



VII Congresso **CONSAD**  
de Gestão Pública

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

## **A FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA E A CONCEPÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO**

**FRANCISCO ANTÔNIO TAVARES JUNIOR  
ANTÔNIO JORGE DE SOUZA MARQUES  
RASÍVEL REIS DOS SANTOS  
HELLEN FERNANDA DE SOUZA**



## A FORMULAÇÃO ESTRATÉGICA E A CONCEPÇÃO DAS REDES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NO ESTADO

Francisco Antônio Tavares Junior  
Antônio Jorge de Souza Marques  
Rasível Reis dos Santos  
Hellen Fernanda de Souza

### RESUMO

Nos últimos anos, a concepção de redes tornou-se um grande foco de atenção nas ciências, nos negócios e na sociedade em geral. A discussão de integração dos sistemas de saúde na literatura é antiga. Em Minas Gerais, vem se consolidando a implantação das Redes de Atenção por condições de saúde, sendo a Rede de Urgência e Emergência uma experiência exitosa, que no início de 2014 está implantada em seis regiões ampliadas do Estado atendendo a mais de 65% da população. Este trabalho apresenta a formulação estratégica desta política e expõe os pressupostos e critérios para implantação destas redes nas regiões ampliadas de saúde no Estado. Aponta ainda o papel de cada ponto de atenção nesta Rede, os Critérios de elegibilidade dos hospitais de referência da rede, o sistema de classificação de risco adotado (protocolo de Manchester), bem como o desenho do sistema de governança. Por fim, apresenta alguns resultados já alcançados na Rede de Urgência e Emergência da Região Ampliada Norte, que abrange 86 municípios e atende a uma população de 1.594.353 pessoas em um território de 122.176 km<sup>2</sup>.



## INTRODUÇÃO

A modelagem e a implantação das Redes de Atenção à Saúde devem ser construídas com a observância da adequada combinação dos princípios da economia de escala, qualidade e acesso aos serviços de saúde, para determinada população em determinado território sanitário e em níveis de atenção (MENDES, 2011).



FONTE: MENDES (As Redes de Atenção à Saúde, 2011)

No Brasil, há enormes diferenças entre os estados e dentro dos estados, além do fato de a maioria dos municípios brasileiros terem menos de 20 mil habitantes, uma escala insuficiente para a organização de Redes de Atenção à Saúde eficientes e de qualidade.

No caso específico de Minas Gerais, o Estado da federação com maior número de municípios, 80% deles possuem menos de 20 mil habitantes.

Por isso, as Redes de Atenção têm de se organizar com autossuficiência na atenção especializada nas regiões de saúde e com autossuficiência em atenção especializada de alta complexidade nas regiões ampliadas.

Especificamente em relação às redes de atenção à saúde, estas são definidas, conforme a Portaria nº 4.279/2010, como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do



cuidado”. Seu objetivo é “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica”.

Mendes (2011, p.82) define as redes “como 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, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população”.

Essas situações colocam para as SES o papel preponderante de coordenador e indutor de um novo modelo de atenção voltado para o atendimento das necessidades da população, em territórios sanitários e não de acordo com a oferta disponível em territórios político-administrativos.

As equipes municipais têm papel fundamental na organização do sistema de saúde. Não se trata aqui de se estabelecer hierarquia, ou subordinação, mas de reconhecer que é papel das equipes estaduais coordenarem as ações para a integração do cuidado do cidadão, garantindo a integralidade por todo o ciclo de vida das pessoas ou de uma condição ou doença.

Portanto, é necessário um projeto coerente e uma atuação consistente da gestão estadual, apoiando técnica e financeiramente as equipes municipais, propiciando as ferramentas para a integração do cuidado.

A implantação das Redes de Atenção à Saúde requer uma atuação conjunta dos gestores do SUS e de equipes capacitadas para, com base nos indicadores, nas evidências e nas distintas realidades, planejarem e implantarem as Redes de Atenção à Saúde.

A SES/MG vem estruturando as redes de atenção à saúde em cima de alguns parâmetros propostos por Mendes (2009):

1. Uma população definida, que no caso dos sistemas públicos está normalmente vinculada a um território;



2. A definição dos pontos de atenção: Os pontos de atenção de uma rede se relacionam de forma dialética na necessidade de concentração de algumas das respostas (que exigem maior especialização de recursos humanos do ponto de vista tecnológico e são sensíveis à economia de escala e escopo) e dispersão dos pontos de menor concentração de tecnologia;
3. A definição de pontos de apoio operacional: são os pontos que auxiliam no diagnóstico e na terapia, passando por laboratórios de bioquímica até estruturas de diagnóstico mais sofisticadas, além da política farmacêutica;
4. Um sistema logístico: que interligue a rede, tanto do ponto de vista material (transporte), quanto do ponto de vista virtual (prontuário eletrônico). Na rede de atenção às condições agudas é este o ponto nevrálgico da resposta, pois se baseia principalmente em tempo;
5. Um modelo de governança;
6. Um modelo de atenção: Este modelo se traduz na necessidade de uma comunicação pré-estabelecida (uma linguagem) que cria, a médio e a longo prazos, uma cultura de resposta compartilhada entre estes diversos atores.

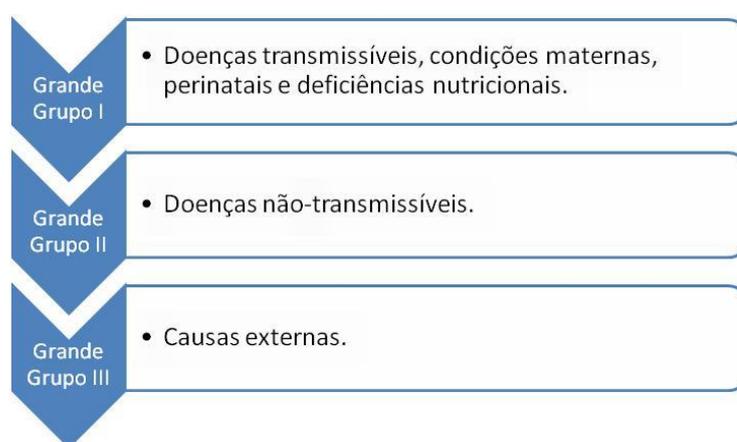
Na diferença da organização das redes para resposta a condições crônicas está o que Mendes chama de centro de comunicação, que no caso das condições crônicas fica a cargo da atenção primária. Nas redes de condições agudas o centro de comunicação deve ser um componente virtual (ex: Central de Regulação de Urgências) que vai tomar a melhor decisão para um paciente com uma determinada demanda.

Essa resposta pode ser resumida em algumas premissas: O paciente certo, no local mais adequado e já preparado, no tempo certo. Esta assertividade assegura a redução de mortalidades e sequelas em casos de atendimentos de urgência.



A necessidade de fortalecimento da Rede de Urgência é verificada com o contexto demonstrado pelo Estudo de Carga de Doenças, finalizado em 2011 pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da FIOCRUZ, sob encomenda da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, considerando dados de 2005 referentes a este Estado identificou as principais causas de anos de vida perdidos por óbito e por incapacidade.

Percebe-se a existência concomitante de três principais grupos de causa, sendo eles:



Em Minas Gerais, embora ocorra a prevalência atualmente uma hegemonia das chamadas condições crônicas, as causas externas e aquelas doenças que exigem uma rápida resposta do percebe-se a seguinte realidade na situação de saúde da população:

- 58% da carga de mortalidade referiram-se aos grupos das doenças cardiovasculares (27%), dos cânceres (15%), das causas externas intencionais (8%) e das não-intencionais (8%);

Diante da situação de saúde relatada acima, percebe-se claramente a necessidade de se desenvolver estratégias para que o sistema de saúde ofereça uma abordagem adequada para os problemas a serem enfrentados.

O sistema de saúde não pode se limitar a dar respostas reativas e episódicas. Ao contrário, precisa oferecer uma resposta proativa e contínua.



As redes de atenção a saúde tem sido implantadas e priorizadas em Minas Gerais para dar resposta aos principais problemas de saúde da população. No caso da Rede de Urgência e Emergência, seu papel é dar resposta social as causas externas e aos eventos agudos gerados inclusive pelas condições crônicas, entre elas as próprias doenças cardiovasculares. Em seguida, serão abordados os principais eixos dessa Rede.

## **OBJETIVOS**

Este trabalho traz como objetivo geral a descrição da experiência de Minas Gerais no processo de organização das redes de atenção à saúde de atendimento às urgências, tendo em vista que as condições agudas exigem uma resposta rápida e um sistema organizado.

Para tanto, constrói sua fundamentação abordando os seguintes objetivos específicos:

- Histórico de construção da Rede de Urgência e Emergência em Minas Gerais;
- O processo de implantação das Redes de Urgência nas Regiões Ampliadas, por meio de oficinas e discussões;
- Os pontos de atenção que são comportados pela Rede, bem como seus respectivos instrumentos de normatização.

## **METODOLOGIA**

A Política Estadual de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais foi regulamentada por meio da Resolução SES Nº 2.607, publicada em 7 de Dezembro de 2010. Nela, aprovou-se as normas gerais para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais, observadas as demais regulamentações federais.



A Rede Regional de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais é composta por:

- I. Atenção Primária em Saúde;
- II. Unidades de Pronto Atendimento;
- III. Pontos de atenção hospitalar classificado de acordo com sua tipologia e função na Rede, conforme Resolução SES nº 2.607;
- IV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 macrorregional;
- V. Central Operativa Única como instrumento de comando na resposta às demandas de urgência.
- VI. Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências.

A rede regional de urgência e emergência tem abrangência macrorregional de acordo com o Plano Diretor de Regionalização, podendo apresentar variações de acordo com especificidades regionais.

O modelo de atenção para as condições agudas é a classificação de risco. O protocolo de Manchester em cada ponto de atenção da rede regional de urgência e emergência será adotado como linguagem única na classificação de risco das demandas de cuidado para as condições agudas.

Em última análise, os objetivos são:

1. O paciente certo,
2. No local mais adequado e já preparado,
3. No tempo certo.

Isto garante redução das mortes e complicações evitáveis de forma sustentada, como resultado regional.

O projeto de implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais é composto pela seguinte estrutura:





As Redes Regionais de Urgência e Emergência são implantadas por meio de oficinas. A ordem de implantação das Redes obedece os resultados do estudo baseados no indicador YLL - yearsoflifelost -, das macrorregiões em ordem decrescente, de tal forma que a prioridade seja dada às macrorregiões com piores índices.

Para adesão à Rede de Urgência os municípios da macrorregião devem garantir contrapartida financeira municipal para custeio das atividades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU-192) e do Núcleo de Educação Permanente (NEP) que serão gerenciados por um Consórcio Público.

Nas oficinas de implantação das Redes Regionais de Atenção às Urgências são discutidos com os gestores municipais de saúde, juntamente com os técnicos da Coordenação Estadual de Urgência e Emergência, os pontos necessários para o desenvolvimento e a implantação de um modelo de atenção às urgências e emergências. Posteriormente essas oficinas serão submetidas à pactuação e aprovação pela Comissão Intergetores Bipartite (CIB).

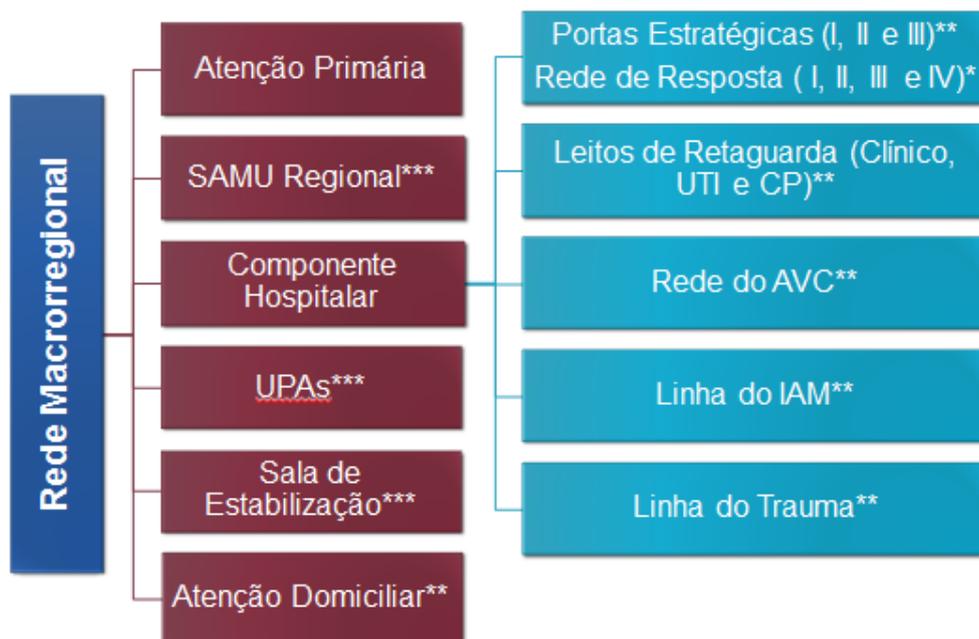
Durante as oficinas de implantação também é definido os incentivos financeiros das portas de urgências, para complementar o custeio das equipes de referência ao trauma, de referência às doenças cardiovasculares e de referência às



doenças cerebrovasculares. Os hospitais são classificados em níveis, observando a complexidade dos serviços, recursos tecnológicos, população, equipe de assistência necessária, disponibilidade orçamentária, entre outros.

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011, que foi reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituídas as Redes de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde. Tal normatização veio complementar a política instituída pelo Estado de Minas Gerais em 2010, com a inserção de novos componentes à Rede e alocação de novos recursos financeiros. A partir de então, a Rede Macrorregional de Urgência e Emergência passou a contar com uma estrutura que amplia o acesso e o acolhimento aos casos agudos que demandarem atendimento, bem como melhoria na qualidade dos serviços prestados a população. O desenho abaixo mostra a estrutura da Rede:

## Estrutura da Rede Macrorregional



\* Financiamento Estadual

\*\* Financiamento Federal

\*\*\* Financiamento Federal e Estadual



1. **Atenção Primária:** visa a ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, com acolhimento adequado, através da implantação de avaliação de riscos, em ambiente adequado até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário.
2. **SAMU Regional:** atendimento precoce à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde, sendo de natureza clínica, cirúrgica, traumática, entre outras, no qual possa acarretar sofrimento, sequelas ou mesmo à morte, sendo necessário, garantir atendimento e/ou transporte adequado para um serviço de saúde devidamente hierarquizado, acessado através do número “192” e acionado pela Central Operativa da Rede de Urgência e Emergência. No Estado de Minas Gerais o financiamento é tripartite, sendo que o município contribui com um valor per capita, a União de acordo com os valores estabelecidos em suas normatizações, ficando sob responsabilidade do Estado o valor variável, para a orçamentação global do serviço onde é contratualizado com o Consórcio Público, responsável pelo gerenciamento.
  - a. Normatizado pela Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012.
3. **Hospitalar:** Composta pelas Portas Hospitalares de Urgência, tanto classificadas conforme normatização federal, como pela Rede de Resposta Hospitalar, pelo Estado de Minas Gerais, mas com os mesmos objetivos de atendimento. É também composto pelos leitos de retaguarda, tais como: leitos clínicos, leitos de terapia intensiva (UTI) e leitos de cuidados prolongados (CP), além dos serviços de diagnóstico por imagem e de laboratório. Há também as linhas de cuidados prioritárias: Linha do Trauma, Linha do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Linha do Acidente Vascular Cerebral (AVC).



- a. Normalizado pelas Portarias GM/MS:
    - i. Nº 2.395, de 11 de outubro de 2011;
    - ii. Nº 2.944, de 13 de dezembro de 2011;
    - iii. Nº 664, de 12 de abril de 2012;
    - iv. Nº 665, de 12 de abril de 2012;
    - v. Nº 2.809, de 07 de dezembro de 2012;
    - vi. Nº 1.365, de 08 de julho de 2013;
    - vii. Nº 1.366, de 08 de julho de 2013;
    - viii. Nº 2.042, de 18 de setembro de 2013.
  - b. Normalizado pela Resolução SES/MG nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010.
4. **Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h):** estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar prestando primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma na assistência resolutiva e qualificada aos pacientes, estabilizando os e realizando a investigação diagnóstica inicial em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade.
- a. Normalizado pela Portaria GM/MS nº 342, de 04 de março de 2013.
  - b. Normalizado pela Resolução SES/MG nº 2.809, de 18 de maio de 2011.
5. **Sala de Estabilização:** ambiente para estabilização de pacientes críticos e/ou graves, com condições que garante assistência 24 horas, conectado aos outros níveis de atenção, para posterior encaminhamento à rede de atenção a saúde através da central de regulação das urgências.
- a. Normalizado pelas Portarias GM/MS:
    - i. Nº 2.338, de 03 de outubro de 2011;
    - ii. Nº 1.382, de 07 de março de 2012.
  - b. Normalizado pela Resolução SES/MG nº 2.809, de 18 de maio de 2011.



6. **Atenção Domiciliar:** conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar.
- a. Normatizado pelas Portarias GM/MS:
    - i. Nº 963, de 27 de maio de 2013;
    - ii. Nº 1.208, de 18 de junho de 2013;
    - iii. Nº 1.505, de 24 de julho de 2013.

### **Classificação de Risco - Protocolo de Manchester**

Ferramenta de Classificação de Risco para queixas de urgência e emergência, o Protocolo de Manchester tem por objetivo identificar no paciente, critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, que indiquem a prioridade clínica e o tempo alvo recomendado para a primeira avaliação médica.

Ele não se propõe estabelecer diagnósticos. O protocolo possui 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 representada por cores:

Estabelece uma prioridade clínica baseada na queixa do paciente e determina a ordem de atendimento da maior prioridade para a menor prioridade, obedecendo um tempo pré-definido, sem excluir ninguém.

### **CONCLUSÕES**

Pensar em modelos voltados ao atendimento às condições agudas geram grandes desafios aos gestores, tendo em vista que dependem do atendimento no lugar certo, na hora certa e nas condições certas, para garantir a vida do paciente e gerar maior valor ao cidadão.



Nesse contexto, visando proporcionar melhores serviços à população, a Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais já abrange 6 das 13 Regiões Ampliadas, e a proposta é que, em 2015, consiga cobrir todo o território.

Relacionado a isso, a Rede tem se estruturado com base na organização de uma série de estabelecimentos de saúde, cada um com uma funcionalidade e finalidade específica, que se articulam, estabelecem os fluxos necessários e promovem o cuidado integral ao paciente.

Entretanto, apesar de muitos esforços, em certos momentos alguns desses pontos são falhos, sobrecarregam outros, impedindo que a rede funcione com os fluxos devidos, o que compromete o serviço gerado ao paciente e coloca sua vida em risco.

Dessa forma, é um constante desafio implementar medidas para que a atenção primária possa fortalecer seu papel preventivo no primeiro cuidado aos cidadão, impedindo o agravamento da sua situação de saúde, que ao ser acionado, o serviço de SAMU responda prontamente, que os leitos estejam disponíveis quando necessários, que a classificação de risco seja bem feita, etc.

Enfim, o trabalho em rede e o atendimento integral ao cidadão dependem de uma articulação entre variados atores e níveis de atenção, devendo-se ter em vista que o funcionamento correto da Rede de Urgência está atrelado a uma atenção primária resolutiva, a uma estrutura logística adequada e a sistemas de apoio que sejam capazes de atender às demandas em tempo adequado. É crucial, ainda, a harmonia entre os pontos, de modo a solucionar os problemas antes de sua agudização, desonerando, dessa forma, os serviços de Urgência.

E é nessa perspectiva, de garantir subsídios para o funcionamento de todos esses pontos, que o Estado de Minas Gerais vem desenvolvendo estratégias para a construção da Rede de Urgência e Emergência e sua interlocução às demais.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em [www.planalto.gov.br](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](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](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 PLANEJAMENTO E GESTÃO.** Guia para melhoria de processos no Governo de Minas Gerais. Belo Horizonte. Imprensa Oficial, 2011.

\_\_\_\_\_. 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.I.]: [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.I.]: [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](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](http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/resolucao_3316.pdf)> Acesso em: 01 ago 2013.



ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE – OPAS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas. 2010.

Schramm JMA. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 897-908.

---

#### AUTORIA

**Francisco Antônio Tavares Junior** – Fundação Ezequiel Dias.

Endereço eletrônico: francisco.junior@funed.mg.gov.br

**Antônio Jorge de Souza Marques** – Secretaria de Estado de Saúde.

Endereço eletrônico: ajs.marques@hotmail.com

**Rasível Reis dos Santos** – Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais.

Endereço eletrônico: rasivel@saude.mg.gov.br

**Hellen Fernanda de Souza** – Secretaria de Estado de Saúde do Governo de Minas Gerais.

Endereço eletrônico: hellen.fernanda@saude.mg.gov.br

