

Caracterização de serviços de atenção especializada de Minas Gerais: aspectos sobre gestão, organização e práticas

Characterization of specialized care services in Minas Gerais: aspects on management, organization and practices

Caracterización de los servicios de atención especializada en Minas Gerais: aspectos sobre gestión, organización y prácticas

Thais Lacerda e Silva¹
Amanda Nathale Soares²
Lenira de Araújo Maia³
Fernanda Jorge Maciel⁴
Júlia Maria de Souza Farias⁵
Rodrigo Martins da Costa Machado⁶

RESUMO

Este estudo objetivou caracterizar aspectos de gestão, estrutura, composição de equipe e processos de trabalho dos Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE) de Minas Gerais. Estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal. Os dados foram obtidos por meio de questionário on-line, respondido pelos gerentes administrativos de 26 CEAE. Entre os pontos fortes dos serviços, destaca-se qualificação profissional e baixa rotatividade de gerentes e coordenadores; desenvolvimento de ações de educação permanente em saúde; participação das equipes multiprofissionais em iniciativas de qualificação profissional; adoção de estratégias distintas para apoio matricial com equipes da atenção primária; realização de ações educativas com usuários; composição de equipes conforme normativas estaduais; e oferta ampliada de procedimentos e exames para linha de cuidado materno-infantil. Como questões que merecem atenção, destaca-se a necessidade de ampliar a compreensão sobre atribuições das lideranças dos CEAE; investir na infraestrutura dos serviços; ampliar a informatização para compartilhamento do cuidado entre serviços da rede de atenção; e ampliar oferta de procedimentos e exames para a linha de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. A regulamentação estadual desempenha uma forte indução na organização e no funcionamento dos CEAE.

Palavras-chave: Sistema único de saúde, atenção secundária à saúde, gestão em saúde

ABSTRACT

This study aimed to characterize aspects of management, structure, team composition and work processes of the State Centers for Specialized Care (CEAE) in Minas Gerais. Descriptive study, with a quantitative approach, with a cross-sectional design. Data were obtained through an online questionnaire, answered by administrative managers from 26 CEAE. Among the strengths of the services, professional qualification and low turnover of managers and coordinators stand out; development of continuing health education actions; participation of multidisciplinary teams in professional qualification initiatives; adoption of different strategies for matrix support with primary care teams; carrying out educational actions with users; offer of internship field for health training; composition of teams

according to state regulations; and expanded offer of procedures and exams for maternal and child care. As issues that deserve attention, the need to expand understanding of the responsibilities of CEAE leaders; invest in service infrastructure; expand computerization to share care between services in the care network; and expand the offer of procedures and exams for the Systemic Arterial Hypertension and Diabetes Mellitus line of care. State regulation plays a strong role in the organization and functioning of the CEAE.

Keywords: Oral Health, Patient Satisfaction, Health Assessment.

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar aspectos de gestión, estructura, composición de equipos y procesos de trabajo de los Centros Estatales de Atención Especializada (CEAE) de Minas Gerais. Estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, con diseño transversal. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario online, respondido por gerentes administrativos de 26 CEAE. Entre las fortalezas de los servicios destacan la calificación profesional y la baja rotación de gerentes y coordinadores; desarrollo de acciones de educación continua en salud; participación de equipos en iniciativas de cualificación profesional; adopción de estrategias de apoyo matricial con los equipos de atención primaria; realización de acciones educativas con los usuarios; composición de equipos según normativa estatal; y ampliación de la oferta de procedimientos y exámenes para la atención materno-infantil. Como temas que merecen atención, se destaca la necesidad de ampliar la comprensión de las responsabilidades de los líderes del CEAE; invertir en infraestructura; ampliar la informatización para compartir la atención entre los servicios de la red de atención; y ampliar la oferta de procedimientos y exámenes para la línea de atención de Hipertensión Arterial Sistémica y Diabetes Mellitus. La regulación estatal tiene una fuerte influencia en la organización y funcionamiento del servicio.

Palabras-clave: sistema único de salud, atención secundaria de salud, gestión en salud

1 INTRODUÇÃO

Um dos principais gargalos do Sistema Único de Saúde (SUS) é a estruturação insuficiente e heterogênea da rede de cuidados especializados. Apesar da recém-publicada Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde, em 2023¹, ainda há uma limitação na definição de diretrizes operacionais claras e na disponibilização de recursos suficientes para induzir a ampliação e a organização da atenção especializada no país².

No estado de Minas Gerais, especificamente, há um programa estadual de atenção ambulatorial que, coordenado pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), regulamenta o funcionamento de 28 Centros Estaduais de Atenção Especializada (CEAE). Com financiamento estadual, o programa atualmente abrange 47 (61%) microrregiões de saúde e 436 (51%) municípios do segundo estado mais populoso do país, o que lhe confere uma atenção especial no que se refere à implementação de uma política de atenção especializada de caráter nacional. São objetivos gerais do programa: ofertar assistência especializada aos usuários dos CEAE; garantir educação permanente aos profissionais dos

serviços; e promover matriciamento e capacitação das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS)³⁻⁵.

Os CEAE são unidades ambulatoriais de referência regional para a oferta de ações de média complexidade, em linhas de cuidados prioritárias, contempladas a depender da categoria do serviço (categorias I, II e III). A categoria I envolve ações na linha de cuidado Materno-Infantil e Saúde da Mulher, com ênfase no cuidado da gestante de alto risco e na propedêutica do câncer de colo de útero e mama; a categoria II, além do previsto na Categoria I, envolve ações nas linhas de cuidado de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (HAS/DM), podendo possuir carteira ampliada para angiologia, nefrologia e/ou oftalmologia; e a categoria III abrange ações da Categoria II, com acréscimo de uma linha de cuidado e/ou de especialidades médicas³⁻⁶.

O programa estadual de atenção ambulatorial especializada de Minas Gerais vem sendo discutido nos últimos anos, com diversas atualizações de diretrizes para organização e funcionamento dos CEAE⁷. Entre 2019 e 2023, publicaram-se quatro normativas estaduais que abordam aspectos relacionados à regulamentação dos CEAE, aos processos de supervisão e avaliação e à metodologia de financiamento. A última revisão resultou na publicação da Deliberação CIB-SUS/MG nº 4.132, de 15 de março de 2023, que atualizou orientações para organização, avaliação e financiamento dos CEAE⁸.

O movimento de atualizações das normativas revela que o programa estadual de atenção ambulatorial, tal como está sendo proposto, está em processo de construção e consolidação, com níveis de implementação heterogêneos entre as regiões do estado. Ademais, não há, na literatura técnico-científica e na base de dados da gestão estadual do programa, registros suficientes e sistemáticos que possibilitam compreender o funcionamento e a organização dos CEAE, o que aponta a importância de se realizar uma caracterização dos serviços, considerando as condições existentes para a realização das ações previstas nos atos normativos.

Neste artigo, será apresentada parte dos resultados da pesquisa ‘Atenção ambulatorial especializada em Minas Gerais: análise de processos de implementação e de funcionamento dos CEAE’, com o objetivo de caracterizar aspectos de gestão, estrutura, composição de equipe e processos de trabalho hoje existentes nos CEAE de Minas Gerais. Destaca-se que a análise das características de organização e funcionamento dos CEAE não expressa uma avaliação da qualidade do cuidado ofertado, mas se assume que determinadas condições do serviço podem facilitar e/ou dificultar o desenvolvimento de modelos assistenciais comprometidos com a qualidade do cuidado⁹

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Caracterização gerencial dos CEAE

Entre os 26 CEAE estudados, 16 (61,4%) são de Categoria II, oito (30,7%) de Categoria I e dois (7,7%) de Categoria III. Sobre a gestão dos serviços, 17 (65,4%) CEAE possuem administração direta da gestão municipal, oito (30,8%) são geridos por consórcios intermunicipais e um (3,8%) por fundação de direito público.

Em relação ao quantitativo de municípios de abrangência dos CEAE, a média e a mediana do número de municípios cobertos são em torno de 15 para os serviços de Categorias 1 e 2 e de, aproximadamente, 24 municípios para os de Categoria 3. Embora a distribuição de municípios atendidos pelos CEAE tenha certa uniformidade, há situações discrepantes, como a de um serviço que é responsável pela cobertura de apenas três municípios e a de outros dois serviços que cobrem mais de 30 municípios.

Sobre o perfil dos gerentes administrativos e dos coordenadores assistenciais dos CEAE, a maioria é do gênero feminino, com 22 (84,6%) mulheres atuando na gerência e 25 (96,2%) na coordenação assistencial. Em ambas as funções, a maioria possui pós-graduação *lato sensu*, com percentuais acima de 70%. Sobre a graduação, 14 (53,8%) gerentes e 16 (61,5%) coordenadoras possuem graduação em enfermagem. A segunda categoria profissional mais observada entre gerentes é a fisioterapia (15,4%) e, entre coordenadoras, o serviço social (15,4%). Em quatro CEAE, as gerentes administrativas possuem formação em área distinta à da saúde (administração, ciências contábeis, direito e gestão pública) e, em três serviços, as coordenadoras assistenciais não possuem graduação na área da saúde (administração e ciências contábeis). Em relação ao tempo de atuação, 11 (42,3%) gerentes estão há mais de cinco anos na função e 15 (57,7%) coordenadoras exercem a função no período de um a cinco anos. Em seis serviços, as gerentes e as coordenadoras exercem as funções há menos de um ano.

2.2 Estrutura dos CEAE e oferta de ações assistenciais

Esta categoria abrange resultados relacionados aos aspectos da estrutura física disponível para acolhimento e cuidado aos usuários, à composição das equipes multiprofissionais e à oferta da carteira de serviços.

Na Tabela 1, observa-se que a maioria (mais de 80%) dos CEAE possui estrutura adequada de consultórios e/ou de outros espaços para interação entre os profissionais, para realização de consultas compartilhadas e para desenvolvimento de atividades coletivas entre

os próprios profissionais (reuniões de equipe/discussão de casos) ou junto aos usuários (atividades educativas e orientações em grupo). Entretanto, em nove (34,6%) serviços, não há quantidade suficiente de consultórios para atendimento individual dos profissionais da equipe; em sete (26,9%), não há consultórios com computador com acesso à internet; e em oito (30,8%) serviços, não há estrutura necessária para reuniões remotas e/ou teleconsultas e/ou atividades à distância de apoio matricial com equipes da APS.

Destaca-se que, embora todos os CEAE atendam à linha de cuidado materno-infantil, apenas 12 (46,2%) possuem espaço destinado ao apoio de mães, pais ou responsáveis para cuidado aos bebês. Outra característica da estrutura dos CEAE investigada refere-se à acessibilidade. Gerentes de 17 (65,4%) CEAE informaram que os serviços estão parcialmente adequados às necessidades das pessoas com deficiência. As principais estratégias identificadas para garantia da acessibilidade são: rampas de acesso (80,8%), portas com largura adequada para cadeira de rodas (77%), espaço para acomodação de cadeira de rodas na sala de espera (77%), barras de apoio (69%) e corrimão (50%). Poucos serviços dispõem de bebedouros adaptados (23%), piso tátil (15,4%), recurso visual para informação aos usuários na sala de espera (19,2%) e sistema de som que permita chamada de voz na sala de espera (11,5%).

Sobre a composição das equipes multiprofissionais, 22 (84,6%) CEAE possuem equipe completa conforme preconizado e quatro (15,4%) não possuem todos os profissionais na equipe (Tabela 2), entre os quais três não possuem técnico de radiologia e um não possui endocrinologista.

Destaca-se que a composição das equipes dos CEAE varia conforme a categoria do serviço e, conseqüentemente, às linhas de cuidado ofertadas. Em geral, essa diferença refere-se à presença ou não de especialidades médicas. Profissionais de ensino superior de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, bem como técnicos de enfermagem e radiologia compõem a equipe mínima preconizada em todas as categorias. Já o farmacêutico deve integrar as equipes mínimas dos CEAE de categorias II e III. Médicos das especialidades ginecologia/obstetrícia, mastologia e pediatria devem compor as equipes dos CEAE de todas as categorias. Serviços de categorias II e III devem contar, também, com médicos das especialidades de cardiologia e endocrinologia. Exceto em pactuações específicas, angiologia, nefrologia, oftalmologia e urologia são especialidades obrigatórias para composição de equipe mínima dos CEAE de categoria III. Dessas especialidades, as três primeiras podem fazer parte

da equipe mínima dos CEAE de categoria II ampliada, a depender do tipo de ampliação definida.

Destaca-se que nove CEAE (34,6%) possuem fisioterapeuta na equipe multiprofissional, embora a presença da categoria seja facultativa. Distintamente, nenhum CEAE informou presença do educador físico. Ademais, três CEAE de categoria I possuem especialidades médicas (endocrinologista e urologista) para além das previstas. Em relação aos CEAE de categoria II ampliada, um possui oftalmologista sem ter a expansão para essa especialidade formalizada e dois possuem, adicionalmente, urologista. Para além do exposto nas regulamentações estaduais e na Tabela 02, observou-se a presença de radiologista em três CEAE, de ultrassonografista em dois CEAE, de médico regulador em um CEAE e de fonoaudiólogo em um CEAE.

Sobre a carteira de serviços, mais de 90% dos CEAE garantem oferta regular de consultas com equipe multiprofissional e com médicos especialistas em cada linha de cuidado/especialidade, exceto os serviços de categoria II ampliada com expansão para oftalmologia (87,5%). Destaca-se que os CEAE, em geral, apresentam maiores percentuais de oferta regular de consultas com médicos especialistas, quando comparados com a oferta de consultas com as demais categorias profissionais de nível superior (Tabela 3).

Outro aspecto da carteira de serviços relaciona-se à capacidade do programa de ofertar todos os exames e os procedimentos preconizados para cada linha de cuidado prioritária. Maior frequência de oferta completa de exames e procedimentos foi observada na propedêutica de câncer de mama (88,5% dos CEAE). Já para as linhas de pré-natal de alto risco e de propedêutica de câncer de colo de útero, esse resultado foi de 76,9%. Em contrapartida, apenas 33,3% dos CEAE que atendem à linha de cuidado para HAS/DM possuem oferta completa de exames e procedimentos preconizados. Sobre a expansão de oftalmologia, metade dos serviços de categoria II oferta a totalidade dos exames/procedimentos preconizados e nenhum de categoria III oferta toda a carteira.

2.3 Capacitação e Educação Permanente em Saúde (EPS) da equipe multiprofissional

Outro aspecto investigado foi a participação das equipes dos CEAE em processos de qualificação profissional/EPS, a exemplo de reuniões de equipe. Em todos os serviços realizam-se reuniões de equipe; em doze (46%) CEAE, as reuniões são realizadas mensalmente; em quatro (15,4%), quinzenalmente; em três (11,5%), semanalmente; e em seis (23%) não há periodicidade definida.

Sobre a participação nas reuniões de equipe, em 13 (50%) CEAE, todos os profissionais de saúde participam; em sete (27%), os médicos não participam; e em seis (23%), todos os trabalhadores do CEAE (além dos profissionais de saúde) participam das reuniões de equipe. A discussão de questões relacionadas à organização do CEAE, a proposição de mudanças no trabalho da equipe e a discussão e a avaliação de resultados do serviço foram apontadas por todos os gerentes como objetivos das reuniões de equipe. A discussão de casos clínicos também é objetivo das reuniões de equipe de 22 (84,6%) CEAE e a elaboração de planos de cuidado de usuários apareceu como objetivo das reuniões de 16 (61,5%) serviços.

Nos 26 CEAE, as equipes participam de outras iniciativas de EPS/qualificação profissional, com maior proporção de participação em cursos de educação à distância (73%), cursos presenciais (69%), seminários/mostras (69%), oficinas e grupos de discussão (58%). Os profissionais que participam mais frequentemente das ações de qualificação são: enfermeiro (96,2%), nutricionista (84,6%), assistente social (80,8%) e psicólogo (76,9%). Em menor proporção, estão o técnico de enfermagem (57,7%), o médico (46,2%), o farmacêutico (46,2%) e o técnico de radiologia (26,1%).

Sobre a oferta de estágio, a maior parte dos CEAE (69%) constitui campo de estágio para a formação de profissionais de saúde; 14 (53,8%) serviços ofertam campo de estágio para estudantes de graduação, seis (23,8%) para estudantes de nível técnico e oito (30,8%) para residentes de medicina e residentes multiprofissionais em saúde.

2.4 Comunicação e compartilhamento de informações clínicas

O uso de sistema informatizado para registro de informações em saúde foi identificado em 17 (65,4%) CEAE, entre os quais todos utilizam sistema para registro de produção e agendamento de atendimentos pela própria equipe; 15 (57,7%) utilizam para importação de informações para o Sistema de Informações Ambulatoriais de Saúde (SIA); 12 (46%) para registro de história clínica dos usuários; e oito (30,8%) para comunicação e compartilhamento de informações com equipes da APS (agendamento de atendimentos realizados pela equipe da APS e compartilhamento da história clínica dos usuários). Embora somente oito serviços utilizem sistema informatizado para compartilhamento de informações clínicas com a APS, 24 dos 26 gestores (92,3%) informaram que compartilham informações com equipes da APS, a maioria (62,5%) via registro em papel (formulário de referência e contrarreferência).

Ainda sobre a relação entre equipes do CEAE e da APS dos municípios de abrangência, 24 (92,3%) gestores informaram que há fluxos de compartilhamento do cuidado estabelecidos entre ambas as equipes. Em 18 CEAE, os fluxos foram pactuados nos espaços de governança regional.

Outra estratégia investigada refere-se ao Apoio Matricial. 25 (95,2%) gerentes sinalizaram que a equipe do CEAE realiza ações de apoio matricial, entre os quais 21 (84%) informaram não terem periodicidade definida. As estratégias de matriciamento mencionadas foram: discussão de caso clínico entre as equipes (84,6%), elaboração conjunta do plano de cuidado do usuário (30,8%), atendimento conjunto de usuários com profissionais da APS (26,9%), segunda opinião (19,2%) e visita domiciliar conjunta (15,3%).

Sobre as estratégias utilizadas pela equipe do CEAE para compartilhamento de informações clínicas dentro do próprio serviço, destaca-se registro em prontuários (100%), discussão em reunião de equipe (80,8%), uso de aplicativos de mensagens (61,5%) e atendimento compartilhado (53,8%).

2.5 Educação em saúde com usuários

Apenas um CEAE não oferta práticas educativas em saúde junto aos usuários. Os outros 25 serviços ofertam ações educativas para todos os públicos atendidos. Em todas as linhas de cuidado, há maior proporção de ações educativas sem periodicidade definida. Quando há periodicidade definida, predomina a oferta semanal.

Os profissionais de saúde que participam mais frequentemente das ações educativas são: psicólogo (92,3%), enfermeiro (88,4%), assistente social (88,4%), nutricionista (80,8%) e farmacêutico (61,5%). Médicos e técnicos de enfermagem foram os profissionais com menor participação no desenvolvimento das ações educativas, com 26,9% e 23%, respectivamente. Em uma questão aberta sobre as principais ações educativas realizadas no CEAE, os gerentes citaram diversas atividades e o conjunto de respostas revelou a predominância das salas de espera e dos grupos (Figura 1).

Tabela 1. Características relacionadas à estrutura dos CEAE

Variável	Pergunta	Sim	Não
Estrutura	Dispõe de consultórios em quantidade suficiente para todos os profissionais da equipe realizarem consultas individuais?	17 (65,4%)	9 (34,6%)
	Dispõe de consultórios com computador com acesso à internet?*	19 (73,1%)	7 (26,9%)

Dispõe de estrutura para realização de reuniões remotas e/ou teleconsultas e/ou atividades à distância de apoio matricial?	18 (69,2%)	8 (30,8%)
Dispõe de consultórios dispostos ao lado um do outro, possibilitando interação entre os profissionais durante os atendimentos?	23 (88,4%)	3 (11,5%)
Dispõe de espaço que possibilite realização de consulta compartilhada entre profissionais da equipe?	23 (88,4%)	3 (11,5%)
Dispõe de espaço destinado à reunião de equipe/discussão de casos?	22 (84,6%)	4 (15,4%)
Dispõe de espaço destinado às atividades educativas/orientações em grupo?	21 (80,8%)	5 (19,2%)
Dispõe de espaço destinado ao apoio de mães, pais ou responsáveis para cuidado aos bebês?	12 (46,2%)	14 (53,8%)

Fonte: elaboração própria

Notas: *Considerou-se “sim” quando mais da metade dos consultórios possuísse acesso à internet.

Tabela 2. Categorias profissionais presentes nos CEAE, por tipologia.

Categorias Profissionais	CEAE Categoria I		CEAE Categoria II Básica		CEAE Categoria II Ampliada		CEAE Categoria III	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Assistente Social	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Enfermeiro	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Nutricionista	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Psicólogo	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Farmacêutico	-	-	5	100%	11	100%	2	100%
Fisioterapeuta*	3	38%	1	20%	3	27%	2	100%
Educador Físico*	-	-	-	-	-	-	-	-
Técnico de Enfermagem	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Técnico em Radiologia	7	88%	5	100%	9	82%	2	100%
Ginecologista/Obstetra	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Mastologista	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Pediatra	8	100%	5	100%	11	100%	2	100%
Cardiologista	-	-	5	100%	11	100%	2	100%
Endocrinologista	1	13%	4	80%	11	100%	2	100%
Angiologista**	-	-	-	-	8	100%	2	100%
Nefrologista**	-	-	-	-	8	100%	2	100%
Oftalmologista**	-	-	-	-	9	112,5%	2	100%
Urologista***	2	25%	-	-	2	18%	1	100%

Fonte: elaboração própria

Notas:

*É facultado ofertar serviços de fisioterapia e educação física, não implicando alteração no valor de custeio financiado.

**A presença de angiologista, nefrologista e oftalmologista nas equipes dos CEAE de categoria II ampliada é obrigatória apenas quando os serviços possuírem expansão para a especialidade.

***Apenas um dos CEAE de categoria III deve possuir urologista na carteira, devido à pactuação específica junto à SES-MG.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa, com delineamento transversal. Todos os 28 CEAE, na figura dos gerentes administrativos, foram convidados a participar da pesquisa, dos quais 26 responderam ao instrumento de coleta de dados que orientou a elaboração deste artigo.

A base de dados foi constituída por meio de questionário on-line, de autopreenchimento pelos gerentes administrativos, elaborado pela equipe de pesquisadores, com base em documentos de regulamentação do Programa Estadual, e aplicado no período de agosto a setembro de 2023, via *SurveyMonkey*. O questionário abrangeu questões sobre seis grupos temáticos: identificação geral do CEAE; equipe multiprofissional e carteira de serviços; estrutura do CEAE; processos de trabalho das equipes; qualificação dos profissionais; práticas educativas desenvolvidas junto aos usuários.

As informações obtidas a partir dos questionários foram tabuladas no software Microsoft Excel, consolidadas e analisadas, utilizando frequência relativa das respostas válidas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com Parecer nº 6.251.346 e CAAE nº 70457823.5.0000.5559.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para caracterização dos CEAE, investigamos aspectos que possibilitam apontar maior ou menor capacidade de o serviço desenvolver as principais funções previstas nas normativas, as quais envolvem oferta de assistência por meio de atuação integrada da equipe multiprofissional, desenvolvimento de ações formativas/educativas e apoio técnico-especializado com equipes da APS. Os resultados das questões investigadas foram organizados em cinco categorias: caracterização gerencial dos CEAE; aspectos relacionados à estrutura e à oferta de ações assistenciais; capacitação e educação permanente das equipes; estratégias de comunicação e compartilhamento de informações clínicas; e práticas de educação em saúde com usuários.

No âmbito da gestão dos 26 CEAE participantes desta pesquisa, as três modalidades identificadas – gestão do município polo, gestão por consórcio intermunicipal e gestão por fundação – estão previstas nas normativas estaduais. Diferente de outras experiências de programas estaduais de assistência ambulatorial especializada, tais como Bahia e Ceará, em Minas Gerais não há uma única forma de gerenciamento do serviço definida pela SES-MG¹⁰⁻¹¹.

No que se refere ao perfil das lideranças, os 26 serviços atendem à exigência de ter um gerente administrativo e um coordenador assistencial, ambos com, no mínimo, formação de nível superior, sendo um deles com formação na área da saúde, conforme estabelecido por normativa estadual⁴. Sobre o perfil do coordenador assistencial, embora as resoluções estaduais sobre o funcionamento dos CEAE não explicitem a graduação na área da saúde como uma exigência para desempenhar a função, uma nota orientativa da SES-MG sobre o cuidado à pessoa com HAS/DM preconiza que o coordenador assistencial do CEAE deva ter formação, preferencialmente, na área da saúde. Isso é consonante com a responsabilidade prevista para o coordenador, constante na mesma nota, qual seja, “*coordenar, dirigir, controlar e supervisionar os assuntos relativos à assistência prestada aos usuários do CEAE*”¹²⁽⁴²⁾, uma atribuição mais afim à dimensão técnico-assistencial do serviço.

Em relação ao perfil do gerente administrativo, a mesma nota orientativa sugere um profissional com perfil de gestor público, capaz de articular competência técnica com sensibilidade política¹². Não aparece, entretanto, entre as atribuições do gerente previstas na nota, questões relacionadas à articulação com os gestores dos municípios atendidos pelos CEAE e aos espaços de governança e de instâncias de pactuação do SUS. Por se tratar de serviço de abrangência regional, é fundamental que os gerentes dos serviços existentes no território, bem como os gestores municipais e estaduais, estabeleçam mecanismos de discussão, comunicação e colaboração visando aos melhores resultados na atenção à saúde da população¹³.

De algum modo, as definições sobre o perfil de formação preconizado para gerentes administrativos e coordenadores assistenciais devem estar diretamente relacionadas às atribuições esperadas. Entretanto, as normativas que regulamentam os CEAE não explicitam tais atribuições, as quais estão presentes, ainda que limitadamente, somente na nota orientativa da SES-MG sobre HAS/DM¹², cujo objeto é de interesse direto apenas dos CEAE que atendem a essa linha de cuidado.

As limitadas informações/orientações sobre o que se espera dos gerentes e dos coordenadores assistenciais dos CEAE apontam para a necessidade de se construir, junto aos próprios trabalhadores, as atribuições e as competências requeridas para o desempenho das funções no serviço de atenção ambulatorial especializada. A construção coletiva dos aspectos que envolvem a atuação na gerência de serviços de saúde do SUS, junto aos próprios trabalhadores que desempenham as funções, é um caminho promissor e pode ser utilizado nos serviços de atenção especializada.

No âmbito dos CEAE, destaca-se como fator favorável para isso o tempo de experiência dos gerentes e dos coordenadores nas funções. Os resultados desta pesquisa demonstraram que quase metade dos gerentes dos CEAE atua na função há mais de cinco anos, indicando uma baixa rotatividade dos profissionais, o que contraria achados em estudos realizados em serviços da APS. Outros aspectos relacionados ao perfil dos gerentes e dos coordenadores dos CEAE, como a predominância de mulheres enfermeiras e com pós-graduação, são corroborados por pesquisas sobre a gerência de serviços da APS^{14,15}.

Sobre aspectos da estrutura física dos CEAE, o fato de nove serviços não possuírem consultórios suficientes para atendimento individual por todos os profissionais da equipe multiprofissional aponta para a necessidade de se conhecer que arranjos estão sendo feitos nos processos de trabalho para garantir que os usuários sejam avaliados por toda a equipe, sobretudo na primeira consulta, como preconiza o modelo assistencial no ambulatório: atendimentos individuais sequenciais pelas distintas categorias profissionais de nível superior¹⁶. Observa-se, ainda, a necessidade de investimento na adequação da ambiência dos CEAE para acolher às necessidades de cuidado aos bebês por mães e pais que utilizam o serviço, à luz das discussões já realizadas sobre a humanização do parto e do nascimento¹⁷.

Em relação à acessibilidade arquitetônica dos CEAE, apenas nove serviços foram considerados adequados para acolhimento e atendimento às necessidades da pessoa com deficiência. Esse achado não é específico de serviços de atenção especializada ou mesmo do estado de Minas Gerais e está presente também em unidades básicas de saúde e outros serviços de saúde¹⁸. É interessante que a discussão sobre as barreiras arquitetônicas não se restrinja a uma questão apenas de adequação/inadequação de infraestrutura de serviços de saúde, mas que seja considerada em termos de impacto no direito de usuários com alguma deficiência terem acesso à saúde de forma equânime. Caberia pensar se o serviço de saúde, que deveria ser um espaço de acolhimento e cuidado, não estaria se tornando, como observado em outros estudos, um local que traz prejuízos ao usuário com alguma deficiência,

como sensação de falta de respeito, dignidade e autonomia. Nesse sentido e considerando os avanços legais alcançados no Brasil com o Plano Viver sem Limites e a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, torna-se urgente a eliminação de barreiras de acesso aos serviços de saúde, incluindo aos CEAE aqui estudados¹⁸⁻²¹.

A composição das equipes multiprofissionais dos CEAE, preconizada por meio de Nota Técnica⁶, varia conforme a categoria do serviço e as linhas de cuidado ofertadas. A ausência de técnico de radiologia identificada em três CEAE não prejudica a oferta da carteira de serviços, considerando que os exames de radiologia, nestes casos, são ofertados por serviço contratado e/ou já existente na rede. Quanto à ausência de endocrinologista na equipe de um dos serviços, não foi possível identificar fatores relacionados.

Os achados deste estudo relacionados à oferta de exames e procedimentos preconizados revelam uma preocupação para a linha de cuidado de HAS/DM e para a expansão em oftalmologia, o que pode levar à peregrinação de usuários em outros pontos da rede pública e/ou privada para tentativa de acesso²². Isso está em desacordo com o programa estadual dos CEAE, cuja proposta busca romper com a fragmentação e a segmentação da atenção ambulatorial especializada predominante no SUS¹⁰, modelando uma carteira de serviços mais ampliada de assistência e apoio diagnóstico ofertada por um serviço.

Observa-se relevante presença de práticas de EPS, por meio, prioritariamente, de reuniões de equipe para discussão de aspectos da organização do serviço, discussão de casos clínicos e elaboração conjunta de planos de cuidado. Esse dado contraria achados na literatura que destacam dificuldades de se manter espaços protegidos para discussão e reflexão sobre processos de trabalho em serviços da atenção secundária em saúde²³. A organização dos CEAE para o desenvolvimento dessas práticas pode ter influência da diretriz estadual, que estabelece como um dos indicadores de avaliação do serviço o desenvolvimento de ações de EPS e de reuniões de equipe⁸. A participação dos médicos nas reuniões de equipe, entretanto, consiste em desafio para alguns dos CEAE. A menor participação de profissionais médicos em iniciativas de EPS, como as reuniões de equipe, pode estar relacionada ao tipo de vínculo de trabalho estabelecido com o serviço, sendo grande proporção com vínculos precários de trabalho e/ou a uma atuação mais focada no atendimento às consultas individuais. Estudo recente desenvolvido com médicos inseridos nos setores público e privado do estado de São Paulo demonstrou uma tendência crescente de inserção de médicos como pessoa jurídica, a qual também esteve associada à perda de autonomia desses profissionais em relação ao trabalho desenvolvido²⁴.

Ainda sobre as ações de EPS, os resultados deste estudo reforçam que as tecnologias digitais vêm ganhando mais espaço na qualificação dos profissionais do SUS. A maior parte dos dirigentes do CEAE afirmaram que os profissionais participam de qualificação por meio de cursos ofertados na modalidade de Educação à Distância (EaD). Tal dado é corroborado no estudo de revisão de literatura, em que se demonstrou que, em ações de EPS, a EaD é a Tecnologia Digital mais referida pelos autores, seguida da Telessaúde²⁵. Em outro estudo, a realização de EPS na modalidade de EaD foi referida por 83% dos 52 médicos participantes e atuantes na estratégia Saúde da Família de um município-polo do estado de Minas Gerais²⁶. Embora os resultados deste estudo demonstraram predominância de participação em ofertas na modalidade à distância, houve grande proporção de participação em cursos presenciais e, ainda, em iniciativas de formação não formais, a exemplo de oficinas e grupos de discussão. Quanto à participação das diferentes categorias profissionais da equipe a processos de qualificação profissional, embora o resultado aponte uma maior proporção de enfermeiros, de forma geral, a participação do nutricionista, do assistente social e do psicólogo também é significativa. Nas categorias profissionais de nível superior, foi referida menor proporção de participação do médico e do farmacêutico, não sendo possível, pelos dados desta pesquisa, identificar possíveis fatores associados. Chama atenção a menor proporção referida de participação do profissional técnico em processos de qualificação.

Sobre a oferta de campo de estágio para a formação de trabalhadores do SUS, os CEAE participantes deste estudo também se destacaram. A incorporação de alunos, de formação técnica, graduação ou residência, em um serviço de atenção ambulatorial especializada tem a potencialidade de contribuir, sobretudo, para o desenvolvimento/aquisição de práticas de cuidado pautadas no trabalho em equipe e na interprofissionalidade, dada a possibilidade de experienciar estratégias que articulem as atividades e os saberes das diferentes categorias profissionais que atuam no CEAE.

O desenvolvimento de ações de matriciamento junto às equipes da APS dos municípios de abrangência dos CEAE também se destaca nos resultados deste estudo, embora a grande maioria dos dirigentes dos serviços tenha informado que não há periodicidade definida para a realização das ações de apoio matricial. Tal dado pode indicar, por um lado, uma prática de cuidado compartilhado entre os profissionais de ambos os serviços que acontece imbricada/encarnada nos processos de trabalho, não sendo necessária a definição, a priori, de agenda protegida para desenvolvê-la; por outro lado, pode indicar um certo distanciamento entre os serviços e/ou dificuldades de definição de agenda protegida para as

práticas de matriciamento. Insta salientar que um estudo desenvolvido com o objetivo de analisar práticas de apoio matricial desenvolvidas por equipe de um serviço de atenção ambulatorial especializada identificou a necessidade de os profissionais da APS terem um horário protegido para as atividades compartilhadas com a AAE. Revelou, ainda, que as fragilidades encontradas na comunicação entre a equipe da AAE e a APS poderiam advir da sobrecarga de trabalho, da desmotivação ou até mesmo do desinteresse nas ações de matriciamento pelos profissionais da APS²⁷. No âmbito do fortalecimento e da atuação integrada à Atenção Primária, o matriciamento das equipes de APS, de modo sistemático e regular, é uma das atribuições esperadas dos serviços de AAE, conforme dispõe a PNAES¹.

O uso de sistema informatizado para registro de informações em saúde ainda constitui um desafio para os CEAE pesquisados, embora seja de amplo reconhecimento que os Sistemas Informatizados em Saúde (SIS) compartilhados pelos diversos pontos da rede de atenção tendem a tornar os processos de trabalho mais organizados e integrados^{28,29}. Nesse sentido e considerando que um dos pressupostos do trabalho dos CEAE é o compartilhamento do cuidado com as equipes da APS dos municípios de abrangência do serviço, o estabelecimento de fluxos de informação que conectem esses dois pontos da RAS é fundamental para propiciar um *“cuidado que acompanhe os usuários em toda a sua trajetória dentro do SUS, de modo integral”*²⁹⁽⁹⁰⁾. Cabe ressaltar que, a despeito de o compartilhamento de informações não ser realizado por meio de SIS, 24 (92,3%) CEAE participantes da pesquisa informaram que compartilham informações com as equipes da APS, sobretudo por meio de formulário de referência e contrarreferência impresso.

Relevante destacar que os desafios com os SIS ainda é uma constante no SUS, não apenas no estado de Minas Gerais. Em geral, os SIS foram pensados e implantados com diferentes finalidades e são voltados para atender, isoladamente, às demandas dos diversos pontos de atenção da rede. Assim, há pouca interoperabilidade entre os sistemas, gerando fragmentação das informações de saúde no país^{30,31}.

Ainda sobre as estratégias de comunicação adotadas pelos CEAE, a maioria dos serviços pesquisados informou que as estratégias, as regras e os fluxos de compartilhamento do cuidado junto à APS foram pactuados nas instâncias de governança regional. Isso aponta para a importância dada aos espaços de negociação, de coordenação dos diferentes pontos de atenção à saúde e de tomada de decisão coletiva. Estudos apontam que os espaços de governança têm potencial para fortalecer e consolidar a regionalização, além da possibilidade de promoverem transparência, qualidade na gestão e na prestação dos serviços assistenciais e

concertação política, com vistas a organizar o sistema regional de saúde com base nas necessidades da população^{13,31}.

A ampla realização de práticas educativas em saúde junto aos usuários, nos CEAE estudados nesta pesquisa, aponta a importância atribuída à educação em saúde como uma estratégia que compõe as ofertas do serviço. Embora não haja nas resoluções estaduais que regulamentam os CEAE uma indução para a realização de ações educativas com os usuários, seja por meio de diretrizes, seja por meio de indicadores/metas, as práticas educativas foram apontadas como uma oferta das equipes multiprofissionais de praticamente todos os serviços investigados e para todos os públicos atendidos. Isso, por um lado, aponta a realização de uma atribuição adicional àquelas previstas para as equipes dos CEAE em Nota Orientativa estadual para a Saúde da Pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica¹² e, por outro lado, está em consonância com as competências da equipe especializada previstas em Nota Técnica para Saúde da Mulher na Gestação, no Parto e no Puerpério, publicada pelo Ministério da Saúde e instituições parceiras e adotada pelo estado de Minas Gerais em projeto estratégico estadual¹⁶.

Embora, em geral, a educação em saúde esteja mais associada às práticas das equipes de APS, as ações educativas também aparecem na literatura como uma oferta importante dos serviços de atenção secundária³².

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou conhecer aspectos importantes sobre a organização e o funcionamento dos CEAE do estado de Minas Gerais, provendo subsídios aos distintos atores envolvidos na proposição, implementação e supervisão do Programa. De forma geral, observou-se que a regulamentação (diretrizes operacionais e financiamento) estadual desempenha uma forte indução nos modos de organização do serviço.

Embora a pesquisa tenha permitido realizar uma caracterização geral dos CEAE, cabe destacar uma limitação do instrumento utilizado para a coleta de dados em fornecer informações adicionais que permitam justificar e compreender o contexto ou as causas de alguns resultados identificados, como por exemplo, as limitações encontradas na oferta ampliada de procedimentos e exames para a linha de cuidado de HAS/DM. Isso aponta a

necessidade de novas investigações para a construção de respostas mais eficientes para aprimoramento do programa.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n 1.604, de 18 de outubro de 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2023.
2. Tesser CD, Neto PP. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciênc. Saúde Colet.* 2017; 22(3):941-51.
3. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066 de 04 de dezembro de 2019. Aprova a regulamentação dos CEAE, seus processos de supervisão e avaliação e metodologia de financiamento. Belo Horizonte: SES/MG, 2019.
4. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.666, de 09 de dezembro de 2021. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066, de 04 de dezembro de 2019, que aprova a regulamentação dos CEAE, seus processos de supervisão e avaliação e metodologia de financiamento. Belo Horizonte: SES/MG, 2021.
5. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.840, de 14 de junho de 2022. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066, de 04 de dezembro de 2019, que aprova a regulamentação dos CEAE, seus processos de supervisão e avaliação e metodologia de financiamento. Belo Horizonte: SES/MG, 2022.
6. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Coordenação de Atenção Especializada Ambulatorial. Nota Técnica n° 3/SES/SUBPAS-SRAS-DAE-CAEA/2021. Belo Horizonte: SES/MG, 2021.
7. Camargos APT, et al. A gestão estadual da atenção ambulatorial especializada para além dos números. *In: Franco, AAAM, et al. Escritas e vivências nos Centros Estaduais de Atenção Especializada de Minas Gerais.* Belo Horizonte: Editora ESP-MG. 2023.
8. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS/MG n° 4.132, de 15 de março de 2023. Aprova a alteração do Anexo Único da Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.066, de 04 de dezembro de 2019, que aprova a regulamentação dos Centros Estaduais de Atenção Especializada, seus processos de supervisão e avaliação e metodologia de financiamento. Belo Horizonte: SES/MG, 2023.
9. Lima SML, et al. Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2004; 20(5):1249-61.
10. Almeida PF, et al. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2019; 24(12):4527-40.
11. Almeida PF, Silva KS, Bousquat A. Atenção Especializada e transporte sanitário na perspectiva de integração às Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2022; 27(10):4025-38.
12. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Nota Orientativa Complementar à Linha Guia com base em revisão de Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde, com foco na APS e AAE. Saúde da pessoa com Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Belo Horizonte: SES/MG, 2023.
13. Seldenreich R, et al. Perfil de governança colaborativa na atenção ambulatorial especializada: uma experiência em duas regiões de saúde. *Saúde Redes.* 2020; 6(2):165-81.

14. Fernandes LCL, Machado RZ, Anschau GO. Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. *Ciênc. Saúde Colet.* 2009; 14(Supl.1):1541-52.
15. Henrique F, Artmann E, Lima JC. Análise do perfil de gestores de Unidades Básicas de Saúde de Criciúma. *Saúde debate.* 2019; 43(n.especial6):36-47.
16. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (SBIBAE). Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na Gestaçã, Parto e Puerpério. São Paulo: SBIBAE: MS, 2019.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno HumanizaSUS: Humanização do Parto e do Nascimento. Volume 4. Brasília: MS, 2014.
18. Araújo LM, et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa. *Rev Fund Care Online.* 2018; 10(2):549-57.
19. Carvalho MEL, et al. A acessibilidade nos serviços de saúde sob a perspectiva da pessoa com deficiência, Recife – PE. *REAS.* 2020; 12(1):1-9.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: MS, 2012.
21. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite. Brasília, 2023.
22. Oliveira RAD, et al. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2019; 35(11):1-13.
23. Gircys JEC, et al. Educação Permanente na atenção secundária: uma estratégia para elaboração de protocolo de atendimento à urgência. *Res. Soc. Dev.* 2022; 11(1):1-11.
24. Levi ML, et al. Médicos e terceirização: percepções de trabalhadores e gestores sobre transformações recentes no mercado de trabalho. *Trab. Educ. Saúde.* 2022; 20:1-18.
25. Oliveira MTB, et al. Uso de tecnologias digitais na educação permanente em saúde dos profissionais do SUS: revisão integrativa. *Rev. Humanid. Inov.* 2023; 10(1):356-69.
26. Wheberth APVB, Farah BF. Educação permanente em saúde para médicos da Estratégia Saúde da Família: percepções e necessidades. *Rev. bras. educ. méd.* 2023; 47(4):1-7.
27. Marques FRDM, et al. Apoio matricial na atenção especializada respaldado no modelo de atenção às condições crônicas: pesquisa avaliativa. *Rev Gaúcha Enferm.* 2023; 44:1-16.
28. Silva MA, Sanine PR. Interoperabilidade entre os Sistemas de Informação em Saúde brasileiros: uma revisão integrativa. *Rev. saúde pública Mato Grosso Sul.* 2020; 3(2):17-29.
29. Freire M, Meirelles RF, Cunha FJAP. Convergências de Padrões de Interoperabilidade para o Fluxo de Informações entre as Redes de Atenção à Saúde no Portal do DATASUS. *Ponto de Acesso.* 2019; 13(1):87-101.
30. Coelho Neto GC. Integração entre Sistemas de Informação em Saúde: o caso do E-SUS Atenção Básica. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2019.
31. Silva RCF, et al. A governança e o planejamento na perspectiva regional de saúde. *Physis.* 2020; 30(3):1-22.
32. Nicolato FV, Couto AM, Castro EAB. Capacidade de autocuidado de idosos atendidos pela consulta de enfermagem na atenção secundária à saúde. *Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.* 2016; 6(2):2199-211.