

Saulo Barbosa de Souza

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO SAMU REGIONAL NO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Belo Horizonte - MG
2016

Saulo Barbosa de Souza

**CONSÓRCIOS INTERMUNICIPAIS DE SAÚDE DA REDE DE URGÊNCIA E
EMERGÊNCIA COMO FERRAMENTA DE GESTÃO DO SAMU REGIONAL NO
ESTADO DE MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como exigência parcial para obtenção do certificado de especialista do XII Programa de Especialização em Administração Pública – PROAP, da Fundação João Pinheiro.

Orientador: Prof. Alexandre Périssé de Abreu

Belo Horizonte/MG
2016

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a Deus, presente em todos os momentos da
minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus Criador pela vida e sustento todos os dias,

A Bruna, pelo amor, carinho e compreensão a cada dia,

Ao professor Alexandre Périssé, pela rica contribuição e orientações,

A todos que contribuíram para a realização desse trabalho.

Muito obrigado!

Epígrafe

“Agir com sabedoria assegura o sucesso”. Eclesiastes 10:10b.

(BÍBLIA SAGRADA)

RESUMO

Os Consórcios Intermunicipais são constituídos em função da necessidade comum entre os Municípios. O consorciamento entre Municípios está previsto no Brasil desde a Constituição Federal de 1937. Porém, o que contribuiu para sua disseminação e fortalecimento foi a Constituição Federal de 1988, seguida da aprovação da Lei nº 8.080/90. Aos Municípios foi outorgado constituir Consórcios para desenvolvimento em conjunto de ações e serviços de saúde. Atualmente, destacam-se algumas áreas nas quais são frequentemente criados Consórcios para gestão de serviços públicos, por exemplo: saúde, transporte público, meio ambiente, obras públicas e saneamento básico. O Estado de Minas Gerais apresenta um diferencial quando se trata de Consórcios Intermunicipais de Saúde. Atualmente, os Consórcios Intermunicipais de Saúde da Rede de Urgência e Emergência são responsáveis pela gestão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU Regional. Este trabalho objetivou analisar e identificar as experiências e dificuldades na implantação do SAMU Regional no Estado de Minas Gerais, em especial, as dificuldades da implantação regionalizada na Região Ampliada Centro. A escolha do tema deste trabalho se justificou por sua relevância e ainda por ser Minas Gerais o Estado pioneiro na implantação do SAMU regionalizado. Trata-se de um projeto muito importante para a população da Região, onde, em média, 40% da população encontra-se desassistida no que tange ao Serviço do SAMU. A pesquisa demonstrou a grande importância do tema para o caso em questão, como também pôde demonstrar as dificuldades de cada Consórcio onde o SAMU Regional já está implantado. Diante disso, afirma-se que os objetivos específicos e geral foram alcançados, uma vez que foi possível identificar dificuldades semelhantes nos demais Consórcios, como também propor um modelo para minimizar as dificuldades encontradas na Região Ampliada Centro. Foi identificada uma metodologia que pode ser aplicada ao caso: o Ciclo PDCA. Esta é uma ferramenta de gestão muito conhecida na administração em geral; é um método gerencial voltado para a melhoria contínua, onde são identificadas as causas dos problemas numa organização e implementadas as soluções para os mesmos.

Palavras Chaves: Consórcios Intermunicipais, Consórcios Públicos, SAMU Regional, Gestão dos Serviços de Saúde, Ciclo PDCA.

ABSTRACT

The Intermunicipal Consortiums are made on the basis of common need among municipalities. The consortium between municipalities is expected in Brazil since the Federal Constitution of 1937. But what contributed to its spread and strengthening was the Federal Constitution of 1988, followed by the approval of Law No. 8.080 / 90. Municipalities was awarded Consortia to be developing a set of actions and health services. Currently, we highlight some areas where Consortia are often created for public service management, for example: health, public transport, environment, public construction and sanitation. The State of Minas Gerais has a difference when it comes to Consortia Intermunicipal Health. Currently, Consortia Intermunicipal Health Network of Urgency and Emergency are responsible for managing the Mobile Service of Urgency - MSUC Regional Service. This study aimed to analyze and identify the experiences and difficulties in the implementation of Regional SMUC in the state of Minas Gerais, in particular the difficulties of regionalized deployment in the Extended Central Region. The choice of this theme work was justified by their relevance and yet to be Minas Gerais a pioneer state in the implementation of regionalized SMUC. This is a very important project for the people of the region, where on average 40% of the population is underserved with respect to SMUC Service. Research has shown the importance of the issue to the case in question, as could also demonstrate the difficulties of each Consortium where the Regional SMUC is already deployed. Thus, it is stated that the specific and general objectives were achieved, since it was possible to identify similar difficulties in other Consortia, as well as to propose a model to minimize the difficulties encountered in the Extended Central Region. PDCA cycle: a methodology that can be applied to the case has been identified. This is a well-known management tool in the administration in general; is a management method focused on continuous improvement, which are identified the causes of problems in an organization and implemented the solutions to them.

Keywords: Intermunicipal Consortiums, Public Consortia, SMUC Regional, Health Services Management, PDCA Cycle.

Lista de ilustrações, lista de tabelas, lista de abreviaturas e siglas, e lista de símbolos.

Lista de ilustrações.

Figura 1 - Estrutura do Sistema de Manchester.....	23
Mapa 1 - Regiões com maior número de Consórcios Intermunicipais no Brasil.....	32
Gráfico 1 - Percentual de Municípios com Consórcios Públicos e/ou administrativos/Atuação.....	34
Figura 2 - Macrorregiões de Saúde - Estado de Minas Gerais.....	37
Figura 3 - Macrorregião Norte.....	39
Figura 4 - Macrorregião Nordeste.....	40
Figura 5 - Macrorregião Jequitinhonha.....	40
Figura 6 - Macrorregião Centro-Sul.....	41
Figura 7 - Macrorregião Sudeste.....	42
Figura 8 - Macrorregião do Sul de Minas.....	43
Figura 9 - Macrorregião Centro.....	44
Gráfico 2 - Ano em que foram constituídos os Consórcios.....	45
Gráfico 3 - A Finalidade da Criação dos Consórcios.....	46
Gráfico 4 - Quantidade de Municípios que fazem parte dos Consórcios.....	46
Gráfico 5 - Tempo de Implantação do SAMU Regional	46

Lista de Abreviaturas e siglas ou termos.

APS – Atenção Primária a Saúde.

CIS – Consórcios Intermunicipais de Saúde

CIAS- Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde.

CISDESTE- Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste.

CISNORJE- Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Macro Nordeste/Jequitinhonha.

CISRU- Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência.

CISRUN- Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas.

CISSUL- Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas.

CONASS – Conselho Nacional dos Secretários de Saúde.

COSECS – Colegiado de Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.

ENAP – Escola Nacional de Administração Pública.

LOS – Leis Orgânicas da Saúde.

OPAS/OMS – Organização Pan – Americana da Saúde /Organização Mundial da Saúde.

PDR – Plano Diretor.

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

SES/MG – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidades Básicas de Saúde.

UPAS – Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências.

USA – Unidade de Suporte Avançado.

USB – Unidade de Suporte Básico.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 O DIREITO À PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ..	15
2.1 O que é o direito à saúde?	15
2.2 A prestação do serviço público de urgência e emergência no Brasil	17
2.3 A política de urgência e emergência no Estado de Minas Gerais	22
2.3.1 A estruturação da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais.....	23
2.4 A implantação dos Serviços de Urgência e Emergência e as qualidades de sua prestação.	25
3 O CONSORCIAMENTO ENTRE MUNICÍPIOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS NO BRASIL	29
3.1 Histórico	29
3.2 Tipos de Serviços Públicos prestados aos Municípios através de Consórcios Intermunicipais.	33
4 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA ATRAVÉS DA LÓGICA DE CONSORCIAMENTO ENTRE MUNICÍPIOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS	36
4.1 Os Consórcios onde o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Regional já foi implantado	37
4.1.1 O Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência do Norte- CISRUN	37
4.1.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência da Macro Região Nordeste e Jequitinhonha- CISONORJE.....	39
4.1.3 O Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência – CISRU	41
4.1.4 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste – CISDESTE.....	42
4.1.5 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas – CISSUL.....	43
4.2 O Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde – CIAS.....	44
5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS.....	45
5.1 Informações obtidas dos Consórcios já implantados no Estado de Minas Gerais ...	45
5.2 Informações obtidas do Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde	47
5.3 Informações Obtidas na Pesquisa Complementar	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	56
APÊNDICES.....	59
Apêndice A – Questionário do CISRUN.....	59
Apêndice B – Questionário do CISONORJE	63
Apêndice C – Questionário do CISRU	67
Apêndice D – Questionário do CISDESTE	71

Apêndice E – Questionário do CISSUL.....	74
Apêndice F – Questionário do CIAS	77

1 INTRODUÇÃO

Os Consórcios Intermunicipais são constituídos em função da necessidade comum entre Municípios. Geralmente, são criados Consórcios entre dois ou mais Municípios, para que estes organizem melhor sua estrutura comum e implementem políticas públicas de maneira mais eficiente, com melhor custo-benefício.

O consorciamento e a agregação dos Municípios, principalmente em relação aos Municípios de pequeno porte, trazem benefícios econômicos em grande escala, pois, seria inviável para estes entes garantir os serviços para a população, caso viessem a estruturá-los e mantê-los de forma isolada. Destacam-se algumas áreas nas quais são, frequentemente, criados Consórcios para gestão de serviços públicos, por exemplo: saúde, transporte, meio ambiente, obras públicas e saneamento básico.

Como será explicitado ao longo do texto, o que contribuiu para disseminação e fortalecimento dos Consórcios Intermunicipais foram a Constituição Federal de 1988 e a aprovação da Lei nº 8.080/90.

O Estado de Minas Gerais tem um diferencial quando se trata de Consórcios Intermunicipais de Saúde. De acordo o COSECS (2015), mais de 90% dos Municípios que compõem este Estado faz parte de algum tipo de Consórcio na área da saúde.

Em Minas Gerais, os Consórcios Intermunicipais de Saúde da Rede de Urgência e Emergência são responsáveis pela gestão do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) regionalizado.

O presente estudo de caso propõe-se a verificar a importância dos Consórcios de Saúde como ferramenta de gestão do SAMU Regional no Estado de Minas Gerais.

Este estudo tem como objetivo geral: analisar e identificar às experiências e dificuldades na implantação do SAMU Regional no Estado de Minas Gerais, em específico, as dificuldades da implantação regionalizada na Região Ampliada Centro.

Os objetivos específicos são: apresentar conceitos e estudar a questão do Consórcio como ferramenta de gestão de serviços públicos; compreender as características, necessidades e dificuldades de cada Consórcio e identificar alguma metodologia para melhorias na implantação do SAMU Regional na Região Ampliada Centro.

A escolha do tema deste trabalho se justificou por sua relevância e ainda por ser Minas Gerais o Estado pioneiro na implantação do SAMU regionalizado. Trata-se de um projeto muito importante para a população da região. E por ser pioneiro neste processo de implantação, torna-se oportuno analisar as dificuldades encontradas, com vistas à continuidade no projeto como um todo.

Há o interesse entre todas as esferas de Governo em implantar esse tipo de serviço para a população, principalmente na Região Central do Estado, pois existe grande parte da população que está desassistida pelo SAMU.

Nota-se ainda que onde já existia antes um serviço SAMU 192 gerenciado pelo Município é onde se verificam as maiores dificuldades de implantação do SAMU Regional, pois toda mudança gera insegurança e resistência, por implicarem em mudanças nos processos como um todo.

Considerando o quadro da saúde em todo o Brasil e as estatísticas de mortes relativas a todo tipo urgência, a regionalização do SAMU é um projeto de grande importância e que irá solucionar problemas de Municípios de pequeno porte, onde não há estrutura para receber esse tipo de paciente; como também dará continuidade às ações em Municípios mais estruturados, onde já existe o serviço de SAMU. Em relação ao aspecto econômico, a implantação de redes de urgência possui uma grande vantagem, como também melhora o tempo resposta dos atendimentos desses pacientes.

Para elaboração deste trabalho, foi realizada uma pesquisa bibliográfica referente ao tema, baseada em livros, sites, artigos e outros. Dentro desta pesquisa, procurou-se aprimorar os conhecimentos em relação ao tema, como também conhecer o processo de implantação do SAMU Regional através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais.

Posteriormente, foram aplicados dois questionários: um para cada um dos Consórcios onde o serviço já está implantado; e outro específico para o Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde (CIAS), onde o serviço encontra-se em fase de implantação.

Foi realizada também uma entrevista complementar com alguns profissionais de cargos relevantes, que atualmente não estão no CIAS, mas que participaram de seu processo de implantação.

Diante do papel desses Consórcios e da importância da sua implantação de forma eficiente, este trabalho pretendeu refletir e analisar as seguintes questões: A implantação está avançando? Como estão sendo analisadas as dificuldades? Estão sendo minimizadas? Monitoram-se os processos? Existe um planejamento estratégico para minimizar os embaraços da implantação?

Espera-se que esta pesquisa contribua para fomentar novas pesquisas na área de saúde ou até mesmo em relação aos Consórcios de Saúde como ferramenta de gestão do SAMU Regional em todo o país.

Para compreensão deste tema, o trabalho foi organizado em cinco seções, sendo que a seção 1 mostra o conteúdo deste assunto; a seção 2 trata da fundamentação teórica, estudos sobre o tema em questão através de pesquisas bibliográficas e documental por meio de livros, sites, artigos e revistas; a seção 3 relata a metodologia utilizada nesta pesquisa; a seção 4 analisa os resultados obtidos através das entrevistas; a seção 5 tece as conclusões obtidas bem como as sugestões de melhorias; e por fim, integram o trabalho as referências bibliográficas e os apêndices e anexos.

No capítulo 2 será abordado sobre o Direito à Prestação de Serviços de Urgências e Emergências, a prestação deste tipo de serviço no Brasil, como também a Política de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais. O foco da pesquisa não é a questão do Direito à prestação de serviços de urgências, mas é importante ressaltar a questão da Saúde como um Direito de todos e um dever do Estado.

2 O DIREITO À PRESTAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

2.1 O que é o direito à saúde?

A Constituição Federal de 1988 é considerada um dos marcos mais importantes na história da evolução do Sistema Único de Saúde brasileiro. Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2011, p. 24), a Carta Magna de 1988 é considerada um dos arcabouços legais do Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto constitucional traz os balizamentos fundamentais sobre o direito à saúde e da operacionalização do SUS:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou por terceiros, e também por pessoa física ou jurídica de direito privado:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Em virtude da criação do SUS foram regulamentadas as Leis Orgânicas da Saúde (LOS). Mais especificamente são duas leis, criadas conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS, como também sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

As Leis Orgânicas da Saúde regulamentam em todo o território nacional, as ações do SUS, idealizadas para desenvolver uma série de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. Conforme previsto no art. 7º da Lei 8080/90, as unidades que integram o SUS devem obedecer, dentre outros, aos princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;
- XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população (BRASIL, 1990).

No seu art. 2º, a referida Lei reitera o conteúdo do texto constitucional ao reafirmar o direito à saúde como um direito fundamental assim como um dever do Estado de garantir a saúde sob a gestão pública:

- Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.
- § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.
- § 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade (BRASIL, 1990).

De acordo o CONASS (2011, p. 120), a regionalização no Sistema Único de Saúde é considerada um dos caminhos mais adequados para garantir o direito à saúde, reduzir desigualdades sociais e territoriais, promover a equidade e a integralidade da atenção, racionalizar os gastos, aprimorar os recursos e tornar eficaz o processo de descentralização.

2.2 A prestação do serviço público de urgência e emergência no Brasil

Como visto no capítulo anterior, os serviços de saúde são de relevância pública, principalmente os serviços de urgências e emergências. Conforme o art. 197 da Constituição Federal de 1988, todos os serviços de saúde são garantidos à população.

O SAMU, por exemplo, vêm sendo prestado à população brasileira desde meados de 1990, porém o serviço ainda não era denominado como “SAMU”, nessa época sua implantação estava sob a responsabilidade dos próprios Municípios que implantavam o serviço. A prestação de serviços era baseada em modelos internacionais de Serviços de Atendimento Móvel de Urgências.

Segundo a SESMG, o atendimento do SAMU é vinculado a uma central de Regulação Médica, a qual a população tem acesso através do número único e gratuito, o 192. O atendimento no local é monitorado via rádio pelo médico regulador que orienta a equipe de intervenção quanto aos procedimentos necessários à condução do caso.

Conforme Nitschke (1999, p. 37), os primeiros Municípios brasileiros a implantar esse modelo de serviço foram Municípios dos Estados de São Paulo, Santa Catarina, Paraná, Rio Grande do Sul e Ceará.

Segundo Machado (2011, p. 3), o crescimento do número de SAMU no Brasil ocorreu na primeira década de 2000, quando o SAMU se tornou uma demanda da agenda federal, criando-se normas federais para regular o serviço prestado em todos os Estados brasileiros.

Sendo assim, os serviços de urgência e emergência no Brasil foi crescendo a cada dia, tornando-se necessário o poder público normatizar ações de Atenção às Urgências por meio da aprovação do Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência.

A Portaria GM 2048/2002 não apenas estabelece o referido Regulamento como também trata de normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços.

De acordo o §1º do art. 1º da portaria acima citada os temas envolvidos estão divididos em sete capítulos:

Capitulo I- Elaboração do Plano Estadual de Urgência e Emergência
Capitulo II- A Regulação Médica das Urgências e Emergências
Capitulo III- Atendimento Pré-Hospitalar Fixo
Capitulo IV- Atendimento Pré-Hospitalar Móvel
Capitulo V- Atendimento Hospitalar
Capitulo VI- Transferência e Transporte Inter-Hospitalar
Capitulo VII- Núcleo de Educação em Urgências (SAUDE, 2002).

A Política Nacional de Atenção às Urgências teve como marco inicial a Portaria GM nº 1.863, de 29 de setembro de 2003, proposta como um meio de responder à situação do quadro brasileiro de morbimortalidade relativo a todas as urgências.

Em seu artigo 1º, a referida portaria institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de governo.

A Política Nacional de Atenção às Urgências política estabelece normas para a organização dos serviços públicos e privados de atenção às urgências. Segundo Marques (2011, p. 9), os objetivos da Política Nacional são:

- a) implantar e implementar o processo de regulação da atenção às urgências, a partir de Centrais de Regulação Médica, que integram o Complexo Regulador da Atenção, conforme previsto na Portaria SAS/MS nº 356, de 22 de setembro de 2000, e NOAS-SUS3 01/2002;
- b) estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada de cuidados integrais às urgências, de qualquer complexidade ou gravidade, desconcentrando a atenção efetuada exclusivamente pelos prontos-socorros;
- c) garantir a adequada referência regulada para os pacientes que, tendo recebido atendimento inicial, em qualquer nível do sistema, necessitem de acesso aos meios adicionais de atenção;
- d) adequar a dinâmica da captação de órgãos às necessidades de transplante da população brasileira. (MARQUES, 2011)

A partir daí, o Ministério da Saúde publicou diversas portarias ministeriais relacionadas à prestação de serviços de Urgências e Emergência no Brasil, bem como garantir conforme a legislação que os serviços prestados a sociedade sejam de forma contínua e em todo território brasileiro.

A Portaria GM nº 1.864, de 29 de Setembro de 2003, teve como principal marco a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em todo território brasileiro.

No art. 1º desta portaria foi estabelecido o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em Municípios e regiões de todo o território brasileiro:

Instituir o componente pré-hospitalar móvel previsto na Política Nacional de Atenção às Urgências, por meio da implantação de Serviços de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192, suas Centrais de Regulação (Central SAMU 192) e seus Núcleos de Educação em Urgência, em municípios e regiões de todo o território brasileiro, como primeira etapa da implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2003).

O Serviço do SAMU era prestado à população sob a responsabilidade dos mesmos e foi implantado através de parcerias com a Secretaria de Estado de Saúde, juntamente com as Secretarias Municipais de Saúde. Uma das maiores dificuldades era a criação de uma legislação específica para esse tipo de política. Foi então quando o Ministério da Saúde, através das portarias citadas nesse capítulo, define uma Política Nacional e estabelece diretrizes para implantação dos serviços de urgência e emergência.

A Portaria GM nº 1.828 de 02 de Setembro de 2004 e a Portaria GM nº 2.657 de 16 de Dezembro de 2004 estão relacionadas à adequação das áreas físicas das centrais de regulação médica de urgência em todo território nacional, às atribuições e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das Centrais SAMU – 192.

Considerada como uma das políticas mais importantes na área da saúde, o SAMU teve prioridade na agenda federal. O Ministério da Saúde através da Portaria GM 2.970/2008 deu início a uma nova fase do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, criando os SAMUs Regionais, visando ao crescimento em determinadas redes articuladas e aumentando a cobertura da população beneficiada através desse serviço.

A Portaria GM 2970/2008 institui diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional do SAMU 192. De acordo a Portaria, os principais objetivos são:

Art. 1º Fomentar a regionalização do SAMU 192 a fim de ampliar o acesso ao atendimento pré-hospitalar móvel às populações dos Municípios em todo o território nacional, por meio da adoção de novas diretrizes e parâmetros técnicos definidos pela presente Portaria e em seu Anexo, tendo como complemento o Caderno de Orientações Técnicas da Urgência e Emergência.

Art. 2º Instituir financiamento para investimento e custeio a título de contrapartida federal para a implementação da regionalização dos SAMU 192 já implantados e para a implantação de novos SAMU regionais, que deve ser complementado pelas demais esferas de gestão do SUS, conforme as características de cada projeto e as orientações gerais previstas na presente Portaria.

Art. 3º Estabelecer que, para a operacionalização desta Portaria, serão destinados recursos para construção/adaptação de áreas físicas, materiais e mobiliários e equipamentos de informática e rede.

Art. 4º Determinar que, a partir da publicação desta Portaria, as Centrais de Regulação Médica de Urgências já existentes ou as novas Centrais Regionais que venham a se configurar, para seu adequado funcionamento, deverão seguir os quantitativos mínimos de profissionais.

Art. 5º Alterar o valor do incentivo financeiro repassado às Centrais de Regulação Médica estabelecida pela Portaria nº 1.864/GM de 29 de setembro de 2003 (BRASIL, 2003).

Dada à relevância das políticas públicas de urgência e emergência para a atenção às urgências, foi publicada a Portaria GM nº 1600 de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS.

No art. 2º desta portaria são definidas as diretrizes da Rede de Atenção às Urgências:

- I - ampliação do acesso e acolhimento aos casos agudos demandados aos serviços de saúde em todos os pontos de atenção, contemplando a classificação de risco e intervenção adequada e necessária aos diferentes agravos;
- II - garantia da universalidade, equidade e integralidade no atendimento às urgências clínicas, cirúrgicas, gineco-obstétricas, psiquiátricas, pediátricas e às relacionadas a causas externas (traumatismos, violências e acidentes);
- III - regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde;
- IV - humanização da atenção garantindo efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde;

- V - garantia de implantação de modelo de atenção de caráter multiprofissional, compartilhado por trabalho em equipe, instituído por meio de práticas clínicas cuidadoras e baseado na gestão de linhas de cuidado;
- VI - articulação e integração dos diversos serviços e equipamentos de saúde, constituindo redes de saúde com conectividade entre os diferentes pontos de atenção;
- VII - atuação territorial, definição e organização das regiões de saúde e das redes de atenção a partir das necessidades de saúde destas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas;
- VIII - atuação profissional e gestora visando o aprimoramento da qualidade da atenção por meio do desenvolvimento de ações coordenadas, contínuas e que busquem a integralidade e longitudinalidade do cuidado em saúde;
- IX - monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços através de indicadores de desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção;
- X - articulação interfederativa entre os diversos gestores desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada;
- XI - participação e controle social dos usuários sobre os serviços;
- XII - fomento, coordenação e execução de projetos estratégicos de atendimento às necessidades coletivas em saúde, de caráter urgente e transitório, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidades públicas e de acidentes com múltiplas vítimas, a partir da construção de mapas de risco regionais e locais e da adoção de protocolos de prevenção, atenção e mitigação dos eventos;
- XIII - regulação articulada entre todos os componentes da Rede de Atenção às Urgências com garantia da equidade e integralidade do cuidado; e
- XIV - qualificação da assistência por meio da educação permanente das equipes de saúde do SUS na Atenção às Urgências, em acordo com os princípios da integralidade e humanização. (SAUDE, 2011).

Segundo Paiva (2014, p. 40), a Portaria nº 1.600/2011 tem como um de seus objetivos a ampliação do acesso da população aos serviços de urgência e emergência, como também prover a atenção qualificada da saúde de toda população brasileira, com atendimento ágil e resolutivo das urgências e emergências.

Após reformulada a Política Nacional de Atenção às Urgências, foi publicada logo em seguida a Portaria GM nº 2026, de 24 de Agosto de 2011, que aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

A proposta do Ministério da Saúde, segundo a informação publicada no seu próprio sítio¹ na internet, é chegar à cobertura de 100% da população brasileira. Atualmente, o SAMU atende 75% da população brasileira: 149,9 milhões habitantes, distribuídos em 2921 Municípios com acesso ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em todo o território nacional.

¹ www.saude.gov.br

2.3 A política de urgência e emergência no Estado de Minas Gerais

O Governo de Minas Gerais, através da Secretaria de Estado de Saúde – SES, vem implementando um modelo de regionalização da saúde, buscando estruturar redes integradas de serviços a fim de uma melhor utilização dos recursos e alcançar melhores resultados. Segundo Mendes (2009, p. 84), esse modelo é baseado no desenvolvimento de processos de gestão clínica, focados em condições de saúde, como também em Atenção Primária à Saúde (APS) diferenciada, para que as demandas de urgências tenham melhores resultados.

De acordo o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS, 2012, p. 20), 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 foram apresentadas as diretrizes 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 tem como base os seguintes pilares:

- I. Atenção Primária em Saúde;
- II. Unidades de pronto atendimento, as quais deverão observar no que couber, as disposições da Portaria GM/MS nº 1.020, de 13 de maio de 2009;
- III. Pontos de atenção hospitalar classificados de acordo com sua tipologia e função na rede;
- IV. Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 macrorregional;
- V. Complexo regulador como instrumento de comando na resposta às demandas de urgência, sendo que à regulação de urgências do SAMU caberá a coordenação das ações apoiada pelas outras centrais de regulação do complexo; e
- VI. Comitê Gestor Macrorregional das Urgências e Emergências. (CONASS, 2012, p. 21)

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde (SES, 2012, p. 25), criou-se a Rede Regional de Atenção às Urgências e Emergências, que visa integrar os serviços de saúde e minimizar a fragmentação dos mesmos. O projeto da Rede de Urgência e Emergência em implantação pelo Governo estadual tem como objetivo estabelecer essa rede em todo Estado, baseado o Plano Diretor (PDR).

2.3.1 A estruturação da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS, 2011, p. 15), estruturar as Organizações de Atenção às Urgências e Emergências um dos grandes desafios dos gestores de saúde, pois há um aumento constante da demanda por serviços de urgências, promovendo, conseqüentemente, pressão sobre as estruturas hospitalares, consideradas as portas de entradas desse serviço.

Nessa perspectiva, o Governo de Minas Gerais percebeu que havia a necessidade de organizar os pontos de atenção às urgências, baseando-se em um estudo recente, feito no Canadá, determinando uma linguagem única que permeie toda a rede, estabelecendo o melhor local para atendimento a uma determinada demanda. O objetivo é que tudo isso propicie o encaminhamento correto dos pacientes, considerando a unidade adequada para o caso, promovendo uma assistência mais eficaz no menor tempo possível.

Para alcançar o objetivo ideal foi necessário definir uma estrutura e processos de triagem de pacientes. A Secretaria de Estado de Saúde optou pelo 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, entre outros. Logo abaixo, segue a fig. (1) com as definições das cores e tempo de atendimento máximo para cada situação.

Figura 1-Estrutura do Sistema de Manchester.



O Sistema de Manchester é utilizado na Europa desde 1997. No Brasil, Minas Gerais foi o primeiro Estado a implantá-lo, com o objetivo de organizar o fluxo dos atendimentos de urgências (SES, 2015). O Protocolo de Manchester classifica os pacientes por cores, após uma triagem baseada em sintomas, considerando a gravidade do quadro, o tempo resposta e o tempo de espera para cada paciente.

A implantação se tornou possível através de uma parceria entre o Governo de Minas e o Grupo Português de Triagem (GPT), detentor dos direitos cedidos para a tradução e utilização do protocolo em língua portuguesa.

Com essas mudanças foi implantado um novo modelo para a gestão das urgências, através de um protocolo único de classificação de riscos, onde são definidas as prioridades e organizado todo o fluxo de acesso aos serviços de urgência.

Segundo Marques (2009, p. 85), o Protocolo de Manchester apresenta uma série de vantagens essenciais para um sistema de classificação de risco. Essas vantagens são:

- É coerente;
- Respeita as boas práticas em situação de emergência;
- É confiável, uniforme e objetivo ao longo do tempo;
- Já foi validado;
- É passível de auditoria. (Marques, 2009)

Com as mudanças na classificação de riscos foram também definidas as matrizes das Redes de Atenção, com definição dos pontos de atenção, a competência e responsabilidade de cada um, e a respectiva área de abrangência.

Os Pontos de Atenção são: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Hospitais de Urgência Básica, as Unidades não Hospitalares de Atendimento às Urgências (UPAS), os Hospitais Microrregionais e os Hospitais Macrorregionais.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde (SES, 2009), a estruturação e informatização de toda a rede de atenção às urgências aconteceram de forma completa nas macro e microrregiões de saúde.

A Rede de Urgência e Emergência é o conjunto de ações estruturadoras, que pretende melhorar a eficiência no atendimento de urgência e emergência em todo o Estado de Minas Gerais. Segundo Marques:

As ações englobam a preparação para o atendimento na atenção primária da saúde, a melhoria dos hospitais micro e macrorregionais, a introdução do protocolo de Manchester e, por fim, a implantação do SAMU Regional (Marques, 2015).

2.4 A implantação dos Serviços de Urgência e Emergência e as qualidades de sua prestação.

Como visto anteriormente, as Redes de Urgência e Emergência no Brasil são regulamentadas por diversas portarias ministeriais, que instituem diretrizes para sua implantação e para a execução do conjunto de serviços, conforme as normas estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo Marques (2011, p. 11), as políticas públicas de atenção às urgências vêm se apresentando como pauta principal no Governo Federal e em muitos Estados de nosso país, sendo necessária a articulação das três esferas de Governo, bem como a garantia do financiamento para que seja efetivada, minimizando, assim, o grave quadro atual.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é o principal componente da Política Nacional de Atenção às Urgências, e tem como finalidade proteger a vida das pessoas e garantir a qualidade do atendimento no SUS.

No Estado de Minas Gerais, as Redes de Atenção à Saúde têm como estratégia fundamental a implantação de sistemas integrados, com formação de redes de atenção à saúde, a fim de responder às condições agudas e crônicas existentes no Estado.

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2011, p. 9), as ações de Urgências e Emergências apresentam-se para a sociedade como a porta de entrada do sistema de saúde:

A assistência às urgências se dá, ainda hoje, predominantemente nos “serviços” que funcionam exclusivamente para este fim – os tradicionais prontos-socorros – estando estes adequadamente estruturados e equipados ou não. Abertos nas 24 horas do dia, estes serviços acabam por funcionar como “porta-de-entrada” do sistema de saúde, acolhendo pacientes de urgência propriamente dita, pacientes com quadros percebidos como urgências,

pacientes desgarrados da atenção primária e especializada e as urgências sociais. Tais demandas misturam-se nas unidades de urgência superlotando-as e comprometendo a qualidade da assistência prestada à população. (BRASIL, 2002)

Diante desta premissa, as políticas públicas de atenção às urgências são consideradas ainda como um dos problemas críticos para os gestores públicos, demandando ainda qualidade constante nos serviços prestados. As ações de Urgência e Emergência e suas deficiências apresentam-se para a sociedade como a porta mais visível do sistema de saúde em todo mundo (OPAS, 2011, p. 9).

Em seu Regulamento Técnico, o CONASS traz a proposta da formação de Núcleos de Educação em Urgências, a partir da seguinte análise:

Considerando o ainda importante grau de desprofissionalização, falta de formação e educação continuada dos trabalhadores das urgências, resultando em comprometimento da qualidade na assistência e na gestão do setor; a necessidade de criar estruturas capazes de problematizar a realidade dos serviços e estabelecer o nexo entre trabalho e educação, de forma a resgatar o processo de capacitação e educação continuada para o desenvolvimento dos serviços e geração de impacto em saúde dentro de cada nível de atenção; a necessidade de estabelecimento de currículos mínimos de capacitação e habilitação para o atendimento às urgências, face aos inúmeros conteúdos programáticos e cargas horárias existentes no País e que não garantem a qualidade do aprendizado; o grande número de trabalhadores já atuando no setor e a necessidade de garantir-lhes habilitação formal, obrigatória e com renovação periódica para o exercício profissional e a intervenção nas urgências e, ainda considerando a escassez de docentes capazes de desenvolver um enfoque efetivamente problematizador na educação e a necessidade de capacitar instrutores e multiplicadores com certificação e capacitação pedagógica para atender à demanda existente é que este Regulamento Técnico propõe aos gestores do SUS a criação, organização e implantação de Núcleos de Educação em Urgências – NEU. (CONASS, 2011, p. 134)

Segundo Marques (2011, p. 7), o Estado de Minas Gerais vem conduzindo um processo de efetivação de importantes mudanças nas políticas públicas em seu âmbito, transformando as ações e programas em referência para o Brasil e para o mundo. Inclusive no setor saúde há um esforço em ampliar o acesso e a qualidade dos serviços, baseados nas diretrizes de um projeto maior chamado “Choque de Gestão”.

Na rede de Atenção as Urgências e Emergências, qualidade é um dos princípios fundamentais na estruturação dos pontos de atenção:

As redes de atenção a saúde são organizações poliárquicas de conjunto 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 a tempo certo, no lugar certo, com custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (Mendes, 2009, p. 17).

Diante disso, a proposta de reorganização deve seguir o pressuposto:

Em um determinado território, 90% da população devem 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.

Definição de novo modelo de governança e custeio, compartilhados por uma região. (Marques, 2011, p. 27).

Na Resolução SES nº 2.607, de 07 de dezembro de 2010, foi definido que as redes de atenção à saúde exigem uma combinação de economia de escala, qualidade e acesso aos serviços de saúde com territórios sanitários e níveis de atenção.

Segundo a SES o plano regional para definição do quantitativo e da localização dos hospitais que comporão a Rede de Urgência e Emergência levará em conta os seguintes critérios:

I - população adstrita; e

II – tempo de resposta de no máximo 60 (sessenta) minutos, através de um ponto fixo ou móvel, para 90% (noventa por cento) da população da macrorregião.

Devido à importância do Componente Hospitalar, são estabelecidos critérios de elegibilidade dos hospitais de referência da Rede, para garantir a qualidade do serviço e todo o aparato necessário na prestação de serviço de urgência à população:

As instituições serão classificadas nos tipos I a VII de acordo obedecendo os seguintes critérios:

I - estar localizado preferencialmente em município sede de microrregião;

II - aderir às políticas de urgência e emergência da SES-MG e do Ministério da Saúde/MS, implementando as diretrizes propostas de organização da rede hospitalar de Urgência e Emergência;

III - possuir plantões presenciais e alcançáveis nas áreas de urgência de acordo com a tipologia classificada de I a VII;

IV - ter os recursos tecnológicos de acordo com a tipologia;

V - ser, preferencialmente, hospital incluído no PRO HOSP;

- VI - firmar Contrato de Credenciamento com o SUS, nos termos da Resolução com garantia do efetivo funcionamento durante 24h por dia, todos os dias da semana;
- VII - responder ao Complexo Regulador da Macrorregião de acordo com a rede estabelecida e os fluxos pactuados (SESMG & CONASS, 2012 p.37).

Com os avanços e melhorias alcançados através das Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde publicou também a Portaria 4.279 de 30 de Dezembro de 2010, que tem como objetivo estabelecer diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde.

Um dos principais objetivos da Rede de Atenção à Saúde 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.

Como dito anteriormente, por meio da Resolução SES nº 2.607, publicada em 7 de dezembro de 2010, foi estabelecido normas para implantação das Redes Regionais de Urgência e Emergência. De acordo com essa Resolução, um dos passos para implantação das Redes Regionais de Urgências e Emergência é a estruturação de um Consórcio Público para administrar o SAMU regionalizado.

No capítulo seguinte será abordado sobre o consorciamento entre Municípios na prestação de serviços públicos no Brasil, uma ferramenta cada vez mais utilizada na gestão associada dos serviços públicos de saúde através da lógica de consorciamento.

3 O CONSORCIAMENTO ENTRE MUNICÍPIOS NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PÚBLICOS NO BRASIL

3.1 Histórico

O consorciamento intermunicipal está previsto no Brasil desde a Constituição Federal de 1937. Contudo, o que contribuiu para disseminação e fortalecimento foi a Constituição Federal de 1988. A evolução começou quando foi aprovada a Lei nº 8.080/90, que traz, em seu art. 10, a possibilidade de criação de consórcios públicos entre Municípios.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam. (BRASIL, 1990)

Nessa época os Municípios já eram considerados entes da Federação, as receitas públicas foram descentralizadas e dava-se início à cooperação federativa, através da descentralização das políticas públicas em todos os entes da Federação.

Os Consórcios Intermunicipais são constituídos em função da necessidade comum entre os Municípios, geralmente se unem para criação de uma estrutura melhor para que as políticas públicas sejam realizadas de maneira eficiente e com melhor custo – benefício. Os Consórcios Intermunicipais também são considerados uma ferramenta importante e que tem sido efetiva nas políticas públicas de saúde nos Municípios brasileiros.

Salienta-se que uma das vantagens das ações conjuntas dos Municípios é resolver os problemas comuns ampliando a capacidade do município em atender a população e aumentar o diálogo das prefeituras junto aos governos estadual e federal. Podem-se destacar algumas áreas que frequentemente são criados Consórcios Intermunicipais para a gestão dos serviços públicos, por exemplo: saúde, transporte, meio ambiente, saneamento básico, obras públicas dentre outros.

De acordo com o COSECS (2009, p. 15), com o passar dos anos, o crescimento dos consórcios no país fez com que a dimensão do tema se ampliasse e alcançasse efetivamente as esferas do poder público federal, sendo então promulgada a Emenda Constitucional n ° 19 de 1.998 regulamentando os consórcios conforme o art. 241 da Constituição Federal.

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios disciplinarão por meio de lei os consórcios públicos e os convênios de cooperação entre os entes federados, autorizando a gestão associada de serviços públicos, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais à continuidade dos serviços transferidos (BRASIL, 1998).

Com o crescimento dos números de Consórcios Intermunicipais constituídos em todo o Brasil, foi editada a Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, considerada também um grande marco, pois se trata de uma legislação específica para Consórcios conhecida também como Lei de Consórcios Públicos.

A Lei nº 11.107/2005 foi regulamentada pelo Decreto nº 6.017, de 17 de janeiro de 2007. O art. 3º deste Regulamento dispõe sobre os objetivos da constituição de um Consórcio Público:

Art. 3º Observados os limites constitucionais e legais, os objetivos dos consórcios públicos serão determinados pelos entes que se consorciarem, admitindo-se, entre outros, os seguintes:

I - a gestão associada de serviços públicos;

II - a prestação de serviços, inclusive de assistência técnica, a execução de obras e o fornecimento de bens à administração direta ou indireta dos entes consorciados;

III - o compartilhamento ou o uso em comum de instrumentos e equipamentos, inclusive de gestão, de manutenção, de informática, de pessoal técnico e de procedimentos de licitação e de admissão de pessoal;

IV - a produção de informações ou de estudos técnicos;

V - a instituição e o funcionamento de escolas de governo ou de estabelecimentos congêneres;

VI - a promoção do uso racional dos recursos naturais e a proteção do meio-ambiente;

VII - o exercício de funções no sistema de gerenciamento de recursos hídricos que lhe tenham sido delegadas ou autorizadas;

VIII - o apoio e o fomento do intercâmbio de experiências e de informações entre os entes consorciados;

IX - a gestão e a proteção de patrimônio urbanístico, paisagístico ou turístico comum;

X - o planejamento, a gestão e a administração dos serviços e recursos da previdência social dos servidores de qualquer dos entes da Federação que integram o consórcio, vedado que os recursos arrecadados em um ente federativo sejam utilizados no pagamento de benefícios de segurados de outro ente, de forma a atender o disposto no art. 1º, inciso V, da Lei nº 9.717, de 1998;

XI - o fornecimento de assistência técnica, extensão, treinamento, pesquisa e desenvolvimento urbano, rural e agrário;

XII - as ações e políticas de desenvolvimento urbano, socioeconômico local e regional; e

XIII - o exercício de competências pertencentes aos entes da Federação nos termos de autorização ou delegação

§ 1º Os consórcios públicos poderão ter um ou mais objetivos e os entes consorciados poderão se consorciar em relação a todos ou apenas a parcela deles.

§ 2º Os consórcios públicos, ou entidade a ele vinculada, poderão desenvolver as ações e os serviços de saúde, obedecidos os princípios,

diretrizes e normas que regulam o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2007).

O cenário de crescimento contribuiu para criação de uma lei que dispõe das questões institucionais e normais gerais de contratação de consórcios públicos para realização de serviços públicos em ações conjuntas em todas as esferas de governo.

Com a promulgação da Lei, os consórcios que foram constituídos anteriormente permaneceriam em funcionamento, com a opção de mudar para público ou não. Destaca-se a importância da Lei, pois para os que não optarem para a devida mudança, firmar os convênios e contratos com a União e os Estados se tornará impossível por se tratar de algo que está disposto na Lei.

Como dito anteriormente um dos objetivos da criação dos Consórcios Públicos, é instituir normas e regras de contratação de consórcios públicos para realização de serviços públicos como também firmar convênios com a União, Estados e Municípios. A tendência é que os consórcios que não são públicos migram-se para públicos e os novos que serão constituídos, sejam criados conforme a Lei nº 11.107/2005.

No art. 6º da Lei é definida a personalidade jurídica dos Consórcios Públicos. Foram estabelecidos dois tipos de natureza jurídica em que os Consórcios devem se enquadrar:

- I – de direito público, no caso de constituir associação pública, mediante a vigência das leis de ratificação do protocolo de intenções;
- II – de direito privado, mediante o atendimento dos requisitos da legislação civil (BRASIL, 2005).

Para Simões (2011, p. 31), a Lei criou uma estrutura legal para efetivação de consórcios públicos e retirou os consórcios do limbo jurídico em que estavam.

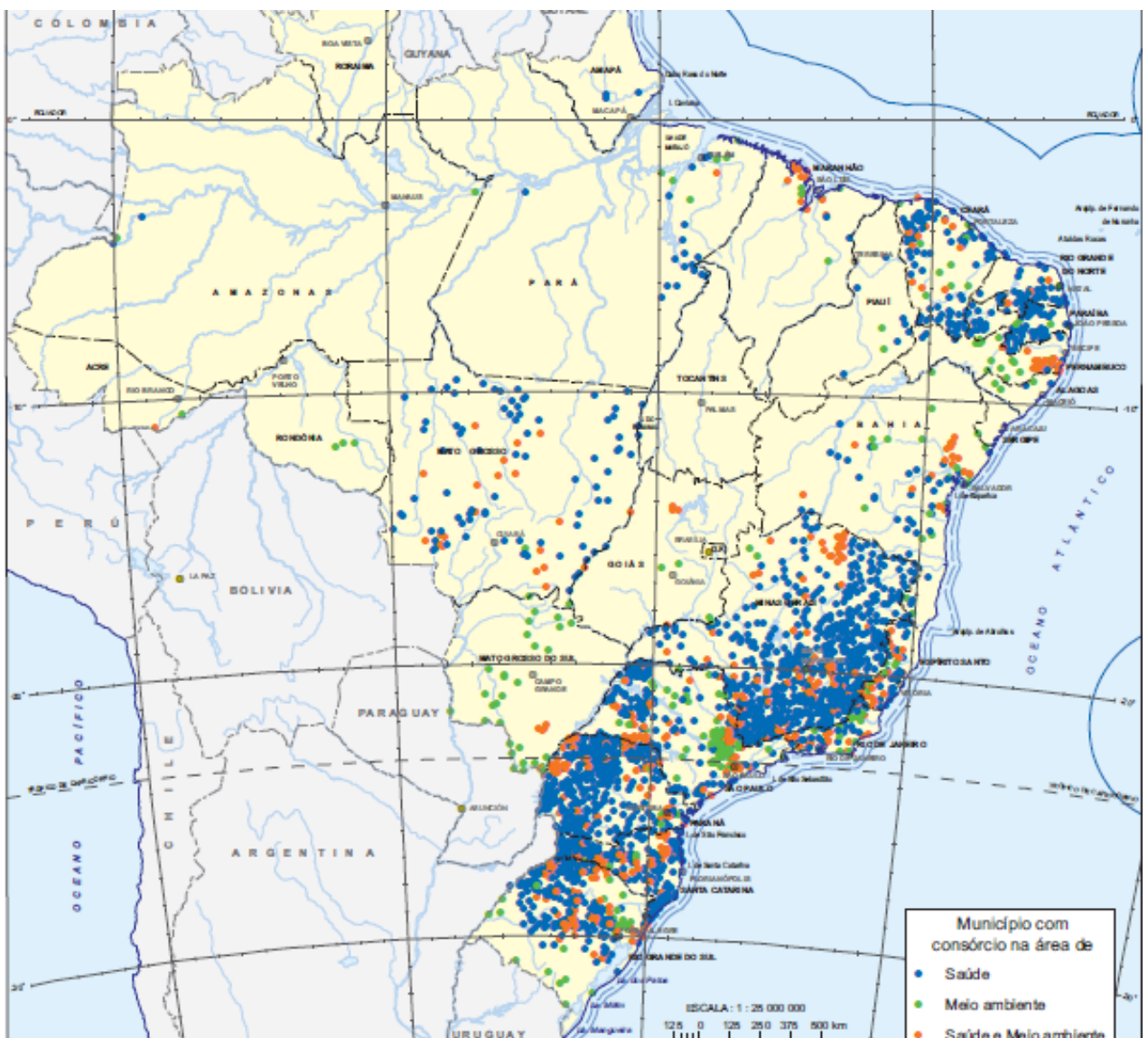
A Lei 11.107/05 ou a Lei de Consórcios Públicos, além de retirar os consórcios do limbo jurídico onde vivem, apresenta inovações em relação ao ordenamento jurídico, tais como os contratos de programa e de rateio, importantes instrumentos para a regularização administrativa e jurídica das relações entre consorciados e consórcio. (SIMOES, 2011, p. 15).

Segundo o IBGE (MUNIC-2011, p. 27), entre as regiões com maior número de Consórcios, se destacam as regiões Sul e Sudeste. Na Pesquisa de Informações Básicas Municipais, o IBGE divulga os resultados referentes a vários aspectos relevantes da gestão e da estrutura dos 5.565 Municípios brasileiros.

De acordo o IBGE, a pesquisa está organizada em sete capítulos a partir dos seguintes eixos: recursos humanos das administrações municipais; articulações interinstitucionais; educação; saúde; habitação e gestão municipal; direitos humanos; e saneamento básico. Na tabela 17, traz os resultados referentes ao numero de Municípios com Consórcios Públicos por área da administração municipal em todo o Brasil.

Observe-se o mapa. (1).

Mapa 1 - Regiões com maior número de Consórcios no Brasil.



Fonte: IBGE MUNIC (2011,p.27)

O Estado de Minas Gerais tem um diferencial quando se trata de consórcios intermunicipais de saúde. O uso dessa ferramenta de gestão é um dos modelos de governança pública que potencializa a gestão dos serviços de saúde, aumentando o número de benefícios para a população em geral.

Nesta perspectiva, o Governo de Minas Gerais criou, em 2010, a Assessoria de Cooperação Intermunicipal em Saúde (ACIS), vinculada ao Gabinete da SES/MG, que executa as atividades e ações destinadas ao fortalecimento e melhoria da gestão dos Consórcios parceiros de forma que a política de cooperação intermunicipal no estado seja constante.

De acordo o relatório do Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios de Saúde – Cosecs, publicado em fevereiro de 2015, atualmente em Minas Gerais existem 77 Consórcios somente na área de Saúde. Dos 853 Municípios que compõem o Estado há 810 Municípios consorciados.

Os números comprovam o crescimento dos Consórcios e a viabilização da gestão pública, em regiões de muitas demandas na área da saúde e poucos recursos para estruturar o serviço.

3.2 Tipos de Serviços Públicos prestados aos Municípios através de Consórcios Intermunicipais.

Como visto anteriormente, um dos principais objetivos da criação de Consórcios é a gestão associada de serviços públicos.

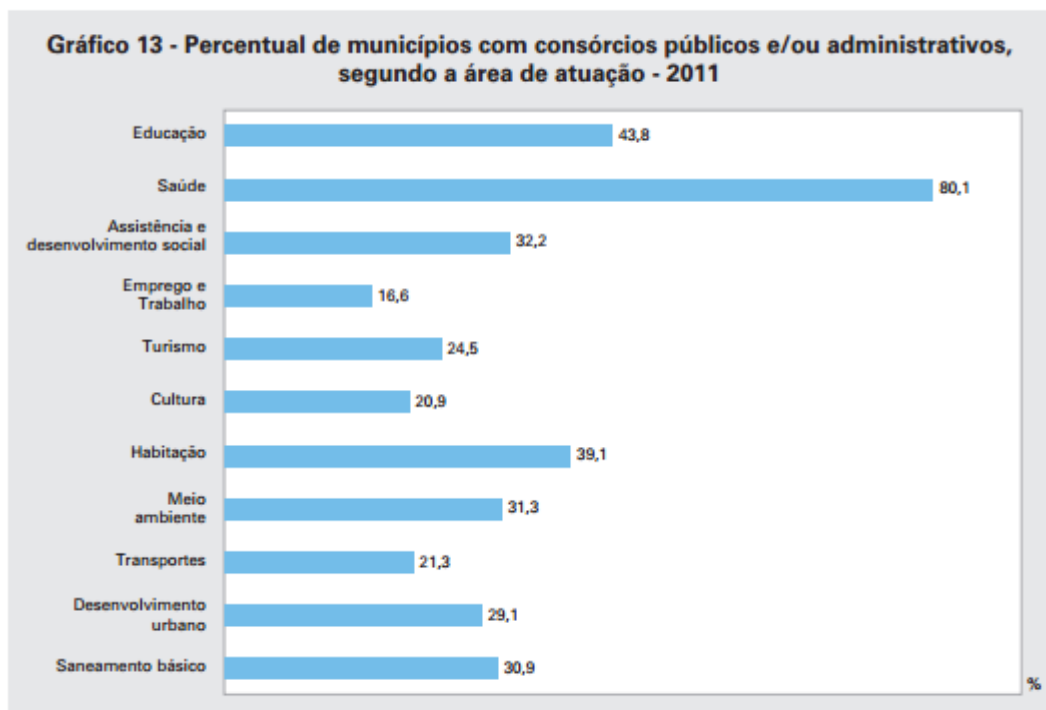
De acordo com Sinoel (2011, p. 30), é muito importante o envolvimento entre os Municípios para o desenvolvimento da gestão estratégica, como também definir os objetivos comuns, aumentando assim a capacidade de desenvolver políticas públicas em conjunto com entes consorciado e o desenvolvimento regional:

A importância estratégica dos Consórcios Públicos para a consolidação da Federação ancorada na cooperação e no desenvolvimento está na sua capacidade de responder à necessidade de se criar mecanismos regionais onde os entes da Federação cooperam na execução de políticas públicas tendo em vista a promoção do desenvolvimento regional.

No art. 23 da Constituição Federal de 1988, estão previstas a cooperação e ações entre os entes da Federação. São doze artigos relacionados a diversas áreas como: saúde, assistência social, cultura, educação desenvolvimento urbano, saneamento, meio ambiente, abastecimento alimentar e habitação.

Segundo o IBGE (MUNIC-2011, p. 14), destaca - se o percentual de Municípios que fazem parte de algum Consórcio Intermunicipal nas áreas de saúde, educação e habitação. Observa-se o graf.(1).

Gráfico 1 - Percentual de Municípios com Consórcios Públicos e/ou Administrativos, segundo a área de atuação.



Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Pesquisa de Informações Básicas Municipais 2011.

O consorciamento e a agregação dos Municípios, principalmente nos Municípios de pequeno porte, trazem benefícios econômicos em grande escala, pois, seria inviável para município manter a gestão de um serviço de forma isolada, além da falta de recursos financeiros como também de estrutura.

No Estado de Minas Gerais, os serviços concentrados nos Consórcios são através de parcerias com os entes consorciados e com a Secretaria de Estado de Saúde de

Estado. Os serviços mais comuns são: consultas especializadas, exames laboratoriais, exames de média complexidade, tratamento odontológicos, tratamento de resíduos sólidos de saúde, serviços de transporte de pacientes, cirurgias oftalmológicas, como também ações de combate a epidemias.

No próximo capítulo serão apresentados os Consórcios de Saúde da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais, criados com a finalidade principal de realizar a gestão do SAMU Regional.

Atualmente existem cinco consórcios no Estado de Minas Gerais onde o serviço do SAMU Regional já foi implantado e estão em pleno funcionamento: O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte - Cisrun, com sede em Montes Claros para atender a região do Norte de Minas, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência da Macro Região Nordeste e Jequitinhonha - Cisnorje, com sede em Teófilo Otoni para atender a região Nordeste/Jequitinhonha, o Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência - Cisru, com sede em Barbacena para atender a região Centro/Sul, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste - Cisdeste, com sede em Juiz de Fora e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas - Cissul. O número de habitantes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência nos cinco consórcios chega-se a quase oito milhões de pessoas.

4 O SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA ATRAVÉS DA LÓGICA DE CONSORCIAMENTO ENTRE MUNICÍPIOS NO ESTADO DE MINAS GERAIS

No Estado de Minas Gerais, através da Política Estadual de Atenção as Urgências e Emergências, foram implantadas as Redes Regionais de Urgência e Emergência, criando assim os Consórcios Intermunicipais de Saúde da Rede de Urgência e Emergência, tendo com uma das finalidades principais, a gestão do SAMU Regional.

Segundo a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES, 2015), atualmente existem cinco Consórcios Intermunicipais de Saúde da Rede de Urgência e Emergência, onde o Serviço de Atendimento Móvel Regional já foi implantado e estão em pleno funcionamento.

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte – Cisrun, com sede em Montes Claros, criado para atender a região do Norte de Minas, foi o pioneiro do Brasil, e foi também exemplo para a implantação nas demais regiões.

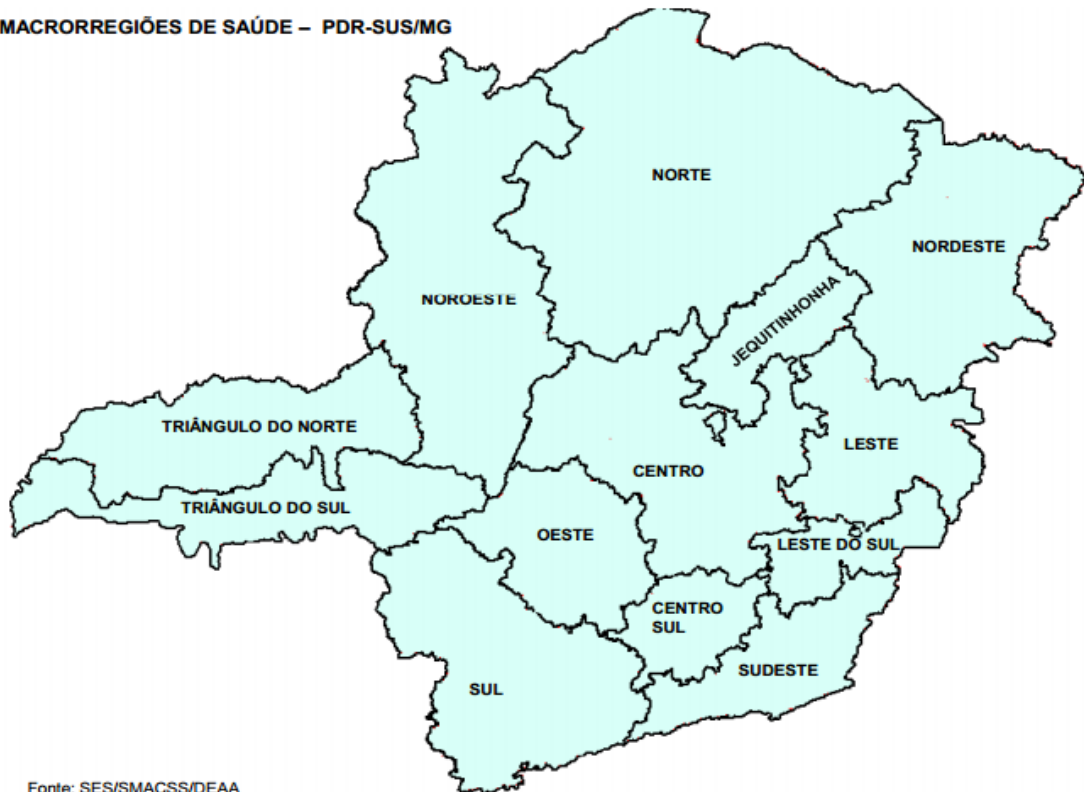
Em seguida foram implantados os demais: o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência da Macro Região Nordeste e Jequitinhonha – Cisnorje, com sede em Teófilo Otoni, para atender a região Nordeste/Jequitinhonha; o Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência – Cisru, com sede em Barbacena, para atender a região Centro/Sul; o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste – Cisdeste, com sede em Juiz de Fora; e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas- Cissul, com sede em Varginha.

Conforme a Secretaria de Estado de Saúde (SES, 2015), existem outros Consórcios da Rede de Urgência e Emergência em fase de implantação como também sendo criados nas regiões onde ainda o serviço regionalizado ainda não foi implantado.

A previsão do Estado de Minas Gerais é que, nos próximos anos, seja implantado o SAMU em todo Estado, contemplando as 13 (treze) Macrorregiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais, conforme o Plano Diretor Regional. Logo abaixo, segue a fig. (2), referente às Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais.

Figura 2 - Macrorregiões de Saúde - Estado de Minas Gerais

MACRORREGIÕES DE SAÚDE – PDR-SUS/MG



Fonte: SES/SMACSS/DEAA

Conforme Ajuste 2014

4.1 Os Consórcios onde o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Regional já foi implantado

4.1.1 O Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência do Norte- CISRUN

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas (Cisrun) foi constituído em janeiro de 2010 e é responsável pela gestão do SAMU Macro Norte, integrando 86 Municípios do Norte de Minas (CISRUN, 2015).

Segundo a SES, a Rede de Urgência e Emergência do Norte de Minas é gerenciada pelo CISRUN, com sede no município de Montes Claros. A Rede também conta com pelo menos quatro importantes polos microrregionais que possuem uma estrutura de qualidade no atendimento das urgências e emergências, os Municípios polos são: Brasília de Minas, Janaúba, Pirapora e Taiobeiras.

Sendo assim, compete ao CISRUN:

- Administrar o SAMU Macro Norte, dar suporte infraestrutural às 36 bases descentralizadas, além do Complexo Regulador Macrorregional, em Montes Claros;
- Manter a Ouvidoria do SAMU;
- Gerenciar os recursos financeiros repassados pela União, Estado e Municípios consorciados;
- Monitorar as ações e serviços de saúde de urgência no âmbito do Cisrun, promovendo saúde de qualidade aos usuários do SUS;
- Integrar os serviços de urgência no âmbito do Cisrun garantindo o acesso aos usuários (CISRUN, 2010).

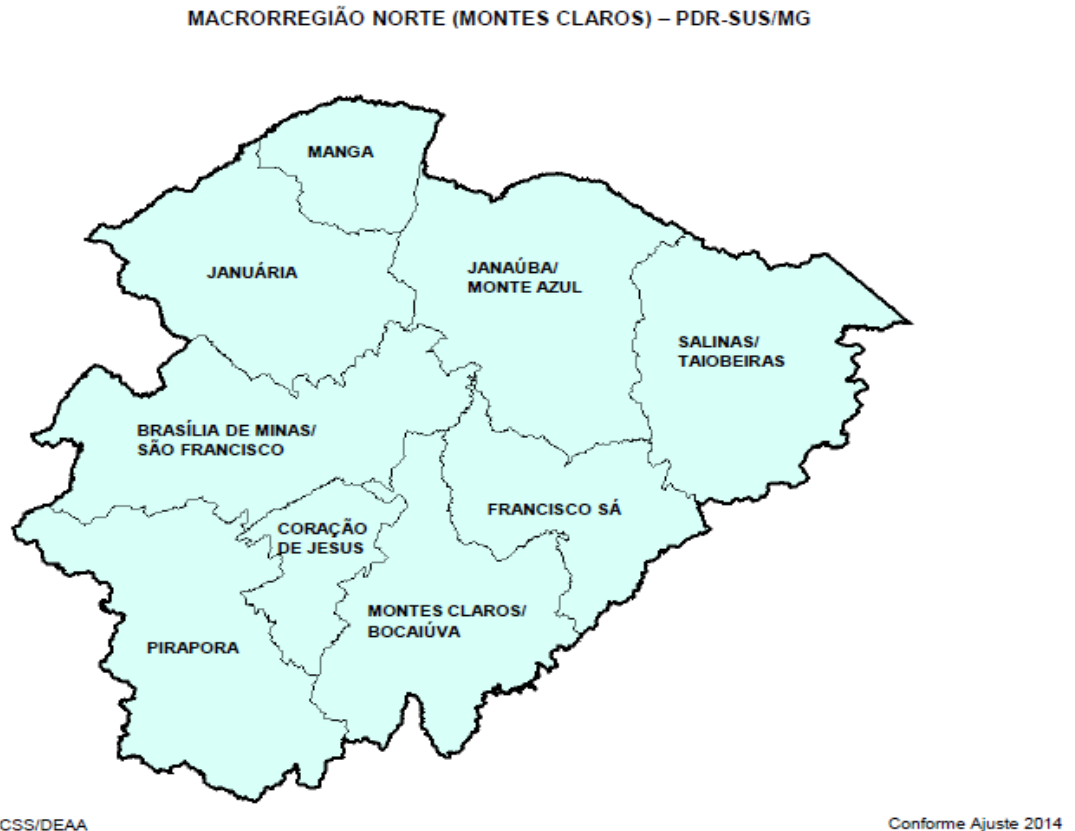
O Norte de Minas é a maior das mesorregiões e abrange 86 Municípios, ocupando uma área de aproximadamente 128 mil km², abrigando cerca de 1,6 milhão de habitantes, segundo estimativa do IBGE no ano de 2005. É subdividido em 09 microrregiões, sendo elas: Montes Claros/Bocaiuva, Pirapora, Coração de Jesus, Brasília de Minas/São Francisco, Januária, Manga, Francisco Sá, Salinas/Taiobeiras e Janaúba/ Monte Azul.

Segundo Marques (2011, p.9), a regionalização do SAMU no Norte de Minas é um projeto pioneiro no Brasil. Baseado no seu estudo de caso da experiência da Rede de Atenção às Urgências no Norte de Minas Gerais, feito em 2011, ficou-se comprovado que os resultados foram positivos e impactantes para toda a população do Norte de Minas. Baseado no Relatório de Gestão 2011-2012 do SAMU Macro Norte, a organização do SAMU Macro Norte não teve moldes prontos a serem seguidos.

Toda a implantação foi baseada nos protocolos ministeriais, que regulam o atendimento pré-hospitalar, e conforme as diretrizes e normas da Política Nacional de Atenção a Urgências, como também a Política Estadual de Atenção as Urgências do Estado de Minas Gerais.

Foi realizado também um estudo detalhado, para que o serviço fosse estruturado de forma a superar dificuldades específicas, como a grande extensão territorial da região, a baixa densidade demográfica e a distância entre os Municípios, que se configuraram como obstáculos no início da implantação. Logo abaixo, segue a fig. (3), referente à Macrorregião Norte.

Figura 3- Macrorregião Norte



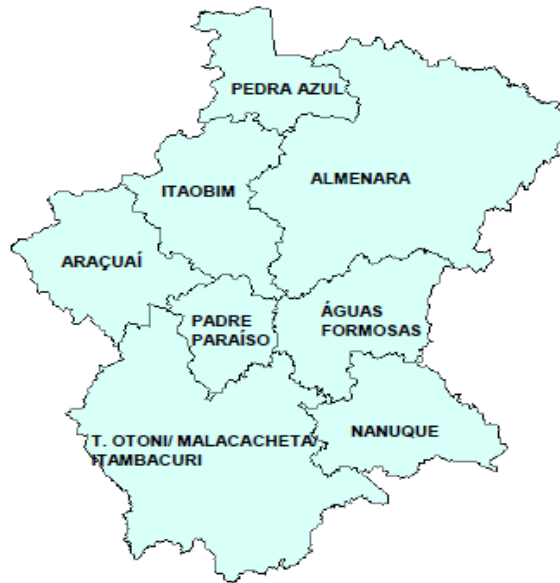
4.1.2 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência da Macro Região Nordeste e Jequitinhonha- CISONORJE

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Macro Nordeste /Jequitinhonha (CISONORJE) foi constituído em janeiro de 2010 e é responsável pela gestão do SAMU Macro da Região Nordeste / Jequitinhonha, integrando 86 Municípios da Região (CISONORJE, 2015).

Segundo a SES, a Rede de Urgência da Região Nordeste/ Jequitinhonha, com sede no município de Teófilo Otoni, atende a uma população estimada de 1.100.000 habitantes, que foram beneficiados com a implantação do SAMU Regional. A Rede é subdividida em 10 (dez) microrregiões das Regiões Nordeste/Jequitinhonha: Teófilo Otoni/Malacacheta/Itambacuri, Nanuque, Padre Paraíso, Pedra Azul, Itaobim, Araçuaí, Águas Formosas, Almenara, Diamantina e Minas Novas/Turmalina/Capelinha. Logo abaixo, segue as fig. (4) e fig. (5), referentes à Macrorregião Nordeste/Jequitinhonha.

Figura 4 – Macrorregião Nordeste

MACRORREGIÃO NORDESTE (TEÓFILO OTONI) - PDR-SUS/MG

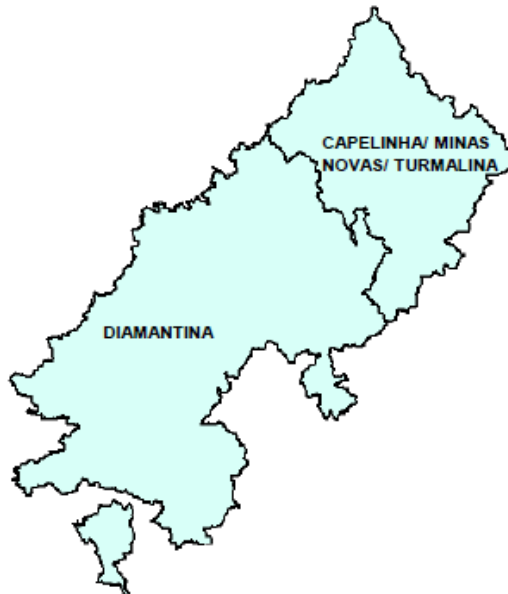


Fonte: SES/SMACSS/DEAA

Conforme Ajuste 2014

Figura 5 – Macrorregião Jequitinhonha

MACRORREGIÃO JEQUITINHONHA – (DIAMANTINA) – PDR-SUS/MG



Fonte: SES/SMACSS/DEAA

Conforme Ajuste 2014

4.1.3 O Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência – CISRU

O Consórcio Intermunicipal da Rede de Urgência Centro Sul – CISRU foi constituído em 2010, e é composto por 51 Municípios da macrorregião Centro/Sul de Minas, atendendo uma população de aproximadamente 780.000 milhões de pessoas (CISRU, 2015).

A Rede é subdividida em 3 (três) microrregiões da Região Centro Sul de Minas Gerais, Congonhas/Conselheiro Lafaiete, São João Del Rey e Barbacena.

A sede está localizada em Barbacena, para atender os 51 Municípios, foram instaladas as bases descentralizadas em 18 (dezoito) Municípios situados nas microrregiões citadas acima. Logo abaixo, segue a fig. (6), referente à Macrorregião Centro Sul.

Figura 6 – Macrorregião Centro-Sul

MACRORREGIÃO CENTRO-SUL – PDR/MG-2014



4.1.4 O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste – CISDESTE

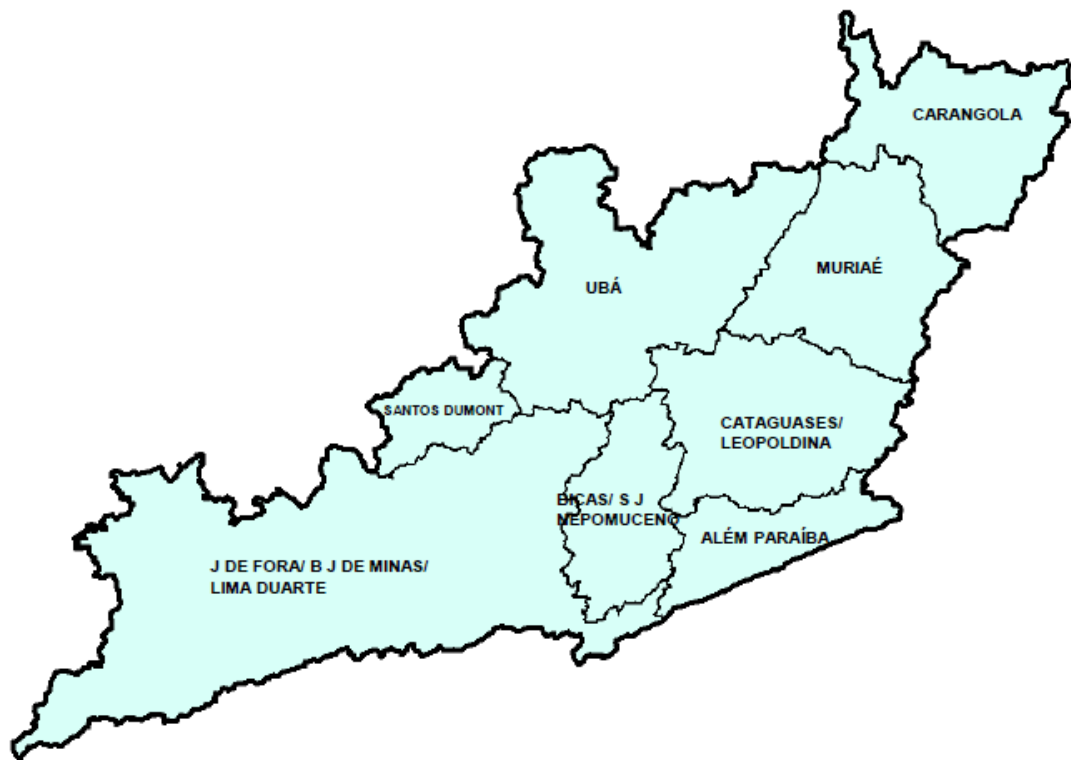
O Consorcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste-CISDESTE foi constituído em 2013, composto por 94 Municípios da Região Sudeste do Estado de Minas Gerais, em prol do atendimento regionalizado de urgência e emergência (CISDESTE, 2015).

A Rede é subdivida em 8 (oito) microrregiões da Região Sudeste de Minas Gerais: Juiz de Fora/Bom Jardim de Minas/Lima Duarte, Bicas/São João Nepomuceno, Além Parnaíba, Cataguases/Leopoldina, Santos Dumont, Ubá, Muriaé e Carangola.

A sede está localizada em Juiz de Fora, onde estão distribuídas oito unidades móveis de atendimento, sendo 6 USB (Unidade de Suporte Básico) e 2 USA (Unidade de Suporte Avançado). Logo abaixo, segue a fig. (7), referente à Macrorregião Sudeste.

Figura 7 – Macrorregião Sudeste

MACRORREGIÃO SUDESTE (JUIZ DE FORA) – PDR-SUS/MG



4.1.5 Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas – CISSUL

O Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas - CISSUL é o responsável pelo Gerenciamento dos serviços de atendimento de urgência e emergência da rede composta por 153 Municípios da Macrorregião do Sul de Minas.

O Consórcio foi constituído em 2011, e é considerado o maior SAMU do Brasil em número de Municípios. Segundo o CISSUL (2015), sua sede e sua Central Operativa estão localizadas no Município de Varginha, onde estão distribuídas 41 (quarenta e uma) unidades móveis de atendimento, sendo 34 (trinta e quatro) USB (Unidade de Suporte Básico) e 9 (nove) USA (Unidade de Suporte Avançado). A população beneficiada com a implantação do SAMU Regional é de aproximadamente 3 milhões de pessoas.

A rede é subdividida em 12 microrregiões de saúde, todas organizadas na macrorregião Sul: Passos/Piunhi, São Sebastião do Paraíso, Guaxupé, Alfenas/Machado, Três Pontas, Lavras, Três Corações, Varginha, Poços de Caldas, Pouso Alegre, Itajubá e São Lourenço. Logo abaixo, segue a fig. (8), referente à macrorregião do Sul de Minas.

Figura 8 - Macrorregião Sul



4.2 O Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde – CIAS

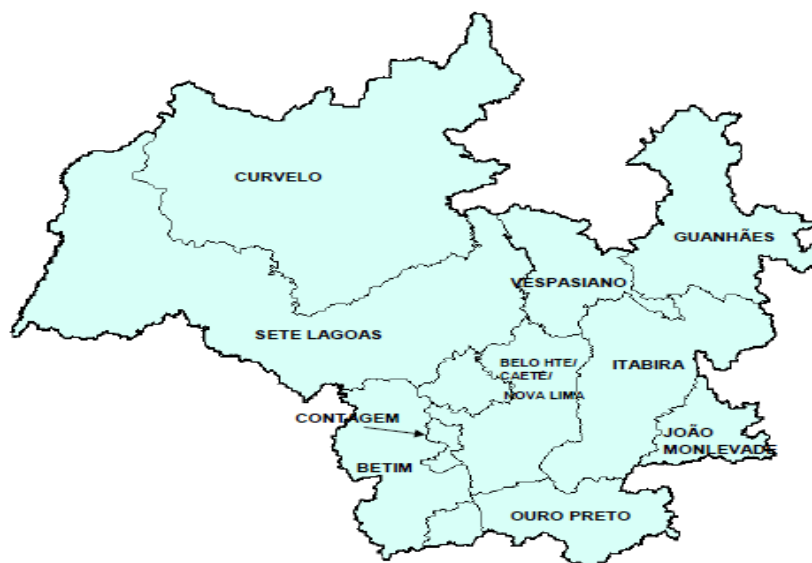
O Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde – CIAS tem como finalidade o desenvolvimento em conjunto, nos entes federados que aderirem ao Consórcio, de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (CIAS, 2015).

Um dos objetivos do Consórcio é a estruturação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU na Região Ampliada Centro. Conforme o CIAS (2015) a sua finalidade é o desenvolvimento em conjunto, nos entes federados que aderirem ao Consórcio de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, especialmente a estruturação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU na Região Ampliada Centro.

O Consórcio foi constituído em 2011, e sua sede está localizada no Município de Belo Horizonte. A população beneficiada com a implantação do SAMU Regional é de aproximadamente 6.100.000 pessoas. A rede de Atenção às Urgências da Região Central de Minas Gerais é composta por 103 Municípios e está subdividida em 10 microrregiões de saúde: Curvelo, Sete Lagoas, Contagem, Betim, Belo Horizonte/Nova Lima, Vespasiano, Guanhanês, Itabira, João Monlevade e Ouro Preto. Logo abaixo, segue a fig. (9), referente à Macrorregião Centro.

Figura 9 - Macrorregião Centro

MACRORREGIÃO CENTRO – (BELO HTE/SETE LAGOAS) - PDR-SUS/MG



5 ANÁLISE DOS RESULTADOS DOS QUESTIONÁRIOS

Por meio desta pesquisa procurou-se conhecer o processo de implantação do SAMU Regional, através dos Consórcios Intermunicipais de Saúde da Rede de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais.

Foram aplicados dois questionários: um questionário para os Consórcios onde o serviço já está implantado; e outro específico para o Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde (CIAS), onde o serviço encontra-se em fase de implantação.

Foi necessário também realizar uma entrevista complementar com alguns profissionais de cargos relevantes, que atualmente não estão no CIAS, mas que participaram da fase de implantação. De início, não estava prevista a entrevista complementar, porém considerou-se importante essa entrevista qualitativa para complementar as informações obtidas no questionário.

5.1 Informações obtidas dos Consórcios já implantados no Estado de Minas Gerais

O questionário para os Consórcios já implantados objetivou verificar questões relacionadas à Instituição como um todo, como também aspectos relevantes que contribuíram para a exitosa implantação. As perguntas elaboradas são referentes à data criação dos Consórcios, infraestrutura em geral, abrangência, finalidade, tempo de implantação e fatores importantes que ajudaram na implantação. Das questões de nº 1 a 5, todas foram perguntas comuns para os dois questionários. Observa-se o graf.(2) referente à questão de nº 1 em ambos os questionários.

Gráfico 2 - Ano em que foram constituídos os Consórcios.

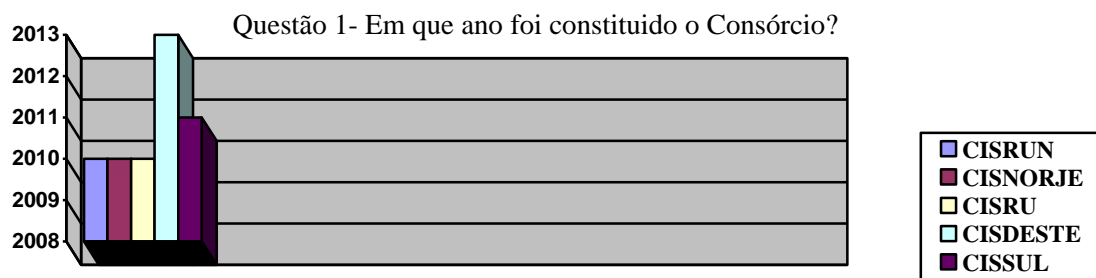


Gráfico 3 – A finalidade da Criação dos Consórcios.

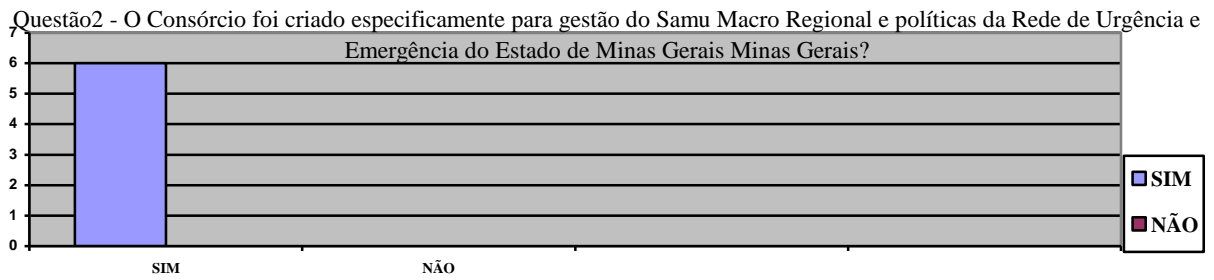
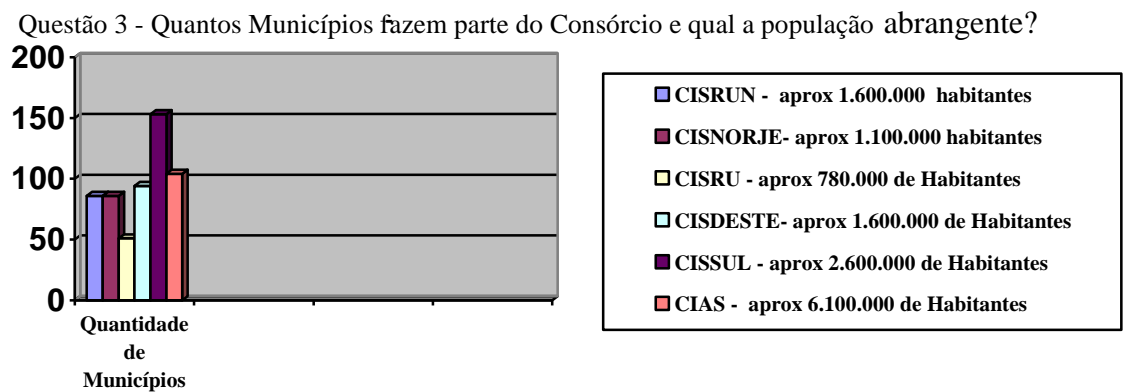


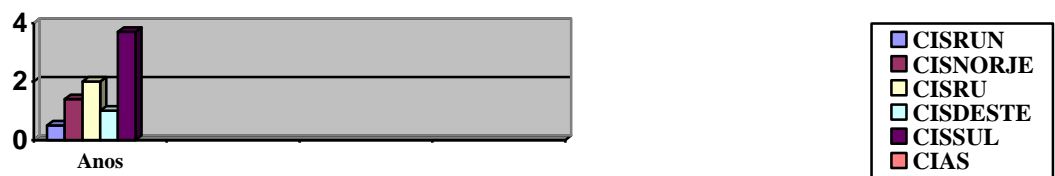
Gráfico 4 - Quantidade de Municípios que fazem parte do Consórcio.



Pôde-se observar nos resultados que: todos os Consórcios implantados têm como finalidade principal o gerenciamento dos serviços de urgência e emergência. Nota-se também que a quantidade de Municípios que fazem parte desses Consórcios é variável. Dos cinco Consórcios, três possuem quantidades aproximadas de 90 (noventa) Municípios cada um, um com 51 (cinquenta e um) Municípios e o CISSUL com 153 (cento e cinquenta e três) Municípios. Considerando o número de Municípios que abrange o CISSUL, é considerado até o momento o maior Consórcio do Brasil. Contudo, em termos de população assistida, quando for implantado, o maior Consórcio será o CIAS. O graf.(5) é referente a questão de nº 7 do questionário específico para os Consórcios onde o Serviço do SAMU já encontra-se implantado.

Gráfico 5 - Tempo de implantação do SAMU Regional.

Questão 7- Quanto tempo durou a fase de implantação do Consórcio?



Em relação ao tempo que durou a fase de implantação, quatro dos cinco Consórcios conseguiram realizar esta etapa com menos de dois anos. Após três anos e sete meses o CISSUL também concluiu a fase de implantação e deu início a prestação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência na região do Sul de Minas.

Das dificuldades expostas pelos Municípios para adesão aos Consórcios destacaram-se três: entraves financeiros; desconhecimento dos objetivos e benefícios com a implantação do SAMU Regional; problemas com a aprovação da Lei de Adesão pela Câmara Municipal.

Foi elaborada também uma questão a respeito dos fatores que contribuíram para implantação e efetividade do SAMU Regional. Entre as respostas destacam-se: envolvimento entre os Municípios; apoio do Governo juntamente com o Ministério da Saúde; e dedicação da equipe.

5.2 Informações obtidas do Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde

O questionário elaborado para o CIAS também objetivou verificar questões relacionadas à Instituição como um todo e fatores relevantes que contribuíram e contribuem para não implantação do SAMU Regional na Região Ampliada Centro até o momento. As perguntas elaboradas são referentes à data criação do Consórcio, infraestrutura em geral, abrangência, finalidade, Municípios aderidos até o momento, dificuldades expostas pelos Municípios no momento da adesão, dentre outras.

Pôde-se observar nos resultados que: o CIAS é com Consórcio composto por 104 (centro e quatro) municípios e tem também como finalidade principal o gerenciamento dos serviços de urgência e emergência na Região Central do Estado de Minas Gerais; o que o diferencia dos demais Consórcios é o desenvolvimento em conjunto de ações e serviços de saúde, no âmbito do Sistema único de Saúde, ou seja, o Consórcio foi criado para atuar em qualquer atividade firmada em comum acordo com os Municípios consorciados no âmbito do SUS e não somente atuar com a gestão do SAMU Regional.

Conforme dito anteriormente, o CIAS será um dos maiores Consórcios do Brasil em termos de população assistida. Até o momento da pesquisa, dos cento e quatro Municípios que poderão vir a fazer parte do CIAS oitenta e um já estavam aderidos.

Das dificuldades expostas pelos Municípios para adesão ao Consórcio destaca-se a dificuldade financeira dos Municípios. Vale ressaltar que, financeiramente, o método de implantação regionalizado é uma das maiores vantagens para o Município. O financiamento é tripartite, ficando uma fatia de em torno de 25% para o Município, 25% para o Estado e 50% para a União. Com a implantação do SAMU Regional, os Municípios que possuem o SAMU, e que têm toda a responsabilidade pelo seu gerenciamento, passará sua responsabilidade para o Consórcio e preservarão apenas a responsabilidade em contribuir com a fatia mensal dos 25% do custo efetivo do serviço no Município.

Foi elaborada também uma questão que se refere à quantidade de Municípios que já possuem o serviço municipal de SAMU no Município. Dos cento e quatro Municípios, em oito deles o serviço já existia: em Belo Horizonte, Contagem, Betim, Ribeirão das Neves, Caeté, Santa Luzia, Sete Lagoas, Itabira e Ouro Preto.

Quanto aos fatores que contribuíram para a não implantação e efetividade do SAMU Regional na Região Ampliada Centro, destacou-se a falta de apoio em tempo hábil do Governo do Estado juntamente com o Ministério da Saúde.

5.3 Informações Obtidas na Pesquisa Complementar

Analisando os dados das entrevistas complementares e comparando com os questionários respondidos pelos Consórcios já implantados, verificou-se que cada Consórcio tem sua experiência, bem como suas vulnerabilidades, no momento da sua implantação.

Dos Consórcios já implantados, em nenhum deles, o Serviço do SAMU já estava implantado em vários Municípios como no CIAS. Conforme exposto anteriormente, já existe o SAMU implantado em vários Municípios da Região Central, porém os serviços não estão sendo gerenciados pelo Consórcio, mas sim pelos Municípios.

Como o SAMU Regional no Estado de Minas é um marco da Política Nacional de Urgência e Emergência juntamente com o Governo de Minas Gerais, todos os processos de implantação devem seguir um modelo de implantação e diretrizes para a transferência de gestão do SAMU Municipal para um Consórcio Intermunicipal.

Durante muito tempo, esse era um dos principais motivos de impasse para implantação do SAMU Regional na Região Central, pois, o principal obstáculo à implantação encontrava-se em como realizar esta transferência dos serviços nos Municípios onde já existe o SAMU para o Consórcio. É plausível imaginar que, em qualquer projeto onde se tenha que realizar mudanças de grande porte, possa acontecer esse tipo de situação.

A transposição do serviço municipal para o Consórcio é um passo muito importante no processo de implantação, devendo, portanto, ser uma questão muito analisada e alinhada entre todos os envolvidos. Houve vários questionamentos, principalmente no Município de Belo Horizonte, pois haveria mudanças em grande parte dos processos atuais. Destacam-se alguns questionamentos: a situação dos funcionários contratados; a compensação financeira do rateio pelos funcionários efetivos; o fato do quantitativo dos funcionários é maior do que o previsto no projeto do Estado.

Nos Municípios de grande porte, a questão política é importante, porém as vezes podem implicar em maiores dificuldades também. Essa transferência de gestão, por exemplo, torna-se uma perda de autonomia.

Mas atualmente, o mais importante é o que está sendo alinhado para que seja implantado regionalmente. Conforme a equipe técnica do CIAS, atualmente essa questão não é considerada como umas das vulnerabilidades para implantação, pois foi criado um Colegiado Técnico entre representantes dos Municípios onde já existe o SAMU, juntamente com representantes do Consórcio, para alinhar todas as questões referentes à implantação.

Um dado importante é que foi alterada a forma como serão as Centrais de Regulação do SAMU na Região Central. Em um primeiro momento estava previsto existir somente uma Central de Regulação no Município de Belo Horizonte, que seria responsável por toda a Região, conforme modelo que foi implantado nas demais regiões.

Após uma avaliação dos envolvidos juntamente com o Governo do Estado de Minas Gerais, e devido à amplitude do Consórcio e a algumas características dessa Região, ficou definido que a Central de Regulação será dividida em cinco Centrais de Regulação microrregionais, preservando as Centrais existentes de forma regionalizada e assegurando-se a autonomia e poder desses Municípios tomados como referência.

Nota se também que, diferentemente dos demais Consórcios que implantaram o serviço de forma mais rápida, a complexidade da Região Ampliada Centro, torna-se um desafio e envolvimento maior entre os Municípios. Cada dia encontra-se uma dificuldade diferente. Estas dificuldades estão sendo analisadas e definidas as estratégias correspondentes, por meio de um Colegiado Técnico definido pelos consorciados, para resolver essas questões.

Na sequência serão abordadas as conclusões obtidas, bem como as sugestões de melhorias que poderão ajudar no processo de implantação do Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho desenvolveu uma análise das dificuldades de implantação do SAMU Regional na Região Ampliada Centro, a partir das experiências de outros Consórcios no Estado de Minas Gerais.

Analisando os resultados da pesquisa, a conclusão alcançada foi que existe uma dificuldade maior quando se pretende implantar um projeto e parte do mesmo já se caracteriza como uma reimplantação. Há uma necessidade de definir uma estratégia para minimizar as dificuldades encontradas no processo de implantação até o momento, já que algumas de suas atividades da implantação já tiveram início e têm surgido novos problemas a cada dia.

Diante dos resultados obtidos nas entrevistas, foi possível identificar várias dificuldades comuns aos Consórcios implantados. Porém, em geral, as dificuldades destes se mostram muito específicas, em decorrência da complexidade de cada Região. Conclui-se que não é possível definir um modelo específico, em virtude da constatação de que as dificuldades em cada Consórcio se mostram diferentes das do CIAS.

Analisando as questões expostas na entrevista complementar, que abordam no projeto e complexidade da Região Ampliada Centro, identificou-se uma ferramenta que pode ajudar no processo de implantação como também pós-implantação.

Esta metodologia está baseada na repetição e busca da melhoria continuada nos processos envolvidos, sempre focando na qualidade. O Ciclo PDCA é uma ferramenta muito utilizada nas organizações privadas e tem sido utilizado também em organizações públicas.

O Ciclo PDCA é uma ferramenta de gestão muito conhecida na administração em geral; é um método gerencial voltado para a melhoria contínua, onde são identificadas as causas dos problemas numa organização e implementadas as soluções para os mesmos.

O uso do Ciclo PDCA na implantação do CIAS pode ajudar no planejamento/definição de metas, execução das tarefas de cada responsável, como também verificar se os processos chegarão aos objetivos previamente estabelecidos e agir corretamente para que alcancem um bom resultado na implantação.

Com a utilização dessa ferramenta, pode-se melhorar os processos e minimizar as dificuldades de implantação na Região Ampliada Centro.

Segundo a ENAP (2015, p. 5), o ciclo PDCA (PLAN, DO, CHECK, ACTION) ou Ciclo de Shewhart constitui-se no método gerencial idealizado por Shewart² e divulgado por W. E. Deming³. É composto por quatro etapas: Planejar, Executar, Verificar e Agir corretamente, a fim de tornar mais ágeis os processos de uma Organização.

P (*Plan*): Planejar

Esta é a fase de planejamento das atividades que serão desenvolvidas para uma implantação exitosa. Deve basear-se em todos os aspectos e recursos necessários para que o projeto seja implantado com eficiência.

Conforme dito anteriormente, grande parte da primeira etapa da implantação do SAMU regionalizado é de responsabilidade do Estado. Os Municípios, através do Consórcio, devem analisar a proposta daquele, os recursos que serão disponibilizados e outros aspectos relevantes. Essa fase pode ser considerada uma das principais fases da implantação. Nessa fase deve ocorrer o envolvimento dos principais envolvidos no processo como um todo, como também a definição dos objetivos, das metas a serem alcançadas e do plano de ação para cada etapa.

Todo planejamento, não só na Administração Pública, é considerado como o principal responsável pelo sucesso das metas atingidas, conforme estabelecidas no início do projeto. Pode se afirmar que umas das maiores dificuldades na implantação do SAMU Regional na Região Ampliada Centro foi a falta de planejamento. Um projeto dessa amplitude deveria ter sido mais bem planejado, para não se deparar com dificuldades que no momento parecem ser novas, porém seriam esperadas.

² Walter Andrew Shewhart (1891-1967) foi um físico, engenheiro e estatístico norte-americano que desenvolveu controles estatísticos de qualidade. Trabalhou como engenheiro para a Western Electric e para a companhia de telefones Bell, onde desenvolveu ferramentas estatísticas para examinar e corrigir processos organizacionais.

³ William Edwards Deming (1900-1993) foi estatístico norte-americano que se notabilizou na área da melhoria de processos produtivos nos EUA e no Japão, onde lecionou para altos executivos sobre como utilizar a análise de variantes e teste de hipóteses na melhoria de projetos, qualidade de produtos e sistemas de vendas. É considerado um dos principais inspiradores do desenvolvimento da indústria e da economia japonesa no séc. XX.

D (*Do*): Fazer

Esta é a fase de executar as tarefas exatamente como previstas no planejamento. Dentro de um processo de implantação, é importante definir um plano de ações referente a todas as áreas envolvidas.

No plano de ação são definidas todas as demandas, classificando as mesmas de acordo com as prioridades e o grau de dificuldades para solucioná-las. Geralmente, para cada demanda específica são determinados os responsáveis pelas tarefas, juntamente com um prazo para início e término.

C (*Check*): Controlar – Verificar

Esta é a fase de monitorar e avaliar periodicamente cada fase do projeto, controlando-as conforme estabelecido no plano de ação. É necessário verificar se as metas estão sendo atingidas ou não, a partir do que foi estabelecido.

No presente caso, existe um modelo prático de controle periódico das tarefas que estão sendo executadas na implantação e a executar, por parte do Estado ou dos Municípios envolvidos. Neste sentido, já foi criado um Colegiado Técnico com representantes dos principais Municípios para controlar as atividades e metas preestabelecidas, para que o projeto tenha continuidade e obtenha êxito. Entretanto, essa fase verifica os resultados obtidos nas fases anteriores.

A (*Act*): Agir

Nessa etapa são realizadas as ações corretivas. Após a correção das falhas encontradas durante o processo, deve-se repetir o ciclo. O ciclo é reiniciado repetidamente. O mais importante nessa etapa é agir corretamente, de acordo com o avaliado, determinando novos planos de ação, de forma que as dificuldades sejam minimizadas no decorrer do processo.

Devido à amplitude do Consórcio Aliança para a Saúde, com certeza existem Municípios que não têm total conhecimento do projeto do SAMU Regional na Região

Ampliada Centro. Isso dificultou a adesão em massa e o aceleração no processo de implantação.

Atualmente, há o conhecimento de todos os Municípios, porém nem todos aderiram ao Consórcio. Uma das primeiras demandas do CIAS seria conseguir a Adesão de todos os Municípios que compõem o Consórcio, para que este venha a estar totalmente estruturado juridicamente. Aumentando-se o número de consorciados, conseqüentemente, haverá um interesse de uma grande maioria em buscar os recursos, como também em cobrar de todos os envolvidos.

Diante disso, pode-se afirmar que, há uma complexidade maior em definir e alinhar as estratégias entre todos os envolvidos. Existe até o apoio do Ministério Público de Minas Gerais, através do CAU SAUDE para discutir e monitorar cada dificuldade como também os impasses para implantação do SAMU Regional.

Houve a necessidade de apoio do Ministério Público devido à amplitude do projeto, aos servidores que atualmente estão lotados pelo Município e ao fato de seus devidos sindicatos não concordarem com certas mudanças, só para citar aos óbices.

Nos outros Consórcios, também houve o apoio do Ministério Público, porém o que ajudou também foi envolvimento entre os Municípios. Pode-se afirmar que foi mais fácil, pois a maioria destes se encontravam na mesma situação, por não ter um serviço de SAMU em funcionamento.

A implantação do serviço regionalizado nesses Municípios gerou um impacto muito mais benéfico, do que impasses para a não implantação, pois houve grande crescimento na área da saúde em muitos Municípios pequenos, onde não existia nenhum tipo de serviço de urgência e emergência na região. Nota-se também não ter havia maior impacto quanto aos funcionários envolvidos. Pode-se afirmar, ainda, que a implantação gerou um grande número de empregos em toda a Região. Foram implantados Hospitais Referências, UTIs, que são as portas de entrada para os pacientes do SAMU como também para atendimento da população em geral.

A busca pela melhoria continuada nas organizações atualmente é um assunto muito debatido em organizações privadas; existem vários modelos de melhores práticas e

metodologias que auxiliam nos processos como um todo. Essas metodologias podem e devem ser utilizadas também na Administração Pública.

Em suma, o método escolhido e proposto nesse estudo, é uma ferramenta composta por conceitos básicos da administração, que são apresentados em uma estrutura simples e clara. Esta ferramenta pode ser utilizada em qualquer organização, visando-se sempre à melhoria contínua e à qualidade. Neste aspecto, deverão ser levantadas todas as informações críticas do projeto, revisto o impacto de cada uma, pontuadas as maiores dificuldades e criado um plano de ação para solucionar cada demanda.

É imprescindível frisar que, atualmente, é considerado um grande desafio a implantação do SAMU Regional na Região Ampliada Centro. Porém, todo desafio diante das vantagens com a implantação do projeto pode ser considerado como um problema menor a ser enfrentado.

Vale ressaltar que um dos objetivos do Ciclo PDCA é a identificação das causas de determinados problemas e a criação de soluções para os mesmos. Cabe ao CIAS, buscar o maior envolvimento entre os Municípios, minimizar as dificuldades encontradas, buscando sempre uma solução para cada problema encontrado.

Por fim, foram observados outros pontos, relacionados aos Consórcios responsáveis pela gestão do SAMU, que poderão vir a ser estudados futuramente, como, por exemplo: a saúde financeira dos Consórcios Intermunicipais da Rede de Urgência e Emergência, a garantia de repasse da União e dos Estados para o pleno funcionamento dos mesmos, a redefinição das portas de entradas em cada região específica, como também estudos da gestão administrativa em cada um.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição Federal (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm >. Acesso em 30 set 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Perfil dos Municípios Brasileiros**. Disponível em: < ftp://ftp.ibge.gov.br/Perfil_Municipios/2011/munic2011.pdf >. Acesso em 15 out 2015.

BRASIL. Lei Federal. **Lei nº 11.107, de 06 de abril de 2005**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111107.htm>. Acesso em 30 set 2015.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Programa da qualidade e participação na Administração Pública**. MARE. Brasília, DF, 1997.59p (C4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.portalsaude.saude.gov.br>>. Acesso em 30 set 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de regulação médica das urgências**. Secretaria de atenção à saúde. Brasília, DF, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção as Urgências**. Brasília-DF, 2003.3ª Ed.2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002**. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 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 Serviços de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU- 192. Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.657, de 16 de dezembro de 2004**. Estabelece as atribuições das centrais de regulação médica de urgências e o dimensionamento técnico para a estruturação e operacionalização das centrais SAMU 192. Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.970, de 8 de dezembro 2008**. Trata das diretrizes técnicas e financeiras de fomento à regionalização da Rede Nacional SAMU 192. Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.600, de 07 de julho de 2011.** Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.010, de 21 de maio de 2012.** Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua central de regulação das urgências, componente da rede de atenção às urgências. Gabinete do Ministro. Brasília, DF, 2012.

CIAS. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas. Instituído em maio de 2011. Disponível em: <<http://www.consorcioalianca.saude.mg.gov.br>>. Acesso em 10 set 2015.

CISDESTESTE. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste. Instituído em 2013. Disponível em: <<http://www.cisdeste.com.br>>. Acesso em 10 set 2015.

CISNORJE. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência da Macro Nordeste/Jequitinhonha. Instituído em dezembro de 2010. Disponível em: <<http://www.cisnorje.saude.mg.gov.br>>. Acesso em 11 set 2015.

CISRU. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência – Centro Sul. Instituído em 2010. Disponível em: <<http://www.cisru.saude.mg.gov.br>>. Acesso em 21 jan 2015.

CISRUN. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas. Instituído em Janeiro de 2010. Disponível em: <<http://www.cisrun.saude.mg.gov.br>>. Acesso em 21 jan 2015.

CISSUL. Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macro Região do Sul de Minas. Instituído em 2011. Disponível em: <<http://www.cissulsamu.com.br>>. Acesso em 10 set 2015.

CONASS, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. **Metodologia de Implementação das Redes de Atenção de Urgência e Emergência no Estado de Minas Gerais.** Brasília-DF. 2012.

COSECS, Colegiado dos Secretários Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais. **Perfil dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2012. Disponível em: <<http://www.cosecsmg.gov.br>>. Acesso em 10 set 2015.

_____. **Relatório Reforça Potencial dos Consórcios Intermunicipais de Saúde de Minas Gerais.** Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://www.cosecsmg.gov.br>>. Acesso em 10 set 2015.

_____. **Revista do Colegiado dos Séc. Executivos dos Consórcios Intermunicipais de Saúde.** Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <<http://www.cosecsmg.gov.br>>. Acesso em 10 set 2015.

COUTINHO, Frederico. **Os Consórcios Públicos como Instrumento Potencializador de Políticas Públicas.** ENANPAD: Salvador, 2006.

GUIMARÃES. Tatiana Cordeiro. **O Consórcio Público como Instrumento de Fortalecimento do Federalismo Brasileiro – Marco Legal, Vantagens, e Condições de**

Formação. 2010. 193 f. Monografia (Graduação em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2010.

HARGER, Marcelo. **Consórcios Públicos na Lei nº 11.107/05.** Belo Horizonte: Fórum, 2007, 199 p.

KEINERT, Tânia Margarete Mezzomo. *et al.* **Inovação e Cooperação Intergovernamental: Microrregionalização, Consórcios, Parcerias e Terceirização no Setor de Saúde.** São Paulo: Annablume, Dezembro, 2006, 224 p.

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.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br>>. Acesso em 30 set 2015.

OLIVEIRA, Marina Mendonça de. **Modelo de Financiamento em Saúde: Uma Análise da Rede de Urgência da Macrorregião do Norte de Minas Gerais.** 2012. 101 f. Monografia (Graduação em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2012.

PIRES, Maria Coeli Simões. *et al.* **Instrumento do Federalismo Cooperativo.** Belo Horizonte: Fórum, Dezembro, 2008, 500 p.

PRATES, Ângelo Marques Queiróz. **Consórcios Públicos Intermunicipais: Uma Análise dos Consórcios Intermunicipais de Saúde em Minas Gerais a partir do índice de desempenho do SUS.** I Seminário de Desenvolvimento Social: Rio de Janeiro, 2012.

ROCHA, Renata Jeane Paiva. **Cooperação Técnica entre o Batalhão de Radiopatrulhamento Aéreo e o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas.** 2015. 127 f. Monografia (Especialização em Segurança Pública – CESP II 2014) – Academia de Polícia Militar e Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2015.

SILVA, Talita Rodrigues da. **Os Consórcios Públicos como Instrumento de Gestão Associada de Resíduos Sólidos no Estado de Minas Gerais.** 2008. 87 f. Monografia (Graduação em Administração Pública) - Fundação João Pinheiro, Belo Horizonte, 2008.

REVISTA DE ADMINISTRAÇÃO MACKENZIE - RAM. Uma reflexão sobre as relações de parceria nos APLs de Confeções do Agreste Pernambucano como elemento disseminador da inovação em redes interorganizacionais. **Revista de Administração Mackenzie**, vol. 13, n. 4. São Paulo, 2012.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário do CISRUN

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência do Norte de Minas

Prezado Gestor,

Meu nome é Saulo Barbosa de Souza, sou estudante da Fundação João Pinheiro, no curso de especialização em Administração Pública, ênfase em Gestão Pública. Estou realizando uma pesquisa que tem como tema: “Os Consórcios de Saúde da Rede de Urgência e Emergência como ferramenta de gestão do SAMU Regional do Estado de Minas Gerais”.

Trata-se de um trabalho acadêmico a fim de identificar possíveis problemas e dificuldades de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Macro Regional.

Este instrumento de pesquisa faz parte do desenvolvimento de entrevistas para o estudo do caso. Você não precisa colocar qualquer tipo de identificação, mas, se você quiser se identificar, não há problemas.

Junto às fichas de pesquisa, encontra-se uma folha avulsa no final para observações pertinentes caso achar necessário.

É importante que todos os itens sejam respondidos, porém, os itens que você não souber ou não quiser responder podem ser deixados em branco.

Conto com sua colaboração!

Muito Obrigado.

NOME: ROBERTA SOARES AQUINO VELOSO

E-MAIL: juridico@cisrun.saude.mg.gov.br

1-Em que ano foi constituído o Consórcio?

O Cisrun foi constituído em 2010

2- O Consórcio foi criado especificamente para gestão do SAMU Macro Regional e políticas da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais?

Sim

Não.

Conforme o Estatuto o Cisrun foi criado "...com a finalidade de desenvolver em conjunto ações e serviços de saúde, observados os preceitos que regem o Sistema Único de Saúde, especialmente no que tange ao gerenciamento dos serviços de urgência e emergência da Macrorregião Norte do Estado de Minas Gerais."

Se **não**, descreva quais outras atividades e serviços prestados pelo Consórcio para os Municípios consorciados em comum e para população.

3-Quantos Municípios fazem parte do Consórcio e qual o total da população abrangente que foram beneficiadas com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Macro Regional?

Atualmente fazem parte do Consorcio, com lei ratificadas em Câmaras, 85 Municípios, com abrangência aproximada de 1.600.000,00 (um milhão e seiscentos mil habitantes).

4-Dos Municípios que fazem parte do Consórcio, quantos estão aderidos até o momento?

Todos que fazem parte estão aderidos, através da aprovação do protocolo de intenções em suas câmaras.

5- Se houve dificuldades, quais os tipos de dificuldades que são frequentemente expostas pelos Municípios para adesão ao Consórcio?

Financeira

Desconhecimento dos objetivos do SAMU Regional

Aprovação da Lei de adesão do município ao Consórcio

() Outras.Especifique:

6-Em que ano foi implantado efetivamente o serviço regionalizado do SAMU nos Municípios?

O SAMU foi implantado nos Municípios em 2009 através do Cisnorte – Consorcio Intermunicipal de Saúde do Norte de Minas.

7- Quanto tempo durou a fase de implantação?

Cerca de 6 (seis) meses.

8-Foi implantado o serviço conforme previam? A implantação ocorreu em todos os Municípios na mesma época ou de forma gradativa?

A implantação, com muita dificuldade e empenho foi implantada conforme cronograma, em todas as 37 bases do SAMU, sendo que somente duas (Espinosa e Montes Azul) foram implantadas posteriormente.

9- Já existia o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em algum dos Municípios?

() Não

(x) Sim. Em quantos Municípios? Apenas em Montes Claros/MG

10-Foram realizadas oficinas de técnicas antes e durante a implantação do SAMU Macro Regional?

(x) Sim

() Não

11- Quais fatores contribuíram para implantação e a efetividade do SAMU Macro Regional?

(x) Alinhamento e envolvimento entre os Municípios.

(x) Apoio do Governo de Minas Gerais em investimentos em conjunto com o Ministério da Saúde através da União.

() Planejamento

(x) Dedicção da equipe

() Outros.Especifique:

12- Você considera que o Consórcio é uma ferramenta de grande importância para gestão do SAMU Regional e a lógica de consorciamento entre Municípios foi a melhor solução para esse tipo de serviço público?

Sim.

Não

Se não. Justifique sua resposta

13- Após a implantação do SAMU Regional, houve interesse de algum Município em exclusão do Consórcio ou do serviço em seu Município?

Sim. Quais fatores?

Não.

Observações:

Apêndice B – Questionário do CISNORJE

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Consórcio: Consórcio Intermunicipal de Saúde da Rede de Urgência Macro Nordeste/Jequitinhonha

Prezado Gestor,

Meu nome é Saulo Barbosa de Souza, sou estudante da Fundação João Pinheiro, no curso de especialização em Administração Pública, ênfase em Gestão Pública. Estou realizando uma pesquisa que tem como tema: “Os Consórcios de Saúde da Rede de Urgência e Emergência como ferramenta de gestão do SAMU Regional do Estado de Minas Gerais”.

Trata-se de um trabalho acadêmico a fim de identificar possíveis problemas e dificuldades de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Macro Regional.

Este instrumento de pesquisa faz parte do desenvolvimento de entrevistas para o estudo do caso. Você não precisa colocar qualquer tipo de identificação, mas, se você quiser se identificar, não há problemas.

Junto às fichas de pesquisa, encontra-se uma folha avulsa no final para observações pertinentes caso achar necessário.

É importante que todos os itens sejam respondidos, porém, os itens que você não souber ou não quiser responder podem ser deixados em branco.

Conto com sua colaboração!

Muito Obrigado.

NOME: _____

E-MAIL: _____

(NÃO É NECESSÁRIA A SUA IDENTIFICAÇÃO)

1-Em que ano foi constituído o Consórcio?

A data de Criação do CISNORJE foi no dia 14 de dezembro de 2010.

2- O Consórcio foi criado especificamente para gestão do SAMU Macro Regional e políticas da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais?

(X) Sim

() Não.

Se **não**, descreva quais outras atividades e serviços prestados pelo Consórcio para os Municípios consorciados em comum e para população.

3-Quantos Municípios fazem parte do Consórcio e qual o total da população abrangente que foram beneficiadas com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Macro Regional?

86 Municípios

População estimada de 1.100.000 habitantes.

4-Dos Municípios que fazem parte do Consórcio, quantos estão aderidos até o momento?

86 Municípios

5- Quais os tipos de dificuldades que são frequentemente expostas pelos Municípios para adesão ao Consórcio?

() Financeira

() Desconhecimento dos objetivos do SAMU Regional

() Aprovação da Lei de adesão do município ao Consórcio

() Outras.Especifique:

6-Em que ano foi implantado efetivamente o serviço regionalizado do SAMU nos Municípios?

2012

7- Quanto tempo durou a fase de implantação?

Um ano e quatro meses

8-Foi implantado o serviço conforme previam? A implantação ocorreu em todos os Municípios na mesma época ou de forma gradativa?

Sim o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Mesma época o Complexo Regulador Macro Nordeste e Jequitinhonha iniciou as suas atividades dia 16 de março e as bases descentralizadas dia 14 de abril .

9- Já existia o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em algum dos Municípios?

Não

Sim. Em quantos Municípios?

10-Foram realizadas oficinas de técnicas antes e durante a implantação do SAMU Macro Regional?

Sim

Não

11- Quais fatores contribuíram para implantação e a efetividade do SAMU Macro Regional?

Alinhamento e envolvimento entre os Municípios.

Apoio do Governo de Minas Gerais em investimentos em conjunto com o Ministério da Saúde através da União.

Planejamento

Dedicção da equipe

Outros.Especifique:

12- Você considera que o Consórcio é uma ferramenta de grande importância para gestão do SAMU Regional e a lógica de consorciamento entre Municípios foi a melhor solução para esse tipo de serviço público?

Sim.

Não

Se não. Justifique sua resposta

13- Após a implantação do SAMU Regional, houve interesse de algum Município em exclusão do Consórcio ou do serviço em seu Município?

Sim. Quais fatores?

Não.

Observações:

Apêndice C – Questionário do CISRU

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Consorcio Intermunicipal da Rede de Urgência- CISRU

Prezado Gestor,

Meu nome é Saulo Barbosa de Souza, sou estudante da Fundação João Pinheiro, no curso de especialização em Administração Pública, ênfase em Gestão Pública. Estou realizando uma pesquisa que tem como tema: “Os Consórcios de Saúde da Rede de Urgência e Emergência como ferramenta de gestão do SAMU Regional do Estado de Minas Gerais”.

Trata-se de um trabalho acadêmico a fim de identificar possíveis problemas e dificuldades de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Macro Regional.

Este instrumento de pesquisa faz parte do desenvolvimento de entrevistas para o estudo do caso. Você não precisa colocar qualquer tipo de identificação, mas, se você quiser se identificar, não há problemas.

Junto às fichas de pesquisa, encontra-se uma folha avulsa no final para observações pertinentes caso achar necessário.

É importante que todos os itens sejam respondidos, porém, os itens que você não souber ou não quiser responder podem ser deixados em branco.

Conto com sua colaboração!

Muito Obrigado.

NOME: Francismar Sebastião Gonçalves – Controlador Interno

E-MAIL: controleinterno@cisru.saude.mg.gov.br

(NÃO É NECESSÁRIA A SUA IDENTIFICAÇÃO)

1-Em que ano foi constituído o Consórcio?

O Consórcio foi constituído no ano de 2010.

2- O Consórcio foi criado especificamente para gestão do SAMU Macro Regional e políticas da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais?

(X) Sim

() Não.

Se **não**, descreva quais outras atividades e serviços prestados pelo Consórcio para os Municípios consorciados em comum e para população.

3-Quantos Municípios fazem parte do Consórcio e qual o total da população abrangente que foram beneficiadas com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Macro Regional?

O Consórcio foi constituído por inicialmente com 50 (cinquenta) Municípios e hoje conta com a participação de 51 (cinquenta e um) Municípios e atende uma população de aproximadamente 780.000 habitantes.

4-Dos Municípios que fazem parte do Consórcio, quantos estão aderidos até o momento?

Todos os Municípios aderiram ao consórcio

5- Quais os tipos de dificuldades que são frequentemente expostas pelos Municípios para adesão ao Consórcio?

() Financeira

() Desconhecimento dos objetivos do SAMU Regional

() Aprovação da Lei de adesão do município ao Consórcio

() Outras. Especifique:

Não houve grandes dificuldades para adesão dos Municípios ao consórcio

6-Em que ano foi implantado efetivamente o serviço regionalizado do SAMU nos Municípios?

O serviço começou a funcionar efetivamente em março de 2012, quase dois anos após a implantação.

7- Quanto tempo durou a fase de implantação?

A fase de implantação foi de maio de 2010 a março de 2012, quase dois anos.

8-Foi implantado o serviço conforme previam? A implantação ocorreu em todos os Municípios na mesma época ou de forma gradativa?

A implantação foi adiada por várias vezes por motivos diversos, pois era de intenção, tanto do presidente quanto da Secretaria de Estado, que o serviço fosse implantado de uma só vez em toda macrorregião, por esse motivo o serviço começou a funcionar de forma eficaz em toda macro mas em data posterior a prevista.

9- Já existia o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em algum dos Municípios?

() Não

(X) Sim. Em quantos Municípios?

Apenas no município de Barbacena, onde fica a sede do Consórcio.

10-Foram realizadas oficinas de técnicas antes e durante a implantação do SAMU Macro Regional?

(X) Sim

() Não

11- Quais fatores contribuíram para implantação e a efetividade do SAMU Macro Regional?

(X) Alinhamento e envolvimento entre os Municípios.

(X) Apoio do Governo de Minas Gerais em investimentos em conjunto com o Ministério da Saúde através da União.

(X) Planejamento

(X) Dedicção da equipe

() Outros.Especifique:

12- Você considera que o Consórcio é uma ferramenta de grande importância para gestão do SAMU Regional e a lógica de consorciamento entre Municípios foi a melhor solução para esse tipo de serviço público?

Sim.

Não

Se não. Justifique sua resposta

13- Após a implantação do SAMU Regional, houve interesse de algum Município em exclusão do Consórcio ou do serviço em seu Município?

Sim. Quais fatores?

Não.

Observações:

Apêndice D – Questionário do CISDESTE

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Sudeste

Prezado Gestor,

Meu nome é Saulo Barbosa de Souza, sou estudante da Fundação João Pinheiro, no curso de especialização em Administração Pública, ênfase em Gestão Pública. Estou realizando uma pesquisa que tem como tema: “Os Consórcios de Saúde da Rede de Urgência e Emergência como ferramenta de gestão do SAMU Regional do Estado de Minas Gerais”.

Trata-se de um trabalho acadêmico a fim de identificar possíveis problemas e dificuldades de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Macro Regional.

Este instrumento de pesquisa faz parte do desenvolvimento de entrevistas para o estudo do caso. Você não precisa colocar qualquer tipo de identificação, mas, se você quiser se identificar, não há problemas.

Junto às fichas de pesquisa, encontra-se uma folha avulsa no final para observações pertinentes caso achar necessário.

É importante que todos os itens sejam respondidos, porém, os itens que você não souber ou não quiser responder podem ser deixados em branco.

Conto com sua colaboração!

Muito Obrigado.

NOME: Paulo C. Oliveira

E-MAIL: coordenacaoenfermagem@cisdeste.saude.mg.gov.br; palco28@gmail.com

(NÃO É NECESSÁRIA A SUA IDENTIFICAÇÃO)

1-Em que ano foi constituído o Consórcio?

Ano de 2013.

2- O Consórcio foi criado especificamente para gestão do SAMU Macro Regional e políticas da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais?

(X) Sim

() Não.

Se **não**, descreva quais outras atividades e serviços prestados pelo Consórcio para os Municípios consorciados em comum e para população.

3-Quantos Municípios fazem parte do Consórcio e qual o total da população abrangente que foram beneficiadas com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Macro Regional?

94 (noventa e quatro) Municípios compõem a Macro Região Sudeste de Minas Gerais.

População: 1.651.433

4-Dos Municípios que fazem parte do Consórcio, quantos estão aderidos até o momento?

Todos os 94 Municípios.

5- Quais os tipos de dificuldades que são frequentemente expostas pelos Municípios para adesão ao Consórcio?

(X) Financeira

() Desconhecimento dos objetivos do SAMU Regional

() Aprovação da Lei de adesão do município ao Consórcio

() Outras.Especifique:

6-Em que ano foi implantado efetivamente o serviço regionalizado do SAMU nos Municípios?

Inaugurado em 08 de fevereiro de 2014.

7- Quanto tempo durou a fase de implantação?

Um ano.

8-Foi implantado o serviço conforme previam? A implantação ocorreu em todos os Municípios na mesma época ou de forma gradativa?

Implantação efetivada como previsto em todos os Municípios com base descentralizada.

Total de 28 bases descentralizadas. Sendo três no Município de Juiz de Fora.

9- Já existia o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em algum dos Municípios?

- () Não
 (X) Sim. Em quantos Municípios?
 Município de Juiz de Fora.

10-Foram realizadas oficinas de técnicas antes e durante a implantação do SAMU Macro Regional?

- (X) Sim
 () Não

11- Quais fatores contribuíram para implantação e a efetividade do SAMU Macro Regional?

- (X) Alinhamento e envolvimento entre os Municípios.
 (X) Apoio do Governo de Minas Gerais em investimentos em conjunto com o Ministério da Saúde através da União.
 (X) Planejamento
 (X) Dedicção da equipe
 () Outros.Especifique:

12- Você considera que o Consórcio é uma ferramenta de grande importância para gestão do SAMU Regional e a lógica de consorciamento entre Municípios foi a melhor solução para esse tipo de serviço público?

- (X) Sim.
 () Não
 () Se não. Justifique sua resposta

13- Após a implantação do SAMU Regional, houve interesse de algum Município em exclusão do Consórcio ou do serviço em seu Município?

- () Sim. Quais fatores?
 (X) Não.

Observações:

No primeiro ano (2014) de funcionamento do SAMU da Região Macro Sudeste, o governo do Estado financiou praticamente 100% do custeio e implantação do serviço. Há uma incerteza quanto ao financiamento do SAMU, haja vista o cenário econômico atual.

Apêndice E – Questionário do CISSUL

INSTRUMENTO DE PESQUISA

Consórcio Intermunicipal de Saúde da Macrorregião do Sul de Minas

Prezado Gestor,

Meu nome é Saulo Barbosa de Souza, sou estudante da Fundação João Pinheiro, no curso de especialização em Administração Pública, ênfase em Gestão Pública. Estou realizando uma pesquisa que tem como tema: “Os Consórcios de Saúde da Rede de Urgência e Emergência como ferramenta de gestão do SAMU Regional do Estado de Minas Gerais”.

Trata-se de um trabalho acadêmico a fim de identificar possíveis problemas e dificuldades de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Macro Regional.

Este instrumento de pesquisa faz parte do desenvolvimento de entrevistas para o estudo do caso. Você não precisa colocar qualquer tipo de identificação, mas, se você quiser se identificar, não há problemas.

Junto às fichas de pesquisa, encontra-se uma folha avulsa no final para observações pertinentes caso achar necessário.

É importante que todos os itens sejam respondidos, porém, os itens que você não souber ou não quiser responder podem ser deixados em branco.

Conto com sua colaboração!

Muito Obrigado.

NOME: Marcela Andrade Mendes Moreira

E-MAIL: samucissul@gmail.com

1-Em que ano foi constituído o Consórcio?

O Consórcio foi constituído em 2011.

2- O Consórcio foi criado especificamente para gestão do SAMU Macro Regional e políticas da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais?

Sim

Não.

Se **não**, descreva quais outras atividades e serviços prestados pelo Consórcio para os Municípios consorciados em comum e para população.

3-Quantos Municípios fazem parte do Consórcio e qual o total da população abrangente que foram beneficiadas com a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Macro Regional?

Fazem parte do CISSUL/SAMU 153 Municípios.

4-Dos Municípios que fazem parte do Consórcio, quantos estão aderidos até o momento?

Até o momento 140 Municípios estão aderidos.

5- Quais os tipos de dificuldades que são frequentemente expostas pelos Municípios para adesão ao Consórcio?

Financeira

Desconhecimento dos objetivos do SAMU Regional

Aprovação da Lei de adesão do município ao Consórcio

Outras. Especifique:

6-Em que ano foi implantado efetivamente o serviço regionalizado do SAMU nos Municípios?

Foi implantando em 2015.

7- Quanto tempo durou a fase de implantação? 3 anos e sete meses

A fase de implantação durou 3 anos e sete meses.

8-Foi implantado o serviço conforme previam? A implantação ocorreu em todos os Municípios na mesma época ou de forma gradativa?

A implantação ocorreu em todos os Municípios na mesma época.

9- Já existia o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em algum dos Municípios?

Não

Sim. Em quantos Municípios?

10-Foram realizadas oficinas de técnicas antes e durante a implantação do SAMU Macro Regional?

Sim

Não

11- Quais fatores contribuíram para implantação e a efetividade do SAMU Macro Regional?

Alinhamento e envolvimento entre os Municípios.

Apoio do Governo de Minas Gerais em investimentos em conjunto com o Ministério da Saúde através da União.

Planejamento

Dedicção da equipe

Outros. Especifique: Todas as alternativas acima contribuíram para a implantação do Consórcio.

12- Você considera que o Consórcio é uma ferramenta de grande importância para gestão do SAMU Regional e a lógica de consorciamento entre Municípios foi a melhor solução para esse tipo de serviço público?

Sim.

Não

Se não. Justifique sua resposta

13- Após a implantação do SAMU Regional, houve interesse de algum Município em exclusão do Consórcio ou do serviço em seu Município?

Sim. Quais fatores? Questão Financeira

Não.

Observações:

Apêndice F – Questionário do CIAS

Instrumento de Pesquisa

Consórcio Intermunicipal Aliança para a Saúde

Prezado Secretário,

Meu nome é Saulo Barbosa de Souza, sou estudante da Fundação João Pinheiro, no curso de especialização em Administração Pública, ênfase em Gestão Pública. Estou realizando uma pesquisa que tem como tema: “Os Consórcios de Saúde da Rede de Urgência e Emergência como ferramenta de gestão do SAMU- Regional do Estado de Minas Gerais”.

Trata-se de um trabalho acadêmico e poderá ser útil para a Entidade a fim de identificar possíveis problemas e dificuldades de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU- Macro Regional.

Este instrumento de pesquisa faz parte do desenvolvimento de entrevistas para o estudo do caso.

Você não precisa colocar qualquer tipo de identificação, mas, se você quiser se identificar, não há problemas.

Junto às fichas de pesquisa, encontra-se uma folha avulsa no final para observações pertinentes caso achar necessário.

É importante que todos os itens sejam respondidos, porém, os itens que você não souber ou não quiser responder podem ser deixados em branco.

Conto com sua colaboração!

Muito Obrigado.

NOME: Daniel Alves do Carmo

E-MAIL:consorcioalianca@saude.mg.gov.br

(NÃO É NECESSÁRIA A SUA IDENTIFICAÇÃO)

1-Em que ano foi constituído o Consórcio?

Consórcio Aliança Para Saúde foi constituído em 09 de Maio de 2011

2- O Consórcio foi criado especificamente para gestão do SAMU Macro Regional e políticas da Rede de Urgência e Emergência do Estado de Minas Gerais?

() Sim

(X) Não.

Se **não**, descreva quais outras atividades e serviços prestados conjuntamente com os Municípios consorciados para benefícios da população.

O CIAS tem como finalidade o desenvolvimento em conjunto, nos entes federados que aderirem ações e serviços de saúde, no âmbito do Sistema único de Saúde.

3-Quantos Municípios fazem parte do Consórcio e qual o total da população abrangente que serão beneficiadas com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU Macro Regional?

104 Municípios em torno de 6 milhões e 200 mil habitantes.

4-Dos Municípios que fazem parte do Consórcio, quantos estão aderidos até o momento?

81 Municípios

5- Quais os tipos de dificuldades que são frequentemente expostas pelos Municípios para adesão ao Consórcio?

(x) Financeira;

() Desconhecimento das políticas e objetivos do SAMU Regional;

() Aprovação da Lei de Adesão do Município ao Consórcio;

() Outras.Especifique:

6- Já existia o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência em algum dos Municípios que fazem parte do Consórcio?

() Não

(x) Sim. Em quantos Municípios? E qual a abrangência em termos de população?

Belo Horizonte, Contagem, Betim, Ribeirão das Neves, Caeté, Santa Luzia, Sete Lagoas, Itabira, Ouro Preto.

7-Foram realizadas oficinas técnicas antes e durante a implantação do SAMU Macro Regional na Região Ampliada Centro?

(x) Sim

() Não

8- Quais fatores contribuíram para a não implantação até o momento do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência regionalizado na Região Ampliada Centro?

() Falta de envolvimento entre os Municípios.

(x) Falta de apoio do Governo de Minas Gerais em investimentos em conjunto com o Ministério da Saúde através da União.

() Falta de Planejamento

() Outros.Especifique:

9- Você considera que o Consórcio é uma ferramenta de grande importância para gestão do SAMU Macro Regional e a lógica de consorciamento entre Municípios foi a melhor solução para esse tipo de serviço público?

(x) Sim.

()Não

() Se não. Justifique sua resposta

10- O SAMU Macro Regional foi implantado em outras macrorregiões do Estado de Minas Gerais. Você acredita que para a Região Ampliada Centro é possível à implantação na lógica de consorciamento entre Municípios?

(x) Sim.

()Não.Justifique sua resposta.

Observações:

O SAMU regional instituído pelo Ministério da Saúde ,no âmbito regional, consiste em uma estratégia fundamental para otimizar o tratamento , cuidado e prognóstico de indivíduos que sofrem eventos súbitos e com frequência potencialmente fatais , independente do quantitativo habitacional onde esteja este indivíduo. Se em cidade de pequeno ou grande porte, sem na capital ou interior.