

O sistema estadual de monitoramento dos Centros Viva Vida e as bases para a implantação dos sistemas de custos na atenção secundária à saúde em Minas Gerais

Alisson Maciel de Faria Marques

CEPEAD/UFMG e SES-MG

Hellen Fernanda Souza

SES-MG

Laura Monteiro de Castro Moreira

Medicina/UFMG e SES-MG

RESUMO: A implantação dos Centros Viva Vida (CVV) constitui um marco na assistência à saúde no Estado de Minas Gerais, visto que eles ampliam o acesso da população a serviços do Sistema Único de Saúde, contribuindo efetivamente para a redução da mortalidade infantil e materna, consideradas problemas sociais mundiais. O monitoramento permanente desses pontos microrregionais de atenção secundária à saúde é essencial para a execução das ações planejadas pela política estadual de saúde. Esse trabalho apresenta o Sistema Estadual de Monitoramento dos Centros Viva Vida, responsável pelo monitoramento dos CVV no Estado. Esse Sistema, em funcionamento desde 2005, é composto por um conjunto de ferramentas gerenciais que coleta e processa informações assistenciais e contábil-financeiras desses Centros. A metodologia consiste em revisão bibliográfica, coleta e análise dos dados produzidos pelo Sistema de Monitoramento, entre julho de 2008 e junho de 2009, disponibilizados pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. Dados preliminares desse Sistema apontam um incremento de 42% na produção, no período analisado, além de um superávit financeiro no conjunto dos CVV. Destaca-se que dado o caráter inovador desses Centros, suas ferramentas gerenciais se mantêm em constante aperfeiçoamento. O trabalho conclui ainda que as informações produzidas constituirão base para a implantação dos sistemas de custos dos CVV.

PALAVRAS-CHAVE: Sistemas de informações. Saúde pública. Monitoramento de políticas públicas.

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema hierarquizado e regionalizado de ações e serviços públicos de saúde pautado nas diretrizes de universalidade, gratuidade, descentralização e controle social. Ele objetiva a atenção integral à saúde, sendo o modelo de assistência à saúde estabelecido pela Constituição de 1988. A saúde, nesse modelo, é direito de todos e dever do Estado, devendo ser garantida “mediante políticas sociais e econômicas – que visem à redução do risco de doença e de outros agravos – e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A hierarquização e a regionalização do SUS são vistas sob dois aspectos. Primeiro, em relação à densidade tecnológica dos serviços ou procedimentos desenvolvidos, dividindo-se a atenção à saúde em três níveis, respectivamente, primário, secundário, terciário. E, em segundo, em relação à distribuição dos pontos de atenção no território, observando a lógica de que os serviços primários devem estar mais próximos dos cidadãos, enquanto a atenção terciária, por exigir maior complexidade tecnológica e uma escala adequada para ser eficiente, deve estar em pólos regionais.

O Estado de Minas Gerais, por meio do seu Plano Mineiro de Desenvolvimento Integrado, propõe-se enfrentar os problemas de saúde da população implantando nas regiões sanitárias do Estado as redes de atenção à saúde. Segundo Mendes (2007), as redes de atenção são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidade sanitária e econômica sobre esta população. Ainda segundo o autor, o desenho dessas redes foi feito a partir de evidências clínicas científicas definidas nas linhas-guia elaboradas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), envolvendo uma articulação de territórios sanitários, níveis de atenção e pontos de atenção à saúde.

Uma rede eficiente, tal como previsto na regionalização e hierarquização do SUS, deve desconcentrar as ações de atenção primária à saúde para todos os municípios e concentrar, relativamente, as ações de atenção secundária nas microrregiões sanitárias e as ações de atenção terciária nas macrorregiões sanitárias (MENDES, 2008). Para o autor, a racionalidade deste processo esta, de um lado, na necessidade de se obterem ganhos de escala e de escopo num Estado em que 75% dos municípios têm menos de 20 mil habitantes, e, de outro, na grande evidência empírica, acumulada em diferentes países do mundo, de que existe uma associação positiva, especialmente nos equipamentos de atenção secundária e terciária à saúde, entre escala e qualidade dos serviços prestados.

Tendo em vista que os recursos investidos no SUS são escassos, a regionalização é o meio racional de promover a eficiência de aplicação dos recursos investidos e a otimização da rede assistencial instalada. Para isso, a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES-MG) organizou seus 853 municípios em 75 microrregiões e, estas, em 13 macrorregiões. Por economia de escala entendem-se os ganhos obtidos quando os custos fixos caem de acordo com o aumento do volume de atendimento. A economia de escopo é entendida pelos ganhos que se têm com o aumento da variedade de serviços ofertados em um mesmo ponto de atenção.

Seguindo a lógica proposta por esse modelo de organização da assistência em redes de atenção à saúde, em outubro de 2003, foi lançado, pelo Governo do Estado de Minas Gerais, o Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna em Minas Gerais – *Programa Viva Vida*. Esse programa acredita que a principal arma para o combate à mortalidade infantil e materna, cujos índices estão elevados no Estado de Minas Gerais, está na parceria de esforços e vontades entre governo e sociedade civil organizada. O Programa Viva Vida tem como metas a redução de 15% tanto da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) como a Razão de Morte Materna (RMM).

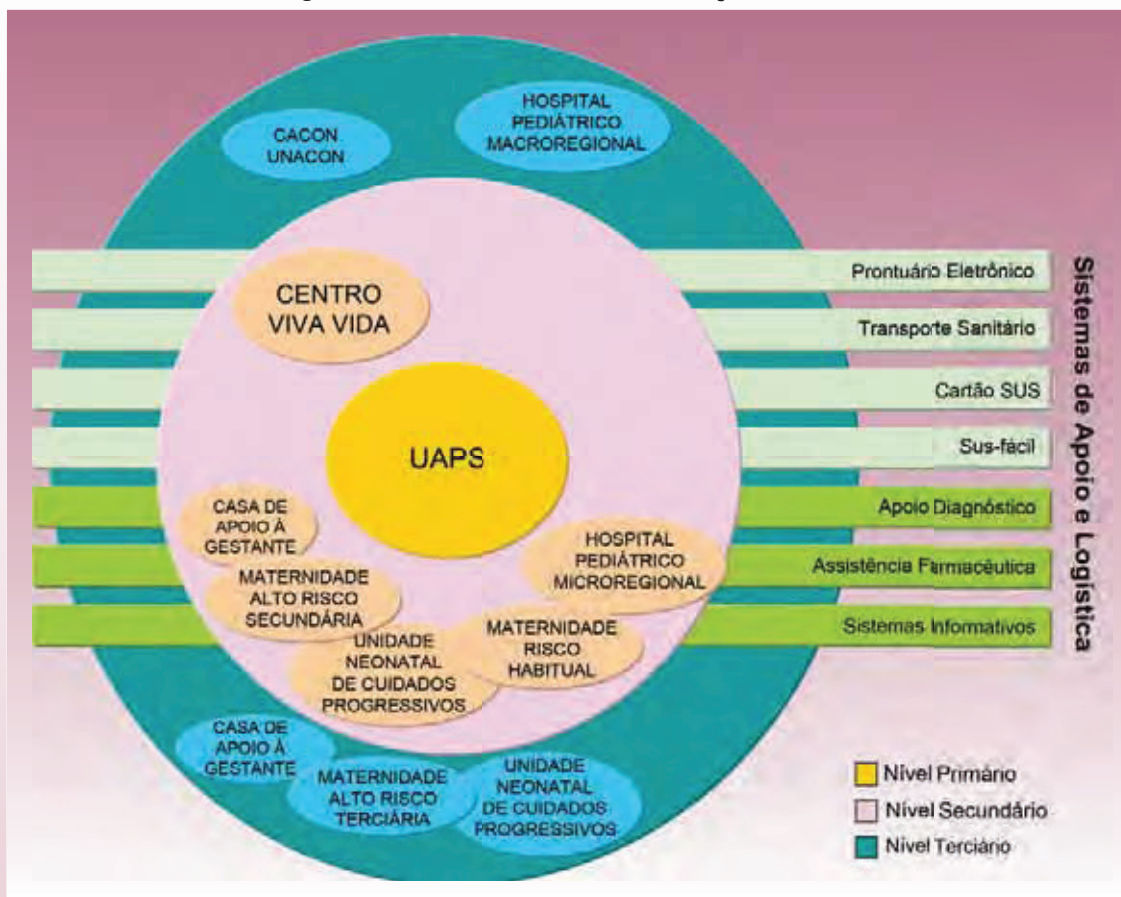
A guisa de explicação, o cálculo direto da TMI é obtido dividindo-se o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, na população residente, em um determinado espaço geográfico, no ano considerado. A RMM é calculada por meio da divisão entre o número de óbitos maternos e número de nascidos vivos, multiplicados por 100.000. Os níveis aceitáveis desses indicadores são menores que 10.

No Brasil, percebe-se uma redução expressiva da TMI, que saiu do patamar de 19,26 óbitos de menores de um ano por mil nascidos vivos no ano 2002 para 16,41 em 2006. Em Minas Gerais, também se percebe um decréscimo dessa taxa, no mesmo período, que caiu de 17,97 por mil nascidos vivos em 2002 para 16,34 em 2005. Apesar dos avanços observados, a taxa de mortalidade infantil, como vimos, ainda encontra-se em níveis eticamente inaceitáveis, escondendo inclusive diferenças regionais importantes, que refletem a distribuição desigual dos recursos e das condições sócio-econômicas das famílias.

Para o enfrentamento das causas de saúde, que contribuem para o aumento dessas mortalidades, o Programa Viva Vida desenvolveu três eixos principais de ações: a estruturação da rede de atenção integral à saúde da mulher e da criança (ou Rede Viva Vida); a qualificação dessa Rede; e a construção de um processo de mobilização social.

A Rede Viva Vida (Figura 1) foi criada a partir de um diagnóstico realizado pela SES-MG em 2004. Esse diagnóstico constatou que muitas mortes de mulheres e crianças poderiam ser evitadas por meio da realização de ações de atenção à saúde sexual e reprodutiva e atenção à saúde da criança. Essas ações estimulam o planejamento familiar efetivo, o atendimento de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério, o acompanhamento adequado ao crescimento e desenvolvimento das crianças, com ênfase ao incentivo do aleitamento materno, vacinação e controle das prevalentes da infância.

Figura 1 – Rede Viva Vida de Atenção à Saúde



Dentre as diversas frentes de ação desenvolvidas pelo Programa Viva Vida para enfrentar a TMI, destaca-se, como inovadora e de fundamental importância para o sucesso da consolidação dessa Rede, a proposta de implantação e monitoramento dos Centros Viva Vida de Referência Secundária (CVV). Em linhas gerais, os Centros Viva Vida são pontos de atenção microrregionais, construídos, equipados e custeados com recursos do Tesouro Estadual.

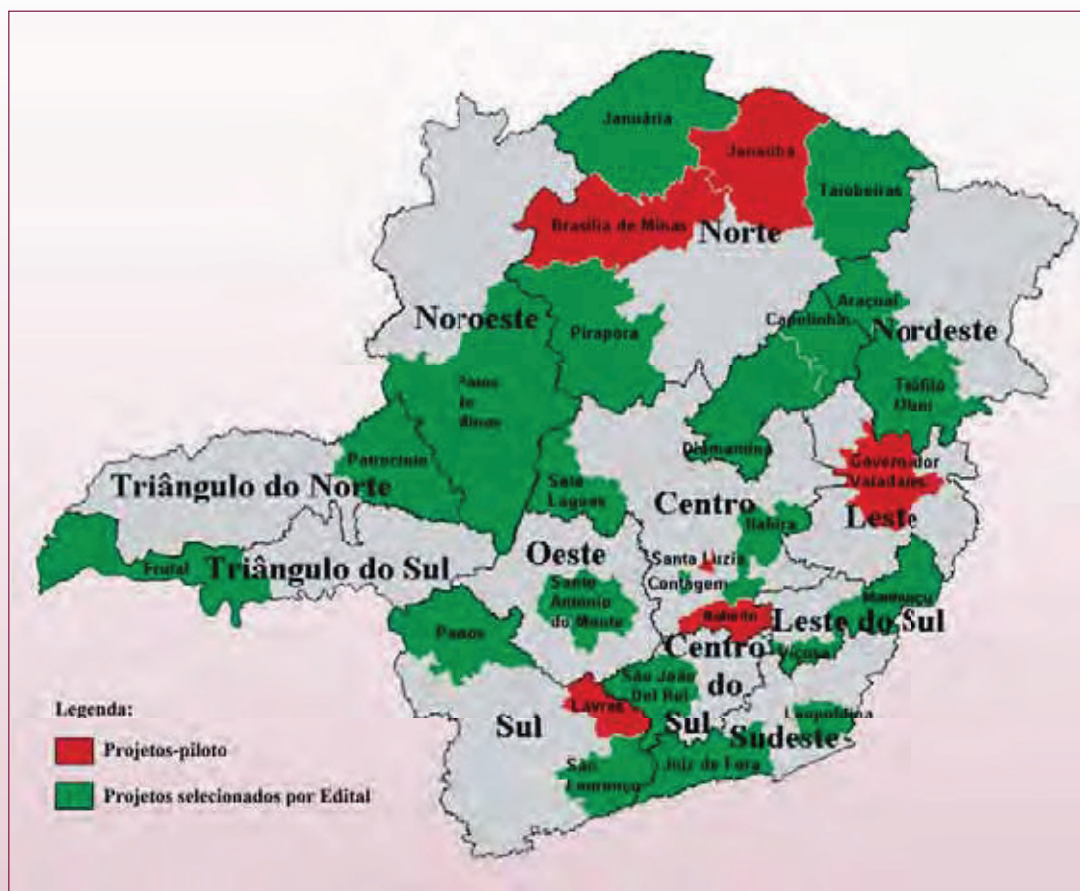
Os CVV contribuem diretamente para a redução da TMI e RMM na medida em que ampliam a oferta de procedimentos assistenciais na atenção secundária (MINAS GERAIS, 2005), nas áreas apontadas pelo diagnóstico, garantindo assistência hierarquizada e regionalizada, permitindo ganhos de escala e escopo e de qualidade nos serviços ofertados.

Inicialmente, vinte e sete microrregiões foram selecionadas para implantação desse novo ponto de atenção, sendo cinco delas projetos-piloto (Figura 2). Estão ainda previstos no Plano Plurianual de Ação Governamental (PPAG) do Estado de Minas Gerais a implantação de outros vinte novos Centros até 2011, que estão sendo identificados pela SES-MG. Até o julho de 2009, dezessete CVV foram inaugurados.

Os Centros Viva Vida são unidades de saúde de natureza pública, prestadores exclusivos de serviços do SUS, caracterizados como pontos de atenção de média complexidade, que deverão atuar de maneira integrada à atenção primária e terciária, tal como definido na Resolução SES nº 759 de 06 de outubro de 2005. Eles buscam garantir atenção integral à saúde sexual e reprodutiva, dentro da perspectiva de gênero e direitos reprodutivos, e à saúde da criança, particularmente a considerada de risco. Para isso, eles concentram esforços na realização de ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação de doenças e agravos, sempre de forma qualificada e humanizada.

Foram definidas duas grandes áreas de atuação do CVV. A primeira delas é a "Atenção à saúde sexual e reprodutiva". Essa área inclui ações de atenção à saúde da mulher e do homem. Ela pressupõe, além do atendimento clínico, a assistência à saúde sexual e reprodutiva em todas as suas especificidades e durante todas as fases do ciclo vital, incluindo a atenção ao homem, constituída na oferta de serviços de urologia, uma vez que foi constatada uma demanda reprimida nessa especialidade. A segunda área de atuação dos CVV refere-se a "Atenção à saúde da criança". Ela compreende ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação das doenças e agravos de crianças consideradas de risco. Essas crianças exigem um acompanhamento mais especializado, devendo ser encaminhadas aos serviços de referência.

Figura 2 – Mapa da distribuição dos Centros Viva Vida de Referência Secundária, por Macrorregião de Saúde - Minas Gerais - 2006



A partir da modelagem da carteira de serviços, definiu-se a estrutura física, os equipamentos e o quadro de pessoal necessários para a oferta dos procedimentos previstos. Também, foi possível estimar os recursos financeiros necessários a serem repassados para o custeio da assistência prestada no CVV. Com esses dados, foi elaborado um Termo de Compromissos e Metas, de caráter contratual com os municípios-sede de CVV, para assegurar a equidade da assistência na microrregião de abrangência.

Os valores financeiros para todos os CVV foram divulgados na Resolução SES nº. 1.150 de 19 de abril de 2007. Os recursos são repassados em parcelas mensais, compostas por uma parte fixa (75%) e uma parte variável (25%). O CVV não recebe a parcela fixa somente se não entregar a prestação de contas quadrimestral. A parte variável, por seu turno, é repassada de forma proporcional à produção realizada pelo CVV, conforme as metas para cada indicador estabelecido. O valor do desconto é calculado a partir da nota obtida pelo CVV nos indicadores e que são apresentados no relatório de monitoramento de periodicidade quadrimestral. Os descontos na parte variável têm efeitos financeiros no quadrimestre seguinte à avaliação do relatório de monitoramento.

Após a assinatura do Termo, o Centro Viva Vida está apto a iniciar as suas atividades. É neste momento que o **Sistema de Estadual de Monitoramento dos Centros Viva Vida** inicia suas atividades. Esse Sistema estrutura-se a partir das informações produzidas por meio dos instrumentos de monitoramento elaborados pela SES-MG para esses pontos de atenção à saúde.

Este trabalho objetiva apresentar o Sistema Estadual de Monitoramento dos Centros Viva Vida, bem como a análise dos dados preliminares produzidos por ele entre julho de 2008 e junho de 2009. A metodologia consiste em revisão bibliográfica, coleta e análise dos dados produzidos pelo Sistema de Monitoramento, disponibilizados pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, para os Centros implantados e em funcionamento, no período analisado. O trabalho estrutura-se em quatro seções, sendo a primeira esta Introdução. A segunda seção apresenta o Sistema Estadual de Monitoramento e a terceira, a análise dos dados. Ao final são apresentadas as conclusões.

2. O SISTEMA ESTADUAL DE MONITORAMENTO DOS CENTROS VIVA VIDA

A literatura especializada destaca que políticas públicas, especialmente na área da saúde, devem ser acompanhadas para a verificação de seus impactos (SILVA E FORMIGLI, 1994; NOVAES, 2000; CALDEIRA, FRANÇA E GOULART, 2002; HARTZ, 2002). Esses autores afirmam ainda que no Brasil as práticas de monitoramento e avaliação de políticas de saúde são incipientes. A partir disso, foi escolhido o conceito de monitoramento a ser adotado como referencial para elaboração da proposta como ponto de partida. Optou-se pela noção de monitoramento que destaca como pilares para o seu sucesso: a continuidade do processo; a coleta de dados e a produção de informações úteis e em tempo hábil; e a análise situacional adequada capaz de sinalizar situações atípicas.

Observa-se que esse conceito tem nas informações a matéria-prima para o adequado acompanhamento, controle e avaliação das políticas públicas, necessitando, para isso, de um Sistema de Informações. Laudon e Laudon (1999) definem Sistema de Informações (SI) como um “conjunto de componentes inter-relacionados trabalhando juntos para coletar, recuperar, processar, armazenar e distribuir informação com a finalidade de facilitar o planejamento, o controle, a coordenação, a análise e o processo decisório em empresas e outras organizações”. Esses sistemas são compostos de recursos humanos, fluxos e tecnologia, sendo um erro descrevê-los apenas em termos de computadores. A produção das informações pelos SI se dá por meio da entrada, processamento, saída e realimentação dos dados.

As entradas são definidas por O'Brien (2002) como a etapa da captação e da reunião dos elementos que entrarão no sistema para serem processados e são caracterizadas como tudo que o sistema necessita para realizar suas operações, sendo obtidas do ambiente com o qual o sistema interage. Por seu turno, o processamento é entendido como o período em que as entradas são convertidas em produto ou, de outra forma, é o processo de transformação que possibilita a modificação da entrada em um produto ou serviço – esses últimos caracterizados como a saída do sistema. Alia-se a isso, a realimentação, que segundo Laudon e Laudon (1999) definem como “a saída que retorna aos membros adequados da organização para ajudá-los a refinar ou corrigir os dados de entrada”.

Um dos SI mais importantes para as organizações são os sistemas contábeis. Os Sistemas de Informações Contábeis (SICs) são subsistemas dos SIs e tem como matéria-prima as informações contábeis geradas pelos departamentos das organizações. Tal como proposto por Moscové *et al.* (2002) os SICs podem ser entendidos como um conjunto ordenado de subsistemas que funcionam para coletar, processar, armazenar, transformar e distribuir informações contábeis para fins de planejamento, tomadas de decisão e controle. As informações referentes aos custos compõem um dos subsistemas dos SICs, fornecendo informações imprescindíveis à tomada de decisão nas organizações.

Entretanto, como ressalta o autor, para que esses sistemas sejam implantados, as informações contábeis precisam ser padronizadas para permitir sua comparabilidade e promover melhorias na gestão das informações. A Contabilidade, entendida como a ciência que estuda o patrimônio das organizações, sua evolução e mutações, com o objetivo de fornecer informações para a tomada de decisões e o controle das entidades (HENDRIKSEN; VAN BREDA, 1999), é o meio para a obtenção das informações financeiras das organizações, incluindo as organizações públicas.

Em uma organização prestadora de serviços de saúde, conhecer a composição de recursos financeiros utilizados nessa produção é tão importante quanto conhecer a produção de uma unidade de saúde. Por esses motivos, o Sistema Estadual de Monitoramento dos Centros Viva Vida coleta, processa e avalia também as informações contábeis no acompanhamento sistemático de todos os CVV.

A partir do plano de monitoramento, formalizado na Resolução SES nº 1.150/07, foram desenvolvidos cinco formulários utilizados para coleta das informações dos CVV e que compõe o Sistema Estadual de Monitoramento dos Centros Viva Vida. O formulário 1 (F1), que deve ser preenchido na inauguração do CVV, contempla indicadores de estrutura e processo e foi desenvolvido para servir de base line para o monitoramento do Centro Viva Vida. Ele retrata a situação inicial do CVV e não está vinculado ao pagamento da parte variável do custeio.

Já os formulários 2, 3 e 4 – respectivamente F2, F3, F4 – acrescentam os indicadores de resultados relacionados aos procedimentos estratégicos a serem realizados pelo CVV aos previstos no F1. O resultado apurado em cada uma dessas etapas indica qual o percentual da parte variável do custeio deverá ser pago no quadrimestre subsequente. Por fim, o formulário 5 (F5) completa o ciclo de monitoramento, incorporando indicadores de resultados somente passíveis de serem analisados anualmente.

Após a avaliação do primeiro ano de monitoramento dos CVV, constatou-se que as informações fornecidas pelos formulários implantados mostraram-se insuficientes para o efetivo monitoramento dos Centros. Percebeu-se a necessidade de realizar o acompanhamento de toda a produção assistencial do CVV e não apenas as das áreas que possuíam indicadores contratados. Além disso, era preciso obter informações contábil-financeiras do Centro, colaborando para uma estimativa mais fidedigna dos custos da assistência

prestada. Para resolver essa lacuna, foram desenvolvidas e implantadas mais duas ferramentas: o Informe de Produção Assistencial e o Demonstrativo Mensal Contábil Operacional (DMCO). Os dados coletados mensalmente por eles são consolidados em um sistema de informações que auxilia na tomada de decisão.

O Informe de Produção Assistencial é o documento destinado à apresentação da realização dos procedimentos contratados pela SES-MG e são calculados conforme os parâmetros assistenciais definidos na modelagem. Esse informe é auto declarado e deve ser preenchido mensalmente pelo gestor do Centro e encaminhado a SES/MG. Nele, a produção realizada deve ser discriminada por município de referência e por procedimento. A partir desse instrumento é possível visualizar qual o percentual da produção contratada foi realizado e o percentual de atendimento aos demais municípios da microrregião de saúde inserida. A Figura 3 apresenta o modelo do Informe de Produção Assistencial.

Figura 3 – Modelo do Informe de Produção Assistencial.

Saúde Sexual e Reprodutiva		Município Sede do CVV				
Área	Procedimentos	Município A	Município B	Município C	Contratado	%
GAR	Consultas de Pré-natal					
	Consulta puerperal					
	Ultrassonografias					
	Cardiotocografias					
	Atividades em grupos educativos com:					
	Ginecologista					
	Enfermeiro(a)					
	Subtotal					
CCU	Consulta com Ginecologista					
	Colposcopia					
	Biópsia de Cólo Uterino					
	Consulta com Ginecologista					
	Eletrocauterização					
	Cirurgia de Alta Frequência (CAF)					
	Subtotal					
MAMA	Mam de rastreamento p/ mulheres entre 50 e 69 anos					
	Mam de confirmação p/ mulheres entre 40 e 49 anos					
	Ultrassonografias mamárias					
	Biópsias excisionais ou <i>core-biopsy</i>					
	Consultas com mastologista					
	Consultas com psicólogos					
	Subtotal					
SSR	Consultas Urológicas					
	Consultas com Psicólogo(a)					
	Consultas com enfermeiro					
	Biópsia de Próstata					
	Vasectomia					
	Subtotal					
Total						

Saúde da Criança		Município A	Município B	Município C	Contratado	%
RN BPN	Consultas de pediatria					
	Consultas de Enfermagem					
	Consulta Fisioterapeuta					
	Atividades em grupos educativos					
	Subtotal					
Asfixia	Consulta com pediatra					
	Consultas de enfermagem					
	Consultas com fisioterapeuta					
	Subtotal					
Asma	Consulta com pediatra					
	Espirometria					
	Aparelho de pico de fluxo					
	Consulta com enfermeiro					
	Atividade em Grupo					
	Subtotal					
Respiração	Consulta com pediatra					
	Consulta com fisioterapeuta					
	Aparelho de pico de fluxo					
	Espirometria					
	Atividade em Grupo					
	Subtotal					
Diarréia	Consulta com pediatra					
	Consulta com nutricionista					
	Consulta com Ass.Social					
	Subtotal					
Desnutrição	Consulta com pediatra					
	Consulta com nutricionista					
	Consulta com fisioterapeuta					
	Consulta com psicólogo					
	Atividade em Grupo					
	Subtotal					
Total						
Total						

O DMCO (Figura 4) é um instrumento de natureza gerencial que tem como objetivo conhecer e acompanhar a contabilidade financeira dos Centros Viva Vida para, no futuro, subsidiar a implantação de um sistema de custos, instrumento que melhor possibilita perceber a articulação dos meios com a produção dos resultados.

O presente demonstrativo destina-se à apresentação dos valores constantes nos Balancetes mensais e não no "Fluxo de Caixa". Ele vem sendo utilizado desde 2008 e foi elaborado no primeiro ciclo de melhorias realizado no Sistema Estadual de Monitoramento dos Centros Viva Vida. Para minimizar as inconformidades de preenchimento, um Glossário foi desenvolvido pela equipe técnica da SES/MG esclarecendo todos os termos constantes nesse formulário eletrônico.

Figura 4 – Modelo do Demonstrativo Mensal Contábil Operacional

Valores em reais - R\$		
RECEITAS OPERACIONAIS	MÊS	%
Repasses mensais pactuados		
Repasse Eventual/Programas Especiais		
Total		
Faturamento SUS		
Integrasus		
Outros repasses de âmbito federal		
Outros repasses de âmbito municipal		
Total		
Obtenção de Recursos Extras		
Reembolso de despesas		
Doações		
Assistência a Saúde Suplementar		
Receitas Financeiras		
Outros		
Total		
TOTAL GERAL DAS RECEITAS		
DESPESAS OPERACIONAIS	MÊS	%
Pessoal		
Ordenados		
Encargos sociais		
Provisões (13º + férias)		
Benefícios		
Outros		
Serviços Terceirizados		
Assistenciais		
Pessoa Jurídica		
Pessoa Física		
Cooperativa		
Administrativos		
Materiais		
Gerais		
Depreciação		
Tributárias/Financeiras		
TOTAL GERAL DAS DESPESAS		
DÉFICIT/SUPERÁVIT		
INVESTIMENTOS	MÊS	%
Equipamentos		
Móveis e utensílios		
Obras		
Veículos		
TOTAL		

Uma das orientações repassadas às instituições está relacionada ao critério da contabilidade fiscal. Solicitou-se que ao preencherem o Demonstrativo elas adotem o critério determinado pelo Conselho Federal de Contabilidade. É importante frisar que o DMCO não é a Prestação de Contas exigida legalmente a algumas instituições, pois esta compreende uma exigência formal de caráter protocolar e legalista, refletindo uma posição mais próxima ao fluxo de caixa e à adequação dos documentos fiscais. O DMCO trata-se de um instrumento para auxiliar na gestão da instituição, mas podendo complementar a Prestação de Contas do CVV.

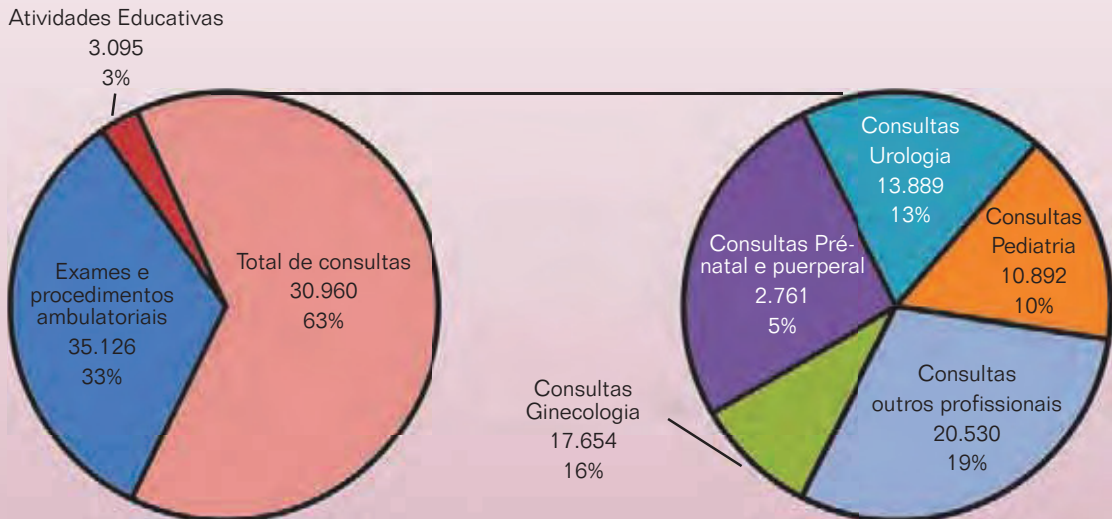
A partir das informações coletadas mensalmente é possível desenvolver uma série de análises econômico-financeiras dos CVV. Essas análises subsidiam o Sistema Estadual de Monitoramento no controle e avaliação dos contratos celebrados com essas unidades, sendo essa uma ação pioneira nas ações de saúde do Estado de Minas Gerais.

Com a sistematização do uso do Informe de Produção Assistencial e do DMCO, estão estruturadas as bases para a implantação do sistema de custos dos CVV. Com a conclusão desse processo será possível para a gestão da SES-MG perceber a composição dos custos de produção de forma regionalizada. A seção a seguir apresenta os resultados obtidos da aplicação do Informe de Produção Assistencial e do DMCO durante 12 meses de funcionamento, entre julho de 2008 e junho de 2009.

3. ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES DO SISTEMA DE MONITORAMENTO DOS CENTROS VIVA VIDA

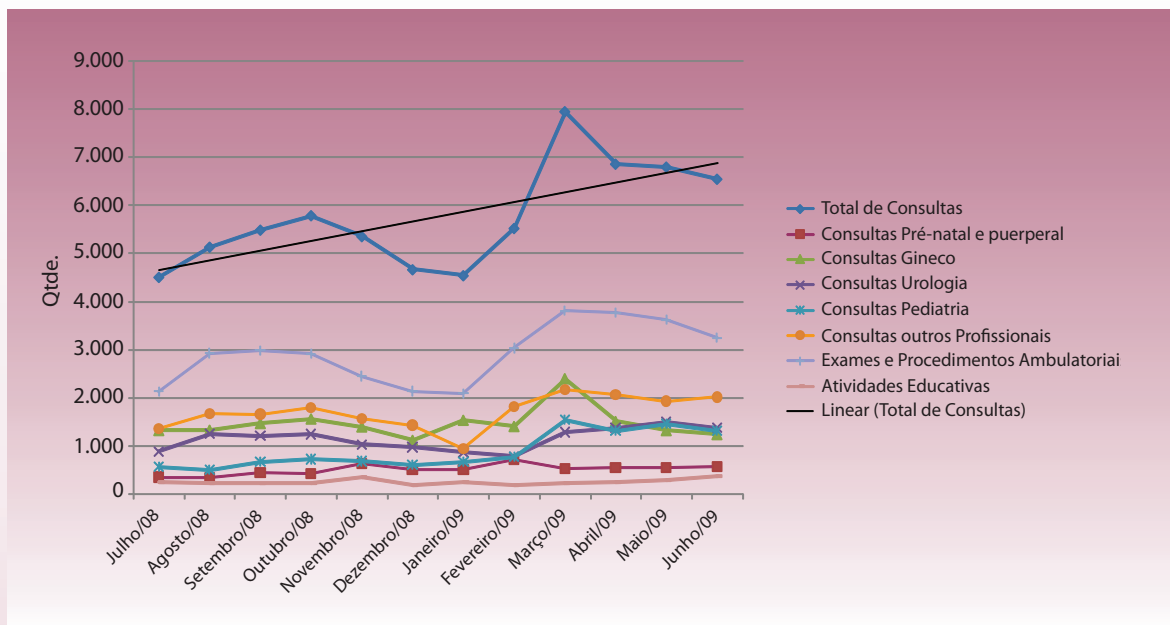
Em relação às informações fornecidas pelo Informe da Produção Assistencial, pode-se afirmar que 26% dos procedimentos contratados foram realizados pelos Centros Viva Vida. Esse valor percentual considera alguns procedimentos que apesar de previstos na Carteira de Serviços do programa não foram quantificados no contrato devido à falta de parâmetros. A Figura 5 apresenta a composição das atividades assistenciais produzidas pelos Centros. Observa-se que a maior produção dos CVV está nas consultas.

Figura 5 – Produção assistencial dos Centros Viva Vida



A Figura 6 apresenta a produção agregada dos Centros mês a mês. Observa-se que os atendimentos por Consultas têm uma tendência linear crescente, apesar da queda nos meses de novembro e dezembro de 2008 (período pós-eleição municipal) e janeiro de 2009 (início de novo mandato municipal). O mesmo se observa para o grupo de Exames e Procedimentos Ambulatoriais, segundo maior grupo de produção.

Figura 6 – Evolução da produção assistencial dos Centros Viva Vida,



Analisando a produção assistencial detalhadamente, tem-se que para o período de julho de 2008 a junho de 2009 foram contratados 408.313 procedimentos. No período de análise foram realizados 107.397 procedimentos, sendo 88.292 da área Saúde Sexual e Reprodutiva e 19.105 da área Saúde da Criança. Analisando todos os procedimentos realizados, tem-se que em relação à área Saúde Sexual e Reprodutiva foram realizados 44% dos procedimentos contratados. No que se refere à subárea Gestante de Alto Risco (GAR) a execução é de apenas 20%, sendo que o maior número de procedimentos são Consultas com Ginecologista (6.211).

A subárea Câncer de Colo de Útero apresentou o melhor desempenho em relação às demais subáreas, executando 49% a mais do contratado. Chama-se atenção a quantidade de consultas com Ginecologista e de exames de Colposcopia, executando 135% e 200% além do previsto, respectivamente.

Já a subárea Câncer de Mama apresentou um desempenho de 31%, com destaque para as consultas com Mastologista. Em relação à realização das mamografias de rastreamento para mulheres entre 40 e 49 anos foram realizadas 17% das 22.470 previstas para o Estado de Minas Gerais. Já para as mamografias de confirmação para mulheres entre 50 a 69 anos essa relação sobe para 22%, valor considerado ainda muito baixo.

Ainda em relação a sub-área Câncer de Mama cabe ressaltar que vários CVV tiveram problemas na disponibilização dos exames de mamografias, tais como inadequação da área física, dificuldades na instalação elétrica e na aquisição dos insumos necessários para a realização desse exame. Assim, a produção apresentou-se bem abaixo do esperado.

Para a subárea Saúde Sexual Reprodutiva foram realizados 15.333 procedimentos, sendo 91% consultas com Urologista. Devido à falta de parâmetros os procedimentos dessa subárea não foram quantificados no contrato. Apesar de não apresentar metas quantificadas, chama-se a atenção o grande número de consultas urológicas realizadas no período, visto que apenas alguns Centros apresentaram esse profissional em seu quadro de recursos humanos. Esse dado demonstra a importância do CVV para superar os problemas de demanda reprimida existentes nessa área.

Outra grande área de atendimento do Centro é a Saúde da Criança, onde somente 9% dos procedimentos previstos foram realizados. A subárea Recém-nascido de risco executou 19% do previsto. Na subárea Tosse e Dificuldade Respiratória de evolução desfavorável (TDRED) executou-se somente 3% dos procedimentos, sendo que no Estado foram realizados somente quatro exames de Espirometria, face aos 26.262 contratados. A subárea Asma realizou 12% do contratado, sendo que o maior número de procedimentos realizados foram com Atividades de Grupos Educativos.

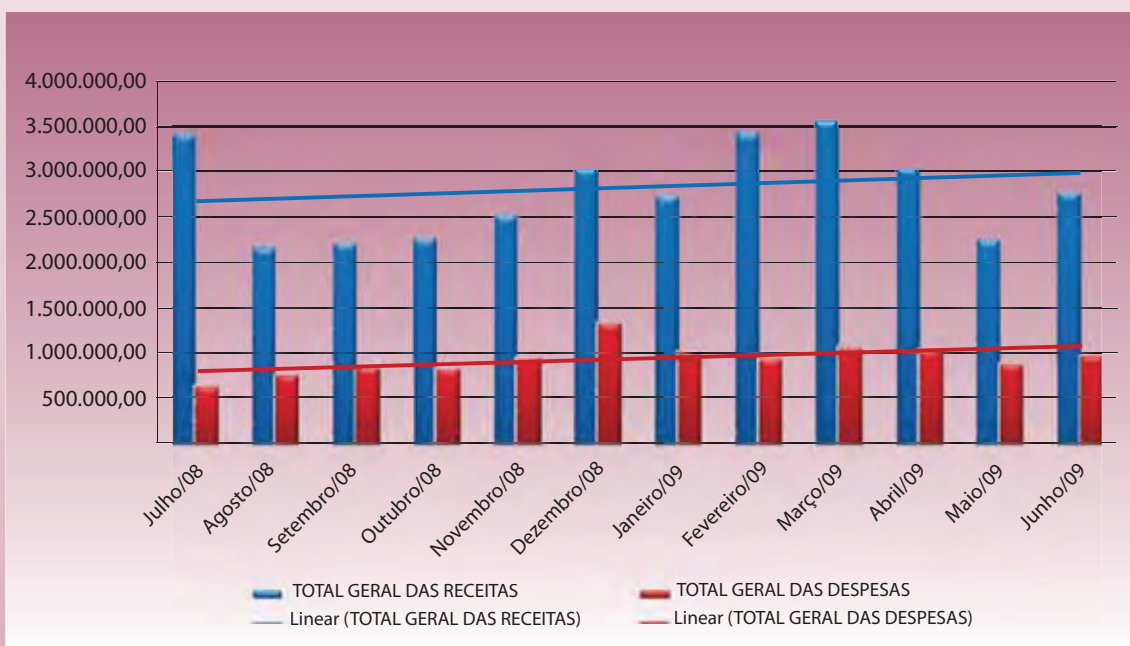
Em relação as duas últimas sub-áreas analisadas, dois aspectos merecem destaque. Apesar dessas patologias apresentarem parâmetros na literatura, eles não são estratificados para considerarem as

peculiaridades de cada região. Sendo assim eles foram aplicados equitativamente a todos os CVV, desconsiderando que grande parte deles localizam-se na região norte do Estado de Minas Gerais, que apresenta clima quente, mais desfavorável a propagação dessas doenças, o que explica a baixa produção nessas sub-áreas. Outra questão a ser considerada é que a realização dos exames de Espirometria e Pico de fluxo exigem capacitação dos profissionais, o que está sendo promovido gradativamente pela SES/MG em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP-MG) e a Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). No entanto, a alta rotatividade dos profissionais dos Centros e a sazonalidade da demanda por esses exames (mais frequentes no inverno) dificultam o cumprimento da meta.

Completando a carteira de serviços prevista para a área Saúde da Criança foram realizados 2.322 procedimentos em atenção às crianças com Desnutrição Grave e 648 atendimentos na subárea Diarréia de Evolução Desfavorável. A subárea Asfixia realizou 905 atendimentos. Essas subáreas não foram quantificadas no contrato, devido à falta de parâmetros. Apesar de não apresentar metas quantificadas, chama-se a atenção número considerável de atendimentos relacionados na subárea Desnutrição Grave, principalmente nas regiões do Norte e Nordeste de Minas. Atendimento quase inexistente na região Sul do Estado.

Além dos avanços obtidos no monitoramento da produção, é possível conjugar essas informações com as informações contábil-financeiras dos Centros, fornecidas pelo DMCO. No acumulado do conjunto, os Centros Viva Vida encontram-se em situação superavitária de R\$ 22.216.753,96, sendo que 27% é sustentado por um único CVV. Pode-se constatar a condição de superávit na quase totalidade da amostra, com exceção de dois Centros. A Figura 7 apresenta a evolução das Receitas e Despesas dos CVV ao longo do período.

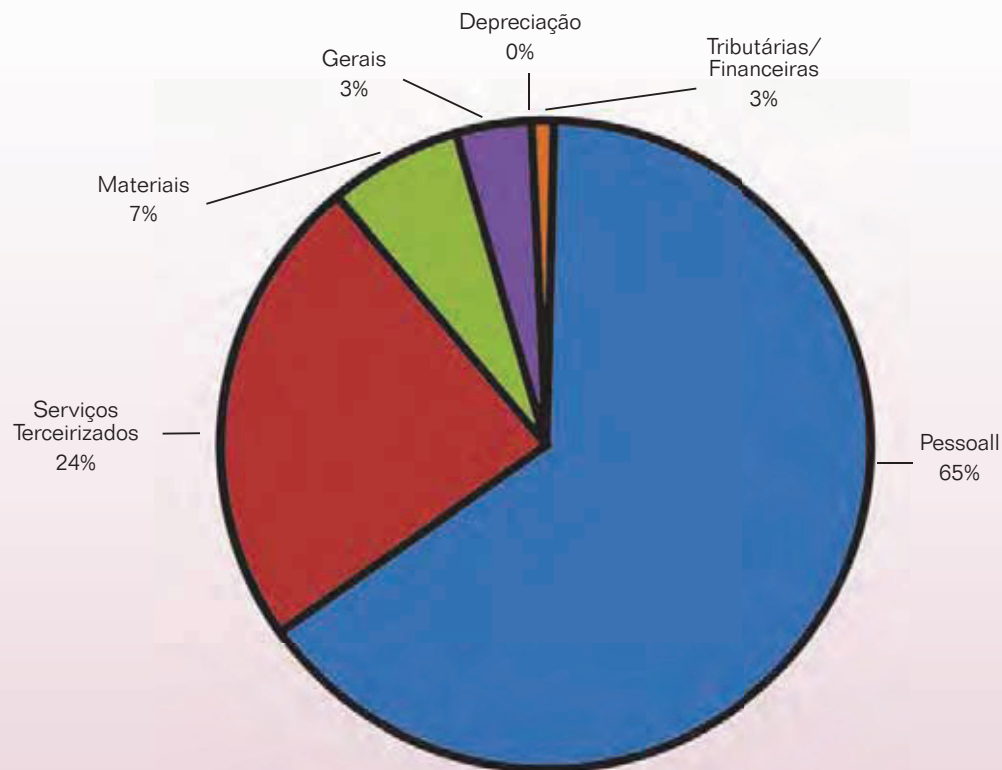
Figura 7 – Evolução das receitas e despesas operacionais dos Centros Viva Vida



No período analisado, o total das Receitas Operacionais dos Centros Viva Vida foi de R\$ 33.394.109,94. Dessas receitas, tem-se que 77,96% são recursos do Tesouro Estadual, 6,15% recursos federais e municipais e 15,89%, outros recursos.

Em relação às Despesas Operacionais, cujo total soma o montante de R\$ 11.177.355,98, 64,86% dessas despesas são com o pagamento de Pessoal e 24,8% com Serviços Terceirizados, sendo que deste último 95,19% são serviços assistenciais. A partir desses dados, pode-se inferir que em torno de 85% das despesas dos Centros Viva Vida são com recursos humanos. A Figura 8 ilustra a composição dessas despesas para o conjunto.

Figura 8 – Composição das Despesas dos Centros Viva Vida



De acordo com o Glossário elaborado pela, o item Materiais refere-se às despesas com insumos envolvidos diretamente na assistência prestada ao paciente, tais como: medicamentos, seringas, filmes, etc. Já o item Gerais compreende as despesas com água, luz, telefone, correios, material administrativo, etc.

4. CONCLUSÕES

O trabalho apresenta o Programa Viva Vida como uma resposta do governo do Estado de Minas Gerais para o problema da mortalidade infantil e materna naquele Estado. Esse Programa propõe a estruturação da rede de atenção integral à mulher e à criança, denominada Rede Viva Vida de atenção à saúde, e inova ao criar os Centros Viva Vida de Referência Secundária. Estes visam ampliar a oferta de procedimentos de média complexidade nas áreas de saúde sexual e reprodutiva e na atenção à criança de risco. As populações-alvo atendidas nesses centros de referência secundária são as que possuem, estatisticamente, maior probabilidade de morte materna e infantil, com base nas evidências clínicas científicas apontadas pelas linhas-guias do Programa.

Como foi apresentado, a literatura especializada diz que políticas públicas, especialmente na área da saúde, devem ser acompanhadas para a verificação de seus impactos para a sociedade. No caso dos Centros Viva Vida, foi implantado o Sistema Estadual de Monitoramento, composto por um conjunto de formulários para coleta dos dados e informações que alimentam esse Sistema. Entre eles foram destacados, especificamente, o Informe de Produção Assistencial e o Demonstrativo Mensal Contábil Operacional.

Esses dois instrumentos, implantados a pouco mais de um ano, já se mostram eficazes para subsidiar as análises gerais da composição dos gastos e da produção dos CVV. Embora tenham sido apresentadas somente as composições consolidadas dos CVV implantados, dados os limites de escopo desse trabalho, o Sistema Estadual de Monitoramento dos Centros Viva Vida consegue promover análises detalhadas Centro a Centro. Essa é uma grande vantagem competitiva para a política de saúde, uma vez que pode considerar as diferenças regionais nos aprimoramentos futuros da política materno-infantil no Estado de Minas Gerais.

Os principais resultados encontrados mostraram que, em relação às informações fornecidas pelo Informe da Produção Assistencial, pode-se afirmar que 26% dos procedimentos contratados foram realizados pelos Centros Viva Vida. No período de análise foram realizados 107.397 procedimentos, sendo 88.292 da área Saúde Sexual e Reprodutiva e 19.105 da área Saúde da Criança. A maior parte de procedimentos realizados foi de consultas (63%), seguidas de 23% dos outros procedimentos, inclusive exames.

Percebe-se, ainda, que, embora tenha sido realizada apenas parte dos procedimentos contratados, os CVV apresentam enorme ampliação do número de procedimentos. O total de procedimentos realizados saltou de 6.901 para 10.174 procedimentos mensais realizados. Isso configurou um aumento de 47,42% em um ano. Destaca-se que os CVV são unidades ambulatoriais que não recebem demanda espontânea, exceto para vítimas de violência, dependendo do referenciamento e da organização da Atenção Primária de cada município para encaminhar o seu paciente. Melhora essa frase...

Em relação às informações contábil-financeiras, viu-se que, no acumulado, os Centros Viva Vida encontram-se em situação superavitária de R\$ 22.216.753,96. No período analisado, o total das Receitas Operacionais dos Centros Viva Vida foi de R\$ 33.394.109,94 e o total das Despesas Operacionais, de R\$ 11.177.355,98. Observar-se muita dificuldade por parte dos gestores do CVV na elaboração do DMCO, devido ao insipiente monitoramento das informações contábil-financeiras por parte das instituições públicas.

Diante das ferramentas apresentadas, conclui-se que é possível visualizar, com objetividade, as realidades financeiras e assistenciais dos Centros Viva Vida. Esse avanço, permitirá que a SES-MG gerencie de forma justa o contrato celebrado com cada um dos CVV, além de otimizar e melhorar a qualidade do gasto público. Além disso, a consolidação do uso do Informe de Produção Assistencial e do DMCO estruturará a base para a implantação do sistema de custos de todos os CVV do Estado de Minas Gerais, a ser realizado em breve.

Por fim, destaca-se que os instrumentos adotados para o monitoramento do CVV vêm sendo refinados, com o intuito de identificar suas oportunidades de melhoria, permitindo uma melhor gestão dos Centros e de seus resultados. As informações produzidas por eles estão sendo utilizadas também para uma avaliação do processo de implantação dos CVV, contribuindo para a tomada de decisão de gestores e a otimização dos investimentos futuros e os resultados obtidos por essa iniciativa.



REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Selma Maffei de, SOARES, Darli Antonio, MATSUO, Tiemi et al. Condições de vida e mortalidade infantil no Estado do Paraná, Brasil, 1997/2001. **Caderno de Saúde Pública**, jan. 2006, vol.22, nº.1, p.181-182.
- ARRETCHE, Marta.. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**. Abrasco, v. 8, n.2, p.331-345, 2003.
- BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <www2.senado.gov.br/sf/legislacao/>. Acessada em 10 de junho de 2009.
- CALDEIRA, Antônio P, FRANCA, Elizabeth e GOULART, Eugênio A. M. Mortalidade infantil pós-neonatal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, set./dez. 2002, vol.2, no.3, p.264.
- DUARTE, Cristina Maria Rabelais. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(7):1511-1528, jul, 2007
- HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Novos desafios para a avaliação em saúde: lições preliminares dos programas de promoção. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, jan./abr. 2002, vol.2, no.1, p.5-6. ISSN 1519-3829.
- HENDRIKSEN, Eldon S.; VAN BREDA, Michael F. **Teoria da contabilidade**. São Paulo: Atlas, 1999. 550p.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil**. IBGE, Departamento de população e indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, 1999, 45 p.
- LAUDON, Kenneth C.; LAUDON, Jane Price. **Sistemas de informação**. Rio de Janeiro: LTC, 1999.
- MENDES, E. V.. **Redes de Atenção à Saúde**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde. 2007. (no prelo)
- _____. **Os centros ambulatoriais de atenção secundária: centros de especialidades médicas ou pontos de atenção secundária de uma rede de atenção à saúde?**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde. 2008. (no prelo)
- MESQUITA, Melissa, ALLIPRANDINI, Dário Henrique. **Competências essenciais para melhoria contínua da produção: estudo de caso em empresas da indústria de autopeças**. Gest. Prod. [online]. 2003, vol.10, n.1, pp. 17-33. ISSN 0104-530X.
- MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Análise da mortalidade materna e infantil no Estado de Minas Gerais**./ Maria do Carmo Paixão Rausch et al. Belo Horizonte: SES, 2004. 47p.
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. **Organização da atenção secundária**./ Maria Celeste Cotta de Aguiar et al. Belo Horizonte, 2005. 76p.
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº. 759 de 6 de outubro de 2005. **Diário Oficial de Minas Gerais**, Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, 6 out. 2005. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 25 de jul. 2008
- _____. Secretaria de Estado de Saúde. Resolução nº. 1.150 de 19 de abril de 2007. **Diário Oficial de Minas Gerais**, Poder Executivo, Belo Horizonte, MG, 19 abr. 2007. Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 25 de jul. 2008
- MOSCOVE, Stephen A; SIMKIN, Mark G; BAGRANOFF, Nancy A. **Sistemas de informações contábeis**. São Paulo: Atlas, 2002 451 p.
- NOVAES, Hillegonda Maria D.. Avaliação e programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.5, p.547 – 559, 2000.
- O'BRIEN, James A., **Sistemas de informação: e as decisões na era da Internet**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A.. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0102-311X1994000100009&lng=iso>. Acesso em: 13 set. 2008.
- WARREN, Carl S.; REEVE, James M.; & FESS, Philip E. **Contabilidade gerencial**. 6.ed São Paulo: Pioneira, 2001.