma efetiva, a Rede FHEMIG ao Sistema Único de Saúde (SUS).
- Definir um novo modelo assistencial, com prioridade para procedimentos de maior complexidade com foco na atenção secundária e terciária, tendo como principais referências a urgência e a emergência e a maternidade de alto risco.
- Aprimorar a estrutura física das unidades hospitalares, promover a revitalização tecnológica, a incorporação de novos

instrumentos de gestão e a adequação dos processos de trabalho, com vistas à melhoria do atendimento à população.

- Capacitar os recursos humanos e promover a melhoria da organização social e das condições de trabalho dos servidores.
- Recuperar a sustentabilidade econômica da Fundação, com melhor aplicação de recursos e aumento da receita.
- Modernizar o sistema de suprimentos visando regularizar o abastecimento de materiais médico-hospitalares, fator de freqüente estrangulamento da capacidade operacional das unidades hospitalares.

II. Estruturação da Rede Hospitalar – Gestão por Complexos Assistenciais

Uma das principais estratégias adotadas pela SES/MG para aprimorar a gestão e a assistência hospitalar foi promover a organização da rede dos hospitais públicos gerenciada pela FHEMIG em Complexos Assistenciais, assim definidos:

- Urgência e Emergência.
- Hospitais Gerais.
- Hospitais de Especialidades.
- Saúde Mental.
- Reabilitação e Cuidado ao Idoso (antigos hospitais-colônia de Hanseníase).
- MG Transplantes.

A estrutura proposta estabelece novas relações entre as unidades, evitando pulverizar ações e otimizando o planejamento das atividades relacionadas à assistência e ao gerenciamento.

A estruturação em rede – tanto das unidades de um mesmo complexo quanto dos complexos entre si – organiza o fluxo da demanda

dos usuários, agiliza o atendimento e disponibiliza, de forma mais efetiva, os recursos assistenciais da rede FHEMIG para a população.

As unidades dos Complexos Assistenciais da Fundação, agrupadas de acordo com o seu perfil e missão, distribuem-se geograficamente na capital e interior do Estado, como mostra a figura abaixo.

Figura 1: Rede de Complexos Assistenciais FHEMIG

III. Gestão Estratégica – Ferramentas e Estratégias

A melhoria da qualidade e o aumento da produtividade da rede hospitalar demandam planejamento, com foco na gestão estratégica, confiando na possibilidade de influenciar e impactar positivamente as relações administrativas e gerenciais. Apostando nessa direção, a FHEMIG adotou várias estratégias, ferramentas e instrumentos na gestão dos hospitais públicos de Minas, dentre os quais se destacam:

- Encontros Gerenciais – ferramenta de gestão estratégica, incorporada como rotina institucional, que reúne sistematicamente

os grupos gestores da administração central e unidades hospitalares com vistas ao planejamento e avaliação das ações.

- Avaliação de Custos – iniciativa destinada a consolidar uma cultura de gestão de custos na rede hospitalar, visto que as informações sobre gastos e investimentos, embora de importância inquestionável, não são suficientes para garantir a qualidade dos processos decisórios.
- Tecnologia da Informação – utilização de recursos de informática para suprir a falta de dados e informações apontada no diagnóstico de 2004. Nesse sentido, encontra-se em desenvolvimento um *software* – projetado para tratar as diferenças e peculiaridades de cada unidade hospitalar – para proporcionar maior agilidade nos processos de trabalho gerenciais e clínicos. Até o momento a FHEMIG investiu cerca de R$ 8 milhões em equipamentos de informática, rede lógica e ativos de rede, para a implantação de soluções tecnológicas.
- Gestão de Suprimentos – a FHEMIG adota, desde 2005, a estratégia de pregões eletrônicos e presenciais e atas de registro de preços como instrumento para processos de compras. Garantiu-se assim a regularização de 90% do abastecimento de insumos, bens e serviços, com redução de custos nas aquisições. Em 2007, foi criado o Almoxarifado Virtual – sistema de acompanhamento de estoque – que identifica a disponibilidade de insumos passíveis de remanejamento entre as unidades e complexos da rede. Os resultados imediatos do uso dessa estratégia foram a melhor adequação do estoque, a diminuição de perdas, o investimento em insumos indisponíveis, ou com baixo estoque, e a melhoria na regularidade do abastecimento das unidades. A mudança de paradigma para o setor de compras consolida de forma crescente a consciência quanto aos processos de custos e o desenvolvimento de uma cultura de otimização do uso dos recursos públicos.

- Estrutura Física – A estrutura física da rede hospitalar encontra-se em franco processo de revitalização, tendo recebido, nos últimos quatro anos, o maior aporte de recursos desde a criação da FHEMIG. As obras de revitalização priorizam a adequação física das unidades hospitalares às normas técnicas e a ampliação da capacidade produtiva, conforme demanda do SUS. A requalificação do espaço físico da rede hospitalar ocorre associada à modernização de equipamentos, com investimentos da ordem de R$ 95 milhões. A atualização tecnológica das unidades hospitalares tem recebido diversos equipamentos de moderna tecnologia, como desfibriladores, berços aquecidos, carrinhos de emergência, aparelhos de Raios-X, oxímetros, eletrocardiógrafos, aspiradores de secreção, ventiladores pulmonares, carrinhos de emergência, monitores multiparâmetros, instrumentais cirúrgicos, dentre outros. A aquisição de equipamentos também contempla mobiliários hospitalares para oferecer maior funcionalidade e conforto aos pacientes e acompanhantes.
- Transporte de pacientes – a frota de veículos da Fundação foi renovada, com a finalidade de proporcionar maior adequação e conforto aos pacientes, agilizando altas e transferências.
- Monitoramento e Avaliação – a garantia da qualidade da gestão e dos serviços está garantida com a instalação de Auditoria Seccional destinada à aferição preventiva, regular e por amostragem, da execução dos contratos e da gestão de estoques da rede, em conformidade com normas e procedimentos estabelecidos pela Auditoria Geral do Estado e pelo Tribunal de Contas, incluindo provas em registros e documentos correspondentes. Sistematizou-se também a Auditoria Assistencial, com o objetivo de aferir e induzir qualidade no atendimento, amparando-se em procedimentos, protocolos e instruções de trabalho normatizados e pactuados.

IV. Gestão da Clínica – Sistematização e Monitoramento

Uma das principais estratégias da FHEMIG para garantir a qualidade da Gestão da Clínica na rede hospitalar tem sido a padronização de processos e procedimentos, por meio da implantação de Protocolos Clínicos, baseados nos conhecimentos da medicina por evidências. Tais protocolos são verificados em cada hospital, segundo princípios da prevalência e complexidade das doenças, diversidade de conduta, custos e impactos na população. Inicialmente foi eleito um conjunto de ações voltadas ao tratamento e reabilitação, associadas a custos compatíveis e bons resultados clínicos.

O estudo e a sistematização dos protocolos são acompanhados por Comissões de Acompanhamento e Avaliação, formadas por profissionais das áreas específicas envolvidas. As comissões atuam em observância aos princípios de interação e participação, respeito à vivência clínica e experiências de outras instituições nacionais e internacionais.

Os protocolos elaborados funcionam como indicadores da qualidade e quantidade dos serviços, tendo sido implantados 23 protocolos até agosto de 2008. Outros 90 encontram-se em fase final de elaboração.

Os principais resultados obtidos até o momento com essa iniciativa são: redução do tempo médio de permanência dos pacientes com tuberculose, de 32 para 26 dias (Hospital Eduardo de Menezes); redução da média de permanência dos pacientes vítimas de grandes traumas que necessitam de reabilitação, de 56,4 para 30,9 dias (Hospital Cristiano Machado); redução da mortalidade por Sepse nas UTIs da Fundação, com o uso racional de antimicrobianos, de 81,3 para 60% (resultados parciais).

Cabe ressaltar a importância do Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco implantado em quatro unidades da

FHEMIG: Hospital João Paulo II, Hospital João XXIII, Hospital Júlia Kubitschek e Hospital Alberto Cavalcanti. O modelo escolhido foi o Protocolo de Manchester, cuja meta é a unificação das ações dos serviços de urgência na região central de Belo Horizonte, racionalizando o atendimento de urgência na porta de entrada das unidades de urgência da cidade.

Outras mudanças importantes na área assistencial merecem destaque:

- Aprimoramento da atenção farmacêutica – estabelecimento de políticas para uso de medicamentos por meio da padronização dos protocolos científicos, em consonância com as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). A FHEMIG contava com cerca de dois mil itens de medicamentos e afins, reduzidos para pouco mais de 500. Os custos reduziram-se em cerca de R$ 400 mil/ano, sem perda da efetividade no tratamento. A padronização implantada favorece ainda a alta hospitalar precoce e a preservação de drogas estratégicas no tratamento de infecções.
- Nutrição enteral e parenteral – as alterações dos processos de trabalho promoveram a melhoria do diagnóstico precoce de desnutrição e melhor controle dos fluxos de armazenamento, controle e dispensação dos alimentos industrializados. A implantação de protocolos assistenciais para sistemas fechados de nutrição enteral e parenteral – iniciada há apenas três anos – apresenta resultados importantes, com destaque para a redução significativa na indicação da nutrição parenteral nas UTIs, com redução da incidência de eventos adversos e conseqüente melhora no tempo de recuperação dos pacientes.
- Fortalecimento da vigilância hospitalar – normatização das equipes de controle de infecção hospitalar e monitoramento

sistemático das curvas endêmicas das infecções hospitalares, por meio de indicadores validados internacionalmente. A implantação de *software* para controle de infecção hospitalar (SACIH) foi determinante no acompanhamento e análise das informações coletadas, permitindo diagnosticar potencial diminuição das taxas de infecção hospitalar, como a redução da taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica nas UTIs adulto.

- Fomento ao desenvolvimento científico – sensibilização dos funcionários da FHEMIG para atividades científicas, disseminando e solidificando a cultura da pesquisa, por meio da capacitação dos servidores para maior autonomia na realização e implementação de pesquisas aplicadas. Como resultado, o aumento do número de pesquisa, com maior significado científico e aplicabilidade clínica, com maior incentivo de pesquisas multicêntricas em biotecnologia – novos medicamentos. A Fundação foi incluída, em 2007, na Rede Mineira de Inovação Tecnológica da Fundação de Amparo a Pesquisa de Minas Gerais (FAPEMIG), abrindo assim espaço para captação de novos recursos e estabelecendo fluxo contínuo de financiamento na área tecnológica, além de melhorar a inserção institucional no cenário científico nacional.

V. Gestão de Pessoas – Formação e Aperfeiçoamento Profissional

A FHEMIG possui cerca de 14.000 mil servidores. O grande desafio institucional é assegurar o compromisso e envolvimento dos profissionais com os processos gerenciais em curso. Para isso, a Fundação investe em processos de aprendizagem, promovendo a gestão do conhecimento com envolvimento efetivo das pessoas,

mobilizando talentos com capacidade gerencial e operacional. Dessa forma, acredita-se promover equilíbrio entre as competências individuais e a incorporação de tecnologias voltadas ao melhor cumprimento da missão institucional.

O Programa de Residência Médica da FHEMIG – credenciado pelo MEC – é responsável pela formação de 270 médicos residentes nas mais diversas especialidades, disponibilizando para tal 340 vagas. Tal investimento faz com que a Fundação ocupe lugar de destaque entre as maiores formadoras de médicos residentes do País.

VI. Compromisso com Resultados

A transformação e o fortalecimento do processo de gestão da FHEMIG teve início em 2004, com a reorganização dos seus processos de trabalho. Ações administrativas, assistenciais e de gestão foram implantadas em conformidade com as proposições de um modelo pautado na otimização de recursos, transparência e resultados. Após essa organização inicial implementou-se, em seguida, a contratualização interna de metas, com o estabelecimento de mecanismos de incentivo e promoção do planejamento integrado e de acompanhamento e avaliação sistêmica da gestão.

O aprendizado gerado com o monitoramento e a avaliação sistemática do cumprimento das metas internas possibilitou a pactuação de metas de desempenho com a SES/SEPLAG, firmando assim o Acordo de Resultados, integrante da política de um "Estado para Resultados" proposta pelo governo de Minas Gerais.

Os resultados da pactuação de metas de desempenho são importantes para a melhoria da gestão da rede hospitalar, destacando-se dentre eles:

- Fortalecimento interno do processo de gestão institucional, com a consolidação de uma cultura de estabelecimento de metas e avaliação periódica.

- Adesão dos servidores, em todos os níveis hierárquicos, para uma maior efetividade das ações desenvolvidas.
- Criação de mecanismos de avaliação periódica para o pagamento de Gratificação de Incentivo à Eficientização dos Serviços (GIEFS).

O compromisso com resultados também se reflete na integração da área de saúde de Minas com o SUS. Nesse sentido, promove-se a Contratualização entre Entes Públicos, envolvendo o representante legal do serviço de saúde e o gestor do SUS, pelo qual se estabelecem metas quantitativas e qualitativas para aprimorar a atenção à saúde, como previsto no Pacto pela Saúde, coordenado pelo Ministério da Saúde.

Em consonância com o PDR, a FHEMIG e os gestores municipais, com aval e aprovação da CIB, concluíram, em março 2008, os Termos de Compromisso entre Entes Públicos (TCEP). Essa contratualização é de importância fundamental para a Fundação, por constituir um dos instrumentos que, alinhados à otimização dos gastos, contribui de forma substancial para o aumento da sustentabilidade econômico-financeira da instituição. A contratualização com os gestores municipais de saúde assegura o pagamento da produção realizada (não paga na sua integralidade até 2007). Além da previsão dos valores contratados, outros indicadores foram mensurados, com o objetivo de quantificar a qualidade na prestação de serviços como também reforçar os compromissos com formação e capacitação de recursos humanos.

VII. Conclusão

O Choque de Gestão em curso na área da saúde no Estado de Minas Gerais promove maior eficácia e eficiência na ação pública, com inquestionáveis melhorias na assistência prestada à população usuária do SUS/MG.

Em consonância com esse direcionamento, o atual modelo de gestão da rede FHEMIG é hoje passível de monitoramento.

A articulação entre planejamento, gestão e assistência, orientada pelo estabelecimento de estratégias, promove irreversíveis alterações nos processos de trabalho, agregando novos valores à cultura institucional.

As experiências acumuladas incorporam novo dinamismo às rotinas da FHEMIG. O desabastecimento, acontecido em passado nem tão distante, cede lugar à realização de obras de revitalização na maioria das unidades da Fundação. O aumento dos gastos com medicamentos e materiais médico-hospitalares não aconteceu na mesma proporção dos atendimentos realizados, em função dos melhores processos de compras e melhor gestão de insumos aplicados, indicando a tendência de melhoria da sustentabilidade econômica institucional.

Melhorias palpáveis concretizam-se com a modernização tecnológica e aquisição de equipamentos, substituindo a estagnação em que a rede hospitalar se encontrava até recentemente, inércia cristalizada por largo período. As pessoas passam a agir, gradativamente, de forma mais compromissada com os processos, com a gestão da informação e com a gestão pela qualidade, voltados para a prestação da assistência em saúde.

A estrutura implantada mostra-se ainda, no entanto, verticalizada. Tal constatação merece maiores investimentos em arquiteturas operacionais matriciais, voltadas para o gerenciamento de projetos e a criação de escritórios de negócios. Com tais avanços, a instituição poderia adquirir mais agilidade e conseqüente incremento de resultados.

Alcançar maior efetividade dos investimentos a serem realizados na gestão da clínica ou na gestão de processos gerenciais e administrativos é o desafio que se coloca. Assim, consolida-se o processo do planejamento em curso, com a maximização da efetividade das ações institucionais no âmbito da assistência e da gestão. A qualidade dos benefícios oferecidos aos usuários do SUS/MG será o indicador maior do compromisso da FHEMIG com a sua missão.

Quadro 1
Complexos Assistenciais da FHEMIG

COMPLEXO ASSISTENCIAL	UNIDADES QUE COMPÕEM O COMPLEXO	MUNICÍPIO DE LOCALIZAÇÃO DA UNIDADE HOSPITALAR	LINHAS DE CUIDADO
Complexo de Urgência e Emergência	Hospital João XXIII	Belo Horizonte	Referência ao grande trauma, emergências clínicas e atenção a traumato-ortopedia, neurologia e neurocirurgia de alta complexidade, adulto e pediátrica.
	Hospital Ortopédico Galba Veloso	Belo Horizonte	
	Hospital Maria Amélia Lins	Belo Horizonte	
	Hospital Cristiano Machado	Sabará	
	Hospital Infantil João Paulo II	Belo Horizonte	
Complexo de Especialidades	Maternidade Odete Valadares	Belo Horizonte	Referência ao atendimento à gestante, com foco na gravidez de alto risco e cuidado integral ao recém-nascido, especialmente no atendimento ao neonato crítico.
	Hospital Eduardo de Menezes	Belo Horizonte	Referência para as doenças infecto-contagiosas
	Hospital Alberto Cavalcanti	Belo Horizonte	Hospital Geral, referenciado à Oncologia.
Complexo de Hospitais Gerais	Hospital Julia Kubitschek	Belo Horizonte	Referência em clinica médica, doenças do pulmão e cirurgia torácica.
	Hospital Regional Antônio Dias	Patos de Minas	Referência clínica das micro e macro regiões do Estado de Minas Gerais, onde se localizam
	Hospital Regional Dr. João Penido	Juiz de Fora	
	Hospital Regional de Barbacena	Barbacena	
Complexo de Saúde Mental	Hospital Galba Veloso	Belo Horizonte	Constituem-se como centros de formação e atenção em psiquiatria para adultos, crianças e adolescentes e referência na assistência às toxicomanias.
	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena	Barbacena	
	Instituto Raul Soares	Belo Horizonte	
	Centro Psíquico da Infância e Adolescência	Belo Horizonte	
	Centro Mineiro de Toxicomania	Belo Horizonte	

Complexo de Reabilitação e Cuidado ao Idoso	Casa de Saúde Santa Isabel	Betim	Composto por antigos hospitais-colônia responsáveis pelos atendimentos aos portadores de Hanseníase. Congrega nova missão, junto ao SUS, de atendimento aos pacientes idosos e outros pacientes com indicação à reabilitação física, cumprindo assim sua formação profissional de linha de cuidado.
	Casa de Saúde São Francisco de Assis	Bambuí	
	Casa de Saúde Santa Fé	Três Corações	
	Casa de Saúde Padre Damião	Ubá	
Complexo MG Transplantes	MG Transplantes	Belo Horizonte	Coordena as atividades de transplantes no âmbito do Estado de Minas Gerais.

VIII. Referências

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. *Hospital: Acreditação e Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. Tendências na assistência hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 2, n. 4, 2007.

NOGUEIRA, L. C. L. *Gerenciando pela Qualidade Total na Saúde.* Belo Horizonte: EDG, 1999.

QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. *Hospitais: Administração da Qualidade e Acreditação de Organizações complexas*. Porto Alegre: DaCasa, 2004.

CAPÍTULO XIV

A PRODUÇÃO DE MEDICAMENTOS EM MINAS GERAIS – FUNED

Carlos Alberto Pereira Gomes

I. Introdução

A Fundação Ezequiel Dias (Funed) foi fundada em 1907, há mais de cem anos, pela ousadia de grandes brasileiros como o cientista Oswaldo Cruz e o médico Ezequiel Dias. Inicialmente, a Funed funcionava como uma filial em Minas Gerais do Instituto Manguinhos – hoje, Fundação Oswaldo Cruz, do Rio de Janeiro.

Esse século de vida foi marcado por várias transformações e nos últimos cinco anos a Fundação Ezequiel Dias passou de centro de pesquisa e fábrica de medicamentos de pequeno porte para uma das instituições mais importantes do Brasil, com ações voltadas para a proteção e promoção da saúde pública.

As estratégias e direcionamentos que o governo dissemina já em 2003 apontam para uma nova cultura, hoje já bastante incorporada nas organizações do Estado: a de pensar e trabalhar a máquina pública de maneira diferente, com foco na promoção do desenvolvimento mediante a reversão de quadros de déficits orçamentários, na reorganização e modernização do aparato institucional do Estado e na busca e implementação de novos modelos de gestão.

A Fundação Ezequiel Dias, alinhada com as novas estratégias, realizou um diagnóstico situacional da Fundação, revendo sua visão e missão, em consonância com aquelas estratégias. Foi o primeiro passo para a construção de uma nova cultura na organização.

Em 2003, a Funed realizou o seu Planejamento Estratégico para o quadriênio 2003-2006 (Planejamento de Primeira Geração da Funed), com metas audaciosas, objetivas e calculadas. O planejamento já contemplava, na sua essência, algumas das Opções Estratégicas e dos Objetivos Prioritários estabelecidos no PMDI e das metas acordadas pela SES/MG), tais como o foco na melhoria e ampliação dos serviços públicos de saúde, o cuidado com o meio ambiente permeando a atuação do governo, o fomento inovador ao desenvolvimento econômico e o Choque de Gestão.

Cada unidade administrativa da Funed passou a ter metas específicas e indicadores de desempenho aferidos trimestralmente, visando ao acompanhamento e alcance das diretrizes institucionais – cujo foco é o atendimento às demandas do SUS. Todas as metas e medidas corporativas contemplavam, inicialmente, três eixos direcionadores: custos, pessoas e receita. Ou seja, visavam gastar menos com a máquina e mais com as pessoas. Fazia-se necessário e urgente aumentar a produtividade, buscar maior eficiência e a proporcionar melhores serviços aos clientes.

A institucionalização do Comitê de Custos na Funed foi, além do aprendizado metodológico e berço de novos talentos, a reafirmação da cultura de gastar o recurso público com responsabilidade e critério. O primeiro Comitê foi responsável pela contenção de despesas na ordem de R$5 milhões, já em 2003.

A constante renovação do conhecimento científico, a ampliação e modernização das unidades fabris, a atuação rápida e precisa

no diagnóstico de doenças e no monitoramento de produtos de saúde consumidos pela população integram o conjunto de diretrizes e ações propostas pela Funed, que estão alinhadas com a Política Estadual de Saúde.

De 2002 a 2007, o governo do Estado aumentou consideravelmente o investimento de recursos estaduais em saúde, permitindo à Funed triplicar a produção de medicamentos. Com os recursos, a Funed adequou diversas de suas áreas às normas regulatórias e construiu duas novas plantas produtivas: a Unidade II – que abriga a produção de medicamentos sólidos por compressão direta – e a Unidade III, que produz especiais, como a Talidomida e medicamentos anti-retrovirais (para HIV).

As novas fábricas, somadas à melhoria da eficiência da gestão, com estabelecimento de metas estratégicas e operacionais, implementação de manutenção preventiva, capacitação de funcionários, otimização do processo produtivo com redução de perdas, melhoria no processo de aquisição de matéria-prima, implementação de programas de qualidade, propiciaram à Funed alcançar a marca recorde de um bilhão de unidades farmacêuticas produzidas por ano e ainda superar as expectativas.

A economia gerada com a produção própria dos medicamentos pela Funed permitiu ao governo do Estado investir em produtos farmacêuticos inovadores, como o medicamento metiformina, usado para casos de diabetes, de uso continuado. Esse produto foi desenvolvido na Funed e já está em fase de testes, aguardando aprovação da Anvisa para que possa dar início à produção. Com a incorporação desse medicamento na linha de produção, o Estado poderá aumentar a oferta em quase duas vezes para o paciente.

A área de Desenvolvimento Farmacotécnico também intensificou seus trabalhos. Construída em 2003, com espaço físico de 350 m^2

e com profissionais experientes no desenvolvimento de novas formulações de medicamentos, hoje conta com um parque tecnológico bem equipado e que não tem poupado esforços para acompanhar a evolução constante do exigente mercado farmacêutico.

Na área laboratorial, a Diretoria do Instituto Octávio Magalhães (DIOM), que integra a Rede Nacional de Laboratórios de Saúde Pública, tornou-se, segundo a última avaliação da Anvisa, o melhor Laboratório Central de Saúde Pública (Lacen do Brasil) como mostra a Gráfico 1. Com suas atividades voltadas ao trabalho de prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, a DIOM atende às demandas dos sistemas de vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental.

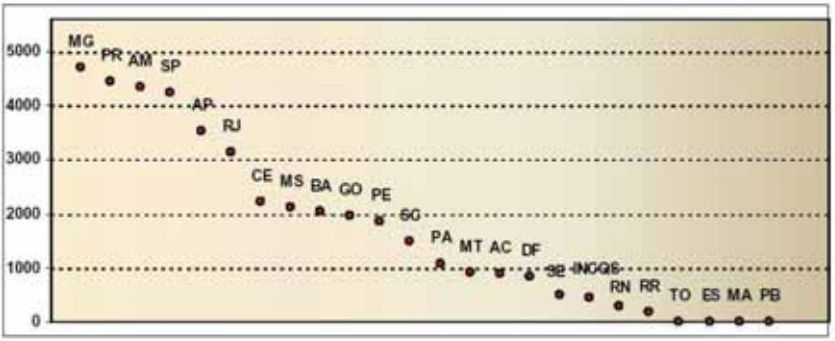


Gráfico 1: Desempenho dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública, pela avaliação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)

Fonte: http://www.Anvisa.gov.br/reblas/lacens/index.htm.

Desde 2003, a Funed vem investindo na modernização e ampliação dos laboratórios visando a implantação de um sistema de gestão da qualidade, específico para laboratórios, com base na norma ISO IEC 17.025. Nesse sentido, foram oferecidas capacitações e qualificações do corpo técnico e gerencial, foi disseminada a cultura da qualidade e a busca pela excelência entre os seus colaboradores. Tais iniciativas proporcionaram benefícios objetivos para maior eficiência de seus laboratórios.

Hoje, o Instituto Octávio Magalhães possui 57 ensaios analíticos habilitados na Rede Brasileira de Laboratórios Analíticos de Saúde (REBLAS), da Anvisa. Além disso, é considerado pelo Ministério da Saúde como laboratório modelo entre os Laboratórios Centrais de Saúde Pública do País. Recebe visitas de profissionais técnicos de vários Estados que vêm conhecer seu sistema de qualidade. Sua última conquista foi o Prêmio Banas Excelência em Metrologia, categoria Ouro, em 2007, demonstração definitiva do reconhecimento nacional da qualidade dos serviços que presta.

Em curto período, o Instituto Octávio Magalhães da Funed obteve muitas conquistas e melhorias na qualidade dos serviços por ele oferecidos. No entanto, maiores ainda são os desafios que se apresentam, dentre os quais se destacam: a solicitação de acreditação de laboratórios na ONA e no Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro); a pré-qualificação do laboratório de análises de medicamentos na OMS. Dentre os desafios, o maior é manutenção do sistema da qualidade voltado para a busca incessante pela melhoria contínua no atendimento das demandas do SUS.

A Funed tem participação ativa nos avanços que o Estado vem obtendo na saúde pública. O trabalho realizado pelo Serviço de Doenças Parasitárias da Funed, em parceria com a Gerência Técnica de Leishmaniose / Coordenação de Zoonoses, da SES/MG, rendeu ao governo de Minas Gerais o Prêmio Experiência Bem-Sucedida, com o título "Integração da rede pública e privada como proposta de organização do diagnóstico sorológico para leishmaniose visceral canina em Minas Gerais". O prêmio foi concedido pelo Ministério da Saúde durante a 6ª Mostra Nacional de Experiências Bem-Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças (Expoepi), realizada em 2007, em Brasília (DF).

Na área de Pesquisa e Desenvolvimento, a Funed hoje trabalha com a premissa de que não basta apenas gerar e disseminar conhecimento; é preciso transformá-lo em tecnologia e em produto de inovação para a saúde. Por isso, a Fundação investe nos estudos científicos relevantes, que geram benefícios para Minas Gerais e sua população, agregando e aplicando o conhecimento.

Em seu segundo ciclo de planejamento (PMDI-2007-2023), o governo do Estado, no que se refere às estratégias de Investimentos e Negócios, afirma que "*serão feitas algumas apostas estratégicas em setores de Economia do Conhecimento através da atração de empresas de alta intensidade tecnológica. Dentre elas biotecnologia, microeletrônica, softwares e farmoquímica*".

A expertise da Funed na biotecnologia, com anos de experiência na produção de imunobiológicos, permitirá à instituição romper mais uma fronteira do conhecimento e atingir um novo limiar tecnológico: a Fundação se prepara para produzir, em breve, medicamentos a partir da tecnologia de DNA recombinante, até então pouco explorada no País. Para começar a produzir esses medicamentos nas suas instalações, em Belo Horizonte, a Funed está transferindo tecnologia do Internacional Centre for Genetic Engineering and Biotechnology (ICGEB), da Itália. Este é um exemplo de parceria público-privada a favor da ampliação e da melhoria dos serviços públicos, iniciativa esta que tem sido clara e fortemente incentivada pelo governo do Estado.

O projeto, que prevê a construção de uma planta farmacêutica com cerca de 3.800 m^2, onde serão instalados os laboratórios de produção de biofármacos, soros hiperimunes e o Desenvolvimento Biotecnológico, encontra-se em fase de implementação. Com o início de operação da nova unidade, a Funed pretende suprir as necessidades do Estado nos campos da saúde, economia e social, gerando excedentes de produção para comercialização em outros Estados e atraindo negócios para o território mineiro.

Destaca-se também na área de Pesquisa e Desenvolvimento da Funed uma investigação sobre o uso da utilização da nanotecnologia – ciência de sistemas em escala muito pequena (namométrica) – nos produtos, como os transportadores de drogas que atuam exatamente onde é necessário no organismo.

Sempre na busca da melhoria dos serviços, tendo o caráter inovador como propulsor, a Fundação Ezequiel Dias já se prepara para o futuro. De maneira a consolidar todas as práticas de gestão e integrá-las efetivamente, a Funed realizou o Planejamento de Cenários da Funed – sintonizado com o PMDI, alinhado às diretrizes governamentais e às políticas do SUS. Denominado "Funed 10", o planejamento constituiu-se como um marco no que diz respeito à forma de pensar sobre a instituição, levando o conhecimento técnico e gerencial para níveis estratégicos.

O projeto criou cinco cenários alternativos para o ano de 2010 e desenhou o Mapa Estratégico (ME), que tem como visão futura a transformação da Funed em uma das melhores organizações para se trabalhar em Minas Gerais. Os cenários que serviram de base para o planejamento consistem em incertezas reais que deveriam ser reconhecidas, identificadas e compreendidas, a fim de possibilitar o levantamento de alternativas de trabalho em meio a diferentes perspectivas, com vistas a facilitar a atuação institucional. Essa metodologia foi, por sua vez, incorporada ao desdobramento das metas da Funed para o ano de 2007, qualificando a ferramenta de gestão, por meio, especialmente, da adoção de diferentes estratégias para cada contexto organizacional e situacional.

Em sua primeira revisão, em 2008, o ME da Funed pode ser visto na Figura 1.

Figura 1: Mapa Estratégico da Funed 2010

A Funed segue sua trajetória, abrindo novos caminhos, sempre com caráter inovador, preparando-se para o futuro. Mas sem perder seu norte – que é a melhoria da saúde pública, garantindo a qualidade e a ampliação dos produtos e serviços oferecidos.

Toda sua nova cadeia de valores está alinhada às diretrizes do "Estado para Resultados" e na crença de que Minas Gerais será, certamente, "o melhor Estado para se viver" e a Funed, o "melhor lugar para se trabalhar".

II. Referências

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão. *Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado* – PMDI. Belo Horizonte: SEPLAG, 2007. 49 p.

FUNED 10 – *Planejamento de Cenários da Fundação Ezequiel Dias 2003-2010.* Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Dias, 2006. 38p.

ABNT. *Requisitos Gerais para Competência de Laboratórios de Ensaio e Calibração*. ABNT NBR ISO/IEC 1.7025, 2005.

INMETRO. Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial. Disponível em: <http://www.inmetro.gov.br>. Acesso em: 25 mar. 2008.

RELATÓRIO SITUACIONAL DOS LACEN – 2005. Pesquisa elaborada pela Gerência Geral de Laboratórios de Saáude Pública – CGLAS. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. 2006.

CAPÍTULO XV

HEMOMINAS

Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti
Cláudio Medeiros
Júnia Guimarães Mourão Cioffi
Kelly Nogueira Guerra
Rita Fontanez

I. Introdução

O Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados (PLANASHE) foi instituído em 1980, tendo como objetivo prover cobertura hemoterápica em todo o território brasileiro, por meio de doações voluntárias, procedimentos técnicos padronizados, qualificação de recursos humanos e interiorização da rede de serviços hemoterápicos públicos, constituindo a Hemorrede.

Esse objetivo foi ratificado pela diretriz do PLANASHE, publicada em 1988, que considerou como essencial a integração das três esferas governamentais – federal, estadual e municipal – para a expansão da hemoterapia, com a esfera pública assumindo um papel estratégico na operacionalização do programa.

O atendimento às diretrizes do PLANASHE foi reforçado com a criação do Centro de Hematologia e Hemoterapia de Minas Gerais (Hemocentro/MG), em 30 de junho de 1982, por meio de um convênio firmado entre o Ministério da Saúde e o governo do Estado de Minas Gerais, por intermédio da SES/MG, da FHEMIG e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Em 1985, foi criado o Centro de Hematologia e Hemoterapia, vinculado administrativamente à FHEMIG. Em dezembro de 1989, o órgão foi desvinculado da FHEMIG e ganhou o nome de Fundação Hemominas.

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

A atuação da Fundação abrange diversas atividades, dentre as quais se destacam:

- Doadores – conscientização e captação de doadores de sangue; triagem clínica para doadores; coleta do sangue; intermediação entre doadores e receptores, por meio da oferta de hemocomponentes de qualidade aos hospitais/clínicas contratantes; encaminhamento do doador inapto para serviços de referência do SUS; e coleta de amostra sangüínea para cadastro no Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome), sendo a instituição que mais registrou doadores no Brasil.
- Análises Clínicas – realização de testes laboratoriais imunohematológicos e sorológicos no sangue coletado; provas laboratoriais pré-tranfusionais; hemovigilância (monitoramento de reações adversas decorrentes do ato transfusional); e armazenamento e distribuição dos hemocomponentes.
- Pacientes – tratamento e acompanhamento de pacientes portadores de coagulopatias hereditárias e hemoglobinopatias, prestando serviços especializados de hematologia, infectologia, ortopedia, fisioterapia, odontologia, apoio psicossocial e pedagógico; orientação no diagnóstico e na terapêutica das intercorrências hemoterápicas de pacientes clínicos e cirúrgicos.

II. A Estruturação da Fundação Hemominas

A estrutura organizacional da Hemominas, até 1998, era composta de uma presidência e quatro diretorias: Diretoria Técnico-Científica (TEC), Diretoria de Planejamento e Coordenação (PLA), Diretoria de Atuação Regional (ATR) e Diretoria Administrativo-Financeira (ADM).

A TEC era responsável pelo Hemocentro Coordenador, localizado em Belo Horizonte, com uma estrutura de divisões e serviços que coordenavam as atividades técnicas deste hemocentro e estabelecia diretrizes para o Estado.

A ATR tinha a responsabilidade de executar a interiorização e coordenar as unidades regionais, seguindo as diretrizes e determinações técnicas estabelecidas pelo Hemocentro Coordenador.

As duas outras diretorias davam suporte e orientações a todas as unidades, sendo executoras das atividades de planejamento e controle, principalmente no Hemocentro Coordenador, exercendo, contudo, ações de forma incipiente nas demais unidades. Essa estrutura foi estabelecida desde a transformação do Centro de Hematologia e Hemoterapia em Fundação Pública de Direito Público, em 1989.

Essa estrutura baseou-se no modelo do Hemocentro de Pernambuco (Hemope) e no início foi essencial para garantir a expansão de serviços e o atendimento a uma grande parcela da população de Minas Gerais. Entretanto, o crescimento da Hemominas evidenciou algumas dificuldades que começaram a interferir diretamente nos seus resultados.

A estrutura organizacional era hierarquizada, com tarefas das diretorias e dos demais setores definidos em normas. As unidades eram obrigadas a seguir as determinações do Hemocentro Coordenador, o que gerava apatia e pouca participação no planejamento da organização. Havia um distanciamento técnico

entre as unidades do interior e a da capital, com conseqüente falta de entrosamento, apesar da busca constante da padronização dos procedimentos.

Um dos motivos do distanciamento era a falta de agilidade nas informações operacionais e técnicas que sempre acabavam sendo implantadas primeiro em Belo Horizonte e, meses depois, transmitidas para as unidades regionais. As diretorias se reuniam pouco e como a diretoria de Atuação Regional era mais ligada às unidades do interior, os manuais, formulários e procedimentos padronizados pelo Hemocentro Coordenador não eram incorporados pelas unidades descentralizadas. Além disso, existiam formulários e diretrizes produzidos apenas para as unidades regionais. As reuniões que aconteciam com os coordenadores das unidades regionais, com exceção de Belo Horizonte, não contavam com a presença das outras diretorias além da ATR.

A partir de 1999, a estrutura organizacional de Hemominas mudou. A cobertura transfusional atendia a 70% da demanda do Estado, mas a ampliação de atendimento hemoterápico não era possível porque a receita não cobria todas as despesas, já que os valores pagos pelo SUS ficaram defasados em conseqüência do aumento dos valores dos insumos.

Esse período coincidiu com um momento em que o governo do Estado, devido à crise fiscal, estabeleceu como meta para todas as entidades, a redução de 20% dos cargos de recrutamento amplo, além da redução de gastos. Para atender à determinação do governo estadual e promover a racionalização de custos a fim de garantir a sobrevivência da organização, a Fundação Hemominas extinguiu a Diretoria de Atuação Regional, vinculando todas as unidades diretamente à Diretoria Técnico-Científica, contando também com suporte das demais diretorias. Inicialmente, a mudança foi apenas na transferência de responsabilidades da diretoria extinta para a diretoria Técnico-Científica,

sendo definitivamente consolidada após reuniões semanais entre toda a direção da Hemominas e a Presidência, além de reuniões periódicas com os coordenadores de todas as unidades. Nas reuniões com os coordenadores foi detectada a necessidade de maior autonomia gerencial para as unidades e, ao mesmo tempo, necessidade de maior coordenação e controle por parte da direção da Fundação, surgindo, então, a proposta de um novo modelo de estrutura organizacional.

A nova arquitetura organizacional funcionou de maneira informal de julho de 1999 até 2003, quando a estrutura foi oficialmente modificada, sendo criado o Hemocentro de Belo Horizonte. A função de coordenar a rede de unidades passou à Direção Superior, à qual se vincula hierarquicamente à Diretoria Técnico-Científica, havendo ainda uma hierarquia técnica em relação às demais diretorias nos assuntos pertinentes às áreas temáticas específicas.

A Presidência e as Diretorias se reúnem semanalmente para análise e discussão de assuntos estratégicos para a Fundação, que se desdobram em reuniões das diretorias com suas divisões e setores. Nessas reuniões são estabelecidas também as normas e rotinas a serem disseminadas para todas as unidades.

A estrutura consta de uma Administração Central, composta pela Presidência e suas assessorias, as três diretorias com suas divisões e seus setores, com as atribuições de coordenação e regulação das atividades executadas nas unidades. As unidades da Fundação, incluindo o Hemocentro localizado em Belo Horizonte, seguem as diretrizes estabelecidas por esta Administração Central, mas passaram a ter maior autonomia nas decisões em sua área de abrangência. O Hemocentro de Belo Horizonte continuou sendo uma unidade de referência para as demais, devido à alta complexidade de suas ações e à excelência alcançada.

III. A Busca pela Excelência

Unir o conceito à prática. Esse é o grande desafio das instituições contemporâneas. A busca pela melhoria contínua do modelo de gestão estratégica, de programas de qualidade e a espiral da mudança cultural organizacional continuam perseguindo a conquista do desafio de aprimoramento: acompanhar os resultados alcançados pela organização e suas unidades, de forma a transformar a prática de cada uma das ações individuais e coletivas executadas nos processos organizacionais em padrões de excelência, reconhecidos pelos cidadãos, razão primeira da administração pública.

Em 2003 foi instituído na Fundação Hemominas um fórum anual da Hemorrede mineira para o planejamento estratégico. Nos encontros do fórum se reúnem a Direção Superior da Fundação, as assessorias e divisões e os coordenadores das unidades regionais, que promovem uma análise crítica do cenário – ambiente interno (fraquezas e fortalezas) e externo (ameaças e oportunidades) – e das diretrizes do governo do Estado, definindo-se, ao fim, os objetivos e as metas estratégicas para o período. Ao final de cada ano, acontece uma reunião para avaliação dos resultados, com todos os participantes do fórum, abrindo assim o caminho para o alinhamento estratégico do ano seguinte. Essa prática provocou mudanças no comportamento dos gestores locais, criando um ambiente favorável à cultura de resultados. Destacamos ainda que tal prática proporcionou à Fundação Hemominas compreender melhor e aderir ao sistema do Acordo de Resultados proposto pelo governo estadual, no âmbito do Choque de Gestão.

A partir do ano 2000, a Anvisa e o Ministério da Saúde instituíram uma série de diretrizes denominadas de Meta Mobilizadora, com o tema "Sangue com garantia de qualidade em todo o seu processo até 2003". Essas diretrizes se constituíram em um cronograma para implementação do Programa Nacional de Acreditação de Serviços de Hemoterapia. O objetivo, segundo o

Ministério da Saúde, foi implementar um modelo de avaliação e certificação da qualidade de serviços de hemoterapia baseado em padrões nacionais previamente definidos, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria da qualidade e de segurança, do doador ao receptor.

A partir das Metas Mobilizadoras do Ministério da Saúde, a Fundação iniciou nova fase no seu programa da qualidade, realizando oficinas coordenadas pelo Ministério, abordando os temas Planejamento Estratégico, Indicadores de Desempenho e Auto-avaliação da Gestão com base nos critérios de excelência do Programa da Qualidade do Serviço Público (PQSP).

Juntamente com essas ações, iniciou-se o processo de preparação da Fundação para a Acreditação. Nesse período, a Fundação consolidou de vez seu compromisso com a excelência criando o Programa da Qualidade da Fundação Hemominas, formado por consultores internos, servidores e lideranças.

Programa da Qualidade da Fundação Hemominas (PQFH)

O PQFH foi baseado nos sete critérios de excelência e do PQSF e no Sistema Técnico Normativo de Garantia da Qualidade propagado pela ONA, responsável pelo sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, em todas as 22 unidades da Hemominas e na Administração Central.

O desafio constituiu-se na formulação de um programa que pudesse ser compreendido e aceito pela rede Hemominas não como mais um programa de mudanças, entendido muitas vezes como um "modismo organizacional", mas como uma via de acesso alternativa para profissionalização da gestão pública, simplificação de rotinas e procedimentos e, principalmente, para garantir ainda mais a satisfação dos usuários dos serviços, ou seja, o doador de sangue, o paciente e as Instituições Hospitalares conveniadas.

Os objetivos do PQFH são os seguintes:

Objetivos Gerais:

- Fomentar o desenvolvimento do modelo de Administração Pública Gerencial em todas as unidades que integram a rede Hemominas.
- Orientar as ações de melhoria e garantia da qualidade dos produtos e serviços na rede Hemominas.
- Orientar o processo de implantação das Normas Técnicas do Sistema Brasileiro de Acreditação para as organizações prestadoras de serviços hemoterápicos.

Objetivos Específicos:

- Promover a melhoria das práticas de gerenciamento adotadas nas Unidades da Fundação Hemominas (UFH).
- Implantar sistema de garantia da qualidade dos produtos e serviços, por meio dos processos de Certificação/Acreditação.
- Desenvolver a cultura da medição de desempenho, do foco no cliente-cidadão e dos resultados gerenciais.
- Promover o desenvolvimento profissional e humano dos servidores.

Os princípios adotados no processo de implantação do PQFH seguem as seguintes diretrizes:

- Garantia dos meios necessários para o avanço dos processos de melhoria da gestão e implantação dos sistemas de garantia da qualidade.
- Geração contínua de informações válidas e úteis.
- Educação Continuada.
- Foco no Cidadão e nos resultados.
- Reconhecimento e premiação das UFHs que se destacarem no desenvolvimento do modelo de gestão.

O PQFH está subordinado a um complexo de variáveis nem sempre identificáveis *a priori*. Não obstante, há fatores críticos de identificação imediata que não poderão ser desconsiderados na trajetória do projeto de mudanças e que precisam de monitoração e efetiva realização e que são: Diretriz Estratégica Institucional, Educação e Desenvolvimento, Recursos, Continuidade e Valorização das pessoas.

Para cada um desses fatores, a Hemominas estipulou um plano de ação. Um aspecto de extrema eficácia foram três práticas de gestão que, já incorporadas à rotina da Fundação, deram grande contribuição nos resultados: Planejamento Estratégico Corporativo, Curso de Formação de Gestores e Padrões de Atendimento ao Cidadão.

O Planejamento Estratégico Corporativo avalia anualmente a identidade estratégica da instituição, definida na Visão de Futuro, na Missão e nos Valores da entidade.

> ***Visão de Futuro – Hemominas 2010***
>
> *Ser reconhecida, nacional e internacionalmente, como organização pública de excelência em hematologia e hemoterapia.*
>
> ***Missão***
>
> *Atuar em hematologia e hemoterapia com excelência e responsabilidade social.*
>
> ***Valores***
>
> *Somos comprometidos com a melhoria contínua.*
>
> *Nossa conduta é orientada pela ética.*
>
> *Agimos com responsabilidade social.*
>
> *Respeitamos e valorizamos o ser humano.*

Por todas as evoluções por que a Fundação tem passado, pode-se afirmar que, embora em todos esses anos de atividades o PGFH

tenha apresentado resultados satisfatórios, o caminho da excelência na gestão pública é longo e desafiador. E que, a cada dia, o cliente-cidadão torna-se mais consciente de suas necessidades, exigindo a consolidação da gestão pública eficaz.

Atualmente, 90% das 22 unidades regionais e uma Administração Central da Fundação Hemominas já estão alinhadas com esse propósito. Algumas importantes conquistas foram alcançadas:

- **Hemocentro de Belo Horizonte (Ambulatório):**
  - » 1° Lugar no Prêmio Internacional (Reino Unido) com o Projeto de Educação Profissional dos pacientes portadores de Hemofilia (US $15,000); 2004.
- **Hemocentro de Governador Valadares:**
  - » Reconhecimento Nível 2 de Gestão do Programa de Qualidade do Serviço Público, ciclo 2002.
  - » Prêmio Bronze 2003 no Prêmio Nacional da Gestão Pública – Governo Federal.
  - » Prêmio Prata 2005 no Programa Mineiro da Qualidade e Produtividade.
  - » Prêmio Bronze 2005 no Prêmio Nacional da Gestão Pública – Governo Federal.
- **Hemocentro de Juiz de Fora:**
  - » Prêmio Bronze 2003 no Programa Juiz de Fora de Qualidade e Produtividade.
  - » Prêmio Prata 2004 no Programa Juiz de Fora de Qualidade e Produtividade.
  - » Prêmio Ouro em 2005 no Programa Juiz de Fora de Qualidade e Produtividade.
- **Hemocentro de Montes Claros:**
  - » Reconhecimento Nível 2 de Gestão do Programa Nacional

da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2004.

- **Hemocentro de Uberlândia:**
  - » Reconhecimento Nível 3 de Gestão do Programa Nacional da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2004.
- **Núcleo Regional de Manhuaçu:**
  - » Reconhecimento Nível 2 de Gestão do Programa Nacional da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2006.
- **Núcleo Regional de Ponte Nova:**
  - » Reconhecimento Nível 1 de Gestão do Programa Nacional da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2006.
- **Núcleo Regional de Passos:**
  - » Reconhecimento Nível 1 de Gestão do Programa Nacional da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2006.
- **Hemocentro Regional de Uberaba:**
  - » Reconhecimento Nível 2 de Gestão do Programa Nacional da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2006.
- **Núcleo Regional de Divinópolis:**
  - » Reconhecimento Nível 2 de Gestão do Programa Nacional da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2006.
- **Núcleo Regional de Patos de Minas:**
  - » Reconhecimento Nível 2 de Gestão do Programa Na-

cional da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2006.

- **Núcleo Regional de São João Del Rei:**
  - » Reconhecimento Nível 1 de Gestão do Programa Nacional da Gestão Pública – Gespública. Ministério do Planejamento, Ciclo 2006.

O fato de a Fundação Hemominas ser reconhecida pelo Programa Nacional da Gestão Pública repercutiu positivamente em sua área de atuação. A Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, em sua edição de Março/Abril de 2008, escreveu em editorial que a Fundação Hemominas, com a implantação da auto-avaliação de 250 pontos do Gespública em suas unidades do interior, merece destaque. Segundo João Carlos Saraiva, Diretor de Comunicação da Sociedade Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, a Fundação Hemominas tem uma tradição de qualidade no seu serviço e, atualmente, encontra-se dentro de um contexto estadual de Choque de Gestão, ao qual não foi difícil se adaptar.

Em outubro de 2005, após três anos de implantação, a Fundação Hemominas iniciou a segunda grande etapa do PQFH, o Processo de Acreditação de Unidades Hemoterápicas. A disseminação do Planejamento Estratégico 2005/2006 pela Direção Superior, precedeu a criação do Curso de Formação de Gestores da Hemominas e a implantação do Padrão de Atendimento aos Cidadãos. Essas três iniciativas são marcos definitivos na trajetória da gestão na Fundação Hemominas.

O Comitê Gestor do PQFH foi extinto e criado o Comitê de Acreditação com a finalidade da realização do Diagnóstico de Acreditação. O Diagnóstico compreende quatro frentes de trabalho em que a Fundação Hemominas deverá atuar prioritariamente: mapeamento e padronização dos processos da instituição, gestão de infra-estrutura, adequação quantitativa e qualitativa de recursos humanos e gestão da manutenção de equipamentos.

IV. O Plano Diretor Estadual do Sangue e Hemoderivados

A Hemominas possui quatro instrumentos de gestão alinhados entre si: Plano Diretor, Contrato de Gestão, Acordo de Resultados e Planejamento Estratégico.

O PDR e a PPI constituem os pilares que garantem a implementação da Política de Saúde em Minas Gerais, pois estabelecem referencial e base geográfica/populacional para o dimensionamento e a estimativa das demandas, bem como as necessidades dos serviços de saúde, inclusive para a alocação de recursos. A definição de redes assistenciais com prioridades, a garantia de referências hospitalares, o acesso para níveis de maior complexidade, a equidade, a racionalidade, a otimização dos serviços foram as diretrizes básicas do PDR 2003/2006 e subsidiaram a elaboração da PPI.

O primeiro Plano Diretor Estadual do Sangue e Hemoderivados foi elaborado para o período 2004/2007 e passou por uma revisão em 2006. A segunda versão do Plano Diretor, com vigência para o período de 2008 a 2011, foi estruturada coerentemente de acordo com o contexto descrito anteriormente, considerando o objetivo maior, e as diretrizes políticas do Sistema Nacional de Sangue (Sinasan), qual seja, o de "*promover o ordenamento do processo de regionalização e a consolidação de uma rede de serviços de hemoterapia públicos capaz de atender as necessidades do SUS de modo a contribuir para a garantia da universalidade, integralidade e eqüidade aos bens e serviços de saúde*".

A elaboração do Plano foi coordenada pela Fundação Hemominas e aprovada pela Câmara Técnica de Hemoterapia, estruturada de acordo com o art. 7°do Decreto Federal n° 3.990 de 30/10/01. Estão definidos neste instrumento:

- as formas de operacionalização da gestão estadual da Hemoterapia e as medidas para organização da Hemorrede

objetivando atender à Portaria PT/MS/GM 1.737/04, que dispõe em seu §1º, art.1º, que os serviços públicos de hemoterapia do SUS deverão ser capacitados e estruturados para atender integralmente (100%) à demanda de fornecimento de hemocomponentes para o próprio SUS.

- os meios de acompanhamento e avaliação da situação da Hemoterapia no Estado, utilizando os parâmetros de cobertura assistencial estabelecidos pela gestão nacional.
- as novas frentes de trabalho, como a implantação do Centro de Tecidos Biológicos de Minas Gerais (Cetebio), a Acreditação e o Projeto de Gestão Estratégica.

Desta forma, tem sido feita a gestão da hemoterapia em Minas Gerais e o desempenho da Fundação Hemominas será avaliado pela Câmara Técnica de Hemoterapia.

V. A Pactuação de Resultados

A Fundação Hemominas foi a terceira instituição do Estado a assinar com a SES/MG um Acordo de Resultados, em outubro de 2004, e a primeira do sistema de saúde. O Acordo foi assinado com a interveniência das Secretarias de Estado de Planejamento e Gestão e da Fazenda, logo após a implantação do Choque de Gestão. No Acordo, foram pactuadas metas alinhadas às diretrizes do Plano Diretor Estadual de Sangue e Hemoderivados objetivando a execução da Política de Sangue e Hemoderivados do Estado de Minas Gerais e concedidas autonomias que possibilitaram a flexibilização das ações.

Em agosto de 2005, a Hemominas assinou um Contrato de Gestão com a SES/MG, com o objetivo de estabelecer uma nova forma de remuneração por metas para garantir a operacionalização da gestão e execução dos serviços de Hemoterapia prestados pela Fundação Hemominas por meio da Hemorrede Pública Estadual.

VI. Planejamento Estratégico

Para desenvolver uma estratégia que posicionasse a Fundação no Estado e orientasse suas ações, propiciando o alcance de seus objetivos, a Hemominas optou, em 2004, pela implantação do planejamento estratégico baseado no BSC (Balanced Scorecard). A Fundação buscava, com a implantação deste modelo, agilizar o processo de tomada de decisões, melhorar a comunicação, proporcionar uma visão coletiva, estabelecendo um entendimento único a todos.

Partindo da visão de futuro da Hemominas de "ser reconhecida nacional e internacionalmente como uma organização pública de excelência em hematologia e hemoterapia" – e de sua missão – "atuar em hematologia e hemoterapia com excelência e responsabilidade social" –, foram elaborados o mapa estratégico corporativo da Fundação e planos de ação para todas as unidades regionais e diretorias da Administração Central.

Em novembro de 2005, a Direção da Hemominas, após realizar treinamento sobre elaboração de indicadores estratégicos e operacionais, contratou uma consultoria para auxiliar no desdobramento do mapa em indicadores e iniciativas estratégicas. O direcionamento estratégico baseou-se nos seguintes segmentos: cidadãos, estabelecimentos de saúde, instituições de ensino e pesquisa, servidores e governo. Foram analisados os cenários nos quais a Fundação está inserida e identificaram-se os processos da entidade.

Para realizar o gerenciamento da estratégia de forma mais rápida e eficiente, a Hemominas implantou o *software* SAS (Strategic Adviser System) para a coleta de dados. Em março de 2007, servidores de diversas áreas foram treinados na ferramenta. Foi também implantado o Escritório de Estratégias, responsável, dentre outras, pelas seguintes atividades: coordenação do desenvolvimento da formulação estratégica, disseminação e assessoramento relativos aos conceitos e às metodologias da Gestão Estratégica, coordenação

das atividades de comunicação do projeto, coordenação e acompanhamento do processo de elaboração de indicadores e iniciativas estratégicas.

A Fundação Hemominas também promoveu um plano de comunicação com o objetivo de divulgar e alinhar todos os servidores ao projeto de gestão estratégica. Todos os servidores receberam o mapa estratégico e foram mobilizados para identificarem a importância das tarefas que executam no contexto da gestão estratégica. O lançamento do projeto foi realizado na Administração Central e no Encontro da Rede Hemominas, com a presença de representantes de todas as unidades.

No ano de 2007, teve início a medida do desempenho da Gestão Estratégica na Fundação Hemominas. Muitos indicadores precisaram ser revistos ao longo do ano e houve necessidade de se desenvolverem metodologias para acompanhar e coletar alguns indicadores.

Em 2008, com o elenco de indicadores e iniciativas maduro e consistente, estão sendo implantadas reuniões periódicas, preparatórias para as reuniões gerenciais, nas quais cada gestor de objetivo se reúne com a equipe de responsáveis por indicadores e planos de ação para discutirem a situação do projeto. Os gestores de objetivos fazem, então, reuniões gerenciais com a direção da Hemominas, respondendo sobre os indicadores, planos de ação corretivos, preventivos e projetos. Pretende-se desdobrar o projeto Gestão Estratégica em duas unidades regionais em 2008 e nas demais a partir de 2009.

A Fundação Hemominas avança assim na direção daquilo que representa o seu maior objetivo institucional, delineado para 2010: "Ser reconhecida, nacional e internacionalmente, como organização pública de excelência em hematologia e hemoterapia".

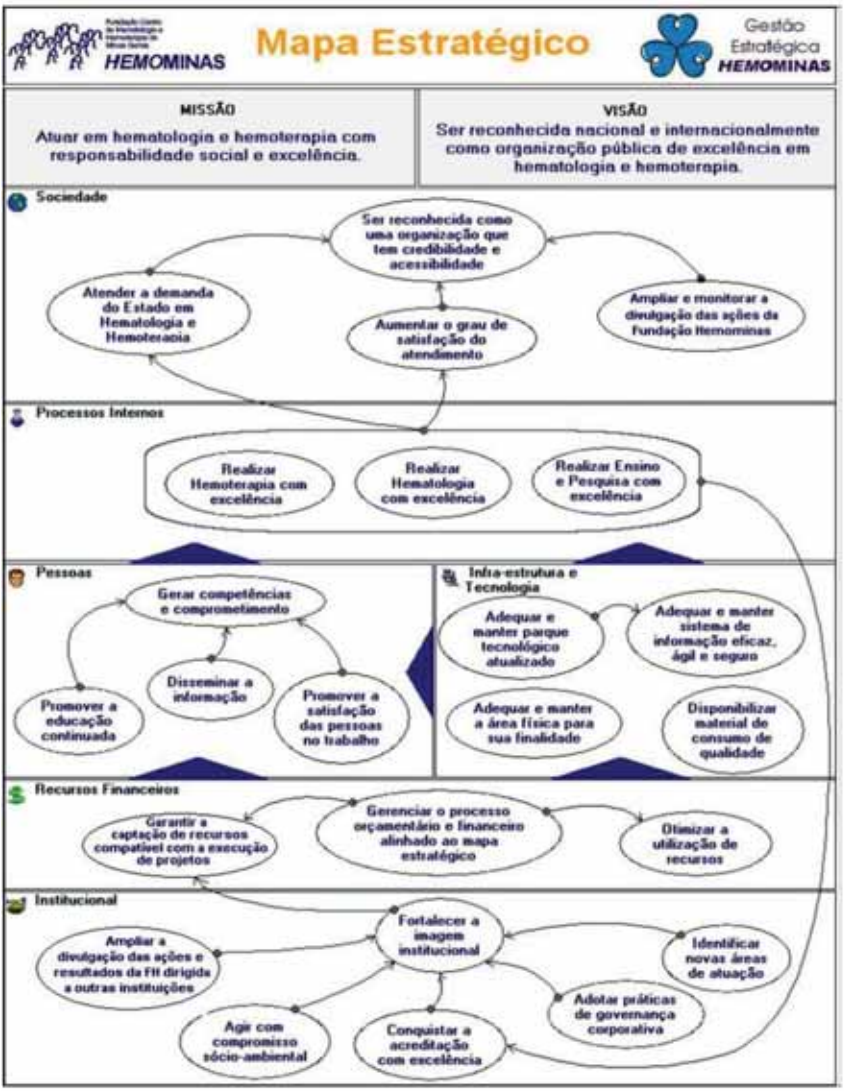


Figura 4: Mapa estratégico da Fundação Hemominas

VII. Referências

MEDEIROS, Cláudio. A Busca pela Excelência na Fundação Hemominas, *Fundação Hemominas: 1985-2007*, Belo Horizonte: Triunfo, 2007.

MELO, Laércio de. A Hemoterapia em Minas Gerais a partir da criação dos Hemocentros. *Fundação Hemominas: 1985-2007*, Belo Horizonte: Triunfo, 2007.

PROIETTI, Anna; CIOFFI, Júnia. The Hemominas Foundation of Brazil: Quality Management in a Hybrid Model. Strategies for Centralized Blood Services. *Revista da American Association of Blood Banks*, AABB Press.

PROIETTI, Anna; CIOFFI, Júnia; MEDEIROS, Cláudio; VASCONCELOS, Regina. Disseminação da informação é o maior desafio para a Gestão estratégica. *Revista Gestão Minas,* ano 1, n. 2, dezembro de 2007. Publicação da Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão.

RODRIGUES, Daniela, PROIETTI, Anna; CIOFFI, Júnia. Hemominas: aplicação e impacto do instrumento de auto-avaliação de 250 pontos do Gespública. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, v. 30 , n. 02, mar./abr. 2008.

SARAIVA, João Carlos P. Editorial. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, n. 02, v. 30, mar./abr. 2008.

CAPÍTULO XVI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO PRIORIDADE – ESP/MG

Tammy Angelina Mendonça Claret Monteiro
Túlio Louchard Picinini Teixeira
Patrícia Conceição Parreiras

I. Introdução

A qualificação profissional dos agentes do Estado é elemento fundamental para a mudança de cultura institucional em direção a um Estado para Resultados, como proposto pelo governo de Minas Gerais.

Este é o marco a partir do qual a Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP/MG) se insere no contexto do Choque de Gestão na área de saúde, proposto pelo governo mineiro, com vistas à consolidação de Minas Gerais como o melhor Estado para se viver no País.

O Choque de Gestão alcança a ESP/MG, inicialmente, com a autonomia administrativa, financeira e orçamentária determinada pela Lei Delegada nº 135, de 25 de janeiro de 2007, como desdobramento da Lei Delegada nº 112, que dispõe sobre a organização e estrutura da Administração do Poder Executivo do Estado de Minas Gerais. A partir desse marco legal, a ESP/MG passa a ter competência para planejar, coordenar e avaliar as atividades de ensino, educação e pesquisa relativas ao desenvolvimento institucional e de recursos humanos, no âmbito do SUS/MG.

A unificação das ações educacionais sob a égide de um único órgão oferece melhores condições ao Estado de garantir coesão e consistência à formação dos profissionais de saúde nos diversos níveis – inicial e continuada, técnica e superior.

Para garantir melhor qualidade de vida ao cidadão, é preciso que a formação inicial que habilita os profissionais de saúde ao exercício de suas atividades seja complementada com compreensão e conhecimento mais abrangentes sobre o sistema de saúde brasileiro. Nesse sentido, a inovação proposta pela ESP/MG, como contribuição ao Choque de Gestão, é fazer com que os profissionais de saúde se tornem atores da inovação, a partir de treinamentos e capacitação. As ações de pesquisa somam-se para registrar, refletir e compreender a prática dos profissionais na construção e inovação de conhecimentos que transformem os processos de trabalho em saúde, de forma a garantir uma gestão de resultados com base em indicadores qualitativos e quantitativos, com ênfase nos impactos sociais das ações.

II. Educação Permanente em Saúde: Superação do Saber Técnico

Davini (1995) afirma que a Educação Permanente em Saúde se constitui como uma ferramenta capaz de gerar novos modelos e práticas de trabalho por meio da transformação das ações técnicas e sociais.

Motta (1998) apresenta a Educação Permanente como uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir de uma análise dos determinantes sociais e econômicos, mas, sobretudo, de transformação de valores e conceitos dos profissionais. Esse modelo de formação propõe o profissional como sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem. Além disso, toma o processo de trabalho em saúde como o gerador e configurador

de ações educacionais em serviços locais de saúde, apontando três grandes categorias como marco conceitual, segundo o documento da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) *Proyecto Regional de Educación Permanente en Salud*, de 1990: a) o processo de trabalho como eixo do processo educativo, como fonte de conhecimento e objeto de transformação; b) mudança de consciência, de uma visão restrita à cura, biologicista e individual para uma visão integral do processo de trabalho em serviços ligados à promoção da saúde; c) participação coletiva (Motta, 1998).

A formação dos profissionais de saúde precisa, mais do que nunca, estar focada em práticas técnicas e sociais que lhes permitam perceber as limitações dos saberes e das práticas já vigentes. Só assim será possível atuarem como elos ou mediadores do tratamento e da prevenção de doenças e, principalmente, da promoção da saúde dos indivíduos.

Em Minas Gerais, a Secretaria de Estado de Saúde vem implementando, desde 2003, a reestruturação da rede estadual de atendimento do SUS. Esta reorganização pressupõe a transformação da rede hierárquica em uma rede poliárquica (Mendes, 2008) de atendimento, na qual o foco principal passa a ser a Atenção Primária e a Promoção da Saúde, permitindo a superação da lacuna existente entre as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde, cuja base estava fundada em um modelo tecno-assistencial.

Evidenciamos assim, que à ESP/MG não cabe simplesmente oferecer cursos em saúde. É necessário que os cursos oferecidos estejam fundamentados em uma proposta político-pedagógica de Educação Permanente em Saúde, verdadeira tecnologia de educação, capaz de: transformar as práticas e os serviços de saúde; promover o processo ensino-aprendizagem a partir da reflexão sobre os problemas vivenciados na prática das equipes de trabalho; e contribuir com a concretização do compromisso social e profissional.

III. Educação Profissional em Saúde: Conceitos Norteadores da Práxis

A ESP/MG atua nas seguintes modalidades de ensino profissional: cursos de formação inicial e continuada (Centro de Educação Permanente), cursos de formação técnica de nível médio (Centro de Educação Técnica) e cursos de pós-graduação (Centro de Pós-graduação).

O núcleo central e conceitual da proposta da ESP/MG é a transformação dos processos de trabalho, melhorando sua qualidade, grau de integração e nível de compromisso, a partir de uma estratégia educativa. Busca-se gerar mudanças a partir de um processo simultâneo de trabalho e educação que valorize a experiência e a cultura dos trabalhadores, por meio de estímulos à produção do conhecimento a partir de situações práticas (Roschke; Davini; Haddad, 1999, p. 13).

Pretende-se, portanto, a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS/MG. O foco está nos processos de trabalho – a Formação, Atenção, Gestão e Controle Social. Seu "alvo" são as equipes (unidades de produção) e seu lócus de operação são os coletivos. Para tanto, é necessários produzir diálogos e cooperações entre os atores da saúde.

Na perspectiva de construção de um novo paradigma de formação para atuação no novo modelo de saúde, os "eixos vertebradores" da inovação de gestão são:

- Articulação constante da teoria com a prática cotidiana: segundo Freire (1997) não há como superestimar ou subestimar um conceito ou outro. Teoria e prática, em suas relações, completam-se. Trabalha-se a partir da necessidade de promoção de uma reflexão dos profissionais sobre a própria prática de trabalho, por meio de um diálogo entre o acúmulo de diversos campos de conhecimento; dentre esses, o da vivência,

seja a da comunidade bem como a dos próprios profissionais no cotidiano de seu processo de trabalho.

- Currículo Integrado: os cursos da ESP/MG são organizados a partir da visão holística das áreas em que se inserem, de forma a permitir a interdisciplinaridade entre os conteúdos necessários à interpretação da realidade. O caráter de integração se dá pelo restabelecimento das relações entre os conteúdos, as técnicas e a tecnologia que os fundamentam. No currículo integrado nenhum conhecimento é só geral, posto que estrutura objetivos de produção, nem somente específico, pois nenhum conceito apropriado produtivamente pode ser formulado ou compreendido desarticuladamente das ciências e das linguagens. Além disso, a concepção do currículo integrado permite que a educação profissional supere o enfoque puramente de capacitação técnica, já que parte do pressuposto de que o trabalho também é um contexto de formação.
- Interdisciplinaridade: pressupõe, por parte dos profissionais envolvidos, uma tomada de decisão pessoal a respeito de sua formação e atuação profissional para superar a fragmentação e extrema especialização do conhecimento para trabalhar em equipe. Pressupõe também uma reorientação da forma de planejamento, abandonando o modelo individualista do conhecimento em detrimento de uma construção horizontalizada.
- Andragogia: com um público de "adultos", a ESP/MG foi buscar no conceito de andragogia a sustentação para suas atividades pedagógicas, levando em consideração as características do aluno adulto: experiências de vida; aprendizagem significativa; aprendizagem orientada para a resolução de problemas e as motivações de ordem interna. A partir dessa perspectiva, a Escola busca o envolvimento do trabalhador na mudança de sua realidade e, portanto, na qualidade da assistência a saúde.

- Pedagogia das Competências: formação do profissional para assumir responsabilidades, mobilizado subjetivamente (Zarifian, 1998, p. 19), uma vez que este deve ser sujeito ativo de seu processo laboral, definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas e que visa a essa produção.

IV. Impactos

O modelo de intervenção educacional proposto pela ESP/MG e aqui apresentado encontra-se em fase inicial de implementação, uma vez que as mudanças tiveram início há apenas oito meses, como desdobramento da Lei Delegada nº 135, de janeiro de 2007. Apesar do pouco tempo de aplicação, as mudanças introduzidas já apresentam resultados em termos de qualificação da gestão das políticas de saúde.

Um desses resultados é expresso pela formação inicial de 16 mil Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de um total de pouco mais de 22 mil profissionais em todo o Estado de Minas Gerais. Durante os eventos de formação, os alunos produziram o diagnóstico e o planejamento do território de abrangência de sua equipe. É interessante notar que o impacto desse curso de formação recai não somente sobre os Agentes, mas sobre toda a equipe do Programa de Saúde da Família, porta de entrada do SUS, ligando-se aos objetivos do Projeto Estruturador "Saúde em Casa".

Outra ação da ESP/MG relacionada ao "Saúde em Casa" refere-se à estratégia de implantação do PD-APS, por meio de 10 oficinas educativas, durante as quais são produzidos os planos locais, de reorganização do sistema municipal de saúde. Com a elaboração e implementação desses planos, será consolidado um sistema integrado de serviços, fortalecendo-se a Atenção Primária e fomentando a formação de redes integradas de atenção à saúde. Já foram realizadas

quatro oficinas, abrangendo nove das 13 macrorregiões de saúde do Estado. O processo tem data final prevista para o segundo semestre de 2009.

V. Referências

DAVINI, Maria Cristina. Educacion permanente em salud. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud, n. 38, Washington, D. C, 1995.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1997

MERHY, E. E; ONOCKO, R. (Org.). Praxis em salud: un desafío para lo público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte, 2008. Mimeo.

MOTTA, José Inácio Jardim. Educação permanente em Saúde: da política do consenso à construção do dissenso. Dissertação (Mestrado – Universidade Federal do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro: UFRJ, 1998.

RAMOS, Marise Nogueira. Currículo Integrado. In: ESCOLA Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. p. 77-81.

ROSCHE, Maria Alice Clasen; DAVINI, Maria Cristina; HADDAD, Jorge Q. (1999). *Educação permanente e trabalho em saúde: um processo em construção*. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 22 mar. 2005.

ZARIFAN, Phillippe. *O modelo de competência e suas conseqüências sobre os ofícios profissionais*. Seminário Internacional Educação Profissional, Trabalho e Competências. Rio de Janeiro: CIET, 1996.

LISTA DE ACRÔNIMOS

ABI – Associação Brasileira de Imprensa

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

APS – Atenção Primária à Saúde

APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos

AVAI – Anos de Vida Perdidos Ajustados por Incapacidade

BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento

CAS – Coordenadoria de Atenção à Saúde

Cebes – Centro de Estudo Brasileiro de Ensino e Saúde

CIB – Comissão Intergestores Bipartites

CIT – Comissões Intergestores Tripartite

Conass – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRA - Central de Regulação Assistencial

CVV – Centros Viva Vida de Referência Secundária

ESF – Equipes de Saúde da Família

ESP/MG – Escola de Saúde Pública de Minas Gerais

FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

Funed – Fundação Ezequiel Dias

GRS – Gerências Regionais de Saúde

Hemominas – Fundação Hemominas

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

Inamps – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

OAB – Ordem dos Advogados do Brasil

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PAM – Plano de Ajustes e Metas

PD-APS – Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PDVS/MG – Plano Diretor de Vigilância Sanitária de Minas Gerais

PEP – Programa de Educação Permanente

PGQS – Plano de Gestão da Qualidade em Saúde

PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PLANASHE – Plano Nacional de Sangue e Hemoderivados

PMDI – Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PPAG – Plano Plurianual de Ação Governamental

PPI – Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde

PQFH – Programa da Qualidade da Fundação Hemominas

PQSP – Programa da Qualidade do Serviço Público

PRO-HOSP – Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG

PSF – Prontuário de Saúde da Família

RMM – Razão de Morte Materna

SAF – Superintendência de Assistência Farmacêutica

SBPC – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência

Senac – Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial

SIGAF – Sistema Integrado de Gestão da Assistência Farmacêutica

SIGAS – Sistema Integrado de Gestão da Assistência à Saúde

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SNVS – Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI – Taxa de Mortalidade Infantil

UBS – Unidades Básicas de Saúde

VISA – Vigilância Sanitária

AUTORES

Adriana de Azevedo Mafra

Consultora em Urgência e Emergência da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. É Médica, preceptora de Residência de Clínica Médica do Hospital Municipal Odilon Behrens, Belo Horizonte, e do Hospital João XXIII, Belo Horizonte. É pós-graduada em Gestão Hospitalar pelo PRO-HOSP, ESP-MG; mestre em Infectologia e Medicina Tropical, pela UFMG; consultora em Urgência e Emergência do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo.

E-mail: adrianaamafra@yahoo.com.br

Alisson Maciel de Faria Marques

Gerente adjunto do projeto estruturador Viva Vida. É graduado em Administração Pública pela Escola de Governo Paulo Neves de Carvalho (FJP) e em Ciências Contábeis pela UFMG. Atualmente cursa Pós-Graduação em Gestão da Clínica na Atenção Primária à Saúde, oferecida pela SES-MG em parceria com o SENAC e com a Universidade do Estado de Minas Gerais.

E-mail. alisson.faria@saude.mg.gov.br

André Luiz Moreira dos Anjos

Assessor da Subsecretaria de Inovação e Logística da Secretaria de Estado de Saúde. É graduado em Administração, com habilitação em Administração Pública. Especialista em Gestão de Negócios e professor de Orçamento Público e Gestão Orçamentária e Financeira.

E-mail: andre.anjos@saude.mg.gov.br

Aníbal Arantes Jr.

Superintendente de Epidemiologia da SES-MG (2008). Formado em Administração de Empresas pela UNA em 1976. Pós-Graduado em: Estatística Aplicada (CPGA-FCE/UFMG), Engenharia Econômica (CPGA – Champanhat), Administração Financeira (Fundação Dom Cabral) e Gestão de Estabelecimentos de Saúde (IEC/PUC Minas).

E-mail: anibal.arantes@saude.mg.gov.br

Anna Bárbara de Freitas Carneiro Proietti

Presidente da Fundação Hemominas. Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1979) e doutorado em Virologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1997). Fez pós-doutorado em Hematologia na Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, EUA (1987-1989).

E-mail: presd@hemominas.mg.gov.br

Antônio Jorge de Souza Marques

Secretário Adjunto de Estado de Saúde. É o gestor do projeto estruturador "Regionalização da Atenção à Saúde", que se constitui das seguintes ações: Sistema Estadual de Transporte em saúde, Rede de Urgência e Emergência, Sistema Estadual de Regulação e Gestão em Saúde e Fortalecimento e melhoria da qualidade dos hospitais do Sistema Único de Saúde. Médico psiquiatra formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora e especialista em Gestão de Sistemas de Saúde pela Fiocruz. Foi Secretário de Saúde do município de Juiz Fora.

E-mail: antonio.jorge@saude.mg.gov.br

Augusto Afonso Guerra Jr.

Superintendente de Assistência Farmacêutica. Farmacêutico com doutorando em Saúde Pública pela UFMG.

E-mail: saf@saude.mg.gov.br

Bruno Reis de Oliveira

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental no Estado de Minas Gerais, em exercício na Secretaria de Estado de Saúde. É bacharel em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro e pós-graduado em Gestão Hospitalar pela Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Atualmente, cursa Letras na Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: bruno.reis@saude.mg.gov.br

Carlos Alberto Pereira Gomes

Presidente da Fundação Ezequiel Dias (Funed). Graduado em Farmácia e Bioquímica pela UFMG. Especialista em Saúde Pública pela ESP-MG. Presidente da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (ALFOB). Coordenador da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), de junho de 1997 a junho de 2000. Membro da Delegação Oficial Brasileira de negociação para harmonização da legislação sanitária para o Mercosul, de 1991 a 1998. Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais, de 1989 a 1991.

E-mail: carlosgomes@funed.mg.gov.br

Cláudio Medeiros

Assessor de gestão da qualidade na Fundação Hemominas. É bacharel em Direito pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes); pós-graduado em

Administração Pública pela Fundação João Pinheiro; MBA em Gestão de Negócios pela Fundação Getúlio Vargas.

E-mail: claudio.medeiros@saude.mg.gov.br

Cynthia Bernis de Oliveira

Coordenadora da Câmara Técnica de Gestão de Projetos e Diretrizes Orçamentárias. Bacharel em Ciências Econômicas pela PUC Minas. Mestranda em Ciências da Saúde – Gestão em Saúde, pela Faculdade de Medicina da UFMG. Pós-graduada em Administração Financeira, pela Fundação João Pinheiro, e em Administração dos Serviços de Saúde (Administração Hospitalar e Saúde Pública), pela UNAERP. Atualmente, em exercício na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

E-mail: cynthia.bernis@fhemig.mg.gov.br

Eugênio Vilaça Mendes

É consultor da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Sanitarista, especialista em planejamento de saúde e doutor em odontologia. Tem vários livros publicados no Brasil e no exterior sobre saúde pública.

E-mail: eugenio.bhz@terra.com.br

Fernanda de Oliveira Esteves

Assessora-adjunta de Gestão Estratégica, em exercício na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. É bacharel em Comunicação Social com habilitação em Publicidade & Propaganda pelo Centro Universitário de Belo Horizonte (UNI-BH). Atualmente, cursa Pós-Graduação em Gestão Clínica na Atenção Primária à Saúde pelo Senac/SES-MG.

E-mail: fernanda.esteves@saude.mg.gov.br

Fernando Antônio Gomes Leles

Empreendedor público responsável pelo projeto estruturador Saúde em Casa, de melhoria da qualidade da Atenção Primária, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. É 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 (EPPGG).

E-mail: fernando.leles@saude.mg.gov.br

Francisco Antônio Tavares Júnior

Assessor-chefe de Gestão Estratégica, em exercício na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. É bacharel em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro e pós-graduado em Economia da Saúde e Farmacoeconomia pela Universidad Pompeu Fabra, de Barcelona, na Espanha. Foi avaliador do Prêmio Mineiro da Qualidade e Empreendedor Público do Programa Viva Vida.

E-mail: francisco.junior@saude.mg.gov.br

Helidéa de Oliveira Lima

Subsecretária de Políticas e Ações em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Gerente do Projeto Estruturador Saúde em Casa. Médica pediatra e neonatologista formada pela Universidade Federal de Juiz de Fora, especialista em Gestão Hospitalar pela Universidade Federal de Juiz de Fora e pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Avaliadora do Sistema Brasileiro de Acreditação (ONA). Professora do MBA de Gestão em Saúde da Faculdade de Economia e Administração da UFJF e do MBA de Gestão em Saúde da FGV. Mestranda em Gestão de Serviços de Saúde pela FGV/Rio em parceria com o ISCTE/Lisboa.

E-mail: helidea@saude.mg.gov.br

Homero Cláudio R. S. Filho

Especialista em Políticas e Gestão da Saúde, em exercício na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. É Farmacêutico graduado pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (EMESCAM). Atualmente ocupa o cargo de coordenador executivo do Programa Rede Farmácia de Minas.

E-mail: homero.souza@saude.mg.gov.br

Jomara Alves da Silva

Subsecretária de Inovação e Logística da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Possui graduação em Direito pela PUC Minas, pós-graduação em Políticas Públicas pela FAFICH/UFMG e é mestranda em Administração e Políticas Públicas pela FGV, em parceria com Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), de Lisboa, Portugal. É servidora do Poder Executivo Estadual de Minas Gerais desde 1999, tendo ocupado os cargos de Assessor técnico e Assessor técnico-jurídico na então Secretaria de Estado de Recursos Humanos e Administração (SERHA) e no Instituto de Terras (ITER-MG) e os cargos de Diretora e de Assessora-chefe nas áreas de gestão de recursos humanos e de políticas e de desenvolvimento de recursos humanos na Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG).

E-mail: jomara.alves@saude.mg.gov.br

José Geraldo de Leal Castro

Gerente regional da GRS de Juiz de Fora. É cirurgião-dentista, graduado pela Universidade Federal de Juiz de Fora, com pós-graduação em Periodontia pela PUC-RJ e em Vigilância Sanitária em Serviços de Saúde pela ENSP/ESP-MG. Especialista em Políticas Públicas e Gestão de Saúde.

E-mail: jose.geraldo@saude.mg.gov.br

José Maria Borges

Assessor especial da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 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.

E-mail: jmborges@saude.mg.gov.br

Juliana Barbosa e Oliveira

Superintendente de Gestão de Pessoas e Educação em Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Bacharel em Psicologia, e pós-graduada em Gestão Estratégica em Marketing pela Universidade Federal de Minas Gerais. Especialista em Psicologia Organizacional e Gestão do Trabalho pelo Conselho Federal de Psicologia. Cursando Pós-Graduação em Ensino a Distância pelo SENAC-MG.

E-mail: juliana.barbosa@saude.mg.gov.br

Júnia Guimarães Mourão Cioffi

Diretora técnico-científica da Fundação Hemominas. Médica pediatra, especialista em Hemoterapia e Hematologista, mestre em Administração Pública.

E-mail: tec@hemominas.mg.gov.br

Kelly Nogueira Guerra

Diretora de Atuação Estratégica na Fundação Hemominas. É bacharel em Administração de Empresas pela PUC Minas. Pós-graduada em Gestão Pública, pela Fundação João Pinheiro/Escola de Governo do Estado de Minas Gerais, e em Gestão Estratégica de Custos, pelo UNI-BH. Mestre em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro/Escola de Governo do Estado de Minas Gerais. Servidora da Secretaria de Estado de Saúde desde 1991. Foi diretora dos Sistemas Operacionais-SES até 2003.

E-mail: ate@hemominas.mg.gov.br

Laura Monteiro de Castro Moreira

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental no Estado de Minas Gerais, em exercício na Secretaria de Estado de Saúde. É bacharel em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro. Atualmente, cursa o Programa de Mestrado em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Minas Gerais e 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 Universidade do Estado de Minas Gerais.

E-mail: laura.moreira@saude.mg.gov.br

Leonardo Lima de Carvalho

Empreendedor público do Estado de Minas Gerais, atuando como gestor dos projetos de implantação de Redes de Urgência e Emergência da SES-MG. Mestrando em Gestão da Informação e do Conhecimento (UFMG); pós-graduado em Engenharia de Software (UFMG); bacharel em Ciência da Computação (PUC Minas). É certificado como Project Management Professional e tem oito anos de experiência em

gerenciamento de projetos e gerenciamento de fábrica de *software*. Atua, desde 1997, como professor de cursos de graduação e pós-graduação em diversas instituições de ensino de Minas Gerais.

E-mail: leonardo.carvalho@saude.mg.gov.br

Lismar Isis Campos

Empreendedora pública no Estado de Minas Gerais, em exercício na Secretaria de Estado de Saúde. É bacharel em Administração e 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, docente e tutora do Curso de Pós-Graduação em Gestão Hospitalar da ESP-MG e do MBA Gestão de Serviços de Saúde, Acreditação e Auditoria da UFJF.

E-mail: lismar.campos@saude.mg.gov.br

Lucy Monteiro Mayer

Gerente de Atenção Primária até 2008. É graduada em Enfermagem e Obstetrícia, especialista em Planejamento e Administração de Sistemas de Saúde e em Enfermagem em Saúde da Família e da Comunidade. Docente do VI e VII Cursos de Especialização em Saúde da Família, membro da equipe técnica de elaboração do Curso Introdutório para Equipes de Saúde da Família e docente do Curso de Atualização em Gestão Municipal na Área de Saúde para secretários municipais de Saúde realizado pela ESP-UFMG.

E-mail: almayer@terra.com.br

Luis Márcio Araujo Ramos

Presidente da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Graduado e pós-graduado em Administração de Empresas pela Faculdade de Ciências Gerenciais da União de Negócios em Administração (UNA). Atuou por 10 anos em instituições financeiras, na gestão e no planejamento de ativos financeiros e operações estruturadas. Ocupou no Executivo Estadual, a partir de 1999, as funções de superintendente central de Pessoal, secretário-adjunto de Recursos Humanos e Administração, secretário-adjunto de Estado de Saúde, superintendente e diretor de Planejamento, Gestão e Finanças da Fundação Ezequiel Dias (Funed). Assumiu em 2004 a Presidência da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), instituição vinculada à Secretaria de Estado de Saúde.

E-mail: luismarcio.araujo@fhemig.mg.gov.br

Luiz Antônio Marinho Pereira

Consultor da Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde. Formado em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais e mestre em Gestão de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

E-mail: luiz.marinho@saude.mg.gov.br

Luiz Felipe Almeida Caram

Subsecretário de Vigilância em Saúde. Médico cirurgião e endoscopista. Ex-gestor municipal de Saúde, ex-presidente do Colegiado de Secretários Municipais de Saúde da Região de Teófilo Otoni. Ex-vice-presidente do Colegiado Nacional de Secretários Municipais de Saúde da Região Sudeste. Diretor do Colegiado Nacional de Secretários de Saúde.

E-mail: gab.svs@saude.mg.gov.br

Marilene Fabri Lima

Coordenadora Estadual do Programa de Fortalecimento de Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (PRO-HOSP) do Estado de Minas Gerais. Possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Pós-graduada em Gestão Hospitalar pela Faculdade Machado Sobrinho e Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; MBA em Administração e Marketing pela Fundação Getúlio Vargas em parceria com o Instituto Viana Junior; Gestão pela Qualidade Total pela Faculdade Machado Sobrinho (Prisma) em parceria com IME; Gerência de Empresa pela Faculdade Machado Sobrinho (Prisma); e Administração Universitária pela Universidade Federal de Juiz de Fora em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina. Mestranda em Gestão Pública, com ênfase em Políticas Sociais pela Fundação João Pinheiro. Economista da UFJF; no período de 94 a 2004 exerceu a direção administrativa do HU/UFJF.

E-mail: marilene.fabri@saude.mg.gov.br

Márcia Rovena de Oliveira

Referência técnica da Saúde da Mulher (SES-MG) desde 1997. Médica formada na Faculdade de Medicina da UFMG (1975); ginecologista e obstetra, com especialização pela Faculdade de Ciências Médicas, na Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Ginecologista e obstetra do Hospital Julia Kubtischek.

E-mail: mrovena@bol.com.br

Marco Antonio Bragança Matos

Superintendente de Atenção à Saúde na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. É médico pediatra, formado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com especialização em Gestão Microrregional de Sistemas e Serviços de Saúde.

E-mail: marcobmatos@saude.mg.gov.br

Marcus Vinícius Caetano Pestana da Silva

Secretário de Estado de Saúde e deputado estadual de Minas Gerais. É economista e e professor da Universidade Federal de Juiz de Fora. Ex-vereador em Juiz de Fora e ex-secretário de Estado de Planejamento e Coordenação Geral do Governo de Minas Gerais (Gestão Eduardo Azeredo). Ex-chefe de gabinete do Ministério das Comunicações. Ex-secretário executivo do Ministério do Meio Ambiente. Em ambos os Ministérios exerceu, interinamente, o cargo de ministro de Estado. Ex-presidente do Conselho Nacional de Secretários de Estado de Saúde (CONASS).

E-mail: ses@saude.mg.gov.br

Maria do Carmo Paixão Rausch

Coordenadora Estadual de Regulação Assistencial na SES-MG. Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (1975), especialista em Pediatria e Epidemiologia em Serviços de Saúde.

E-mail: cr@saude.mg.gov.br

Maria Emi Shimazaki

Consultora da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. É médica pediatra, com especializações em Saúde Pública, Gestão e Marketing de Serviços de Saúde. Foi superintendente da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e presidente do Instituto de Previdência dos Servidores Municipais de Curitiba. Consultora da Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo, da Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia e do Ministério da Saúde.

E-mail: mariaemi@brturbo.com.br

Marta Alice Venâncio Romanini

Coordenadora do Programa Viva Vida. Médica com especialização em Pediatria. Docente da Faculdade de Medicina da UFMG. Professora emérita da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenadora do Programa Materno Infantil da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e coordenadora de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

E-mail: cpsmca@saude.mg.gov.br

Marta de Sousa Lima

Assessora da Secretaria Adjunta, coordenadora da implantação do Sistema Estadual de Transporte em Saúde no Estado de Minas Gerais. É 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 Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: marta.sousa@saude.mg.gov.br

Myriam Araujo Coelho

Superintendente de Regulação da SES/MG (2003). Psicóloga especialista em Gestão de Serviços de Saúde (ESP); gestora municipal de Saúde (1993 a 2002); presidente do COSEMS-MG (2001/2002).

E-mail: myriam@saude.mg.gov.br

Patrícia Conceição Parreiras

Coordenadora pedagógica da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (ESP-MG). Possui graduação em Psicologia pela Fundação Mineira de Educação e Cultura (1992) e mestrado em Educação pela PUC Minas (2000). Tem experiência na área de Educação, com ênfase em Educação Profissional e Educação de Jovens e Adultos, atuando principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, saúde coletiva, educação de jovens e adultos, proposta pedagógica, educação permanente em saúde, currículo e modelo pedagógico.

E-mail: patricia.parreiras@esp.mg.gov.br

Paulo Tavares Jr.

Coordenador estadual de Regulação Assistencial na SES-MG. É bacharel em Sociologia e Política e Administração Pública pela Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais (FACE/UFMG – 1964) e mestre em Promoção do Desenvolvimento pela Universidade d'Anvers, Bélgica (1974).

E-mail: paulo.tavares@saude.mg.gov.br.

Rejane Lamounier França

Empreendedora pública na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais na Assessoria de Gestão Estratégica. É responsável por propor e coordenar a estratégia de Tecnologia da Informação para a Secretaria. É graduada em Engenharia Civil pela PUC Minas, com especialização em Análise de Sistema pela UFMG. Oriunda da iniciativa privada, em que trabalhou em empresas de desenvolvimento e comercialização de *software*.

E-mail: rejane.franca@saude.mg.gov.br

Renata Cristina Rezende Macedo

Gerente de Medicamentos de Alto Custo da Superintendência de Assistência Farmacêutica, na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Farmacêutica-bioquímica graduada pela Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto e especialista em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: renata.macedo@saude.mg.gov.br

Renata Neri

Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental no Estado de Minas Gerais, em exercício na Secretaria de Estado de Saúde. É bacharel em Administração Pública pela Fundação João Pinheiro e em Pedagogia pela Universidade Estadual de Minas Gerais. É pós-graduada em Qualidade em Recursos Humanos pelo Centro de Estudos e Pesquisas Educacionais de Minas Gerais.

E-mail: renata.neri@saude.mg.gov.br

Rita de Cássia Oliveira Fontanez

Assessora de imprensa na Fundação Hemominas. Possui graduação em Comunicação Social/Jornalismo pelo Instituto Metodista de Ensino Superior em São Bernardo do Campo. Atualmente cursa mestrado em Relações Internacionais na PUC Minas.

E-mail: rita.fontanez@saude.mg.gov.br

Tammy Angelina Mendonça Claret Monteiro

Diretora geral da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Graduada em Ciências Sociais e especialista em Recursos Humanos e em Gestão de Saúde Pública pelo PRO-HOSP. Atuou como assessora na Presidência da COHAB e na direção da Santa Casa de Belo Horizonte. Em Juiz de Fora, foi secretária municipal de Atividades Urbanas e assessora municipal das Secretarias Municipais de Educação e de Administração. Superintendente de Educação da ESP-MG.

E-mail: tammyclaretmonteiro@gmail.com

Túlio Louchard Picinini Teixeira

Coordenador do Núcleo de Pós-Graduação da ESP-MG. Advogado, psicólogo e mestre em Direito Constitucional. Professor do Centro Universitário UNIFEMM.

E-mail: tpicinini@yahoo.com.br

Verlanda Lima Bontempo

Gerente de Medicamentos Básicos. Farmacêutica e mestre em Ciências Farmacêuticas (UFMG).

E-mail: verlanda.lima@saude.mg.gov.br

Wagner Fulgêncio Elias

Assessor de Normalização e Humanização e Melhoria da Qualidade, da Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da SES-MG. Formado em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, atualmente faz pós-graduação em Gestão com ênfase em Negócios, na Fundação Dom Cabral, em Belo Horizonte.

E-mail: wagner.fulgencio@saude.mg.gov.br

Welfane Cordeiro Júnior

Coordenador de Urgência e Emergência da SES-MG. Médico especialista em Terapia Intensiva e Nutrição Parental e Enteral. Possui MBA em Gestão de Serviços e Sistemas de Saúde pela FGV. Consultor da Coordenação Geral de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde.

E-mail: welcj@uol.com.br

Wenderson Walla Andrade

Gerente de Medicamentos dos Programas Estratégicos da SES-MG. Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Juiz de Fora, pós-graduado em Microbiologia pela PUC Minas, em Farmacologia pela Universidade Federal de Lavras e em Gestão Industrial Farmacêutica pela Fundação Getúlio Vargas. Por três anos trabalhou na Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, atuando na área de medicamentos dos programas estratégicos. Na Fundação Ezequiel Dias (Funed) foi assessor da Diretoria Industrial e gerente de Produção. Na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais foi gerente de Medicamentos Excepcionais por um ano.

E-mail: wenderson.andrade@saude.mg.gov.br

Este livro foi composto com tipografia Adobe Caslon e impresso
em papel Off Set 90 g. pela Autêntica Editora.

ISBN 978-85-89239-61-5

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, permitindo que a SES-MG possa alcançar sua visão de ser instituição modelo de inovação da gestão da saúde pública no Brasil e contribuindo para que Minas Gerais seja o Estado onde se viva mais e melhor.

SUS Sistema Único de Saúde

GOVERNO DE MINAS