



VII Congresso **CONSAD**
de Gestão Pública

Centro de Convenções Ulysses Guimarães
Brasília/DF – 25, 26 e 27 de março de 2014

OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO ESTRATÉGICO DE GESTÃO DO ATENDIMENTO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ESTADO: INOVAÇÕES NA GOVERNANÇA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

**VANICE CARDOSO FERREIRA
GUSTAVO DIAS DA COSTA MARTINS
JOÃO VICTOR DE ALMEIDA CHAVES**



OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO ESTRATÉGICO DE GESTÃO DO ATENDIMENTO A URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS NO ESTADO: INOVAÇÕES NA GOVERNANÇA, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Vanice Cardoso Ferreira
Gustavo Dias da Costa Martins
João Victor de Almeida Chaves

RESUMO

O artigo apresenta o projeto de otimização do processo estratégico de Gestão do Atendimento a Urgências e Emergências no Estado de Minas Gerais, realizado com o objetivo de aprimorar seu funcionamento e capacidade de geração de resultados. O trabalho foi desenvolvido em parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão e seguiu como diretrizes o aprimoramento da descentralização da gestão das Redes de Urgência e Emergência; o fortalecimento das estruturas regionais de saúde; o alinhamento dos papéis e responsabilidades das equipes do nível central e a melhoria da comunicação institucional. O desenvolvimento do trabalho teve por premissa a participação dos colaboradores, envolvendo atores dos níveis estadual e municipal de gestão em saúde, visando ao aprimoramento das atividades desenvolvidas desde a contratualização com as unidades de urgência e emergência até o efetivo atendimento ao paciente. Como resultados, preveem-se, dentre outros, a definição de uma sistemática robusta de monitoramento do atendimento de urgência e emergência; e um melhor alinhamento e compartilhamento das informações estratégicas relativas ao processo.



1 INTRODUÇÃO

Atualmente existem inúmeras definições para o termo “processo”. Para Harrington (1993), processo é “qualquer conjunto de atividades que recebe uma entrada (input), agrega-lhe valor e gera uma saída (output) para um cliente interno ou externo”. Alinhado a esta definição pode-se conceituar Gestão de Processos como a “metodologia empregada para definir, analisar e gerenciar as melhorias no desempenho dos processos das organizações, com a finalidade de atingir condições ótimas”. (RADOS,1999).

O Governo de Minas Gerais define, ainda, Gestão de Processos como “as atividades que são necessárias para se ter controle sobre os processos organizacionais, visando à melhoria constante destes, em consonância com os resultados pretendidos pela organização” (MINAS GERAIS, 2011, p.13).

No setor público, o uso de metodologias gerenciais, dentre elas, a gestão e melhoria de processos, está associada à busca de maior governabilidade e orientação ao cidadão, buscando qualificar, ainda, o gasto governamental e diminuir o excessivo controle dos procedimentos, visando à simplificação dos processos, redução de desperdícios e maior agregação de valor.

Devido a esses potenciais benefícios, o Governo de Minas Gerais acrescentou, em 2011, junto ao gerenciamento de sua estratégia, realizado em especial por meio do Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado (PMDI), uma nova estrutura que incorporou a arquitetura de processos estratégicos e orientação para a melhoria desses.

Até o ano de 2011, o alcance dos objetivos estratégicos baseava-se, principalmente, na gestão dos Projetos Estruturadores, que visavam gerar impactos que concretizassem o resultado pretendido na estratégia do governo (PMDI) e que possuísem, dentre outras características, acompanhamento intensivo e prioridade para a alocação orçamentária.

A partir de 2011, com o amadurecimento gerencial e consolidação do Choque de Gestão ¹, identificou-se que alguns projetos já haviam feito a

¹ Conjunto de iniciativas de gestão que visavam ao desenvolvimento do Estado de Minas Gerais. Entre 2003 e 2013 o Choque de Gestão perpassou três grandes fases que se complementaram



transformação esperada (entrega única e singular), mas que ainda era igualmente necessário e estratégico o acompanhamento de suas atividades rotineiras, as quais poderiam ser enquadradas no conceito de processos. Surge, nesse momento, uma nova estrutura para o Portfólio Estratégico do Governo de Minas Gerais, composto por Programas Estruturadores divididos em Projetos Estratégicos e Processos Estratégicos.

Assim, foram selecionados e priorizados como estratégicos aqueles processos mais críticos para compor os Programas Estruturadores. A realização da priorização levou em consideração quatro critérios:

- a) impacto na vida do cidadão: avalia o impacto do Processo na melhoria dos serviços prestados e/ou as condições de vida do cidadão;
- b) relevância para a estratégia do Governo: avalia a contribuição do Processo para o alcance das transformações desejadas na Estratégia do Governo, expressas nas prioridades do PMDI;
- c) impacto na reputação do Governo: avalia o quanto o Processo pode impactar a reputação do Governo, considerando a dimensão e a variedade de públicos atingidos; e
- d) volume de recursos financeiros envolvidos.

Escolhidos os processos estratégicos, estes passaram a ser intensivamente acompanhados, procurando-se estabelecer e mensurar indicadores com capacidade de sinalizar o desempenho dos mesmos. Estabelecidos estes indicadores, é realizada a pactuação de metas e são definidas as diretrizes para melhorar o desempenho dos processos. Após a pactuação, é realizado o acompanhamento e verificação dos indicadores a fim de apurar se as metas estão efetivamente sendo cumpridas e, caso não estejam, as ações necessárias para o tratamento dos desvios verificados.

Dentre os Processos Estratégicos de Governo definidos, encontra-se o Processo Estratégico de Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado, gerenciado pela Secretaria de Estado de Saúde, pertencente ao Programa Estruturador Redes Integradas de Serviços de Saúde. O Processo derivou em

rumo a uma gestão mais eficiente e à geração de melhores resultados para a sociedade: Ajuste Fiscal; Estado para Resultados; e Gestão para a Cidadania.



especial de um outro Projeto Estratégico, existente há certo tempo na carteira estratégica e relacionado à Implantação das Redes de Urgência e Emergência no Estado. A proposta de se criar uma Rede de Atenção à Urgência e Emergência em Minas Gerais remonta ao ano de 2006 e surge em consonância com a proposta de estruturação da rede assistencial do estado, integrante do PMDI.

Uma vez implantadas as redes (e consequentemente finalizado o projeto de implantação), elas passam a exigir um esforço de gestão para manutenção de seu funcionamento em conformidade com os níveis de qualidade desejados. Tal esforço de gestão é igualmente importante e estratégico para o Governo, uma vez que reflete a concretização das Redes e o efetivo atendimento às necessidades dos cidadãos mineiros no tocante a esse tipo de serviço.

Dessa forma, visando rever e aprimorar o funcionamento do Processo Estratégico Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado foi desenvolvido em 2013 o Projeto de Otimização em parceria firmada entre a Secretaria de Estado de Saúde (SES) e Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG), por meio do Escritório Central de Resultados em Processos. O projeto de melhoria teve por objetivo aprimorar o funcionamento do Processo Estratégico Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado, cujo escopo é definido *“da contratualização com as unidades de urgência e emergência até o efetivo atendimento ao paciente”*, a partir de maior conhecimento acerca de sua execução e do tratamento de gargalos e oportunidades de melhoria. Assim, o projeto envolveu três grandes entregas: a realização de um diagnóstico situacional do processo; o redesenho dos processos críticos e a capacitação da equipe gestora do processo visando a melhoria da gestão do processo e a continuidade das ações de melhoria.

2 OBJETIVOS

Este artigo tem por objetivo geral apresentar o Projeto de Otimização do Processo Estratégico Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado. Como objetivos específicos tem-se a abordagem das principais etapas desenvolvidas, os desafios encontrados e os resultados já observados e esperados a partir da implantação das ações de melhoria definidas.



Visando contribuir para o alcance de tal objetivo, apresentar-se-á um resumo do diagnóstico realizado, que contrinuiu para uma melhor compreensão acerca da contribuição dos atores e instrumentos de suporte envolvidos em para possibilitar a gestão do atendimento a urgências e emergências no Estado de Minas Gerais; e para a identificação dos subprocessos críticos que deveriam ser trabalhados de forma mais aprofundada visando-se tratar os principais gargalos e aprimorar o funcionamento e resultados gerados pelo processo.

3 A REDE DE URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Estudos apontam que a pressão dos cidadãos sobre as portas de urgência e emergência tem se constituído como a principal causa de insatisfação dentro do sistema de saúde. Nesse sentido, 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 Atenção Primária a Saúde (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 (MARQUES ET AL., 2009).

3.1 As Redes de Urgência e Emergência como alternativa ao sistema fragmentado de gestão

O projeto de implantação da Rede de Urgência e Emergência teve por objetivo estabelecer uma rede de atenção temática em todo o território estadual, seguindo o Plano Diretor Regional (PDR) e estabelecendo uma linha-guia (linguagem) única em todos os pontos de atenção (MARQUES ET AL., 2009).

O modelo pretende, assim, evitar que se encaminhem todos os pacientes diretamente para o hospital mais próximo, sem a devida avaliação de sua necessidade e forma mais adequada de atendimento. *“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”* (MARQUES ET AL., 2009, p.85).



Neste sentido, em seu livro “As Redes de Atenção à Saúde”, Mendes (2011) propõe mudanças como: a integração dos sistemas de atenção à saúde, a busca da equidade, da valorização da atenção primária, da medicina baseada em evidências e no empoderamento dos cidadãos.

No sentido de se buscar atingir essa situação ideal de integração do atendimento às urgências e emergências, Mendes (2011) apresenta o SUS (Sistema Único de Saúde) como uma política pública generosa que nasceu da vontade nacional estimulada pelo movimento sanitarista. Entretanto, o mesmo autor observa que as alternativas favorecidas pelo SUS apresentam, por outro lado, alguns desafios: subfinanciamento; má alocação dos recursos escassos; modelo clínico voltado para as condições agudas e agudizadas ao invés de tripla carga de doenças (uma agenda ainda não superada de doenças infecciosas e carências, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas). Somam-se a tais elementos os incentivos perversos que brotam do sistema de financiamento e levam ao sobrecuidado, desincentivando a promoção e manutenção da saúde.

Para construir seu modelo e visando minimizar os desafios observados, Mendes (2011) rompe com a concepção tradicional de agravos transmissíveis e não transmissíveis em prol de uma classificação entre condições de saúde agudas e crônicas. A partir daí ele desenha um novo modelo de atenção no qual busca solucionar os problemas encontrados: as Redes de Atenção à Saúde.

Mendes (2011) categoriza seu estudo vislumbrando as diferentes possibilidades de saúde de um paciente, não focando, assim, apenas nas doenças. Para isto ele utiliza da categoria “condição de saúde”.

As condições de saúde podem ser definidas como as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistente e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde. (MENDES, 2011, p.25)

Em complemento, Porter e Teisberg (2007 apud MENDES, 2011), consideram a condição de saúde como categoria fundamental na transformação dos sistemas de saúde. Organizações de saúde só podem agregar valor para as pessoas quando as condições delas forem o seu foco através de um ciclo completo de atenção.



As condições crônicas vão, portanto, muito além das doenças crônicas (diabetes, doença cardiovascular, câncer, doença respiratória crônica etc.), ao envolverem as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/aids, hepatites virais etc.), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção ao parto, às puérperas e aos recém-natos); as condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebecultura e monitoramento da capacidade funcional dos idosos); os distúrbios mentais de longo prazo; as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes etc.); as doenças metabólicas; e a grande maioria das doenças bucais. (MENDES, 2011, p.27)

As Redes de Atenção à Saúde, como novo modelo proposto, seriam opostas preterindo-se as características desintegradoras a sistemas plenamente integrados, organizados por pontos de atenção e focados na assistência contínua e integral de uma população definida.

Hartz e Contandriopoulos citados por Mendes (2011) colocam a questão da integralidade da atenção à saúde como eixo prioritário da avaliação das RAS. Somente um conjunto de organizações trabalhando sistêmica e coordenadamente podem solucionar os desafios de saúde da população em diversos ciclos de vida. Estes autores destacam a necessidade de construção de fortes mecanismos de cooperação que criem sistemas abertos nos quais, do domicílio ao hospital, a assistência seja contínua, integral e adequada.

De acordo com Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde possuem alguns fundamentos: a qualidade é proporcional à escala, já o custo e o acesso são inversamente proporcionais à escala. Como o objetivo é maximizar qualidade e minimizar custo, é preferível maximizar a escala, enquanto o sistema estiver colhendo ganhos de escala. Por outro lado também se deseja maximizar o acesso e, assim, prover equidade. Neste ponto, forma-se uma das restrições do sistema que é a equalização de escala (sua maior qualidade e menor custo) com o acesso. Levando estas duas variáveis principais em consideração o desenho das redes deve ser feito de forma a maximizar o valor público entregue pelo sistema.

As redes de atenção à saúde possuem ainda outros fundamentos, quais sejam:

- a) a integração horizontal e vertical, na qual as organizações de saúde devem funcionar como uma única cadeia de valor que entrega serviços de saúde;



- b) o processo de substituição, no qual os meios podem ser sempre modificados para o alcance mais eficiente e eficaz da meta do sistema, garantindo a cooperação gerenciada em oposição à competição (gerenciada ou não); e
- c) níveis de atenção à saúde racionalizados pelo risco e pela necessidade do uso de tecnologias que se beneficiam dos ganhos de escala.

Neste sentido, as redes se articulam em torno de níveis de atenção à saúde, os quais se diferenciam pela densidade tecnológica “*variando do nível de menor densidade, a atenção primária à saúde - APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.*” (MENDES, 2011, p. 78).

3.2 As redes e os níveis de atenção à saúde

Os níveis de atenção como pontos de atenção relacionados cooperativamente e integrados em uma mesma cadeia de valor público racionalizam e otimizam o sistema de funcionamento das redes de atenção à saúde. Além disto, “na prática social, ao se construírem as RAS, há que se combinarem os territórios sanitários com os níveis de atenção à saúde.” (MENDES, 2011, p. 78)

Fleury e Ouverney citados por Mendes (2011) apresentam as redes como propostas para coordenar recursos escassos em ambientes complexos e desafiantes. Agranoff e Lindsay citados por Mendes (2011) afirmam que operar em uma rede significa trabalhar rotineiramente para gerar consensos, negociar e avaliar permanentemente processos.

“*As redes não são, simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações*” (MENDES, 2011, p. 79). Ou seja, na visão de Mendes, a rede, enquanto mecanismo poli-hierárquico deve coordenar os esforços de diferentes atores de forma estável em direção a um resultado comum para o sistema: a atenção de qualidade e acessível com custos sustentáveis e controlados.



Como Centro de Comunicação das Redes de Atenção à Saúde, a APS (atenção primária à saúde) exerce papel fundamental, servindo de ponto de comunicação entre todo o sistema e componente integrador das RAS. Sua função é complexa, indo desde a promoção da saúde e reconhecimento das necessidades da população local até a resolutividade daqueles problemas resolvíveis em seu nível de densidade tecnológica e coordenação do fluxo de pessoas no sistema. Segundo a visão de Mendes (2010) o objeto da APS é a família. Tudo isso funcionará em “relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adscrita e o exercício da responsabilização econômica e sanitária em relação a ela [a APS].” (MENDES, 2011, p. 98).

As redes são compostas ainda por “*pontos de atenção secundária que compõem o nível de atenção secundária (média complexidade) e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (alta complexidade)*” (MENDES, 2011, p. 100). Estes serviços são considerados especializados em contraste com a APS generalista. Sua diferenciação seria por densidade tecnológica. Entretanto “*na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RASs.*” (MENDES, 2011, p. 100).

Segundo Mendes (2011), os vários pontos de atenção dentro de uma rede devem relacionar-se entre si através daquilo preconizado nas linhas-guia. O autor afirma que compreender o modelo institucional do SUS é essencial para a governança das redes. Mendes (2011) afirma que este modelo se baseia na ideia de um federalismo cooperativo que se gerencia através de comissões intergestores. Partes integrantes do sistema de gestão da RAS são os Planos de Regionalização e os Planos Estratégicos. Estes se relacionam ainda com a Programação Pactuada e Integrada que é o modelo usual de coordenação do SUS. Isto tudo deve ser feito para maximizar a eficiência, eficácia e efetividade do SUS para que se reduzam os déficits de atenção.

Outro eixo das RAS apontado por Mendes (2011) é o seu sistema de financiamento. O autor afirma que o mesmo deve ser equitativo e incentivar os comportamentos adequados por parte dos fornecedores.



Por fim, destaca o modelo de atenção à saúde que nas RAS é planejado para racionalizar os recursos do sistema e reduzir, no médio e longo prazos, as ocorrências mais graves. *“Os modelos de atenção às condições agudas prestam-se, também, à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas.”* (MENDES, 2011, p. 210).

Mendes (2011) mostra que o objetivo das redes de condições agudas, como a Rede de Urgência e Emergência, é identificar, transportar, triar e tratar de forma adequada as condições agudas a fim de se alcançar os melhores resultados. O autor aponta ainda que as respostas a estas condições são o principal fator de insatisfação da população e de tendência de elevação da demanda pelos serviços de saúde. Neste sentido, para Mendes (2011), é essencial um bom sistema de Classificação de Risco.

3.3 A importância da Classificação de Risco para a Rede de Urgência e Emergência

Pesquisas revelam que a Classificação de Risco é um poderoso articulador em uma rede de serviços de urgência. Dentre os vários modelos utilizados e já validados, o Comitê Gestor de Urgência e Emergência da SES optou pela utilização do Protocolo de Manchester. *“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”* (MARQUES ET AL., 2009, p.84).

O Sistema Manchester de classificação de risco foi criado pelo Grupo de Triagem de Manchester, em 1994, com objetivo de definir um consenso entre médicos e enfermeiros na ferramenta classificação de risco para os serviços de urgência e emergência. Os protocolos existentes possuíam nomenclaturas, definições e tempos para avaliação médica diferentes. A ideia foi desenvolver nomenclatura e definições comuns, sólida metodologia operacional, programas de formação e guia de auditoria. (MENDES, 2011, p. 211).

O objetivo da classificação é identificar a prioridade clínica e não o diagnóstico, facilitando a gestão clínica de cada paciente e a gestão do serviço como um todo. A ferramenta apresenta *“52 fluxogramas que geram discriminadores 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” (MINAS GERAIS, p. 42, 2013).

Tabela 1: Protocolo de Manchester

Prioridade	Cor	Tempo-alvo (minutos)	Resultado médio no mundo por prioridade	Significado
Primeiro	Vermelho	0	1% a 2%	Emergência - Neste caso o paciente necessita de atendimento imediato
Segundo	Laranja	10	10% a 20%	Muito urgente - neste caso o paciente necessita de atendimento o mais prontamente possível
Terceiro	Amarelo	60	20% a 50%	Urgente - O paciente necessita de avaliação. Não é considerada uma emergência uma vez que o paciente apresenta condições clínicas que o permitem aguardar.
Quarto	Verde	120	20% a 60%	Pouco urgente - pode ser assistido no consultório médico ambulatorial.
Quinto	Azul	240	10% a 20%	Não urgente - É o caso de menor complexidade. Paciente deve ser acompanhado no consultório médico ambulatorial.

Fonte: Adaptado de Minas Gerais, 2012, p.42.

Nos projetos de implantação das Redes de Urgência e Emergência, um dos pilares é a implantação do protocolo de Manchester em todos os pontos de atenção à saúde, desde a atenção primária até a terciária, para que os pacientes passem por um processo de classificação de risco clínico que oriente o atendimento ou encaminhamento do paciente para o ponto de atenção à saúde mais adequada ao seu quadro (MINAS GERAIS, 2013).

Essa ferramenta é utilizada há anos em outros países.

Constitui uma ferramenta muito sensível para identificar o paciente gravemente enfermo dos serviços de urgência, possuindo uma sensibilidade de 87% e especificidade de 72% na avaliação de dor precordial². Também está estruturado com uma escala de dor útil em crianças (MINAS GERAIS, p. 42, 2013).

Por fim, Mendes (2011) reforça os ganhos advindos da estruturação da Atenção às Urgências e Emergências no formato das Redes de Atenção à Saúde, reforçando que este modelo favorece que os vários elementos colaborem uns com

² Na anatomia, o **precórdio** é a porção do corpo sobre o coração e à esquerda da porção inferior do esterno.



os outros gerando cooperação, comunicação e co-responsabilização. “E a atenção no lugar certo e com a qualidade certa, permite retirar dos pontos de atenção de maior densidade tecnológica, a maioria das pessoas [...] [cuja melhor atenção possa ser feita em outros pontos]” (MENDES, 2011, p. 214).

4 O PROJETO DE OTIMIZAÇÃO DO PROCESSO GESTÃO DO ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO

A realização do Projeto de Melhoria do Processo Estratégico denominado “Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado, justificou-se dada a necessidade de se conhecer a estrutura e funcionamento do mesmo, atuando nos subprocessos priorizados como críticos, para melhorar a qualidade dos serviços relacionados à gestão do atendimento de urgência e emergência no Estado de Minas Gerais.

Foram identificadas, junto aos Patrocinadores³ do Projeto e Gestor do Processo, as diretrizes para a condução do trabalho, a fim de nortear a intervenção proposta. Essas diretrizes foram pautadas na definição de três aspectos relevantes para o planejamento e condução do trabalho: premissas para a melhoria; limitações para o trabalho; e resultados esperados.

O aspecto relacionado às premissas para a melhoria indicou os principais objetivos da intervenção, de modo a direcionar e conduzir o Projeto de reestruturação para o atendimento de outros requisitos necessários ao alcance dos resultados. Foram definidas como premissas:

- a) adequar os indicadores de processos;
- b) aprimorar a descentralização da Gestão das Redes;
- c) fortalecer o Comitê e as estruturas/unidades regionais;
- d) estruturar/fortalecer a governança das Redes;
- e) alinhar os papéis e responsabilidades das equipes do nível central da SES;
- f) melhorar a comunicação com o usuário quanto ao funcionamento do sistema de urgência e emergência;
- g) elaborar plano de comunicação - criar marcas fortes da SES.

³ Secretário Adjunto da SES e Subsecretária de Gestão da Estratégia Governamental da SEPLAG.



No que se refere às limitações para o trabalho, foram identificados aspectos ou contextos que não poderiam ser alterados, de modo a definir restrições para as propostas de melhoria. Foram identificadas as seguintes limitações:

- a) interação com os atores externos;
- b) utilização de marcas federais junto aos usuários;
- c) legislação que rege os procedimentos;
- d) sobreposição da política federal a estadual.

Por fim, foram definidos como resultados desejados a partir da realização do Projeto:

- a) definir sistemática de monitoramento do atendimento de urgência e emergência;
- b) garantir a realização dos pagamentos no prazo para 100% das instituições;
- c) reduzir o tempo médio de pagamento;
- d) garantir cobertura de profissionais médicos com equipe completa, de acordo com a tipologia hospitalar, para as unidades de saúde da rede;
- e) definir critérios para que a validação de metas, por parte do gestor (Secretário de Saúde Municipal e Prefeito), ocorra dentro do prazo acordado;
- f) definir sistemática para alinhamento e compartilhamento das informações estratégicas relativas ao processo "ponta a ponta".

4.1 Metodologia utilizada para o Projeto de Otimização

O Projeto de Melhoria do Processo Estratégico Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado utilizou a metodologia desenvolvida pela antiga Diretoria Central de Políticas de Otimização de Processos – DCPOP, atual Escritório Central de Resultados em Processos, disponibilizada no Guia para Melhoria de Processos do Governo de Minas Gerais⁴.

⁴ Disponível em: <<http://www.planejamento.mg.gov.br/gestao-governamental/gestao-de-processos/metodologias-de-gestao>>



A metodologia estrutura-se em cinco etapas:

- a) planejamento;
- b) mapeamento;
- c) redesenho;
- d) padronização e definição de indicadores;
- e) implantação.

O objetivo da utilização da metodologia é facilitar o alcance dos resultados esperados, através de uma estruturação definida para o projeto de melhoria. A execução das etapas propostas permitiu, assim, uma intervenção mais sistematizada e organizada para a melhoria do processo.

Na etapa de planejamento foram definidos o Termo de Abertura do Projeto, a Matriz de Responsabilidades, o Plano de Trabalho e o cronograma, sendo estes validados com os patrocinadores.

A partir dos instrumentos do planejamento deu-se início à etapa de mapeamento e realização de diagnóstico situacional do processo. Nesta etapa, buscou-se compreender o funcionamento do Processo Estratégico Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado. Neste sentido, procedeu-se a uma análise dos recursos nele envolvidos (sistemas, estrutura, pessoal) para, posteriormente, representar graficamente o seu modo atual de execução, a fim de facilitar sua visualização e, conseqüentemente, a identificação de gargalos e pontos de melhoria do processo.

Com base no Relatório Diagnóstico e no fluxograma de mapeamento, foram identificados os subprocessos que compõem o processo estratégico, as principais atividades dos mesmos e os atores nelas envolvidos. Nesta etapa foram evidenciados pontos falhos ou problemas que afetam o desempenho e os resultados gerados.

Neste sentido, foram priorizados para a etapa de redesenho quatro subprocessos (de um total de sete mapeados), considerados os mais críticos pelos patrocinadores. São eles:



- a) Formalizar a contratualização com as unidades de Urgência e Emergência;
- b) Realizar monitoramento mensal da rede e demais pontos de Urgência e Emergência;
- c) Realizar acompanhamento quadrimestral das metas da rede e demais pontos de Urgência e Emergência;
- d) Gerir pagamentos mensais.

Na etapa de redesenho foi realizada uma análise crítica do processo visando à proposição de sugestões de melhoria para os problemas identificados, de maneira que *inputs* e *outputs* tenham seus desempenhos otimizados, ampliando assim a eficiência e a eficácia do processo⁵.

Salienta-se que desde a etapa de mapeamento, com a elaboração do Relatório Diagnóstico, já foram identificadas oportunidades de melhoria a serem implantadas. Todavia, a etapa de redesenho buscou aprofundar a análise dos subprocessos priorizados, identificando outros gargalos que devessem ser alvo de ações de melhoria. Para o estudo aprofundado dos subprocessos considera-se importante que a etapa de redesenho do processo ocorra em parceria com os executores e responsáveis pelas atividades, envolvendo-os e possibilitando que eles também explicitem suas visões sobre os problemas identificados, suas causas e sugestões de melhoria.

O procedimento de considerar as críticas e sugestões dos envolvidos no processo é fundamental, pois os envolve e os motiva para o trabalho, o que é fator determinante para o sucesso no momento da implantação das mudanças.

4.1.1 Workshops de Redesenho

Visando criar um ambiente de discussões propício ao surgimento de sugestões de melhoria foram realizados nos meses de outubro e dezembro de 2013, respectivamente, quatro workshops de redesenho e um workshop de validação das sugestões de melhoria geradas junto aos gestores e referências técnicas municipais.

⁵ Conforme definido pelo Guia para Melhoria de Processos no Governo de Minas Gerais, versão 2.0.



A equipe responsável pela condução do projeto organizou uma agenda convidando os principais stakeholders para discussão de cada uma das etapas do processo. Optou-se pela análise de um subprocesso por encontro, direcionando o foco das proposições de melhorias para a etapa em estudo.

Essencialmente, os principais atores deste projeto são os gestores e técnicos das áreas envolvidas de forma direta no processo estratégico Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado. Todavia, visando o compartilhamento e difusão de conhecimentos e experiências, e tendo-se em vista as similaridades existentes entre os processos, foram convidados também representantes dos demais Programas Estruturadores da Secretaria de Estado de Saúde.

Por fim, devido às dificuldades referentes aos deslocamentos e compatibilidade de agendas, reservou-se para um último encontro, realizado no dia 05/12/2013, a participação dos gestores municipais e referências técnicas regionais da SES, de modo a submeter as principais sugestões de melhoria surgidas nas discussões dos workshops anteriores à apreciação e validação pelos mesmos.

Para a dinâmica de condução das atividades foram elaborados “Quadros Analíticos”, nos quais foram retratadas as principais categorias de análise ⁶ evidenciadas no Relatório de Diagnóstico:

- a) Quanto à utilização de sistemas de informações e outras ferramentas;
- b) Quanto à definição de papéis e responsabilidades;
- c) Quanto à adequação do fluxograma à realidade do subprocesso;
- d) Quanto aos materiais para orientação e realização do trabalho;
- e) Quanto ao controle dos tempos envolvidos no subprocesso e;
- f) Quanto às outras dificuldades enfrentadas.

A cada encontro os participantes eram divididos em grupos de até 5 pessoas. Cada grupo era sempre acompanhado por membros da equipe do projeto que tinham por função iniciar e conduzir o andamento das discussões. Para cada subprocesso analisado repetiam-se as categorias de análise, mas com enfoques específicos aos problemas levantados para o subprocesso trabalhado.

⁶ As categorias de análise foram construídas a partir dos principais problemas identificados no processo estratégico *Gestão do Atendimento de Urgência e Emergência no Estado*, quando da elaboração do relatório de diagnóstico.



Buscando fomentar a discussão e troca de informações entre os participantes, cada categoria de análise foi estruturada em cima de alguns questionamentos pré-definidos, que tinham por função nortear as discussões.

Por meio de análises conjuntas, os diferentes participantes, com diferentes percepções sobre a temática, refletiam sobre a pertinência ou não das categorias apresentadas, informando se a mesma atendia ou não à execução do processo. De acordo com a resposta, os mesmos deveriam justificar o posicionamento, sugerir o modo de funcionamento ideal para a categoria analisada (*como deveria ser*) e quais os meios para transformar o cenário atual no desejado (*como chegar lá*). Além disso, era permitido a proposição de ideias em cada categoria que visassem o aprimoramento do processo, sem obrigatoriedade de relação com algum problema identificado.

Como produto dos *Workshops*, foram levantadas aproximadamente 170 sugestões, distribuídas entre à identificação de gargalos, modelos de funcionamento ideal e sugestões de melhoria.

Deste material foram extraídas 37 propostas de melhoria, que deram origem a um Plano de Ação e Implantação. As ações perpassam pelos diferentes aspectos do processo, indo desde iniciativas mais pontuais, como o mapeamento e padronização de atividades rotineiras, à iniciativas de maior porte e complexidade, como a reestruturação e redefinição de papéis no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

Para a priorização das ações pelos patrocinadores foram observados três aspectos:

- a) tempo;
- b) custo; e
- c) impacto.

Ações com menor tempo de implantação, baixo custo e de alto impacto, tiveram prioridade sobre ações de custo ou tempo elevado. Do total proposto, quatorze (14) ações foram definidas como de implantação imediata. Essas se referiam à aspectos mais operacionais do processo. Ações voltadas para revisão da estratégia e reestruturação do órgão, por apresentarem maior complexidade e tempo de implantação, foram deixadas para implantação posterior.



4.2 Principais gargalos identificados

Após análise do processo, foram listados e categorizados alguns gargalos, os quais nortearam ações de melhoria, buscando minimizar ou eliminar gargalos identificados no Relatório Diagnóstico, entregue em Agosto de 2013.

Primeiramente, foi observada uma comunicação falha entre os atores responsáveis pela consolidação dos dados de monitoramento dos serviços prestados pelas instituições de saúde, e baixo alinhamento para comunicação da estratégia da SES. Em consequência, observava-se a existência de ruídos e distorções derivados das várias formas de comunicação utilizadas pelos atores envolvidos no processo, com definições conflitantes acerca das mesmas atividades. Ações não integradas na execução do processo implicavam em incoerência na linguagem utilizada para informação aos clientes, internos e externos, da SES.

Além disso, o projeto de implantação do ALERT (MANCHESTER e EDIS) não forneceu a infraestrutura adequada (apresentando baixa qualidade de link; equipamentos danificados; servidor inadequado; conteúdo desatualizado) e necessária em suas etapas iniciais, gerando resistência por parte dos clientes (médicos e enfermeiros).

Em complemento, a implantação da *Rede de Resposta* apresentava falhas no conhecimento, em profundidade, das diversas realidades presentes nos pontos de atenção do processo, o que gerava uma estruturação da rede com referências inadequadas.

Outro gargalo identificado e de grande interferência no processo era referente ao vínculo profissional dos membros da equipe gestora do processo, em grande parte realizado por meio de processo seletivo simplificado, com tempo determinado (até dois anos), o que gerava alta rotatividade dos funcionários da SES que são responsáveis pelas análises dos dados de monitoramento, comprometendo a expertise desenvolvida por meio de capacitações e treinamentos dada a baixa gestão do conhecimento (elevada dependência do conhecimento tácito dos profissionais).



No mesmo sentido, a formatação de equipes sem adequada alocação dos funcionários, considerando seus conhecimentos, habilidades e atitudes, com poucos treinamentos e capacitações, gera falhas e atrasos na execução das atividades do processo.

Outro gargalo identificado refere-se aos procedimentos para o primeiro acesso ao sistema GEICOM, que em geral são pouco divulgados, gerando erros nas tentativas de acesso e atrasos nas validações dos dados inseridos na base desse sistema. Ademais, a existência de vários sistemas de admissão do paciente, na porta de urgência e emergência das unidades de saúde, com baixa integração com o ALERT gerou atraso na implantação do Protocolo de MANCHESTER e do EDIS, afetando a coleta de dados dos episódios dos pacientes. Além disso, as bases de conteúdo utilizadas no ALERT são estruturadas de maneira inadequada, associadas à resistência para uso do mesmo pelos profissionais da saúde, geraram conflitos entre a coordenação e os funcionários das unidades de saúde.

Com relação à utilização do feedback e solicitações de suporte como informações para a melhoria do sistema, percebeu-se que as ligações realizadas pelos clientes do GEICOM ao 155 não são analisadas para reduzir as falhas no sistema e nem responder melhor às demandas realizadas pelos gestores de saúde.

Além disso, os subprocessos de contratualização, monitoramento e pagamento apresentam retrabalhos, controles burocráticos excessivos e baixa automação/utilização das atividades por meio do GEICOM. O mesmo sistema, devido às várias alterações solicitadas, apresenta falhas na execução das atividades e exige horas de desenvolvimento por parte dos analistas da empresa desenvolvedora. No mesmo sentido, o número de PAs contratadas para atender às ligações de suporte ao GEICOM é inadequado e superestimado, assim como os procedimentos para o efetivo atendimento ao cliente apresentam baixa solução aos problemas.

Os gargalos identificados serviram de orientadores para a definição de ações de melhoria, as quais foram levantadas e alinhadas com os envolvidos no processo via workshops realizados. Algumas dessas ações possuíam possibilidade de implantação imediata (ações mais simples), já sendo possível a observação de alguns resultados. Já outras, devido ao seu caráter mais complexo, demandam um



tempo maior de implantação, tendo sido incluídas como ações do Plano de Melhoria do Processo, pactuado para execução ao longo de 2014. No tocante a estas ações, os resultados ainda são esperados, dependendo de implantação efetiva das ações para que sejam observados de forma concreta na execução e resultados gerados pelo processo.

4.3 Resultados observados e esperados

Dentre os resultados observados e esperados com a realização do projeto destacam-se:

- e) A Consolidação da importância de se implantar iniciativas de gestão de processos conciliadas às ações de melhoria da rotina, garantindo transparência no fluxo informacional e nas atividades do dia a dia;
- a) Definição e padronização do fluxo de execução das atividades dos subprocessos críticos priorizados, com a redução/eliminação de gargalos e/ou atividades repetitivas e que não agregam valor. Como impacto desta entrega almeja-se a redução do tempo de execução das atividades e o aumento na qualidade do serviço gerado.
- b) Redução/eliminação de conflitos relacionados à definição de papéis e responsabilidades mediante a promoção de um maior alinhamento entre as diferentes unidades do órgão central responsáveis pela execução do processo.
- c) Redução da assimetria de informações entre os atores componentes da rede mediante a promoção de oficinas informativas.
- d) Fortalecimento do monitoramento e maior eficiência na realização dos pagamentos das instituições beneficiárias participantes do processo, aumentando assim a qualidade dos serviços de saúde prestados.
- e) Equipe interna da Secretaria de Estado de Saúde capacitada pelo Escritório Central de Resultados em Processos de forma teórica e prática para a gestão e melhoria de processos, elevando-se a capacidade e maturidade do órgão no tema;



- f) Consolidação de um fluxo informacional de programa de saúde como modelo para monitoramento e prestação de contas a ser compartilhado com os demais programas, padronizando os fluxos de processos quando possível perante às especificidades de cada programa de saúde (HIPERDIA; PROHOSP; ETC.)
- g) Adequação do sistema de suporte para execução dos programas de saúde – GEICOM, para melhor monitoramento e prestação de contas dos recursos descentralizados às unidades de saúde no Estado de Minas Gerais, conformando em uma melhor prestação dos serviços de atendimento ao cidadão.

CONCLUSÕES

O Projeto de Otimização do Processo Estratégico “Gestão do Atendimento de Urgências e Emergências no Estado”, gerenciado pela Secretaria de Estado de Saúde do Estado de Minas Gerais, buscou realizar uma análise situacional do atual modelo de funcionamento do processo.

Durante o estudo, foram identificados os subprocessos que compõem o processo estratégico, as principais atividades realizadas e os atores envolvidos na execução de cada um deles. O macro fluxo do Processo Estratégico permitiu identificar e compreender a relação entre os subprocessos, o que foi importante para a obtenção de uma visão sistêmica do processo ponta a ponta, perpassando a SES e demais atores envolvidos.

A primeira etapa do projeto mostrou-se imprescindível para o conhecimento do processo ponta a ponta pela equipe de trabalho, inclusive pela própria Coordenação de Urgência e Emergência, que se envolveu de forma significativa no levantamento das informações necessárias ao diagnóstico da situação atual, demonstrando interesse e vontade dos membros desta equipe em melhor conhecer o processo com o qual trabalha, facilitando posteriormente a proposição de ações de melhoria de forma conjunta e participativa.



O projeto evidenciou um considerável número de gargalos e pontos de atenção que demandam por parte da Secretaria de Estado de Saúde ações com o intuito de reduzir os impactos sobre a qualidade dos serviços públicos prestados à sociedade.

Destaca-se que, ainda antes da priorização dos subprocessos críticos, a realização do Diagnóstico do processo já possibilitou a percepção de diversas oportunidades de melhoria e pontos de atenção do processo, como a necessidade da equipe gestora ter uma visão sistêmica do processo e seus subprocessos; buscar a melhoria contínua do atendimento a seus clientes, com atenção especial às atividades que agregam valor; e aprimoramento da integração com outras áreas e atores envolvidos na execução do processo.

Neste sentido, foram propostos e implementados um considerável número de ações, organizadas em um Plano de Ação e Implantação, visando atacar as causas raiz dos problemas identificados.

Por fim, ressalta-se a necessidade de que as demais ações estruturadas sejam efetivamente implantadas pelo órgão gestor em parceria e sincronia com a equipe do processo. Existem tanto ações de melhoria incrementais quanto outras estruturais que precisam ser coordenadas durante a gestão da mudança, em que serão implementadas.

Cabe ressaltar que a definição delas, por si só, não promove a mudança desejada, mas que se faz necessária a efetiva implantação das ações para a transformação do processo analisado.



REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em www.planalto.gov.br acessado em 15/02/2012. 1988

_____. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**. 1. ed. Brasília: CONASS, v. 1, 2011. 291 p. ISBN 978-85-89545-61-7.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS, vol.1** – Sistema Único de Saúde. Brasília, 2011a.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS, vol.2** – O Financiamento da Saúde. Brasília, 2011b.

_____. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Coleção Para Entender a Gestão do SUS, vol.8** – A gestão administrativa e financeira no SUS. Brasília, 2011c.

_____. **Lei 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. Disponível em www.portal.saude.gov.br acessado em 15/02/2012. 1990 a

_____. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em www.portal.saude.gov.br acessado em 15/02/2012. 1990 b

_____. **Lei 8.689 de 27 de julho de 1993**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Disponível em www.portal.saude.gov.br acessado em 17/02/2012. 1993b

_____. **Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em www.portal.saude.gov.br acessado em 25/02/2012. 2011a

_____. **Lei 12.466 de 24 de agosto de 2011**. Acrescenta arts. 14-A e 14-B à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, para dispor sobre as comissões intergestores do Sistema Único de Saúde (SUS), o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e suas respectivas composições, e dar outras providências. Disponível em www.portal.saude.gov.br acessado em 25/02/2012. 2011b



BRASIL. **Lei Complementar 141 de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. 2012

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar** / Ministério da Saúde – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 23 de maio de 2013.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 1.864, de 29 de setembro de 2003: Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de SAMUs em municípios e regiões de todo o território brasileiro**. Brasília, DF. 2003b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM nº 2.338, de 3 de outubro de 2011. Estabelece diretrizes e cria mecanismos para a implantação do componente Sala de Estabilização (SE) da Rede de Atenção às Urgências**. Brasília, DF. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. – 2. ed. revista e atualizada. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno%20NOAS%2002.pdf>>. Acesso em: 23 jan. de 2013.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Ciênc. saúde coletiva, São Paulo, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232001000200004&script=sci_arttext>. Acesso em 12 de junho de 2013.

ELOGROUP. **Gestão da Maturidade em BPM**, 2011, p.64. Disponível em: <http://www.elogroup.com.br/download/Artigo_Gestao%20da%20Maturidade%20em%20BPM.pdf> Acesso em: 01 ago 2013.

FLEURY TEIXEIRA, Sonia Maria; OUVERNY, Assis Mafort. **Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Rio de Janeiro. Ed: FGV, 2007



INDG. **Auxiliando a secretaria de estado de saúde de minas gerais na melhoria dos seus resultados, por meio da gestão de projetos prioritários, da rotina do dia-a-dia e de processos reprojatados.** Minas Gerais, 2010.

MARQUES, Antônio Jorge de Souza et al. *O choque de gestão na saúde em Minas Gerais.* Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAS GERAIS, SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Resolução SES n. 2.607, de 7 de dezembro de 2010, que aprova as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais.** Belo Horizonte: [s.n.], 2010.

_____. **Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Saúde de Minas Gerais.** [S.l.]: [s.n.], 2011a.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR).** Secretaria de Estado de Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Livro%20Plano%20Diretor%20de%20Regionalizacao%20-%20ultima%20versao.pdf>>. Acesso em: 12 de Junho de 2013.

_____. **Decreto nº 45.812, de 14 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Saúde de Minas Gerais.** [S.l.]: [s.n.], 2011a.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. CANAL MINAS SAÚDE. Disponível em: <<http://canalminassaude.com.br/na-tv/ao-vivo>>. Acesso em: 01 ago 2013.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. DECRETO Nº 45.812, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2011. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/sobre/institucional/competencias-legais/document/7861-decreto-45812-2011-dispoe-sobre-a-organizacao-da-ses-sesmg>>. Acesso em: 08 jul. 2013.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Manual do Usuário GEICOM. 2012. Disponível em: <http://geicom.saude.mg.gov.br/doc/manual_geicom.pdf> Acesso em: 01 ago 2013.

_____. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. RESOLUÇÃO SES/MG Nº 3316 DE 27 DE JUNHO DE 2012. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_3316.pdf> Acesso em: 01 ago 2013.

TCU. **Técnicas de Auditoria Análise RECI.** Disponível em: <<http://portal2.tcu.gov.br/portal/pls/portal/docs/2053546.PDF>> Acesso em: 16 jul 2013.



AUTORIA

Vanice Cardoso Ferreira – Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Governo de Minas Gerais.

Endereço Eletrônico: vanice.ferreira@planejamento.mg.gov.br

João Victor de Almeida Chaves – Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão do Governo de Minas Gerais

Endereço Eletrônico: joao.chaves@planejamento.mg.gov.br

Gustavo Dias da Costa Martins – Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais

Endereço Eletrônico: gustavo.martins@saude.mg.gov.br

