



Ângela Cristina Alves de Almeida

**A experiência de implantação da Política Hospitalar estadual em Minas Gerais:  
Percepções sobre Modos de Valorar Serviços e Trabalhadores (as) do SUS**

Ângela Cristina Alves de Almeida

**A experiência de implantação da Política Hospitalar estadual em Minas Gerais:  
Percepções sobre Modos de Valorar Serviços e Trabalhadores (as) do SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola de Saúde Pública  
do Estado de Minas Gerais, como  
requisito parcial para obtenção do  
título de Especialista em Saúde  
Pública.

Orientadora: Ana Renata Moura Rabelo

Belo Horizonte  
2022

A447e

Almeida, Ângela Cristina Alves de.

A experiência de implantação da Política Hospitalar Estadual em Minas Gerais: percepções sobre modos de valorar serviços e trabalhadores (as) do SUS. /Ângela Cristina Alves de Almeida. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2022.

53 f.

Orientador(a): Ana Paula Moura Rabelo.

Relato de Experiência (Especialização) em Saúde Pública.

Inclui bibliografia.

1. Política Hospitalar. 2. Oficinas. 3. Educação Permanente em Saúde. 4. Redes de Atenção à Saúde. 5. Território. I. Rabelo, Ana Paula Moura. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WX 150

Ângela Cristina Alves de Almeida

**A experiência de implantação da Política Hospitalar estadual em Minas Gerais:  
Percepções sobre Modos de Valorar Serviços e Trabalhadores (as) do SUS**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Escola de Saúde Pública  
do Estado de Minas Gerais, como  
requisito parcial para obtenção do  
título de Especialista em Saúde  
Pública.

Aprovado em: 28 de outubro de 2022

Banca Examinadora

Mestre em Ciência Política, Rodrigo Martins da Costa Machado

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Doutora em Demografia, Monique Fernanda Félix Ferreira

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Doutora em Enfermagem, Ana Renata Moura Rabelo

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Belo Horizonte  
2022

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, à Deus por me amparar nos momentos mais difíceis durante a trajetória destes anos em que me sentia limitada quanto a produção desse trabalho, e em especial à minha mãe por ter paciência comigo nos momentos em que eu estava sempre focada nos estudos e não podia lhe dar a atenção que merece.

À Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), a todo corpo docente e servidores que nos acolheram de forma humanizada, transformando a aprendizagem em momentos inesquecíveis e que serviu como norte e divisor de águas quanto à minha carreira no âmbito da Saúde Pública.

Aos queridos colegas que se tornaram amigos, da turma de pós-graduação em Saúde Pública (2018/2019) onde partilhamos saberes, conhecimentos e experiências maravilhosas que levarei para o resto da minha vida! Não posso esquecer dos nossos lanches compartilhados e pelas boas conversas e risadas após a aula, e quando era possível batíamos um bom papo e tomávamos aquela “gelada”! Eita saudades de todos e todas!

À minha doce e querida orientadora, quanta alegria foi ao saber que seria acompanhada neste processo enriquecedor de aprendizagem. Agradeço de todo coração pelo apoio, acolhimento, ensinamento, escuta e muita paciência! Muito obrigada pela parceria nesta importante caminhada acadêmica, profissional e pessoal, pois finalizar esse trabalho significa virar uma página da minha vida para alcançar novos horizontes!

E principalmente, a cada colega de trabalho que vivenciou a experiência das Oficinas de implantação do Valora Minas num período delicado, pois estávamos passando pela pandemia COVID-19 na fase emergencial! Obrigada e que possamos continuar desenvolvendo Políticas Públicas de Saúde para nossa população.

*Não é sobre chegar no topo do mundo, saber que venceu  
É sobre escalar e sentir que o caminho te fortaleceu*

*É sobre ser abrigo e também ter morada em outros corações  
E assim ter amigos contigo em todas as situações*

*A gente não pode ter tudo  
Qual seria a graça do mundo se fosse assim?*

*Por isso, eu prefiro sorrisos  
E os presentes que a vida trouxe pra perto de mim*

ANA VILELA, TREM-BALA, 2017

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo descrever a experiência de implantação da Política Hospitalar estadual em Minas Gerais, apresentando percepções sobre modos de valorar serviços e trabalhadores (as) do SUS. Para tal, utilizou-se embasamento teórico principalmente nos conceitos de Redes de Atenção à Saúde, Gestão Hospitalar e Educação Permanente em Saúde. Utilizou-se como metodologia relato de experiência a partir da análise de dados referentes à condução das oficinas territoriais que compuseram o processo de implementação da Política Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, no período compreendido entre os meses de junho a outubro de 2021. Os dados foram obtidos por meio de consulta aos documentos do Sistema Eletrônico de Informações (SEI!), normativas publicadas (Deliberações aprovadas nas reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais CIB-SUS/MG) disponíveis no site da Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG), resgate de e-mails, materiais resultantes de reuniões via plataformas Zoom e Meet ou presenciais, mensagens do WhatsApp, recordações da vivência específica em viagem para condução da oficina de implantação da política na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha e da participação nas oficinas de outras macrorregiões ocorridas no nível central da SES-MG. A experiência vivida através das oficinas é relatada especialmente em termos dos planejamentos realizados, ajustes de rotas e encontros produzidos. A realização dessa etapa de implantação do Valora Minas, constituiu um tempo de muito aprendizado e superação, com destaque positivo para a aproximação das equipes do nível central e regional, o que facilita bastante a compreensão das realidades presentes em cada esfera e auxilia na coesão das ações de saúde a serem implantadas nos territórios. Através das oficinas foi possível mensurar as diferenças em relação à vulnerabilidade assistencial hospitalar, diferenciando cada território, resultando numa melhor distribuição de recursos de acordo com as especialidades de média e alta complexidade, o que contribui para a diminuição dos vazios assistenciais. Os resultados demonstram ainda que a forma de condução da implantação da política atendeu em partes aos anseios dos (as) trabalhadores (as) da gestão estadual e ao mesmo tempo permitiu aproximação com os territórios ao ponto de considerar as necessidades locais. Todavia, aponta-se que é preciso investir institucionalmente na EPS e gestão participativa na SES-MG, fomentando a aptidão e habilidade de cada trabalhador para a execução das políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: Política Hospitalar; Oficinas; Educação Permanente em Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Território.

## **ABSTRACT**

This paper aims to describe the experience of implementing the State Hospital Policy in Minas Gerais, presenting insights into ways of valuing SUS services and workers. For this, a theoretical basis was used, mainly in the concepts of Health Care Networks, Hospital Management and Permanent Health Education. An experience report methodology was used from the analysis of data referring to the conduction of territorial workshops that composed the process of implementation of the Hospital Policy of the State of Minas Gerais - Valora Minas, in the period between the months of June to October 2021. The data were obtained by consulting the documents of the Electronic Information System (SEI!), published regulations (Deliberations approved at the regular meetings of the Bipartite Intermanager Commission of the State of Minas Gerais CIB-SUS/MG) available on the website of the Secretary of State of Health of Minas Gerais (SES-MG), recovery of emails, materials resulting from meetings via Zoom and Meet platforms or in person, WhatsApp messages, memories of the specific experience on a trip to conduct the policy implementation workshop in the Macroregion Jequitinhonha Health Department and participation in workshops in other macro-regions that took place at the central level of SES-MG. The experience lived through the workshops is reported especially in terms of the planning carried out, route adjustments and meetings produced. The accomplishment of this stage of implantation of Valora Minas constituted a time of much learning and overcoming, with a positive emphasis on the approximation of the teams at the central and regional level, which greatly facilitates the understanding of the realities present in each sphere and helps in the cohesion of the health actions to be implemented in the territories. Through the workshops, it was possible to measure the differences in relation to hospital care vulnerability, differentiating each territory, resulting in a better distribution of resources according to medium and high complexity specialties, which contributes to the reduction of care gaps. The results also show that the way in which the implementation of the policy was carried out met in part the wishes of workers in the state management and at the same time allowed an approximation with the territories to the point of considering local needs. However, it is pointed out that it is necessary to invest institutionally in EPS and participatory management in SES-MG, promoting the aptitude and ability of each worker to implement public health policies.

**Keywords:** Hospital Policy; Workshops; Permanent Education in Health; Health Care Networks; Territory.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Mapa do estado de Minas Gerais com suas subdivisões em macro e microrregiões de saúde, 2020.....	16
Figura 2 -	Fases do Ciclo Orçamentário, 2016.....	24
Figura 3 -	Distribuição de hospitais por número de leitos/MG, 2021.....	28
Figura 4 -	Planilha de planejamento Etapas das oficinas – Equipes por macro, 2021.....	30
Figura 5 -	Modelo convite padrão, 2021.....	34
Figura 6 -	Planilha de planejamento Etapas das oficinas – Alocação de recurso, 2021.....	38
Figura 7 -	Número de Oficinas Valora Minas, 2021.....	39
Quadro 1 -	Programação Prévia das Oficinas, 2021.....	31
Quadro 2 -	Programação, atividades e público-alvo, 2021.....	32

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CAC	Coordenação Alta Complexidade
CADEB	Centro de Auto Desenvolvimento de Betim
CAEA	Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial
CAS	Coordenador de Atenção à Saúde
CEAUE	Coordenação Estadual Atenção às Urgências e Emergências
CF	Constituição Federal
CGH	Coordenação de Gestão Hospitalar
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CMI	Coordenação Materno Infantil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEA-MG	Conselho de Segurança Alimentar de Minas Gerais
COSEMS-MG	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde Minas Gerais
CREG	Coordenação de Regulação
CSB	Coordenação Saúde Bucal
CVS	Coordenação de Vigilância Sanitária
DAHUE	Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência
DRP	Diagnósticos Rápidos Participativos
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESP-MG	Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FUNED	Fundação Ezequiel Dias
GCGP	Grupo Condutor Estadual de Gestão Participativa

CAC	Coordenação Alta Complexidade
HEMOMINAS	Fundação Centro de Hematologia e Hemoterapia do Estado de Minas Gerais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LOA	Lei Orçamentária Anual
MGS	Empresa Minas Gerais Administração e Serviços
ONG	Organização Não Governamental
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
PPA	Plano Plurianual
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RT	Referência Técnica
RUE	Rede de Urgência e Emergência
SES-MG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TGS	Técnico da Gestão da Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UFLA	Universidade Federal de Lavras
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
URS	Unidades Regionais de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1.	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	13
2.	<b>CONCEITOS E CATEGORIAS ANALÍTICAS.....</b>	20
2.1	Rede de Atenção à Saúde: regionalização, integralidade e equidade.....	20
2.2	Gestão hospitalar: ferramentas de monitoramento e economia da saúde.....	22
2.3	Educação Permanente em Saúde e a gestão do SUS.....	25
3.	<b>METODOLOGIA.....</b>	27
4.	<b>RESULTADOS.....</b>	28
4.1	Conhecendo um pouco mais sobre a nossa política estadual hospitalar Valora Minas.....	28
4.2	Envolvendo vários atores na implantação da Política: Como tudo começou.....	29
4.3	Pé na estrada!.....	34
4.4	Muitos encontros e atores, a cada episódio: Luz, câmera, ação!.....	36
4.5	Produto final do processo de implantação da política: a fotografia de um tempo e esforço.....	37
5.6	<b>DISCUSSÃO.....</b>	40
6.	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	47
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	49

## 1. INTRODUÇÃO

A escolha da temática deste trabalho de conclusão de curso - Relato de experiência sobre oficinas de implantação da Política Hospitalar Valora Minas - tem estreita implicação com meu histórico pessoal de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) e também tem relação com os conhecimentos e experiências pela atuação no Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Sou graduada em Administração Pública pela Universidade Federal de Lavras - UFLA (2018); Especialista em Gestão Pública em Organizações da Saúde pela Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF (2020), e Especialista em Informática em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN (2022).

Meu histórico funcional inclui passagens pelos poderes Legislativo e Executivo. Em 1998, atuei como assessora parlamentar pela Câmara Municipal de Vespasiano, desenvolvendo trabalho pioneiro em análise do cenário político-institucional no âmbito legislativo local, bem como na articulação das ações de apoio à gestão pública municipal e aos conselhos de políticas públicas, envolvendo a sociedade civil. A partir de 2005, iniciei minhas atividades na Prefeitura Municipal de Vespasiano, exercendo cargo de coordenadora de área na Secretaria Municipal de Ação Social, atuante no Conselho de Segurança Alimentar de Minas Gerais - CONSEA-MG, exercendo a presidência entre 2006 a 2008, onde tive a oportunidade de desenvolver projetos e ações junto ao Ministério de Desenvolvimento Social, no combate à fome e à vulnerabilidade social. No mesmo período, coordenei o Programa Agente Jovem em Vespasiano, vinculado ao SUAS, desenvolvendo um relacionamento estratégico e dialógico no território em vulnerabilidade social entre famílias e adolescentes de 15 a 17 anos e 11 meses.

Desde 2008, sou militante do Fórum de Economia Solidária-MG, no qual executo trabalhos voluntários de Educação Popular e oficinas de Geração de trabalho e Renda na ONG CADEB em Betim, cujo convênio com a Prefeitura Municipal local, permitiu o desenvolvimento de cursos voltados para a formação profissional nos territórios que se encontravam em vazios de empregabilidade e geração de renda.

Então, a partir de 2011, iniciei minha trajetória no SUS, mais especificamente na Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Inicialmente atuei como empregada pública pela Empresa Minas Gerais Administração e Serviços - MGS, lotada na Subsecretaria de Regulação do Acesso a Serviços e Insumos de Saúde/ Diretoria de Informações em Saúde, onde executava o processamento da produção ambulatorial do SUS no estado.

A partir de 2019, após ser aprovada no Concurso SES-MG 2014, no cargo de Técnico da Gestão da Saúde - TGS, passei a atuar na Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde

/Superintendência de Redes de Atenção à Saúde/ Coordenadoria de Gestão Hospitalar, trabalhando como referência técnica com atividades que envolvem análise de dados e indicadores assistenciais de hospitais, bem como com a construção de políticas públicas. Nos últimos anos destaco minha atuação nas seguintes atividades/frentes de ação:

- Implantação e monitoramento da Política Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas;
- Construção das diretrizes gerais de atendimento e organização do complexo hospitalar;
- Instrução e orientação dos territórios para manutenção dos serviços hospitalares, bem como emissão de Pareceres técnicos em processos que visam estruturação dos hospitais - Convênios, emendas, cessão/doação de equipamentos;
- Composição do Grupo Condutor Estadual do Projeto Saúde em Rede, que tem o objetivo de formular, propor, implantar e avaliar a Política de Gestão Participativa e suas diretrizes.

Particpei também, mais intensamente no período de março de 2020 a maio de 2021, das ações da SES-MG de enfrentamento da pandemia de COVID-19, sendo elas: (i) Elaboração e monitoramento dos Planos de Contingência Operativos das Macrorregiões de Saúde do Estado de Minas Gerais, cujo objetivo era a preparação dos territórios para enfrentamento da pandemia da COVID-19, com definição de orientações e de pontos de atenção da rede de referência para atendimento da Síndrome Respiratória Aguda Grave; (ii) Composição do Escritório de Gestão de Leitos, grupo que monitorava e coletava dados referentes à ocupação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e leitos clínicos; e (iii) Força tarefa do Estado de Minas Gerais (MG), cuja missão foi de prestar apoio técnico aos gestores municipais e hospitalares, avaliando fluxos assistenciais e oportunidades de ampliação de assistência à população.

Saliento que esse processo de engajamento direto nas ações de enfrentamento da pandemia de COVID-19, foi uma experiência única e intensa, que demonstrou a importância do trabalho desenvolvido em equipe para tomada de decisões. As medidas adotadas foram fundamentais para postergar o colapso do sistema de saúde, possibilitando mais tempo para efetivamente abrir novos leitos.

Durante todo este período intenso, em especial de setembro de 2020 a novembro de 2021, a equipe da Superintendência de Redes de Atenção à Saúde, da qual faço parte, também

tinha uma importante missão: implantar a nova Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas, o que se efetivou principalmente pela condução de oficinas territoriais. A Política Valora Minas tem o objetivo de:

[...] qualificar a assistência, ampliar o acesso e responder às demandas e necessidades da população mineira mediante a otimização da alocação de recursos nas unidades territoriais de saúde e vinculação dos repasses à resultados assistências e valor entregue à população (MINAS GERAIS, 2020a, p.7).

Por ser “a nova” política hospitalar, é preciso contextualizar o formato de política anteriormente existente, em especial o Programa Pro-Hosp. Este foi instituído em maio de 2003 pelo governo de Minas Gerais, com o objetivo de promover a melhoria da qualidade dos hospitais integrantes do SUS, conforme descrito abaixo:

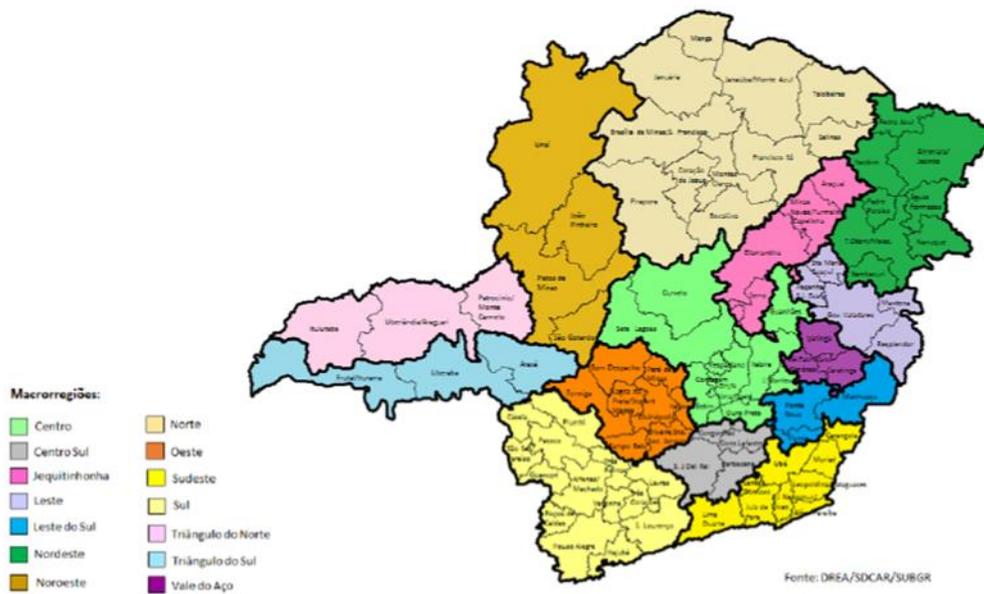
O Pro-Hosp é um Programa do governo estadual, inovador no País, pois modifica a lógica da relação convencional para a da relação contratual, entre o Estado e os hospitais públicos e privados sem fins lucrativos, que prestam serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Este Programa possibilita à população mineira atendimento hospitalar de qualidade e com resolutividade o mais próximo possível de sua residência, segundo a lógica dos níveis de complexidade (média ou alta), otimizando a eficiência dos hospitais, e, assim, consolidando a oferta da atenção hospitalar nos polos macro e microrregionais de Minas Gerais (SES.MG, 2011).

Importante mencionar que o Estado de Minas Gerais possui 853 municípios, distribuídos em territórios com diferentes condições socioeconômicas, sendo dividido em 14 macrorregiões e 89 microrregiões de saúde, conforme Plano Diretor de Regionalização - PDR (2020). Tal instrumento de planejamento possui o propósito de:

[...] O PDR é, portanto, um instrumento de planejamento em saúde ao estabelecer uma base territorial e populacional para cálculo das necessidades, da priorização para alocação dos recursos, da descentralização programática e gerencial (MINAS GERAIS, 2020g).

Quando o Pro-Hosp foi implantado, o estado de Minas Gerais era dividido em 13 macrorregiões e 75 microrregiões. A partir de 2019, o PDR em MG teve um ajuste com ampliação de uma macrorregião de saúde e de microrregiões de saúde, conforme disposição mais atual disposta no mapa abaixo:

Figura 1: Mapa do estado de Minas Gerais com suas subdivisões em macro e microrregiões de saúde, 2020.



Fonte: MINAS GERAIS, 2020f, p.9.

O Pro-Hosp procurou consolidar a diretriz de regionalização no âmbito da política hospitalar estadual, investindo nas microrregiões e macrorregiões sanitárias para que o paciente se deslocasse o mínimo possível de seu município para receber assistência médica necessária. Ou seja, o Pro-Hosp foi concebido com foco na estruturação dos serviços de saúde e na ampliação do parque tecnológico para a assistência hospitalar.

No cotidiano de trabalho com servidores (as) da área que acompanharam a construção e condução do Pro-Hosp, foi resgatado o seguinte histórico do programa, ao longo do período de 2003 a 2021:

- Maio/2003 - Criação do Pro-Hosp - Resolução SES/MG nº 0082/2003 - institui o Pro-Hosp através de módulos (o primeiro abrangerá os Polos Macrorregionais, o segundo os Polos Microrregionais e o terceiro o nível local). Posteriormente as regras passaram a ser definidas por competências anuais micro e macrorregionais.
- 2011 - Com a publicação do Decreto Estadual nº 45468/2010 o recurso passou a ser de livre vinculação. Até 2010 o recurso era investido em percentuais mínimos de rubricas de custeio e investimento e os objetos e respectivos valores eram especificados nos instrumentos de repasse.
- 2013 - Por meio da Resolução SES/MG nº 3.743/2013 o Pro-Hosp foi instituído como Política Estadual de Atenção Hospitalar em Minas Gerais e foi estabelecido seus cinco componentes. Sendo eles: Pro-Hosp Incentivo, Pro-

Hosp Contingencial, Pro-Hosp Gestão Compartilhada, Pro-Hosp Materno-Infantil e Pro-Hosp Urgência e Emergência.

- 2014 - Última revisão do elenco de hospitais do Componente Pro-Hosp Incentivo, através da Resolução SES/MG nº 4.084/2013.
- 2015 - Última revisão do valor financeiro por instituição, do Componente Pro-Hosp Incentivo, através da Resolução SES/MG nº 4746/2015.

Desde 2016 até agosto de 2021 – As regras estabelecidas para a Competência 2016 foram prorrogadas, sendo mantido o mesmo elenco de hospitais desde 2014 e valor financeiro desde 2015. Destaco o vultoso montante de recursos investidos no Pro-Hosp:

O volume de investimento financeiro no Pro-Hosp merece destaque. Entre os anos de 2003 e 2013 foram investidos aproximadamente 955 milhões de reais em 140 hospitais, para serem utilizados em melhoria da estrutura física e tecnológica das instituições, custeio das atividades e insumos hospitalares, na capacitação de recursos humanos, entre outros (MINAS GERAIS, 2013).

Apesar de grandes investimentos terem sido realizados com o Pro-Hosp e dos ganhos com o programa, em especial da contribuição para consolidar a política hospitalar em todas as regiões de saúde, investindo recursos nos polos, encurtando distâncias entre o usuário do SUS e os serviços hospitalares, desde 2015 já se apresentava a necessidade de promover mudanças na política hospitalar estadual. Isso porque os dados assistenciais ainda evidenciavam desafios em relação a morbimortalidade, seja pela alteração do perfil seja por mudanças na identificação e acesso; baixa resolubilidade, em especial de alguns territórios; e baixa qualidade da assistência de alguns serviços. Era evidente, ainda, o desafio de lidar com heterogeneidade das regiões, discrepâncias no aporte de recursos por macrorregião/hospitais e com problemas metodológicos na mensuração do resultado dos investimentos em saúde.

Importante considerar que o contexto do estado ao longo dos últimos 20 anos se modificou, em termos da conformação populacional, demográfica e epidemiológica dos territórios; mudanças nas instituições hospitalares e no contexto de tecnologias em saúde.

Do ponto de vista do trabalho cotidiano na Coordenadoria de Atenção Hospitalar, nos moldes do Pro-Hosp, vivíamos um cenário de desconhecimento sobre a alocação de recursos e a definição de papel assistencial dos hospitais, havendo necessidade de gerar e apreender conhecimentos novos. Os campos de saberes que se apresentavam como imperativos incluíam as noções de financiamento público norteado por necessidades em saúde, vazios assistenciais e territórios/regionalização; visando a elaboração de novas e contínuas políticas públicas sanitárias.

Ademais, enquanto trabalhadores (as) da área, sentíamos falta de conhecimento quanto ao histórico de informações que subsidiaram decisões no Pro-Hosp ao longo dos anos, comprometendo o pertencimento da equipe em relação à política. Também havia um histórico de inúmeras tentativas de renovação da política, muitas delas frustradas por fragilidade de embasamentos teóricos e conceituais. Todo este contexto vinha gerando um cenário de falta de estímulo na equipe.

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) se apresentava como uma premissa para o processo de renovação da política hospitalar, que precisava ser incentivada/inserida no cotidiano de trabalho, com envolvimento da área técnica em capacitações, estudos continuados, estimulados pelos problemas enfrentados no trabalho (BRASIL, 2018).

É necessário que os trabalhadores, principalmente da pasta da saúde pública, tenham motivação para desenvolver suas ações cujo produto final é a satisfação dos clientes, que nesse caso são os usuários do SUS, tendo acesso aos serviços hospitalares de forma equânime, em tempo hábil e com atendimento de suas necessidades. Porém, os maiores entraves dos (as) trabalhadores (as) incluem: sobrecarga de trabalho, acúmulo de funções, desvalorização salarial e falta de pessoal.

Por todos os fatores então apresentados, notamos que havia uma percepção de defasagem da política hospitalar vigente no estado, com impactos na saúde dos (as) usuários (as) e trabalhadores (as) da saúde. Havia também uma percepção de que um novo modelo de política implicava na escolha por um formato de implantação que prezasse pela EPS. Portanto, para condução deste estudo questiona-se como implantar políticas, em específico a Política Hospitalar, de um modo que acolha os anseios dos (as) trabalhadores (as) da gestão estadual e ao mesmo tempo permita aproximação com os territórios ao ponto de considerar as necessidades locais.

Nesse sentido, **o objetivo deste estudo é descrever e analisar o desenvolvimento das oficinas de implantação da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas em todo o estado, no contexto das Redes de Atenção à Saúde e da Educação Permanente em Saúde.**

De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, pela projeção em 2021, em termos populacionais, Minas Gerais é o segundo maior estado do país. E a Política Valora Minas é a política pública de saúde que concentra o maior volume de recursos do estado, sendo atualmente um projeto intersetorial e estratégico de governo que envolve várias redes

temáticas, mais explicitamente as Redes de Atenção às Urgências e Emergências, Parto e Nascimento, Saúde Bucal, Saúde Mental e atendimento às vítimas de violência sexual.

Ademais, esse estudo se justifica pela necessidade de, na gestão pública, contrariar uma prática comum de não registro dos modos cotidianos de produção das políticas públicas. Noutra modo, desejamos dar visibilidade e gerar um histórico do processo de implantação da Política Valora Minas, sendo um registro que estimule outros processos participativos de gestão.

## 2 CONCEITOS E CATEGORIAS ANALÍTICAS

No desenvolvimento deste estudo, observamos a necessidade de aprofundamento em alguns campos teóricos que darão suporte na apresentação do relato de experiência, são eles: Redes de Atenção à Saúde (RAS), Gestão Hospitalar e Educação Permanente em Saúde.

### 2.1 Rede de Atenção à Saúde: regionalização, integralidade e equidade

O conceito de Rede de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil passou a ser aplicado a partir do Pacto pela Saúde de 2006, complementando a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão. Elas são conceituadas como: “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

Por meio da Portaria de Consolidação nº 3/2017 (Portaria de origem nº 4.279/10), o Ministério da Saúde estabelece diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, sendo elas:

As redes estabelecidas na portaria dividem-se em: Rede Cegonha, estabelecida por meio da Portaria nº 1.459/11; Rede de Urgência e Emergência (RUE), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.600/11; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/11, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências (Viver Sem Limites), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/12; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria GM/MS nº 438/14 (UFMA/UNASUS, 2016a).

O Governo de Minas Gerais tem um histórico de planejamento de saúde baseado em RAS, de modo que nos planos de governo 2003/2010 as redes de atenção à saúde foram tratadas como prioridade, especificamente quatro redes temáticas: a rede de atenção à mulher e à criança, a rede de atenção às doenças cardiovasculares e ao diabetes, a rede de atenção aos idosos e a rede de atenção às urgências e às emergências (MARQUES et al., 2010).

Mendes (2011) organiza a estrutura operacional das RAS em componentes principais:

- Centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde);
- Pontos de atenção (secundária e terciária);
- Sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde);
- Sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e

- Sistema de governança (da rede de atenção à saúde).

De acordo com Mendes (2011), é importante destacar os fundamentos de uma RAS, que são os alicerces que formam e sustentam a sua base teórica para serem efetivadas de forma eficiente e com qualidade. Assim, as RAS precisam ser estruturadas segundo os fundamentos da: Economia de escala, Suficiência e qualidade, Acesso, Disponibilidade de recursos, Integração vertical, Integração horizontal, Processos de substituição, Região de saúde ou abrangência e Níveis de atenção.

Ademais, na prática do direito à saúde, a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS, tem entre suas bases, o princípio da Equidade:

Equidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem relação direta com os conceitos de igualdade e de justiça. No Sistema Único de Saúde (SUS) a equidade se evidencia no atendimento aos indivíduos de acordo com suas necessidades, oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados. Busca-se, com este princípio, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde e nas necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenças sociais e deve atender a diversidade. (BRASIL, 2012).

Salienta-se que o princípio da Equidade foi um dos pilares para construção da Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais-Valora Minas, com vistas à diminuição dos vazios assistenciais, e garantindo aos usuários SUS o atendimento, conforme suas necessidades.

No que tange o fundamento da regionalização ou abrangência, é necessário que se entenda o conceito de região de saúde:

[...] É a área geográfica de abrangência para a cobertura de uma determinada RAS. São normalmente denominados distritos, territórios ou regiões sanitárias (bairros, regiões, cidades e ainda macrorregionais, microrregionais, municipais ou microáreas). Para delimitação desses territórios, pode ser considerado exclusivamente o critério geográfico, ou agregar a ele aspectos socioculturais ou epidemiológicos (MENDES, 2011).

Na perspectiva de RAS, os hospitais podem ser caracterizados por pontos de atenção secundários e terciários onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente (MENDES, 2011).

Além disso, nos sistemas de saúde, os hospitais se apresentam como estruturas fundamentais, executando a maior parte das ações de prevenção secundária (diagnóstico precoce e tratamento imediato) e terciária (prevenção de incapacidades e reabilitação) (MENDES, 2011).

## 2.2 Gestão hospitalar: ferramentas de monitoramento e economia da saúde

Dentre as políticas públicas no âmbito do SUS, destaca-se a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) instituída através da Portaria nº 3.390/2013, que estabeleceu as diretrizes para a organização do componente hospitalar na RAS, necessárias a todos hospitais públicos e privados que prestam serviços no âmbito do SUS. Essa portaria foi revogada por consolidação, sendo que as diretrizes passaram a estar contidas na Portaria de Consolidação nº 2, de 28/07/2017, que trata das normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS, mais especificamente Capítulo II - Das Políticas de Organização da Atenção à Saúde, Seção I - Das Políticas Gerais de Organização da Atenção à Saúde, Art. 6º - inciso IV, Anexo XXIV (MINAS GERAIS, 2013, p. 142 -145).

A PNHOSP resultou da necessidade de reorganizar e qualificar a atenção hospitalar no âmbito do SUS. Seus eixos estruturantes incluem: “assistência hospitalar; Gestão Hospitalar; Formação, Desenvolvimento e Gestão da Força de Trabalho; Financiamento, Contratualização e Responsabilidades das esferas de gestão” (BRASIL, 2013).

No que tange o eixo de gestão hospitalar, ressaltamos a importância da garantia do atendimento de qualidade para a população, respeitando as demandas populacionais, além de cumprir as metas e aplicar os recursos de uma forma otimizada, transparente e democrática. Destacamos o trecho da legislação que traz aspectos da gestão hospitalar relacionados ao desenho da RAS:

Art. 18. A gestão da atenção hospitalar no SUS será definida em consonância com o desenho da RAS, de acordo com:

I - O papel do hospital na rede;

II - A implementação de fluxos regulatórios;

III - A contratualização; e

IV - Os critérios de monitoramento e avaliação. (PRT MS/GM 3390/2013, Art.18).

Além das pautas elencadas acima, e diante do objeto deste estudo, é importante considerar as postulações sobre o monitoramento e avaliação contidos na PNHOSP:

Art. 33. Caberá a todas as esferas de gestão do SUS o monitoramento e a avaliação dos serviços prestados pelos hospitais contratualizados ao SUS, respeitadas as competências de cada esfera de gestão. (PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33)

Parágrafo Único. O monitoramento e avaliação poderão ser executados por meio de sistemas de informações oficiais e visitas "in loco". (PRT MS/GM 3410/2013, Art. 33, Parágrafo Único)

Art. 34. Caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA), a avaliação da correta aplicação dos recursos financeiros de que trata este Anexo. (PRT MS/GM 3410/2013, Art. 34).

A gestão da atenção hospitalar sofre influência do desenho da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo papel do gestor (seja municipal ou estadual) utilizar protocolos, ferramentas e critérios de priorização, a fim de possibilitar o cuidado e o acesso com equidade.

Além do campo teórico-prático da gestão hospitalar, os conceitos englobados no campo da Economia da Saúde possuem estreita relação com a Política Valora Minas. Segundo Del Nero (2018), a definição de Economia da Saúde é:

O ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados (DEL NERO, 2018, p. 20).

Para a administração pública no âmbito do SUS, é fundamental que o gestor otimize os gastos em saúde, como forma de tomada de decisões, e o respeito ao princípio da eficiência.

No Brasil, temos o modelo orçamentário definido pela Constituição Federal de 1988, composto de três instrumentos: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

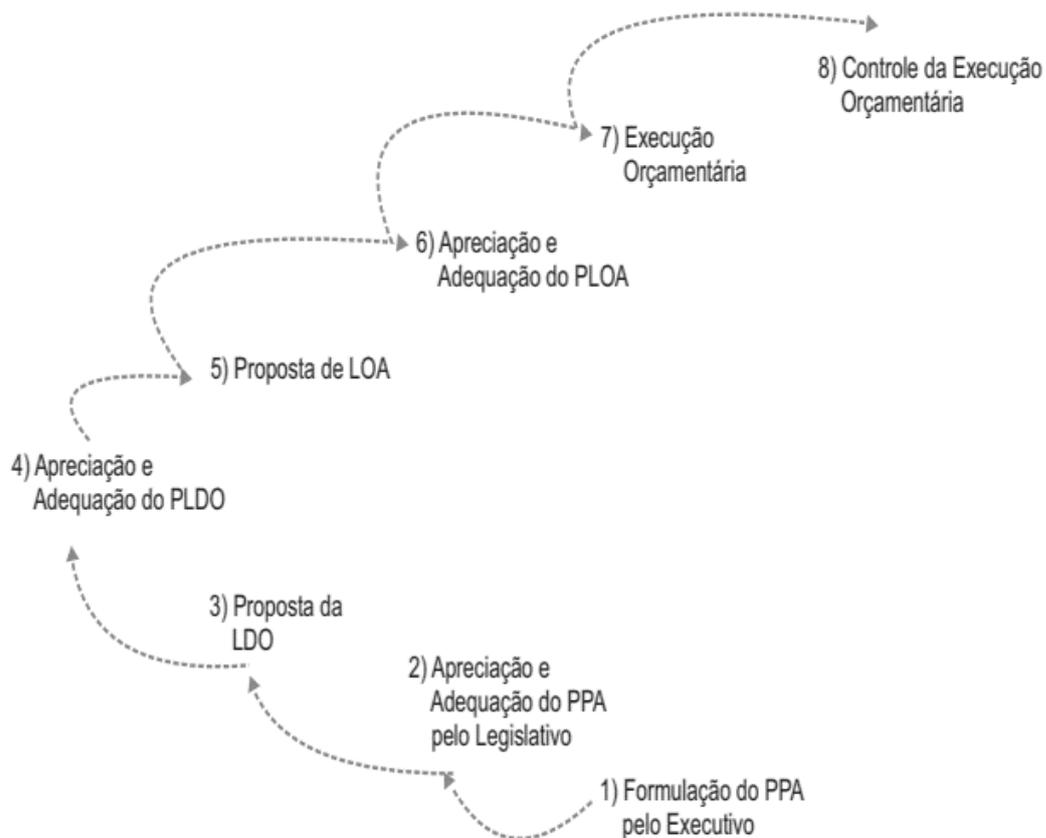
Os três instrumentos são utilizados em todas as esferas de governo. O PPA deverá refletir todas as necessidades setoriais da população, no caso desse trabalho, ressaltam-se entre elas, as da Saúde.

Ademais de acordo com a CF, temos a definição quanto ao Ciclo Orçamentário:

O ciclo orçamentário tradicional pode ser definido como uma série de passos (ou processos) articulados entre si, que se repetem em períodos prefixados, por meio dos quais orçamentos sucessivos são preparados, votados, executados e avaliados e as contas aprovadas, em um processo de contínua realimentação (CONASS, 2021)

Para que o ciclo orçamentário funcione de fato, é necessário no mínimo três anos, pois começa com a aprovação do PPA relativo a um período, que vai do segundo ano do mandato em curso à aprovação da LDO e da LOA relativas aos três anos de mandato, e abrange a entrega do orçamento para vigorar no primeiro ano do mandato subsequente. A Figura 2 resume as fases do ciclo orçamentário:

Figura 2: Fases do Ciclo Orçamentário, 2021.



Fonte: Ciclo Orçamentário Resumido (CONASS), 2021.

Conforme diz o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS (2021), o financiamento da atenção hospitalar deve ser realizado entre a União, estados e municípios. Significa que o custeio envolve o seguinte conjunto: a população atingida, o território e o papel na RAS, relacionando os aspectos sociais e ambientais aos econômicos, buscando suprir as necessidades regionais específicas.

É fundamental que os recursos aumentem a capacidade assistencial hospitalar existente, bem como a inovação e atualização tecnológica hospitalar, diminuindo os vazios assistenciais. Os recursos que serão investidos devem estar de acordo com os Planos de Saúde Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais; abrangendo os projetos das Redes Temáticas de Atenção à Saúde e Programas prioritários do SUS.

Para que a política hospitalar seja eficaz e eficiente, é importante que estabeleça fases de monitoramento, pois o monitoramento acompanha no tempo o desenvolvimento de determinadas atividades e formula hipóteses a respeito, estabelecendo parâmetros, mas é fundamental conhecer a definição do conceito, conforme:

Acompanhamento rotineiro de informações relevantes. Propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas não suas razões a fundo. É um processo sistemático e

contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, visando a obtenção de informações, em tempo oportuno, para subsidiar a tomada de decisão, redução de problema e correção de rumos. Em suma, o monitoramento verifica a realização das atividades e o alcance dos efeitos da intervenção (UFMA/UNASUS, 2016b, p. 5).

Nesse sentido, e pela importância que assumem no âmbito da Política Hospitalar Valora Minas, salientamos o conceito de Indicadores como instrumentos de gestão do SUS:

[...] indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Vistos em conjunto, devem refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (BRASIL, 2010).

Sendo assim, a mensuração, avaliação e acompanhamento dos indicadores de saúde são etapas fundamentais como ferramentas para os processos de monitoramento da gestão pública.

### **2.3 Educação Permanente em Saúde e a gestão do SUS**

Ao adotar o conceito Educação Permanente em Saúde (EPS) consideramos um campo que parte dos processos educativos no cotidiano de trabalho e formação em saúde, que se materializa nas relações concretas em que se operam a realidade e/ou se produz reflexão e avaliação coletivas dos sentidos dos atos produzidos (CECCIM, 2005).

No campo da EPS estão congregados esforços e referenciais de vários movimentos em prol da mudança na formação dos profissionais de saúde, em diferentes âmbitos de construções pedagógicas, incluindo: educação em serviços de saúde, educação continuada para o campo da saúde e educação formal de profissionais de saúde. Nesse sentido, estão envolvidos relações e processos, que implicam agentes do interior das equipes em atuação conjunta, as instituições e o setor saúde e as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (CECCIM, 2005).

A Educação Permanente no Brasil, no setor saúde, ganhou *status* de uma política pública/ estrutura institucionalizada de formação de trabalhadores da saúde, por meio da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). Ela foi instituída em 2004 e as diretrizes para a sua implementação foram publicadas no ano de 2007 (BRASIL, 2018).

No que tange a construção quanto aos marcos teóricos e metodológicos para a PNEPS, Ceccim (2005), salienta que foi utilizada como uma estratégia político-pedagógica, partindo das necessidades do processo de trabalho em saúde. Conseqüentemente, toda a inserção entre o ensino, o serviço, a gestão e o controle social, transformou as práticas profissionais e a organização do trabalho em favor da humanização, melhorando o acesso, bem como a qualidade do cuidado prestado à população.

Apesar da discussão feita por Ceccim ter quase 20 anos, suas postulações do que realmente importa na EPS e o que precisaria mudar continuam a nos mobilizar para inovações. Pontua-se a necessidade de superação: da compreensão da gestão da formação como atividade meio, secundária às políticas; do entendimento dos trabalhadores como recursos humanos e passíveis de prescrição de comportamentos e perfis desejados; e da fragmentação, especialização e dicotomização na saúde. Além disso, aponta-se a necessidade de incorporar a relação com a população e a geração de encontros entre intelectuais e gestão/ serviços locais, possibilitando encarar desconfortos, problematizações e produzir subjetividade.

Destaca-se a necessidade de enfatizar a importância da EPS no escopo da Gestão em Saúde, buscando a interação, parcerias e articulação quanto ao serviço e ensino, educação e trabalho.

A aposta é de fortalecer a EPS como norteadora de novas práticas que orientam a reflexão sobre o processo de trabalho e a construção de atividades de aprendizagem colaborativa e significativa, favorecendo o trabalho em equipe, a gestão participativa e a corresponsabilização nos processos de ensino-aprendizagem, para o alcance dos objetivos estratégicos do SUS (BRASIL, 2018, p.11).

Posto isto, destaca-se a importância do papel da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais- ESP-MG nos processos ensino-aprendizagem ao âmbito da EPS, considerando formas para pontuar a potencialidade para o campo da EPS da promoção de encontros entre pesquisadores e trabalhadores da saúde, colocando em foco também a implicação do espaço acadêmico. Todos os atores envolvidos em tais encontros constroem conhecimentos sobre ensinar e aprender, e são provocadas singularidades na constituição de um ato político de pensar criticamente a vida e o trabalho concomitantemente, o que muito se aproxima dos movimentos da EPS.

Estratégias inovadoras no campo da EPS não implicam necessariamente em novas postulações e teorias, mas envolvem práticas, materialização dos inúmeros aportes teóricos e científicos já descritos e, muitos deles, orientadores da PNEPS.

Todavia, não quer dizer que estamos replicando teorias e práticas. Do contrário, acreditamos que essas estratégias inovadoras e necessárias para a EPS estão ocorrendo cotidianamente, em todos os âmbitos em que a construção/aplicação da EPS se dá (incluindo no âmbito das políticas e gestão dos serviços) e surgem de iniciativas individuais e criativas/ inventivas dos trabalhadores (as) da saúde. A inventividade e a criatividade são ferramentas cruciais na busca de sentidos da EPS no cotidiano de trabalho, o que irá compor também o modo de análise proposto neste estudo.

### 3. METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que analisa o processo de desenvolvimento das oficinas territoriais que compuseram o processo de implementação da Política Hospitalar do estado de Minas Gerais - Valora Minas, no período compreendido entre os meses de junho a outubro de 2021. Os principais aspectos que serão abordados incluem: planejamento, programação, produtos esperados e produzidos, dificuldades e facilidades. Os dados serão discutidos com aporte no referencial apresentado no capítulo “Conceitos e categorias analíticas”.

Os dados foram obtidos das seguintes fontes:

- Documentos Sistema Eletrônico de Informações (SEI) como Pareceres Técnicos, Notas Técnicas e Memorandos;
- Consulta a documentos de área, normativas publicadas (Deliberações aprovadas nas reuniões ordinárias da Comissão Intergestores Bipartite do Estado de Minas Gerais CIB-SUS/MG) disponíveis no site da SES-MG;
- Resgate de e-mails, materiais resultantes de reuniões via plataformas Zoom e Meet ou presenciais, mensagens do WhatsApp; e
- Recordações da vivência específica em viagem para condução da oficina de implantação da política na Macrorregião de Saúde Jequitinhonha e da participação nas oficinas de outras macrorregiões ocorridas no nível central da SES-MG.

Conforme Daltro e Faria (2019), o relato de experiência é concebido como um estudo de natureza qualitativa que valoriza a explicitação descritiva, interpretativa e compreensiva de fenômenos, circunscrita num tempo histórico. Está compreendido como um trabalho de linguagem, uma construção que não objetiva propor a última palavra, mas que tem caráter de síntese provisória, aberta à análise e a permanente produção de saberes novos e transversais.

Do ponto de vista ético, em relatos de experiência, há dispensa da necessidade de apreciação por Comitê de Ética. Isso porque os relatos de experiência trazem uma descrição de determinado fato, sendo apresentada a experiência individual ou de um determinado grupo sobre uma determinada situação, não provendo de pesquisas. Todavia, foram seguidos preceitos éticos conforme constam na Resolução do CNS nº 466/12, em especial na apresentação dos dados de forma sigilosa e em conjunto, sem individualização ou identificação de pessoas ou municípios.

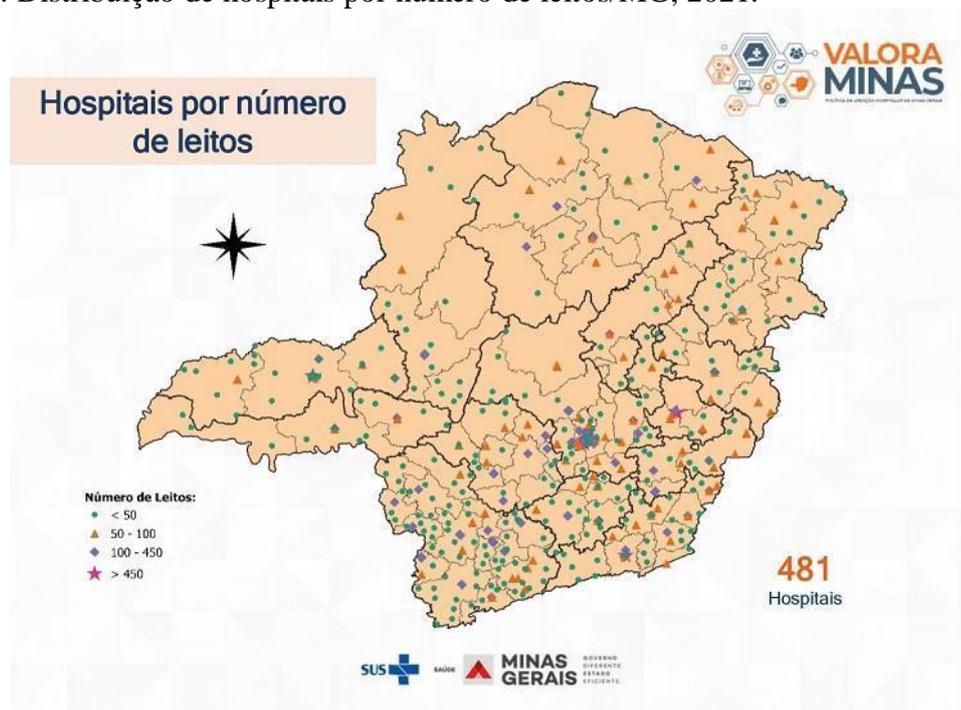
## 4. RESULTADOS

### 4.1 Conhecendo um pouco mais sobre a nossa política estadual hospitalar Valora Minas

Aprovada pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.213/2020, a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, foi instituída em termos de diretrizes, estratégias e módulos, e envolvendo um repasse de cerca de R\$ 1 bilhão por ano, contemplando hospitais de pequeno, médio e de grande porte em todas as regiões do Estado.

No contexto de implantação da Política Valora Minas, importante considerar que Minas Gerais possui uma heterogeneidade de distribuição de hospitais, conforme o número de leitos que se destinam ao atendimento SUS, conforme apresentado na Figura 3:

Figura 3: Distribuição de hospitais por número de leitos/MG, 2021.



Fonte: Elaboração da equipe de condução das oficinas - documentos internos, 2021

Para que possamos entender a Política Valora Minas, é importante conhecer sua organização em módulos, conforme Art. 5 da Resolução SES/MG nº 7.223/2020:

- I - Valor em Saúde: módulo que contempla hospitais de relevância Microrregional, Macrorregional e Estadual, com notória contribuição para a resolubilidade dos territórios para os serviços de média e/ou alta complexidade hospitalar;
- II - Hospitais Plataforma: módulo que contempla hospitais que não cumprem com critérios de elegibilidade para o módulo “Valor em Saúde”, mas com identificada relevância para as Redes de Atenção nos territórios; e
- III - Módulo dedicado à Estratégia Estadual de Cirurgias Eletivas que contempla os procedimentos cirúrgicos-eletivos considerados gargalos para o SUS/MG (MINAS GERAIS, 2020, p.4-5).

Ressalta-se que na época das oficinas ainda estavam em fase de desenvolvimento o Módulo dedicado à Estratégia Estadual de Cirurgias Eletivas, que contempla os procedimentos cirúrgicos-eletivos considerados gargalos para o SUS/MG, e o Módulo Hospitais Regionais.

Importante destacar a premissa de que a Política Valora Minas foi proposta por uma metodologia que considera as necessidades da população, corrigindo as desigualdades regionais na alocação de recursos e mensurando a eficiência dos investimentos. Tal metodologia considera também a definição dos recursos a serem repassados a cada hospital levando em conta o porte da instituição hospitalar e os serviços de média e alta complexidade prestados à população, tendo sido consideradas as informações de produção para o SUS no ano de 2019:

Art. 6º - A metodologia de construção da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas – considerou as seguintes etapas:

- I. Levantamento das demandas e do perfil da população;
- II. Análise dos atendimentos de média e alta complexidade das Microrregiões e Macrorregiões de residência;
- III. Mapeamento dos fluxos de atendimento, pactuações de recursos federais e conseguinte identificação de vazios assistenciais;
- IV. Mapeamento do complexo hospitalar mediante sua caracterização e avaliação quanto o seu papel dentro da RAS;
- V. Análise de indicadores de saúde e assistenciais; e
- VI. Definição da sistemática de monitoramento e metodologia de alocação financeira de recursos estaduais em cada um dos módulos do Art. 5º desta Resolução (MINAS GERAIS, 2020, Art.6, p.5).

#### **4.2 Envolvendo vários atores na implantação da Política: Como tudo começou...**

Nas deliberações da CIB-SUS/MG, que instituíram os módulos Valor em Saúde (3214/2020) e Hospitais Plataforma (3215/2020), havia definição de realização de “oficinas com os gestores municipais e posteriormente com os prestadores para apresentação dos critérios de elegibilidade e definição das grades de referência”.

Assim, com o arrefecimento da pandemia de COVID-19, em maio/junho de 2021 a equipe da Diretoria de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência (DAHUE) iniciou o planejamento das atividades para realização dessas oficinas, conforme ilustração da planilha de planejamento que apresenta uma coluna para cada ator envolvido:

Figura 4: Planilha de planejamento Etapas das oficinas – Equipes por macro, 2021.

ETAPAS DAS OFICINAS												
Etapas	Macrorregião	Alinhamento com URS	Apoiadora DAHUE	Núcleo de Informações	CGH	CEAUE	CMI	CSB	CAC	CAEA	Saúde Mental	Representantes das regionais
1	Jequitinhonha	21 e 22/06	Todas		RT CGH	RT CEAUE	x	x	RT CAC			RT (Diamantina)
2	Nordeste	07/07	Diretora		RT CGH	RT CEAUE	x	x	RT CAC			RT (Teófilo Otoni); RT (Pedra Azul)
	Vale do Aço	08/07	Assessora		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Coronel Fabriciano)
3	Leste		Coordenadora CEAUE		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Gov. Valadares)
	Norte	2 dias	Diretora		RT CGH	RT CEAUE	x	x	RT CAC			RT (Januária); RT (Pirapora) RT (Montes Claros)
	Leste do Sul		Coordenadora CGH		RT CGH	RT CEAUE	x	RT	RT CAC			RT (Ponte Nova) RT (Manhuaçu)
4		2 dias	Diretora		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Ubá); RT (Juiz de Fora); RT (Leopoldina); RT (Manhuaçu)
	Sudeste		Coordenadora CEAUE		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Patos); RT (Unai)
5	Triângulo do Sul		Diretora		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Uberaba)
	Triângulo do Norte		Coordenadora CGH		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Ituiutaba); RT (Uberlândia)
6	Centro	2 dias	Todas		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Itabira); RT (BH); RT (Sete Lagoas)
7	Sul	2 dias	Todas		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Passos); RT (Varginha); RT (Pouso Alegre); RT (Alfenas).
	Oeste		Assessora		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (Divinópolis)
8	Centro Sul		Diretora		RT CGH	RT CEAUE	x		RT CAC			RT (SJD); RT (Barbacena)

Fonte: Elaboração da equipe de condução das oficinas - documentos internos, 2021.

Nota: Lista de Siglas.

Como norteador para o planejamento e condução das oficinas foi considerado o PDR em Saúde, utilizando como base a distribuição dos Hospitais nas 14 Macrorregiões de saúde - Centro, Centro Sul, Jequitinhonha, Leste, Leste do Sul, Nordeste, Noroeste, Oeste, Sul e Triângulo do Sul, Norte, Triângulo do Norte, Vale do Aço e Sudeste.

Assim, por uma avaliação que considerou a experiência dos atores que conduziram as oficinas, foi planejada uma sequência de ordem de prioridade das macrorregiões. Para definição da ordem temporal das macrorregionais foram ponderados quesitos como: (i) Priorização de macrorregiões menos extensas ou que já possuíam uma organização de rede mais consolidada, até que a equipe obtivesse expertise na condução; e (ii) Otimização de momentos conjuntos de macrorregiões que possuem fluxos assistenciais comuns (exemplo: Sudeste e Leste do Sul).

Desse modo, através de um Memorando-Circular, foi enviado para todas as Unidades Regionais de Saúde (URS) um cronograma prévio de oficinas territoriais, de acordo com o Quadro 1 abaixo. Ao longo do percurso essa programação precisou de alguns ajustes, de modo que o encerramento das oficinas se efetivou apenas em outubro de 2021.

Quadro 1: Programação Prévia das Oficinas – 2021

PROGRAMAÇÃO PRÉVIA DAS OFICINAS - 2021			
Macrorregião	Semana Prevista (jun. e jul.)	Macrorregião	Semana Prevista (ago. e set.)
Jequitinhonha	28/6	Noroeste	13/8
Nordeste	29/6	Triângulo do Sul	13/8
Vale do Aço	30/6	Triângulo do Norte	13/8
Leste	19 a 23/7	Centro	16 a 20/8
Norte	20 a 23/7	Sul	23 a 27/8
Leste do Sul	26 a 30/7	Oeste	10/9
Sudeste	27 a 30/7	Centro Sul	10/9

Fonte: Elaboração da equipe de condução das oficinas - documentos internos, 2021.

Juntamente com esse planejamento, foram enviadas orientações acerca da programação padrão de cada oficina, as estratégias de organização e materiais de estudo para as oficinas. Nesta etapa de preparação foi produzida, pela equipe central que estaria envolvida no processo, uma apostila, que pode ser acessada no link [https://www.saude.mg.gov.br/images/1\\_noticias/09\\_2021/03-jul-ago-set/valoraminas/Apostila\\_oficina\\_valor.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/1_noticias/09_2021/03-jul-ago-set/valoraminas/Apostila_oficina_valor.pdf).

Também foi ofertada uma capacitação para as equipes que estariam envolvidas, em nível central e regional da SES-MG, por plataforma zoom, com duração média de 10,5 horas, distribuída em quatro encontros. Esses encontros foram gravados e a gravação foi disponibilizada para estudos internos. Tal momento foi um importante ponto de partida para estudo e preparação dos (as) trabalhadores (as).

Importante destacar que apesar da previsão expressa de realização das oficinas nas normativas estaduais, não havia definição clara da intencionalidade deste processo, sendo de conhecimento dos(as) trabalhadore(as) apenas que esse momento seria o de definição dos beneficiários da Política.

Assim, diante da premissa da Política de **progredir de um modelo de programas estaduais com foco nos hospitais para um modelo de política estadual com foco nos territórios**, a programação das oficinas foi elaborada. Como descrito no Quadro 2, a programação padrão previu as seguintes atividades:

Quadro 2: Programação-padrão das oficinas, 2021.

<b>PROGRAMAÇÃO, ATIVIDADES E PÚBLICO ALVO (2021)</b>			
<b>Horário</b>	<b>1º dia</b>	<b>2º dia</b>	<b>3º dia</b>
09:00 – 12:00	Momento 1 - Apresentação: Critérios de elegibilidade, função assistencial, metodologia de alocação de recursos	Hospitais de relevância microrregional e plataformas <sup>1</sup>	Momento 4 - Apresentação: definições tomadas junto aos gestores municipais
12:00 – 13:00	ALMOÇO	ALMOÇO	ALMOÇO
13:00 – 17:00	Momento 2 – debate sobre Hospitais de relevância microrregional e plataformas <sup>1</sup>	Momento 3 - Hospitais de relevância macrorregionais <sup>2</sup>	Momento 5 - Próximos passos, transição dos programas e monitoramento do programa

<sup>1</sup> Definição dos hospitais beneficiários e incentivo financeiro relacionado aos serviços que oferta/ Horário fragmentado por microrregião – vide organização local

<sup>2</sup> Definição dos hospitais beneficiários e incentivo financeiro relacionado aos serviços que oferta

Fonte: Elaboração da equipe de condução das oficinas - documentos internos, 2021.

O Momento 1 era conduzido pela coordenação da Política, em formato de exposição dialogada, com a presença de gestores municipais e prestadores, abordando os principais aspectos teóricos dos Módulos Valor em Saúde e Hospitais Plataforma.

Os momentos 2 (sob o prisma de cada microrregião) e 3 (sob o prisma da macrorregião) tinham um formato de fato de oficina, destinado aos gestores municipais e conduzido conjuntamente por referências do nível central da SES-MG e URS. Nessas etapas da oficina eram apresentados dados oficiais que subsidiavam a análise das redes locais e lembrados critérios de elegibilidade, para então, ser feita a tomada de decisão conjunta com definição dos hospitais que seriam beneficiados e incentivo financeiro relacionado aos serviços que ofertariam. Uma vez que o Momento 2 ocorria separadamente com os gestores municipais de cada microrregião, em territórios com maior volume de microrregiões a programação se estendia por mais dias, sendo estimada duração de 2 horas para discussão de cada microrregião.

Os Momentos 4 e 5 envolviam novamente os prestadores, sendo apresentados os resultados da oficina, as decisões tomadas entre gestores municipais e estaduais. O Momento 4 era conduzido pelas referências das URS, com suporte do nível central, apresentando a definição dos serviços de cada microrregião e a relação com os papéis previstos para cada plataforma/tipologia. Já o Momento 5 era assumido novamente pelo nível central da SES-MG,

já em vias de finalização da oficina, com enfoque nos próximos passos de implantação e monitoramento da Política.

É importante salientar que a definição entre formato presencial ou remoto de condução das oficinas dependeu da situação epidemiológica e assistencial da COVID-19 em Minas Gerais. De modo geral, todas regiões foram conduzidas de modo virtual, apenas com deslocamento da equipe do nível central na macrorregião inicial. Nas demais regiões, a equipe das unidades regionais se deslocou para Belo Horizonte.

Na semana anterior à programação das oficinas, eram realizados encontros virtuais com as Unidades Regionais de Saúde (URS) e regionais do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde Minas Gerais (COSEMS-MG), para alinhamento interno acerca da condução das oficinas e identificação de possíveis pontos de tensão ou de interesse. Para isso as comunicações entre nível central e as 28 regionais foram realizadas com pontos focais anteriormente indicados pelas regionais e pela Coordenação de Gestão Hospitalar, que participou mais ativamente desse processo de organização das oficinas.

Para que todo o processo de implantação da Política Hospitalar Valora Minas ocorresse, uma decisão de planejamento foi de fundamental importância: a definição de que as oficinas eram promovidas pelos Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar, instituídos pela Deliberação CIB-SUS/MG nº 3216/2020, uma instância bipartite - gestores municipais e estaduais:

Os Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar são espaços formais de monitoramento, avaliação e proposição de melhorias do complexo hospitalar de Minas Gerais em consonância com a Política de Atenção Hospitalar de Minas Gerais – Valora Minas e as diretrizes das Redes de Atenção à Saúde que possuem a unidade hospitalar como ponto de atenção (MINAS GERAIS, 2020d, Art.1, p.1).

A deliberação aprovada em CIB prevê que tais comitês sejam compostos por:

1. Os Dirigentes Regionais (Superintendente ou Gerente) das Unidades Regionais de Saúde (URS) que compõem a Macrorregião de Saúde;
2. 1 (um) representante de cada cidade polo da Macrorregião de Saúde;
3. 1 (um) representante de cada Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Minas Gerais (COSEMS) regional;
4. O Coordenador Estadual da Central de Regulação da Macrorregião de Saúde;
5. 1 (um) representante da Coordenação de Vigilância Sanitária (CVS);
6. 1 (um) representante da Coordenação de Regulação (CREG); e
7. O Coordenador de Atenção à Saúde (CAS) e uma referência técnica da Urgência e Emergência e da atenção primária à saúde (MINAS GERAIS, 2020d, Art.3, p.3-4).

Considerando que as oficinas possuíam caráter técnico e político, para o sucesso de sua organização e condução, foi fundamental o envolvimento ativo e comprometido das referências técnicas e diretores/superintendentes regionais de saúde e do nível central, bem como os gestores municipais e prestadores das instituições hospitalares. Considerando as especificidades de cada região e do perfil das equipes locais, observamos uma heterogeneidade desse envolvimento. Desse modo, algumas unidades regionais de saúde demonstraram maior envolvimento, o que contribuiu para a continuidade de implementação da política.

Ainda na etapa de preparação para as oficinas, a DAHUE elaborou um convite padrão, destinado aos gestores e prestadores para a realização das oficinas, que era encaminhado pelas URS para o público-alvo, conforme modelo abaixo:

Figura 5: Modelo de convite padrão, 2021.



Fonte: Elaboração da equipe de condução das oficinas - documentos internos, 2021.

### 4.3 Pé na estrada!

A 1ª oficina, denominada de Oficina Piloto, foi realizada localmente no território da Macrorregião Jequitinhonha, nos dias 29 e 30 de junho e 01 de julho de 2021. Foi uma oficina que demonstrou que os momentos de negociação exigiriam da equipe muito consenso, estudo e articulação política. Nesse sentido, ao final da oficina foi realizado um *debriefing*, coletando informações para o planejamento das demais. Neste momento, a equipe envolvida entendeu que para o planejamento de datas e locais das demais macrorregiões, além do cenário

epidemiológico e assistencial da pandemia, precisaria considerar o tempo de deslocamento das referências do nível central, o que inviabilizaria a condução de tantas oficinas em pouco tempo. Assim, a inventividade levou a considerar a opção que se mostrou mais viável: o deslocamento das referências de cada URS para a Cidade Administrativa de Minas Gerais.

Analisando os pontos citados acima, revisamos o cronograma das macrorregiões, com a condução em Belo Horizonte, onde recebíamos as referências técnicas regionais para continuarmos os trabalhos. Essa ação possibilitou continuidade dos trabalhos rotineiros da equipe do nível central, e simultaneamente condução das oficinas, causando uma aproximação dos técnicos regionais aos técnicos centrais, resultando em troca de saberes e conhecimentos, mas por outro lado exigiu dos técnicos centrais a habilidade de conciliar agendas e buscar reduzir sobrecargas.

Nesse sentido, preparamos o ambiente com a estrutura necessária para o acolhimento da equipe técnica das Unidades Regionais de Saúde, obedecendo os protocolos sanitários exigidos naquele período. Em face do cenário pandêmico à época, em que várias regiões do estado estavam com medidas restritivas quanto ao funcionamento de hotéis, restaurantes e entre outros estabelecimentos comerciais, tivemos que utilizar de várias medidas sanitárias envolvendo confirmação de vacinação de servidores contra a COVID-19, restrição do acesso para aqueles sem apresentar sintomas gripais, visando segurança de todos. Na sequência das atividades, conduzidas no nível central da SES-MG, foram mantidas as medidas de uso de máscaras e preenchimento de formulário com ateste de ausência de sintomas.

Destaca-se a função primordial da Gestão Participativa dentro das Oficinas Valora Minas, onde toda a construção quanto a adoção de práticas e mecanismos resultou em novas transformações em ações em saúde. Nesse sentido, durante as oficinas foram selecionados, de forma participativa, os serviços que seriam beneficiados pelos módulos da Política Valora Minas, com definição de tipologias e valores agregados.

Um dos pilares da oficina foi justamente o engajamento da ação intersetorial em que as referências técnicas locais foram fundamentais quanto ao papel de articular o território a ser trabalhado, envolvendo gestores municipais, representantes das instituições hospitalares, apoiadores locais do COSEMS para que pudéssemos construir de forma equânime a política hospitalar voltada àquele território. A participação dos entes do COSEMS-MG e municípios cancelava a metodologia da Política e a decisão do território das tipologias hospitalares e consequente alocação dos recursos.

#### **4.4 Muitos encontros e atores, a cada episódio: Luz, câmera, ação!**

Seguindo a programação proposta no cronograma, foram realizados muitos encontros, marcados pelo misto de sentimentos dos trabalhadores (as) como ansiedade e o medo natural de propor novas formas quanto aos critérios de elegibilidade, função assistencial, potenciais beneficiários, metodologia de alocação de recursos e tipologia das instituições hospitalares. Isso foi ainda mais evidente para àqueles que pela primeira vez foram chamados a participar de forma coletiva, onde tiveram a chance de ouvir, falar, negociar e propor também soluções dentro do escopo da Valora Minas.

Foram registrados momentos de partilha, elogios e desabafos por parte de gestores quanto à dificuldade de alguns serviços pactuados em programas anteriores, no qual os usuários SUS sequer tiveram acesso. Foram surgindo várias situações que demandavam estratégias de dribble por parte da equipe da SES-MG, principalmente por parte dos prestadores das instituições hospitalares que reivindicavam a participação na etapa de decisão quanto a alocação de recursos. Eles foram apartados desta etapa visto que, pelo entendimento dos técnicos da SES-MG, as políticas públicas de saúde são desenvolvidas por gestores municipais e estaduais, e, os interesses diversos poderiam levar a decisões distantes da necessidade da população. Assim, foi considerado que não cabia a composição desta etapa por parte desses representantes institucionais.

Como elemento surpresa, houve dificuldades por parte de alguns dirigentes institucionais e até mesmo gestores municipais quanto à propriedade de todo conteúdo elencado na construção da Política Hospitalar de Minas Gerais, apresentando dúvidas que poderiam ter sido sanadas caso fizessem leituras mais profundas do material, e orientações prévias das oficinas. Tal fato colaborou com o aumento do tempo demandado pelas oficinas, nos levando a extrapolar horários, como discussões até às 22 horas.

Também resultaram nessas dificuldades o enfrentamento de situações assistenciais históricas que na nova política não poderiam ser mantidas, como a restrição do atendimento de porta de urgência ao SUS em instituições contempladas com programa estadual de urgência e emergência.

Outro ponto a ser destacado foi o fato de que historicamente alguns polos de microrregiões não se estruturaram para ser referência regional em saúde, resultando em embates durante as oficinas sobre a alocação do recurso regional nesses serviços, o que foi mediado pela governança entre COSEMS regional e SES-MG regional.

A Política Valora Minas representa um saldo de incrementos significativo comparado ao aporte de 2020 (se considerarmos somente os módulos valor em saúde e hospitais

plataforma, além dos valores de recomposição, observamos incremento médio de 49%). Todavia, após as oficinas macrorregionais, identificamos que algumas macrorregiões/microrregiões teriam deduções justamente por considerar nesta feita uma distribuição equânime nos territórios. Esse cenário foi mais comum em regiões as quais, na política hospitalar anterior, foram beneficiadas de modo adicional ao restante do estado. Assim, para que houvesse uma transição gradual das políticas anteriores para a nova alocação de recursos via Valora Minas, foi aprovada a Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.607/2021 e Resolução SES/MG nº 7.845/2021, que trata da recomposição dos valores por 3 anos.

Salienta-se que as oficinas de implantação da Política Valora Minas demonstraram a existência de vários gestores comprometidos com a saúde pública local, buscando no diálogo e nas articulações respostas concretas para solução das especialidades que tem vazios assistenciais. O encontro com estes atores produziu nos trabalhadores(as) da gestão estadual um sentimento de satisfação e esperança em relação ao cenário de saúde estadual.

Como mencionado anteriormente, estávamos na fase emergencial da pandemia de COVID-19, e tentamos ao máximo preservar a saúde dos envolvidos, bem como otimizar o tempo para a conclusão de 14 oficinas dentro prazo, envolvendo 28 URS. Além disso, era preciso levar em conta o número de referências técnicas do nível central que além de executar as atividades das Oficinas Valora Minas, também possuíam outras funções rotineiras de gestão, período de gozo de férias, possíveis afastamentos por algum agravo, e entre outras possibilidades de redução do quadro da equipe. Assim, todo este cenário exigiu grande flexibilidade e habilidade de comunicação da equipe que coordenou a logística das oficinas.

#### **4.5 Produto final do processo de implantação da política: a fotografia de um tempo e esforço.**

Com fundamento na realização das 14 oficinas macrorregionais, foram produzidos importantes documentos norteadores e deliberativos para o funcionamento da Política Hospitalar, em especial a definição de beneficiários, papéis e valores do incentivo estadual associados. Os produtos das oficinas territoriais de implantação da Política Hospitalar Valora Minas foram pautados em instâncias de decisão relacionadas a Política, como a CIB-SUS/MG, CIB Macro, e CIB Micro, Grupo Condutor Estadual de Atenção Hospitalar, Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar, Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção às Urgências, Comitês Gestores Regionais das Urgências, e Grupo Condutor Estadual da Rede Cegonha.

Dentre os produtos das oficinas de implantação dos módulos Valor em Saúde e Hospitais Plataforma da Política Hospitalar Valora Minas, destacam-se: (i) os Pareceres das

Unidades Regionais de Saúde, (ii) Pareceres técnicos do Nível Central da SES/MG, (iii) Notas Técnica SES/URS, (iv) Formulários de Pactuação CIB Micro, (v) Planilhas com a distribuição dos recursos do módulo Valor em Saúde, e (vi) Notas técnicas da Coordenação de Atenção à Saúde/URS aprovando as pactuações.

No que tange a alocação de recursos vinculados à microrregião/macrorregião de origem nos pontos de atenção, foi preenchida, durante cada oficina, uma planilha síntese, apresentada em Figura 6, como um documento oficial elaborado por todos os presentes nas oficinas (SES-NC, SES-URS e gestores municipais).

Figura 6: Planilha de planejamento Etapas das oficinas – Alocação de recurso, 2021.

ETAPAS DAS OFICINAS - Alocação de Recursos (2021)												
Especialidade	Categoria	CNES	Hospital	Classificação	Município	Microrregião	Macrorregião	Recurso p/ Linha e Categoria	% Recurso não Alocado	% Recurso Sugerido	% Escolhido	Recurso p/ Hospital
Cirurgia Vascular, Cardiologia, Clínica Geral, Nefrologia, Oncologia, Ortopedia, Plástica, Urologia, Pediatria, Ginecologia e etc.	1 OU 2	.00000000	Hospital XXXXX	Macrorregional, Macrorregional complementar, Microrregional, Microrregional Complementar	XXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	R\$ 000.000,00	0%	R\$ 0,00	0,00% pode variar de 0 até 100%	R\$ 0.000,00

Fonte: Elaboração da equipe de condução das oficinas - documentos internos, 2021.

Conforme previsto na metodologia de implantação do módulo Valor em Saúde, a definição do elenco dos hospitais elegíveis para o módulo, bem como o preenchimento da planilha ocorreu durante as oficinas com os gestores e sua alteração implicaria em uma nova oficina de implantação, sendo, portanto, vedadas alterações por interesses individuais de prestadores/gestores. Revisões anuais na alocação de recursos estão previstas. Ademais, quadrimestralmente a planilha de origem-destino por especialidade e categoria (Categoria 1 e 2), utilizada como subsídio para alocação de recursos, será enviada para o Comitê Gestor de Atenção Hospitalar para subsidiar a avaliação do fluxo assistencial, juntamente com os demais indicadores de avaliação do desempenho do complexo hospitalar da região.

Quanto à legislação, destacamos como produtos das oficinas as deliberações abaixo, que contemplam o elenco de hospitais beneficiados pelo Valora Minas:

- Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.589/2021 que aprova o elenco de hospitais, tipologia e o respectivo valor de incentivo financeiro anual para o Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, e dá outras providências.
- Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.606/2021 que aprova o elenco de hospitais, tipologia e o respectivo valor de incentivo financeiro para o Módulo Hospitais

Plataforma da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, e dá outras providências.

Ademais, demonstrando muito trabalho, articulação e comprometimento com os usuários do SUS, listamos abaixo alguns números significativos sobre as oficinas (figura 7):

Figura 7: Número de Oficinas Valora Minas, 2021.



OFICINAS TERRITORIAIS EM NÚMEROS
33 Reuniões/145 horas de alinhamento
14 Oficinas de implantação
515 horas em média de oficinas
3400 profissionais/ 79 técnicos da SES/MG
314 pactuações/ 206 Pareceres Técnicos
314 hospitais beneficiados
<b>R\$802.476.020,11/ano de recursos alocados</b>

Fonte: Elaboração da equipe de condução das oficinas - documentos internos, 2021.

## 5. DISCUSSÃO

Desenvolver políticas públicas de saúde no Brasil, em tempos de desfinanciamento, é desafiador para qualquer trabalhador. Mas a atenção hospitalar sempre foi a mais favorecida, havendo também a necessidade da busca da eficiência, de quebrar alguns vícios e rótulos de ações do passado, que se tornaram obsoletos no que tange a assistência hospitalar, parecendo ser algo impossível de colocar em prática. Relacionados a este contexto foram encontrados vários entraves ao longo das oficinas de implantação da Política Valora Minas, o que motivou a equipe técnica para buscar novas soluções.

As oficinas da Política de Atenção Hospitalar Valora Minas envolveram uma equipe interdisciplinar composta por profissionais da enfermagem, em sua maioria, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional, biomedicina, contabilidade, odontologia, educação física, administração, servidores administrativos terceirizados e estagiários. Todos oferecendo e partilhando seus saberes e conhecimentos para tecer essa construção com solidez.

Assim, a forma de conduzir esse processo pode ser aproximada do conceito de RAS apresentado no capítulo “Conceitos e categorias analíticas”. Assim como as RAS em que todos os componentes necessitam funcionar em sincronia, cada referência técnica se tornou parte de uma engrenagem, transmitindo potência em forma de entregas para a população.

Tal construção sólida pode ser vislumbrada também na elaboração da Apostila do Participante, onde utilizamos todo nosso conhecimento teórico-acadêmico atrelado a experiência em políticas públicas de saúde, para produzir uma material base utilizado por todos os participantes envolvidos nas oficinas. Esse aspecto pode ser utilizado para evidenciar o protagonismo e o pertencimento dos trabalhadores (as) na gestão da saúde em âmbito estadual. Cada parágrafo do citado manual foi fruto de estudo e troca de saberes, conhecimentos e informações entre nós técnicos, assim como falas pronunciadas e documentos redigidos durante o período das oficinas.

As ações desenvolvidas durante os vários dias de oficinas Valora não foram realizadas apenas como mais um dia comum vencido de trabalho, e sim como dias de superação, perpassados pelo medo de não atingir os objetivos propostos, ansiedade, cansaço devido a entrega ao trabalho; mas também satisfação profissional, oportunidade de partilhas. Esse envolvimento pode ser tratado em termos de implicação dos servidores da SES-MG, percebida também nos discursos e condutas de alguns gestores municipais. Sob o referencial de Ceccim, essa implicação é tratada em termos de aprendizagem significativa, fundamental para a promoção de mudanças no cotidiano de trabalho:

[...] os serviços são organizações complexas em que somente a aprendizagem significativa será capaz de adesão dos trabalhadores nos processos de mudanças no cotidiano (CECCIM, 2005, p.161).

Acreditamos que tamanha implicação dos (as) trabalhadores (as) pode ser resultante da metodologia selecionada para a condução da implantação da Política Valora Minas – o formato de oficinas, analisado pelo referencial da EPS.

A escolha por oficinas convida aos participantes a se abrirem para a imprevisibilidade e com isso a capacidade de improvisar/inventar/convencer. Nesse sentido, a importância ou vantagem de trabalharmos com oficinas é que é necessário aplicar vários métodos com o objetivo de responder a elementos-surpresa como a necessidade de um diagnóstico territorial e a busca por informações complementares que não foram apresentados anteriormente. Neste caso, durante as oficinas, observamos a utilização, por exemplo, da ferramenta do DRP- Diagnósticos Rápidos Participativos que resultou em soluções construídas coletivamente, com envolvimento de gestores municipais, estaduais e prestadores, fornecendo informações importantes para tomada de decisões e enfrentamento de situações-problemas históricas:

Diagnóstico participativo é um método utilizado para fazer levantamento da realidade local. Este levantamento é feito com a participação das lideranças locais, ou por qualquer outro integrante de um grupo definido, deve conter os principais problemas da localidade em todas as áreas (social, econômica, cultural, ambiental, físico-territorial e político-institucional) (CERQUEIRA, 2021. p.09).

Portanto, conseguimos aproximar a experiência relatada dos conceitos da EPS, uma vez que a construção dos *modos operandi* foi feita coletivamente, com sensibilidade no que se refere ao público presente nas oficinas e com constantes processos de reflexão e ajustes para a próxima oficina (condução de oficina piloto). Cada apresentação de planilhas de valores, possíveis instituições beneficiadas, diagnósticos dos vazios assistenciais, legislações norteadoras, apresentações em PowerPoint, dados demográficos, formulários e entre outros instrumentos formulados pela equipe, foi feita com embasamento, implicação, dedicação e zelo. Ademais o engajamento se deu em resposta a situações vividas no cotidiano.

Entretanto, a aproximação entre as oficinas e a EPS se deu mais por iniciativas individuais do que por processos formais amparados pela instituição. Costumo dizer entre meus colegas de trabalho que nós somos autodidatas quanto à resolução imediata ao fluxo das demandas laborais do dia a dia, afinal conseguimos analisar, avaliar e executar as políticas públicas de saúde com eficácia, porém sem tempo ou planejamento para capacitações, atualizações, treinamentos e entre outras ações educativas que consequentemente, aumentariam a qualidade dos serviços de saúde.

Diante disso, reforçamos que, dentre as estratégias institucionais de EPS, é necessário estreitar os laços junto à ESP-MG, que não fora diretamente envolvida no processo de implantação da Política Valora Minas, visto que a sua presença e envolvimento poderia fomentar à formação, qualificação e valorização dos trabalhadores do SUS.

Na conformação operacional e conceitual da PNEPS no Brasil se destacam os equipamentos de ensino do SUS, incluindo as escolas de saúde pública e escolas técnicas. Em conjunto com demais estruturas de formação, esses dispositivos de ensino trabalham em prol da promoção e divulgação de desenhos educacionais construídos com e para o coletivo de atores do SUS (CECCIM, 2005).

Neste diapasão de debate sobre iniciativas institucionais que fomentem a EPS, é importante considerar a implementação da gestão participativa como um recurso estratégico para a gestão do trabalho e da educação na saúde, possibilitando o ordenamento da formação e do desenvolvimento permanente dos trabalhadores. E, por ser uma estratégia para a aprendizagem coletiva, a partir das práticas e do trabalho, é que a EPS é parte constitutiva da gestão democrática, ou seja, ela é uma estratégia para a gestão participativa (MEDEIROS, et al, 2010).

A Política de EPS aponta o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, com dispositivos que ampliem os espaços para o exercício do diálogo, integração, participação, troca de experiências e de conhecimentos e a busca de respostas e soluções coletivas para problemas que impedem a atenção integral e de qualidade. Ao mesmo tempo, estimula a formação e o desenvolvimento de profissionais que atendam às necessidades dos serviços públicos, a partir de interesses e prioridades identificados pelos próprios sujeitos envolvidos na saúde (SARRETA, 2009, p.25).

Diante dos apontamentos acima, destaca-se a necessidade da implementação da Gestão Participativa nos processos de políticas públicas de saúde da SES-MG, envolvendo todos os atores necessários como protagonistas:

Gestão participativa é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade (BRASIL, 2007, p.6).

Posto isso, em Minas Gerais, mesmo em passos lentos, foi realizado o I Seminário de Gestão Participativa da SES/MG, em 2015 onde foram eleitos os representantes dos trabalhadores ao que tange a diversidade de atores envolvidos na formulação e execução das políticas públicas de saúde no Estado de Minas Gerais. Além disso, diante da necessidade de incentivar sua efetiva participação, foi elaborada, por várias mãos, a Resolução Conjunta SES-MG/ FHEMIG/ FUNED/ ESP-MG/ HEMOMINAS/ N° 242, de 10 de dezembro de 2018,

instituindo o Grupo Condutor Estadual de Gestão Participativa (GCGP), no âmbito do Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Entretanto não se vê nenhuma movimentação formal ou articulação para que o Grupo Condutor Estadual de Gestão Participativa cumpra de fato seus objetivos, dispostos no art. 2º da referida Resolução:

Art. 2º – Constituem objetivos do GCGP:

I – Formular, propor, implantar e avaliar a Política de Gestão Participativa e suas diretrizes no Sistema Estadual de Saúde;

II – Desenvolver mecanismos de participação dos trabalhadores nas etapas do ciclo de orçamento, planejamento, implementação e avaliação das políticas públicas do Sistema Estadual de Saúde;

III – Incentivar o uso e o desenvolvimento de metodologias que incorporem múltiplas formas de expressão e linguagens de participação dos trabalhadores, por meio da internet, com a adoção de tecnologias livres de comunicação e informação, especialmente, softwares e aplicativos; e

IV – Incentivar e promover as ações de apoio institucional, bem como a formação e qualificação em gestão participativa para trabalhadores (as) e gestores (as) (MINAS GERAIS, 2018, Art 2, p.2-3).

Importante ainda discutir os achados pensando na vastidão territorial do mapa de Minas Gerais, que, com 853 municípios distribuídos em 14 macrorregiões de saúde, possui uma infinidade de possibilidades, territórios diversos no que tange a oferta de serviços de saúde e malha viária deficitária em muitos locais. Assim, sob a perspectiva do referencial de RAS, destacamos que esses desafios da rede e dos territórios mobilizaram a definição de critérios de elegibilidade da Política e conseqüentemente, ao longo das oficinas, a discussão de soluções eficazes e eficientes para as macrorregiões. Foi por este olhar que a organização das oficinas foi baseada na regionalização e considerando os fluxos existentes.

Também a aproximação das referências técnicas do nível central com os territórios foi de suma importância, pois criamos e aprofundamos vínculos com a gestão local e representantes das instituições hospitalares e nossos maiores parceiros que são as referências técnicas regionais. Afinal, todos nós fomos responsáveis pela implantação da nova política hospitalar, visando o objetivo comum de que funcione, atenda à população e preencha os vazios assistenciais que existem. Podemos ser considerados os guardiões da Política Valora Minas e temos a segurança em afirmar que o aporte financeiro para a assistência hospitalar foi alocado conforme o planejamento citado ao longo desse relato e com indicativos de que trará bons resultados para a população.

Mediante o exposto nos resultados, evidenciamos que as oficinas de implantação da Política Valora Minas, realizadas no ano de 2021, envolvendo vários atores e conduzida por nós trabalhadores da Saúde, tem potencial de possibilitar a ampliação do acesso da população

aos serviços hospitalares locais, respostas em tempo hábil quanto às necessidades em saúde, mais eficiência à alocação de recursos, otimizando a organização da assistência em saúde.

Através das oficinas foi possível mensurar as diferenças em relação à vulnerabilidade assistencial hospitalar, diferenciando cada território, resultando numa melhor distribuição de recursos de acordo com as especialidades de média e alta complexidade, o que contribui para a diminuição dos vazios assistenciais.

Assim, para que possamos ampliar a assistência hospitalar diminuindo os vazios assistenciais, o princípio da “equidade” foi utilizado como verbo, para ofertar mais serviços em saúde a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidados, reconhecendo as diferenças territoriais quanto as condições de vida e saúde e necessidades das pessoas. Esse princípio foi incorporado pela equipe envolvida nas oficinas, não sendo apenas uma postulação teórica da Política Valora Minas. Assim também podem ser considerados outros princípios do SUS nessa trajetória - Universalização, Integralidade, Regionalização e Hierarquização.

Eu, profissional da Administração Pública inserida na saúde pública desde 2011, me sinto confortável em destacar na Política Valora Minas ainda outros princípios como da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência, todos utilizados e respeitados na elaboração e implantação da política hospitalar, como na execução das oficinas.

Noutro modo, considero importante destacar que as oficinas não envolveram de forma sistemática os órgãos de controle social, em especial o Conselho Estadual de Saúde e conselhos municipais de saúde. Nestes espaços, dentre sua composição, concentram-se 50% de representantes Usuários SUS. Os referenciais teóricos apontam a importância da participação social, considerando que a perspectiva da participação social nas políticas públicas de saúde é considerada uma das formas mais avançadas de democracia, ao determinar uma nova relação entre o Estado e sociedade e fortalece a democratização da gestão pública em saúde, de modo que as decisões sobre as ações na saúde sejam negociadas com representantes da sociedade, conhecedores da realidade de saúde das comunidades (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Assim, diante dos referenciais teóricos utilizados neste estudo, a desconsideração do princípio da Participação Popular pode ser vista como uma limitação da forma de condução das oficinas. O controle social inserido nesse processo seria fundamental uma vez que foram tomadas decisões importantes sobre os serviços que seriam beneficiados pelos módulos da Política Valora Minas, com definição de fluxos, tipologias e valores agregados.

A população participaria do processo das oficinas como umas das partes mais interessadas quanto ao controle da política hospitalar em Minas Gerais. Mas é claro que essa

escolha demandaria também ajustes importantes na metodologia, como um cuidado de tradução de conceitos teóricos, comumente já apropriados por gestores e profissionais da saúde.

Por fim, sob a perspectiva do referencial de gestão hospitalar, uma estratégia que merece destaque na experiência relatada foi o amparo da condução das oficinas no uso de informações, indicadores e dados, que se tornavam evidências dos gargalos, necessidades dos territórios e potenciais de cada instituição hospitalar. De modo que, por exemplo, para que a alocação de recursos fosse efetuada de forma justa, uma das ferramentas essenciais foram os dados assistenciais (indicadores de resolubilidade, produção hospitalar, comparação de série histórica, taxa de ocupação, internações por condições sensíveis a atenção primária, etc.) levantados e tratados.

Consequentemente, hospitais de pequeno e médio porte que anteriormente não eram contemplados pelas políticas hospitalares, se beneficiaram e se toraram importantes no contexto regional a partir do seu vocacionamento, com expectativas de que com o recebimento de investimentos serão mais resolutivos e importantes para o território.

Quanto aos produtos gerados ao longo das oficinas, é possível afirmar mais uma vez o trabalho realizado em redes, visto que os Pareceres Técnicos envolveram as análises das referências técnicas das seguintes coordenações: Coordenação de Atenção às Urgências e Emergências, Coordenação de Gestão Hospitalar, Coordenação de Saúde Bucal, Coordenação Materno Infantil e Diretoria de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e Núcleo de Informações. Esse movimento mobilizou trabalho em sincronia que se mostrou novo para os técnicos das diversas áreas, gerando a necessidade de novos olhares que ampliam a perspectiva apenas do “meu setor”/ da “minha rede” para um movimento intersetorial e de olhar integral sobre as necessidades dos territórios e da população.

Como mencionado anteriormente as políticas públicas são conduzidas de modo cíclico, sendo a etapa de monitoramento e avaliação fundamental. Assim, importante relatar que a sistemática de monitoramento e avaliação da Política seguirá as diretrizes constantes nas Deliberações CIB-SUS/MG nº 3.214 e 3.215, de 16 de setembro de 2021 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.594, de 05 de novembro de 2021. Também os produtos e materiais registrados nas oficinas serão instrumentos de monitoramento que permitirão avaliar o cumprimento dos papéis e reformular as redes, a partir de novas demandas e necessidades.

De modo operacional, em 2022, têm sido conduzidos pelas diretorias da SRAS os ciclos avaliativos macrorregionais, compostos pelas seguintes etapas: (i) Atividades preparatórias, (ii) Preenchimento de formulários avaliativos pelos serviços de saúde, (iii) Análise da resposta aos formulários e seleção dos serviços para visitas virtuais e/ou

presenciais, (iv) Realização de visitas virtuais, (v) Realização de visitas presenciais, e (vi) Reunião dos Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência. Os ciclos permitem continuar promovendo encontro de atores que constroem o SUS em Minas Gerais e etapas contínuas de EPS.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relato de experiência apresentado e discutido nos leva a perceber que a forma de condução da implantação da política atendeu em partes aos anseios dos (as) trabalhadores (as) da gestão estadual e ao mesmo tempo permitiu aproximação com os territórios ao ponto de considerar as necessidades locais.

Nestas considerações finais destacamos recomendações para outros processos de implantação de políticas ou mesmo aprimoramentos na condução da Política Hospitalar Valora Minas e da gestão estadual de saúde.

Ademais, as discussões apresentadas demonstram que há necessidade de investir institucionalmente na EPS e gestão participativa na SES-MG, fomentando a aptidão e habilidade de cada trabalhador para a execução das políticas públicas de saúde. Nosso produto final sempre será a satisfação do cliente que, neste caso, são os usuários (as) SUS, contemplados pelos serviços de saúde com qualidade e em tempo hábil. Acreditamos que essa perspectiva permitirá valorar ainda mais os trabalhadores (as) da saúde, reduzir sobrecarga de trabalho e sentimentos de solidão e exigências autodidatas, sem, porém, minar aspectos tão valiosos dos processos individuais vislumbrados nas oficinas - inventividade/ criatividade e implicação dos trabalhadores (as).

Assim, mesmo com dificuldades para obter mecanismos institucionais que amparassem a participação de trabalhadores e a apropriação do uso de conhecimentos de gestão, foi possível entregarmos para a população a renovada Política de Atenção Hospitalar estadual - Valora Minas, uma forma de valorar serviços de saúde.

Sendo assim, sugere-se que entre os atores protagonistas das próximas revisões quanto ao Valora Minas, possa contar com a participação social para a contribuição quanto ao planejamento, elaboração e fiscalização, fomentando a nossa democracia.

Lado outro, a realização dessa etapa de implantação do Valora Minas, constituiu um tempo de muito aprendizado e superação, com destaque muito positivo para a aproximação das equipes do nível central e regional, o que facilita bastante a compreensão das realidades presentes em cada esfera e auxilia na coesão das ações de saúde a serem implantadas nos territórios.

Diante da experiência vivenciada concluo que todas as dificuldades encontradas na realização das oficinas, as quais corresponderam apenas à etapa inicial para implantação do programa Valora Minas, são recompensadas diante dos benefícios dessa política tão bem

estruturada e que já tem apontado resultados assistenciais positivos para a população SUS dependente mineira.

## REFERÊNCIAS

ALMG. Assembleia Legislativa de Minas Gerais. Decreto nº 45468, de 13 de setembro de 2010. Dispõe sobre as normas de transferência, controle e avaliação das contas de recursos financeiros repassados pelo fundo estadual de saúde. **Minas Gerais: Assembleia Legislativa de Minas Gerais**, 2010. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:minas.gerais:estadual:decreto:2010-09-13;45468> Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. 1998. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em 17 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos\\_restritos/files/documento/2020-05/10\\_portaria\\_de\\_consolidacao\\_n\\_2\\_2017\\_contratualizacao\\_cosems.pdf](https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-05/10_portaria_de_consolidacao_n_2_2017_contratualizacao_cosems.pdf). Acesso em 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.410, de 30 de dezembro de 2013(\*). Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt3410_30_12_2013.html) Acesso em 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf). Acesso em 21 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS. PARTICIPASUS. Brasília – DF. 2007. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus\\_aprovado\\_2007.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/participasus_aprovado_2007.pdf). Acesso em 07 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de promoção da equidade em saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 14p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390\\_30\\_12\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html) Acesso em 01 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) Acesso em 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466/2012 que trata de pesquisas e testes em seres humanos. **Diário Oficial da União**. 13 de junho de 2013. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Indicadores de programas: guia metodológico**. Brasília: MP, 2010. 128p. Disponível em: <https://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/777/84> Acesso em 25 nov. 2021.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.61-177, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jC4gdtHC8RPLWSW3WG8Nr5k/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 25 nov. 2021.

CERQUEIRA, L. **Guia do Diagnóstico Participativo**. Brasília: Flacso, 2021. Disponível em: [https://flacso.org.br/files/2015/08/Guia-do-Diagnostico-Participativo\\_edicao2.pdf](https://flacso.org.br/files/2015/08/Guia-do-Diagnostico-Participativo_edicao2.pdf)> [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_estrategica\\_participasus\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participasus_2ed.pdf) Acesso em: 15 set. 2022.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia de Apoio à Gestão Estadual do SUS. Planejamento e o ciclo Orçamentário. 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/planejamento-e-o-ciclo-orcamentario/> Acesso em 17 nov. 2021.

DALTRO, M.R.; FARIA, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. v. 19, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/issue/view/2128> Acesso em 25 nov. 2021.

DEL NERO, C. R. O que é economia da saúde. In: PIOLA, S. F.; VIANNA, S. M. (Orgs.). **Economia da saúde: conceito e contribuição para a gestão da saúde**. Brasília: Ipea, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3036> Acesso em 17 nov. 2021.

MARQUES, A.J. S. et al. (Organizadores). Sistema estadual de transporte em saúde em Minas Gerais. In: MARQUES et al. (Organizadores) – **O choque de gestão em Minas Gerais: resultados na saúde**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MEDEIROS, A. C. et al. Gestão participativa na educação permanente em saúde: olhar das enfermeiras. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2010, v. 63, n. 1, pp. 38-42. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100007>>. Epub 16 Mar 2010. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000100007>. Acesso em 07 out. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. ISBN: 978-85-7967-075-6

MINAS GERAIS, 2013a. Resolução SES nº 0082, de 16 de maio de 2003. Institui o Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais – PRO–HOSP e fixa suas diretrizes. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2013. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=1401](https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=1401) Acesso em 10 out. 2021.

\_\_\_\_\_, 2013b. Resolução SES/MG nº 3743 de 15 de maio de 2013. Institui a Política Estadual de Atenção Hospitalar em Minas Gerais – Pro-Hosp – e estabelece os seus componentes hospitalares. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2013. Disponível em: [https://saude.mg.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=13143-resolucao-ses-mg-n-3-743-de-15-de-maio-de-2013](https://saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=13143-resolucao-ses-mg-n-3-743-de-15-de-maio-de-2013) Acesso em 10 out. 2021.

\_\_\_\_\_, 2013c. Resolução SES/MG nº 4.084, de 10 de dezembro de 2013. Estabelece as normas gerais e as regras de inclusão/exclusão de hospitais, para a Competência 2014, do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Pro-Hosp Incentivo). **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2013. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em 25 nov. 2021

MINAS GERAIS, 2020a. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.213, de 16 de setembro de 2020. Aprova a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/valoraminas/atosnormativos> Acesso em 10 out 2021.

\_\_\_\_\_, 2020b. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.214, de 16 de setembro de 2020. Aprova as normas gerais, as regras, os critérios de elegibilidade e a sistemática de monitoramento para o Módulo Valor em Saúde, da Política de Atenção Hospitalar do

\_\_\_\_\_, 2020c. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.215, de 16 de setembro de 2020. Aprova as normas gerais, as regras e os critérios de elegibilidade para o Módulo Hospitais Plataforma, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/valoraminas/atosnormativos> Acesso em 10 out 2021.

\_\_\_\_\_, 2020d. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.216, de 16 de setembro de 2020. Institui os Comitês Gestores Regionais de Atenção Hospitalar, no âmbito do Estado de Minas Gerais, e aprova seu Regimento Interno. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/valoraminas/atosnormativos> Acesso em 10 out 2021.

\_\_\_\_\_, 2020e. Resolução SES/MG Nº 7.223, de 16 de setembro de 2020.

Institui a Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, estabelece os seus módulos e dá outras providências. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em 25 nov. 2021.

\_\_\_\_\_, 2020f. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais a. **Plano de Contingência Operativo para Infecção Humana pelo SARS COV-2 (doença pelo Coronavírus – COVID-19) da Macrorregião Noroeste**. SES-MG, 2020. Disponível em: [https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/anexos/plano-contingencia/30-07\\_Plano-de-Contingencia\\_Noroeste.pdf](https://coronavirus.saude.mg.gov.br/images/anexos/plano-contingencia/30-07_Plano-de-Contingencia_Noroeste.pdf). Acesso em 14 out. 2021.

\_\_\_\_\_, 2020g. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: <https://saude.mg.gov.br/parceiro/regionalizacao-pdr2> Acesso em 14 out. 2020.

\_\_\_\_\_, 2021a. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.589, de 05 de novembro de 2021. Aprova o elenco de hospitais, tipologia e o respectivo valor de incentivo financeiro anual para o Módulo Valor em Saúde da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, e dá outras providências. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/valoraminas/atosnormativos> Acesso em 10 out 2021.

\_\_\_\_\_, 2021b. Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.594, de 05 de novembro de 2021. Aprova a sistemática de monitoramento para o Módulo Hospitais Plataforma, da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/valoraminas/atosnormativos> Acesso em 10 out 2021.

\_\_\_\_\_, 2021c. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.606, de 11 de novembro de 2021. Aprova o elenco de hospitais, tipologia e o respectivo valor de incentivo financeiro para o Módulo Hospitais Plataforma da Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais - Valora Minas, e dá outras providências. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/valoraminas/atosnormativos> Acesso em 10 out 2021.

\_\_\_\_\_, 2021d. Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.607, de 16 de novembro de 2021. Aprova as regras de transição para a nova Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/valoraminas/atosnormativos> Acesso em 10 out 2021.

\_\_\_\_\_, 2021e. Resolução SES/MG nº 7.845, de 11 de novembro de 2021. Estabelece as regras de transição para a nova Política de Atenção Hospitalar do Estado de Minas Gerais – Valora Minas. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2021. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/valoraminas/atosnormativos> Acesso em 10 out 2021.

MINAS GERAIS. Resolução Conjunta SES-MG/ FHEMIG/ FUNED/ ESP-MG/ HEMOMINAS/ nº 242, de 10 de dezembro de 2018. Institui o Grupo Condutor Estadual de Gestão Participativa (GCGP), no âmbito do Sistema Estadual de Saúde de Minas Gerais e dá outras providências. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2018. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em 25 nov. 2021.

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº 5.184, de 16 de março de 2016. Estabelece os indicadores, metas e o elenco de hospitais participantes e os respectivos valores, referentes à Competência 2016, do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG (Componente Pro-Hosp Incentivo), e dá outras providências. **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2016. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em 25 nov. 2021

MINAS GERAIS. Resolução SES/MG nº4746, de 16 de abril de 2015. Divulga a relação dos hospitais participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS/MG – Pro-Hosp Incentivo, e o respectivo valor do incentivo financeiro para os dois primeiros quadrimestres da Competência 2015 (janeiro a agosto). **Minas Gerais: Secretaria de Estado da Saúde**, 2015. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/> Acesso em 25 nov. 2021

ROLIM, L.B.; CRUZ, R. S.B. L.C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate**. 2013, v. 37, n. 96, pp. 139-147. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/dNgCW9WdJJx7VHV7xWkhSHq/?lang=pt#>. ISSN 2358-2898.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS** [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 07 out. 2021. SES.MG. Secretaria do Estado de Minas Gerais, Site Pro-Hosp. Atualizado em 16 de dezembro de 2011. Disponível em: <https://www.saude.mg.gov.br/parceiro/guias-de-saude-auditiva/page/410-pro-hosp-sesmg> Acesso em 10 out. 2021.

UFMA, 2016a. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA **Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes/** Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. - São Luís, 2016. UNA-SUS/UFMA. 54f.: il. ISBN: 978-85-7862-583-2.

\_\_\_\_\_, 2016b. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Monitoramento e avaliação no planejamento do SUS**. São Luís, 2016. Disponível em: [https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/6253/mod\\_resource/content/1/creditos.html](https://moodle.unasus.gov.br/vitrine29/pluginfile.php/6253/mod_resource/content/1/creditos.html) Acesso em 17 nov. 2021.