

FERNANDA REIS JUNQUEIRA

**O PAPEL DA GESTÃO HOSPITALAR NO INCENTIVO À AMAMENTAÇÃO DE
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NO HOSPITAL E MATERNIDADE Dr.
GILENO DE SÁ OLIVEIRA EM LUÍS EDUARDO MAGALHÃES NO ESTADO DA
BAHIA - BRASIL**

Orientador: Professor Dr. Antônio Augusto Teixeira da Costa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

LISBOA

2021

FERNANDA REIS JUNQUEIRA

**O PAPEL DA GESTÃO HOSPITALAR NO INCENTIVO À AMAMENTAÇÃO DE
RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NO HOSPITAL E MATERNIDADE Dr.
GILENO DE SÁ OLIVEIRA EM LUÍS EDUARDO MAGALHÃES NO ESTADO DA
BAHIA - BRASIL**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Empresas, no curso de Mestrado em Gestão de Empresas, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, com o Despacho de Nomeação de Júri Nº117/2020, de 8 de Abril de 2020, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^a. Doutora Ana Cristina Brasão;

Arguente: Prof. Doutor Eduardo M. Sarmento Ferreira;

Orientador: Prof. Dr. António Augusto Teixeira da Costa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Ciências Económicas e das Organizações

LISBOA

2021

Dedico esse trabalho primeiramente aos meus pais João Augusto e Ludmila, que conduziram e incentivaram minha educação.

Às minhas irmãs, Bruna que sempre confiou na minha sabedoria, e Eduarda que foi minha parceira durante toda a vida e no mestrado.

À minha madrinha Izabel que fez parte da minha formação acadêmica.

À minha tia Ana Amélia, por nos fazer acreditar que “a ignorância leva ao caos, a sabedoria não”
Lucy – o filme

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ser essencial em minha vida, autor da minha vida, a Nossa Senhora Aparecida, minha protetora, socorro presente na hora da angustia, ao meu pai Joao Augusto, à minha mãe Ludmila e às minhas irmãs Eduarda e Bruna, que sempre me incentivaram e me encorajaram aos estudos.

Aos meus colegas de mestrado, em especial minha irmã Eduarda e meus primos Vinicius, Leonardo e Rafaela, pela grande ajuda e fornecimento de material e conhecimento para realização desta dissertação.

Aos meus amigos, que compõem a equipe da UCIN do HMDGSO pela ajuda na coleta de dados e trocas de ideias, em especial Marina, Telma e Rafael.

Aos gestores do HMDGSO Marcos e Patrícia por me permitirem a realização desta pesquisa e minhas amigas que disponibilizaram seu tempo para contribuir com algumas informações e dados necessários.

Agradeço à responsável por trazer o mestrado para Luís Eduardo Magalhães, Ana Amélia, por nos dar a oportunidade de ampliar nossos conhecimentos.

Por fim e não menos importante agradeço a Dra. Zita Iago por acreditar no meu potencial, me orientando para elaboração dessa dissertação.

“Se um homem tem um talento e não tem capacidade de usá-lo, ele fracassou. Se ele tem um talento e usa somente a metade deste, ele fracassou parcialmente. Se ele tem um talento e de certa forma aprende a usá-lo em sua totalidade, ele triunfou gloriosamente e obteve uma satisfação e um triunfo que poucos homens conhecerão.”

Thomas Wolfe

ÍNDICE

Lista de Símbolos e Abreviaturas	08
Resumo	11
Abstract	12
Introdução	13
1. Fundamentação Teórica	19
1.1. Organizações: Princípios e Tendências:	19
1.1.1 Fundamentos da Administração e Gestão	19
1.1.2 Evolução das Teorias Administrativas:	21
1.2. Gestão Hospitalar	25
1.2.1. Humanização da Infraestrutura Hospitalar	29
1.3. A História da Saúde Pública no Brasil	33
1.3.1 A História da Saúde Pública de Luís Eduardo Magalhaes, BA	46
1.3.2 Implantação da Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia	50
1.4. Prematuridade	59
1.4.1. Alimentação do Recém Nascido Prematuro e ou Baixo Peso	61
1.5. O Papel da Gestão Hospitalar no Incentivo à Amamentação	65
2. Metodologia	74
3. Resultados e Discussões	79
3.1 Relação do Leite Ofertado durante a internação com os Acometimentos de Complicações, Tempo de Internação e Fonte de Nutrição no Momento da Alta	83
3.2 Fatores Relacionados com Aleitamento Materno na Visão das Mães.	87
3.3 Fatores Relacionados com Aleitamento Materno na Visão da Equipe	91
3.4 Discussões	95

Conclusão.....	103
BIBLIOGRAFIA	109
Lista de Apêndices.....	118
Lista de Anexos.....	124

LISTA DE SÍMBOLOS E ABREVIATURAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
AIH	- Autorização de Internação Hospitalar
A. M.	- Aleitamento Materno
ANVISA	- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	- Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CCIH	- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CIB	- Comissões Intergestoras Bipartite
CID10	- Código Internacional de Doenças
CONASS	- Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
CSS	- Conselho de Saúde Suplementar
CTA	- Centro de Testagem e Aconselhamento
DBP	- Displasia Broncopulmonar
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
ESF	- Equipe de Saúde da Família
F. I.	- Fórmula Infantil
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FMP	- Fundos de Participação dos Municípios
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
HPIV	- Hemorragia peri-intraventricular
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS	- Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
IDHM	- Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IPBI	- Imposto Sobre a Transmissão de Bens Imóveis e de Direitos a eles Relativos

IPI	- Imposto Sobre Produtos Industrializados
IPTU	- Imposto Predial e Territorial Urbano
IPVA	- Imposto Sobre a Propriedade de Veículos Automotores
IRRF	- Imposto de Renda Retido na Fonte
ISS	- Imposto Sobre Serviços
ITR	- Imposto Sobre a Propriedade Territorial Rural
LEM	- Luís Eduardo Magalhães
L. H.	- Leite Humano
L.M.E	- Leite Materno Exclusivo
MS	- Ministério da Saúde
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	- Normas Operacionais Básicas
PAB	- Piso da Atenção Básica
PAB-A	- Piso de Atenção Básica Ampliada
PIB	- Produto Interno Bruto
RN	- Recém Nascido
RNEBP	- Recém Nascido Extremo Baixo Peso
ROP	- Retinopatia da Prematuridade
SAMU	- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES	- Secretaria Estadual de Saúde
SIA	- Sistema de Informações Ambulatoriais
SIAB	- Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH	- Sistema de Informações Hospitalares
SUS	- Sistema Único de Saúde
TN	- Terapias Nutricionais
UMDGSO	- Unidade Mista Dr. Gileno Sá Oliveira
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento
UTIN	- Unidade de Terapia Intensiva de Neonatologia
UTI	- Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

Apesar dos benefícios apresentados na literatura e de recomendações nacionais e internacionais, as estratégias de incentivo ao aleitamento materno (AM) ainda é reduzida para os recém-nascidos prematuros (RNPT) e/ou baixo peso (RNB), principalmente quando se trata de pequenos Hospitais. Essa dissertação pretende expor que uma gestão hospitalar bem conduzida e inovadora induzirá a humanização estrutural e do atendimento, visando o incentivo à amamentação e impactando positivamente na Unidade de Cuidados Intermediários de neonatologia (UCIN) do Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira (HMDGSO), demonstrando as possibilidades e desafios para alcançar o resultado esperado. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, quanti-qualitativa, investigativa observacional, tendo como base a vivência profissional da pesquisadora, com objetivo de demonstrar o papel do gestor hospitalar no incentivo à amamentação. Foram estudados 75 prontuários de RNPT / PRBP e a percepção das mães e equipes quanto aos obstáculos para preservar o aleitamento materno durante a internação desses. Fez-se levantamento dos prontuários de 46 Recém Nascidos (RNs) internados, que atendiam aos critérios de inclusão. Também foram obtidos dados relacionados à amamentação, através de questionários aplicados a 25 mães e 19 membros da equipe da UCIN. Foi analisado o tipo de leite ofertado durante o tempo de internação, com o índice de acometimentos de complicações, tempo de internação e leite utilizado como fonte de nutrição no momento da alta. Os dados encontrados corroboram a literatura em relação ao uso do leite materno como fonte de nutrição, acometimentos de complicações e tipo de aleitamento na alta hospitalar. Quanto ao tempo de internação a pesquisa demonstra um menor tempo de internação com o uso de leite materno, apesar de não haver estudos maiores que demonstrem essa relação.

Palavras Chaves: Gestão Hospitalar; Amamentação; Prematuridade; Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira.

ABSTRACT

Despite the benefits presented in the literature and national and international recommendations, strategies to encourage breastfeeding (MA) are still reduced for premature infants (PTNBs) and / or low birth weight (NBPT), especially when it comes to small Hospitals. This dissertation intends to show that a well-conducted and innovative hospital management will induce structural humanization and care, aiming at encouraging breastfeeding and positively impacting the Intervention Unit of neonatology (NICU) of Hospital and Maternity Dr. Gileno de Sá Oliveira (HMDGSO), demonstrating the possibilities and challenges to achieve the expected result. It is a bibliographical research, quantitative-qualitative, observational research, based on the professional experience of the researcher, with the purpose of demonstrating the role of the hospital manager in encouraging breastfeeding. **METHODS:** The charts of 46 newly born (RNs) hospitalized, which met the inclusion criteria. Among the 75 new borns (RNs) hospitalized in the period from March to November 2016, the charts of 46 of them that met the inclusion criteria were surveyed. Data related to breastfeeding were also obtained through questionnaires applied to 25 mothers and 19 members of the NICU team. The type of milk offered during hospitalization time was analyzed, with complications index, hospitalization time and milk used as a source of nutrition at the time of discharge. The data found corroborate the literature regarding the use of breast milk as a source of nutrition, complications complications and type of breastfeeding at hospital discharge. Regarding the length of hospital stay, the research shows a shorter hospital stay with the use of breast milk, although there are no larger studies that demonstrate this relationship. Management provided that it has the political will to invest in public policies aimed at the health of the child and to build a humanized car.

Key Words: Hospital Management; Breast-feeding; Prematurity; Dr. Gileno de Sá Oliveira Hospital and Maternity.

INTRODUÇÃO

Gestão representa um dos pilares da administração, é o gerenciamento de uma instituição, uma empresa, uma entidade social de pessoas, com objetivo de ser organizada, de crescer de acordo com o estabelecido pela mesma, através do esforço humano com um objetivo específico. Essas instituições podem ser públicas, privadas, sociedades de economia mista, com ou sem fins lucrativos.

Pesquisa publicada na Folha de São Paulo —O que esperam os brasileiros¹ (Westin, 2010) e o Relatório Mundial de Saúde (World Health Organization, 2010), tem indicado a saúde como principal preocupação da população, ficando atrás apenas de questões econômicas de sobrevivência, como desemprego e renda insuficiente, fazendo com que a política e serviços de saúde assumam importância na agenda das sociedades contemporâneas.

Lorenzetti et al (2014) afirmam que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), para atender às necessidades das comunidades no âmbito da saúde no Brasil é essencial garantir a cobertura universal investindo na promoção, proteção e recuperação da saúde e das unidades de atendimento ao público.

Tal afirmativa é sobremaneira relevante quando se constata diuturnamente que de modo geral, em relação à rede hospitalar brasileira, ainda se observa grande número de Unidades de Saúde com deficiência gerencial, podendo-se considerar seja isto devido a fatores complexos, tais como incapacidade do gestor direto, alto nível de burocratização do sistema de saúde, falta de habilitação e formação adequada de pessoal, déficits infraestruturais, alta demanda da população por serviços de saúde, o que exige investimentos de alto montante nem sempre disponível, falta de compreensão adequada sobre políticas públicas na área da saúde, entre outros fatores.

Sendo assim, percebe-se a cada dia o agravamento e as dificuldades para oferecer assistência adequada e otimizada aos interessados, em especial nos serviços públicos de saúde, uma vez que este depende de repasses financeiros e interesses de todas as esferas governamentais.

Luís Eduardo Magalhães foi um município emancipado em 2000 (Anexo I), quando já havia sido aprovada a NOB – SUS 01/93, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações do SUS e seus mecanismos de financiamento, iniciou sua gestão com a municipalização da saúde. Contudo a Secretaria Municipal de Saúde passou a ter o Fundo Municipal de Saúde, com CNPJ próprio no ano de 2009, ano em que fez adesão ao Pacto pela Saúde, através da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão, com homologação em 2010 através da publicação da Portaria n. 716, de 05 de abril de 2010 (Anexo II). Essa adesão deu ao Município à assunção do Comando Único à Secretaria Municipal de Saúde, passando a se responsabilizar não somente pela Atenção Básica, mas também pela referência de Média e Alta Complexidade da Rede de Saúde.

Desta forma o HMDGSO passou a atender um maior número de procedimentos, incluindo partos de alto risco (Luís Eduardo Magalhães, 2013). Atualmente o HMDGSO possui uma direção administrativa, uma técnica, uma clínica, e uma coordenação de enfermagem. No entanto as autorizações são realizadas, em sua maioria, pelo gestor municipal, através da central de regulação. A direção desta Unidade é composta, atualmente, por duas enfermeiras, uma com o cargo de diretora administrativa e outra ocupa o cargo de coordenadora de enfermagem; um médico – obstetra com o cargo de diretor técnico e um ortopedista como direto clínico. Os atendimentos de média complexidade são realizados na Maternidade Municipal, sendo

os de alta complexidade referenciados para os hospitais de grande porte dentro do Estado da Bahia. A regulação é realizada via sistema - SUREMWEB2, e o paciente transferido com suporte para a Unidade referenciada.

Com base nessa realidade grande parte das gestantes em trabalho de parto prematuro não é regulada em tempo hábil e findam por parir no HMDGSO, necessitando desta forma que o RN fique internado na UCIN. Os Hospitais particulares existentes no Município de LEM não possuem estrutura e equipamentos para internamento desses RNs, que por sua vez necessitam ser regulados para UCIN do HMDGSO. Essa regulação entre Unidades é realizada através dos pediatras de plantão das Unidades envolvidas. Todos os recursos físicos, humanos e materiais necessários para tal funcionamento é gerenciado pela Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Finanças, o que impede muitas vezes, apesar dos esforços da direção do HMDGSO, a agilidade de atendimento, organização de treinamentos, contratação de recursos humanos, reorganização estrutural, entre outros. Vale ressaltar que todo o financiamento da UCIN é de responsabilidade Municipal, uma vez que está ainda não é cadastrada no Estado.

No tocante da UCIN do HMDGSO, tem se observado empiricamente que algumas modificações na estrutura, logística e manejo dos profissionais poderiam conduzir e impulsionar a amamentação de RNPT e/ou RNBP, induzindo a um melhor prognóstico desses pacientes. Um dos fatores observados na prática clínica é a importância da amamentação desses RN, uma vez que se sabe que o leite materno exclusivo apresenta benefícios suficientes que podem levar há um menor número de complicações e tempo de internação.

Portanto, essa pesquisa tem como objetivo geral observar quais fatores dificultam o aleitamento materno durante a internação e a importância da gestão hospitalar e seus impactos no incentivo à amamentação de RNPT e/ou RNBP na UCIN do HMDGSO de LEM.

Os objetivos específicos são:

- Constatar a realidade do funcionamento, gestão e desafios do HMDGSO;
- Observar qual dieta utilizada por cada RNPT e/ou RNBP durante o tempo de sua internação na UCIN;
- Identificar quais RN apresentou ou não complicações e qual a relação dessas com o tipo de leite utilizado;
- Identificar a relação do tempo de internação com o tipo de leite utilizado nesse período;
- Identificar a relação do tipo de leite ofertado durante a internação com o tipo de leite utilizado como fonte de nutrição no momento da alta;
- Assinalar as possibilidades e desafios da gestão para o incentivo à amamentação.

Para alcançar os objetivos, esse trabalho foi estruturado através de uma pesquisa teórico-bibliográfica, documental e de campo, de cunho quanti-qualitativa, investigativa observacional, tendo como base a vivência profissional da pesquisadora. Foram analisados setenta e cinco (75) prontuários de RNs internados na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal do Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira – HMDGSO- entre março e novembro de 2016, dos quais vinde e nove (29) foram

excluídos da pesquisa, sendo sete (07) transferidos para UTIs, seis (06) foram a óbito e dezesseis (16) nasceram a termo apresentando alguma patologia, sendo a pesquisa realizada em 46 prontuários. Também foram obtidos dados através de questionários aplicados tanto às mães de RNPT do período em análise, escolhidas aleatoriamente, quanto para a equipe multidisciplinar da UCIN (vide Apêndice I). Este questionário foi aplicado a vinte e cinco (25) mães após a alta de seus bebês e a dezenove (19) profissionais da equipe que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Os dados analisados foram o tempo de internação do RN, tipo de alimentação ofertada, presença de complicações, fonte de nutrição no período da alta e a relação entre os dados, evidenciando que o leite materno é a melhor opção de nutrição para RNPT e/ou RBNP, reduzindo os índices de complicações e consequentemente o tempo de internação. Para contribuir com as decisões da gestão quanto às estratégias de incentivo ao AM durante a internação desses RNs, pesquisou-se junto às mães e à equipe de profissionais os maiores obstáculos para o aleitamento materno durante a internação. Quanto aos questionários, os resultados obtidos e as respectivas análises, ressalta-se que estão apresentadas no capítulo 03 da presente dissertação.

Assim sendo, e conforme as normas metodológicas para uma investigação desta natureza, o texto de apresentação dessa dissertação, está dividido em três (3) capítulos.

No capítulo 01 apresenta-se a fundamentação teórica sobre Gestão Hospitalar, Humanização da Infraestrutura Hospitalar, a História da Saúde Pública no Brasil, a História da Saúde Pública de Luís Eduardo Magalhães, a Implantação da Unidade de Cuidados Intermediários de Neonatologia, Prematuridade, Alimentação do Recém Nascido Prematuro e / ou Baixo Peso e O Papel da Gestão Hospitalar no Incentivo à Amamentação.

No Capítulo 02 estão apresentados os elementos constitutivos da dimensão Metodológica utilizada para realização da pesquisa. Portanto, para a realização dessa, primeiramente definiu-se o tema, bem como a hipótese embasando as questões norteadoras, o universo de referência e a população/amostragem da pesquisa de campo. A metodologia utilizada foi pesquisa teórico-bibliográfica, documental e de campo, de cunho quanti-qualitativa, investigativa observacional, através de análise de portuários e questionários.

No Capítulo 03 são apresentados os resultados da pesquisa, demonstrando a Relação do Leite ofertado durante a internação com os acometimentos de Complicações, Tempo de Internação e Fonte de Nutrição no Momento da Alta , assim como os Fatores relacionados ao Aleitamento Materno na Visão das Mães e da Equipe e Discussão com a fundamentação teórica, buscando identificar as relações com as determinações teóricas e documentais, reforçando as possibilidades e desafios para a gestão hospitalar no atual contexto das condições da saúde brasileira. Os resultados são apresentados através de elementos quantificados, demonstrados em tabelas e gráficos, seguidos das respectivas análises de conteúdo, conforme proposto na fase de planificação da pesquisa.

Conclui-se o relatório dissertativo com as Considerações Finais nas quais de definem as perspectivas de corroboração com a hipótese levantada e a contemplação dos objetivos e da metodologia devidamente planificada na fase correspondente da elaboração do plano de pesquisa.

Têm-se ainda os elementos pós-textuais, entre eles: as referências, os apêndices e anexos, que são materiais complementares, elaborados para complementares argumentos e imprescindíveis à compreensão desta dissertação.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 As Organizações: princípios e tendências

A Sociedade é composta de organizações que fornecem meios para suprir as necessidades dos seres humanos. Serviços de saúde, segurança pública, alimentação, diversão, educação, tudo depende de organizações. Segundo Maximiano (2009), as organizações são grupos sociais orientados com a meta de fornecimento de produtos ou serviços. Elas podem ser classificadas por tamanho, área de atuação, setor, entre outras. Quanto ao setor econômico em que atuam, podem ser classificadas em: governo, empresa e organizações do terceiro setor.

O governo abrange as organizações do serviço público, administrando por meios de ministérios, secretarias, universidades públicas, fundações e estatais. Já as empresas são organizações com objetivo de vender produtos e serviços obtendo lucro. O terceiro setor são organizações de origem na sociedade, tais com ONGs e não tem finalidade lucrativa.

Independentemente do tipo de organização, elas tem aproximadamente as mesmas funções, tais como, produção, recursos humanos, finanças, marketing, pesquisa e desenvolvimento. Todas essas funções são coordenadas pela administração geral ou Gestão.

1.1.1 Fundamentos da Administração e Gestão

O ato de administrar engloba as ações de planejar, organizar, coordenar e controlar todos os recursos que estão à disposição da empresa, incluindo tempo, capital humano, capital financeiro, materiais utilizados na produção, equipamentos, softwares e dados,

etc. A administração é mais voltada para o âmbito técnico e estratégico, focalizando os processos. Já a gestão de uma empresa representa um dos pilares da Administração. Gestores são os agentes responsáveis por garantir que a execução dos processos seja cumprida pelos colaboradores. Nesse sentido, em uma pirâmide organizacional, o administrador estaria no topo, responsável pelas decisões estratégicas e de longo prazo; e o gestor, no meio, responsável pelo planejamento tático e vinculação do administrador com a área operacional, que é a base da pirâmide. O gestor adota como princípio o ato de influenciar e motivar o envolvimento dos funcionários com o negócio, dando a eles a liberdade que precisam para serem criativas, autônomas e capazes de assumir a responsabilidade por seus próprios resultados. Essa área tem como objetivo ajudar o empreendimento a alcançar seus resultados com a máxima eficiência — sem negligenciar os valores e reconhecimento do fator humano no processo.

Ao falar de gestão, se faz necessário entender um pouco sobre administração. Segundo Maximiano (p. 11, 2005) administrar é –um processo dinâmico de tomar decisões sobre a utilização dos recursos, para possibilitar a realização de objetivosl. Para uma administração eficiente e eficaz é imprescindível adotar os princípios da administração, que compreende cinco processos interligados: planejamento, organização, liderança, execução e controle.

Os processos administrativos, também chamados de funções gerenciais são ferramentas que devem ser aplicadas de forma alinhada. O planejamento é determinação do curso de ação para alcançar o objetivo, é a decisão antecipada do que fazer, como, quando e quem deve fazer. Ele pode ser estratégico ou operacional (Lacombe & Heilborn, 2009). A organização é a forma de disposição dos recursos para que facilite a realização do planejamento. A liderança é assumir o papel de responsabilidade de orientar os colaboradores na realização das atividades, solucionar conflitos

interpessoais, promover o envolvimento de todos dentro das metas e conduzir os processos. Para tal o gestor precisa ter competência de liderança, ou seja, desenvolver habilidades como comunicação, de motivar os colaboradores, exercer autoridade, avaliar desempenhos e tomar decisões, além de possuir conhecimento e atitude. A execução é a função administrativa em que o gestor, junto à sua equipe transforma o planejamento e ação. Finalizando os processos administrativos, faz-se necessários o controle, que consiste em avaliar e corrigir o desempenho dos colaboradores assegurando que as metas das organizações sejam alcançadas.

Essas formas de administração se dão nas administrações privadas, públicas e do terceiro setor, porém cada uma com suas especificidades e legislações.

1.1.2 Evolução das Teorias Administrativas

Desde as construções das pirâmides do Egito, antes mesmo da administração se tornar uma ciência, ela já era praticada pelos povos. Porém, somente no início do Século XX é que começou a ser estudada sistematicamente.

Embora muitos autores como Morgan (2006), Maximiano (2009), Caravantes et. al. (2005), fizeram uma síntese das teorias administrativas, um acordo quanto à divisão correta destas ainda está muito longe. Portanto, o que se observa frequentemente é que o estudo da administração foi dividido em abordagens, podendo ser citada a Abordagem Clássica, a Abordagem Comportamental, a teoria de Sistemas, a Abordagem Neoclássica e as Novas Abordagens.

A Administração científica foi desenvolvida, no início do Século XX, por Frederick W. Taylor e para ele a maneira correta para fazer o trabalho era refazendo as tarefas para alcançar a eficiência, determinando o tempo padrão para cada tarefa. Dentro deste conceito cada funcionário recebia pagamento pela quantidade produzida, aludindo

que apenas a recompensa financeira é capaz de motivar o funcionário. Os princípios de Taylor até hoje são utilizados em diversas organizações (Morgan, 2006).

Ainda no Século XX, Henry Fayol desenvolveu a Teoria Clássica, acreditando que a administração era uma ciência comum a todos os empreendimentos e, portanto deveria ser ensinada e que todas as empresas deveriam possuir seis funções básicas (técnica, comercial, financeira, segurança, contábil e administrativa.). Fayol defendia o foco na estrutura organizacional e coesão entre as partes para aumentar a produtividade.

Max Weber percebeu que as organizações do Século XX estabeleciam um caos em relação às normas e procedimentos de trabalho, idealizando então a Organização Burocrática, que tinha como principais características a formalidade, impessoalidade e o profissionalismo (Maximiano, 2009). Muitas empresas lentas no processo de tomada de decisões e complexas no método de trabalho, ainda hoje, são chamadas de burocráticas.

Tanto as teorias de Taylor, quanto as de Fayol e as de Weber compõem a Abordagem Clássica, com foco operacional, em que se buscava aumentar a produtividade por meio da realização de tarefas.

Criticando o enfoque totalmente operacional dado pela Abordagem Clássica, a Abordagem Comportamental surgiu através da percepção de estudiosos que haviam outros fatores que aumentavam a produtividade. Dentro desta abordagem os estudos sobre a Teoria das Relações Humanas, o estudo das necessidades de Maslow, a Teoria dos Dois Fatores e a Teoria X e Y, foram os mais relevantes.

A Teoria das relações Humanas surgiu de uma pesquisa que verificava a correlação entre iluminação no ambiente de trabalho e produtividade, realizada por Elton Mayo. Como resultado foi verificado que o que influenciava o aumento da produtividade era o tipo de relacionamento que o funcionário tinha com o grupo e não

com as condições de trabalho, surgindo assim as teorias que se preocupavam com o comportamento das pessoas para que se pudesse aumentar a eficiência organizacional.

Dentro dessas teorias, Maslow alegava que o indivíduo é motivado por necessidades, implicando que uma necessidade superior somente surge quando uma anterior é atendida, criando assim a Pirâmide das Necessidades de Maslow com cinco níveis de necessidades: fisiológicas, segurança, sociais, estima e auto – realização. (Caravantes et al, 2005).

A Teoria dos Dois Fatores buscava entender o comportamento humano por meio da motivação. Herzberg definiu os fatores higiênicos (salário, política de administração, condições físicas, segurança e relações com os colegas) mantêm satisfação ou geram insatisfação, não sendo capaz de motivar os funcionários. Já os fatores motivacionais (sentimento de realizar algo importante, responsabilidade, prestígio, possibilidade de crescimento) são os que fazem com que os indivíduos trabalhem mais e melhor. (Laruccia, 2005).

Insatisfeito com a realidade organizacional, Douglas McGregor, ampliou o conceito do comportamento humano dentro das empresas, demonstrando que o mesmo era alterado pelo estilo de administração praticado pelo líder. Comparando o estilo tradicional, chamado por ele de Teoria X, com o estilo moderno, chamado de Teoria Y, McGregor definiu as características de cada gestor e qual tipo de funcionários esta organização deveria apresentar.

Separando as Abordagens Clássica e Comportamental das demais, a administração contou com a Teoria de Sistemas. Essa Teoria surgiu com a afirmação de Ludwig Von Bertalanffy de que nenhuma organização vive sozinha, elas atuam e se interagem em um ambiente, tendo cada parte (trabalhador, tarefa e gerência) sua função e que é determinada e depende uma das outras.

A abordagem comportamental mudou o foco do estudo da administração, passando a ser totalmente nas pessoas. Com isso, autores com Peter Drucker, Harold Koontz, Willian Newman, entre outros, contribuíram para a criação da Abordagem Neoclássica, onde foram resgatados os princípios da Abordagem Clássica levando também em consideração o ser humano (Chiavenato, 2003). A contribuição dessa abordagem foi a análise das funções básicas da administração, resumindo-as em quatro atividades que até hoje são aceitas: planejar, organizar, dirigir e controlar.

Novas Abordagens são constantemente criadas, ou redesenhadas findando resolver problemas específicos ou se adaptar às novas tecnologias tais como a Gestão da Qualidade Total, Reengenharia, Benchmarking, Gestão do Conhecimento, Gestão contemporânea, entre outras.

Ao longo dos tempos e à medida que ocorre mudança na sociedade, as formas de administração ganham novos conceitos, visão, missão, quebrando paradigmas de acordo com o desenvolvimento da humanidade. Levando em consideração essas mudanças, a administração deve se adaptar as complexidades de cada época, se tornado uma das áreas mais importantes no trabalho desenvolvido pelo ser humano.

Dentro desse contexto, para assumir um cargo de gestor, deve-se ter uma visão empreendedora, que ative a percepção e o entendimento de que um bom relacionamento interpessoal entre os líderes e as equipes integradas (gestão participativa), na valorização dos colaboradores (políticas de recursos humanos) e numa boa liderança (os colaboradores reconhecem que ele está preparado e transmite confiança e segurança), é a melhor trajetória para o sucesso pessoal e organizacional (Silva, 2016).

As funções básicas já citadas, organização, planejamento, direção e controle devem ser aplicados em qualquer modelo de administração, privada, pública e no terceiro setor, mas com suas especificidades e legislações próprias.

Dando foco à administração pública, entende-se que estas são acompanhadas pela busca de um modelo de gestão que consiga conciliar custos e satisfação dos usuários, proporcionando um equilíbrio entre ambas e permitindo que o serviço público atinja seus objetivos (Silva, 2016, p. 29).

Ressaltam-se aqui os modelos de gestão e interesses políticos envolvidos nessa gestão.

“A administração pública é influenciada pelo contexto cultural e político dos países e também, sobretudo, pelo sistema legal, onde existem estado, órgãos encarregados exercício de funções administrativas e existe em leis que apoiam essas funções, cada país obedece a um sistema jurídico específico que pode se diferenciar tanto pela escolha de origem quanto pelas adaptações sofridas e pela história de cada país”. (Carneiro, 2010, p. 10).

1.2 Gestão Hospitalar

Atualmente, frente à presença de um mercado altamente competitivo as empresas precisam apresentar uma maior produtividade e grandes diferenciais para se destacarem nos contextos mercadológicos. Toda empresa, independente do ramo, seja ela pública ou privada, atua em determinado ambiente e sua sobrevivência depende da maneira como a mesma se relaciona com esse meio.

Portanto, sua estrutura deve ser dinamizada em função das condições e circunstâncias que caracterizam o meio em que ela opera e, desta forma, torna-se necessário atentar por fatores como a Cultura Organizacional, identificando suas crenças, valores, tradições e hábitos, sendo preponderante que se defina como está seu clima organizacional, de que forma está a relação com a satisfação dos colaboradores, fornecedores e consumidores; bem como se desenrolam as funções, o desenvolvimento

e as fases organizacionais, sendo estes, entre outros, fatores determinantes para o exercício de uma gestão empresarial condizente com os ditames da contemporaneidade, complexa, multifacetária e em constantes transformações.

Os novos modelos de gestão, defendidos por inúmeros autores, tais como Crozatti (1998), Fleury (1987) e Freitas (1991), necessitam que sejam estabelecidos novos procedimentos administrativos, os quais já se delineiam e impactam as ações gestoras em todos os seus níveis sendo que, conforme Corzatti (1998), aqueles gestores que permaneçam alheios a essa realidade poderão perder espaço frente aos desafios que se desenham às empresas, os quais vêm apresentando cotidianamente novas exigências nos diversos âmbitos da organização empresarial, com exigências de mudança de mentalidade, de atitude e de percepção dos ambientes e das situações que envolvem o contexto da empresa.

A gestão contemporânea requer uma integração das ações dos gestores, que perpassam o *saber e o fazer*, passando por aspectos do controle para o gerenciamento das potencialidades internas e externas, assumindo riscos que podem ampliar suas habilidades e ações.

Desta forma um gestor contemporâneo, em acordo com as exigências de seu tempo, necessita apresentar competências de empreendedor, com ideias e atitudes que possibilitem atividades e ações para implantar mudanças na medida em que os ambientes apresentam déficits nos resultados, devendo analisar quais serão as repercussões de suas decisões para seus públicos, adotando a valorização do diálogo, da mudança em prol da melhoria dos resultados da empresa. –Conhecer pessoas, processos de grupos, cultura organizacional e o modo como esses processos interagem entre si, passou a ser uma exigência essencial de qualquer gestor que almeje sucesso no mundo dos negócios e das organizações (Quadros; Trevisan, 2009, p.15).

No contexto que envolve o presente estudo e pesquisa, considerando-se seja ela do entorno da formação e do exercício profissional da pesquisadora, tratar da questão da Gestão da Saúde e, mais especificamente, da Gestão Hospitalar, revela-se uma tarefa altamente desafiadora, pois que em seus âmbitos de formação inicial, tais aspectos da gestão não são suficientemente abordados, o que se pode constatar pelas matrizes curriculares dos cursos de formação na área da saúde no Brasil. São currículos voltados às questões específicas da saúde, pouco relacionados às questões da organização e da gestão na área da saúde, colocando profundas indagações sobre tais aspectos, exigindo-se que os interessados apresentem e revelem suas habilidades em formações continuadas, como o caso do presente estudo no âmbito da formação em *stricto-sensu*.

Segundo Malik & Teles (2001), no tocante à gestão da saúde e, em especial da Gestão Hospitalar, a maioria dos hospitais brasileiros tem como gestores, profissionais de saúde, que desempenham tais funções e as coordenam com as práticas do dia a dia, mas sem o suficiente conhecimento sobre os mecanismos da administração para área de saúde.

Esses déficits e carências no âmbito da formação desses profissionais acarretam consequências desastrosas em termos de má utilização dos recursos gerando, entre outros problemas relacionados à insuficiência de recursos econômicos e materiais, a má distribuição e dificuldades na gestão de pessoas, bem como formas de administração pouco voltadas aos ditames do contemporâneo, com a utilização dos recursos midiáticos e virtuais que lhes favoreçam o êxito e o sucesso no âmbito gestor. (Seixas & Melo, 2004).

Referendando-se as afirmativas acima elencadas e ressaltando as pressuposições, encontram-se hoje em muitos locais no país, com raras exceções, Unidades Hospitalares cujos gestores exercem a direção sem suficientes conhecimentos na área da gestão da

saúde e, desta forma, não se consideram aspectos e peculiaridades que, conforme a definição de Seixas & Melo (2004), se apresentam com a seguinte condição de organização e finalidades na prestação de serviços:

“Fajardo Ortiz aborda algumas particularidades dessa administração: Os hospitais e clínicas são instituições com estrutura pública ou particular com finalidade também de ensino e pesquisa; é um lugar de contraste emocional, de nascimento, alívio ou morte; os serviços são pessoais, porque não existe a enfermidade, existe o enfermo; a autoridade médica é maior que a administrativa; o pessoal que trabalha é heterogêneo e de nível universitário; nunca se encerra o serviço, deve-se contar com pessoal para trabalhar 24 horas; é de difícil medição e interpretação, pois não dá para medir quanta saúde se tem obtido, medem-se quantas cirurgias e quantas consultas; e muitas unidades trabalham provocando déficit econômico, mas não podem ser desativadas.” (Seixas & Melo, 2004, p.18.).

Considerando-se o descrito pelos autores citados, tem-se que, no atual contexto, um Gestor Hospitalar não necessita apenas controlar custos, recursos humanos e clientes, ele precisa promover programas de capacitação profissional, ficar atento às inovações e às necessidades e demandas da população atendidas, respeitando e conhecendo os perfis de sua clientela, promovendo motivação dos colaboradores, entendendo a complexidade de uma organização hospitalar, em seus meios e fins, considerando aspectos relacionados aos custos operacionais de elevada monta e os âmbitos profissionais dos diversos setores da organização hospitalar que, em última instância, lidam com a vida, sentimentos e as demandas complexas de sua clientela. (Vituri & Évora, 2014).

Essa citada complexidade e compromissos profissionais e humanos tornam-se mais desafiadores quando se trata de Hospitais Públicos, pois que, além dessa elencada complexidades de fatores existem também as cobranças e interferências governamentais que, não raro, são planejadas à revelia da realidade contextualizada, ou seja, dos

âmbitos e campos efetivos, deixam a desejar quanto às adequadas relações com as realidades onde os fatos decorrem, podendo-se exemplificar isto pelos aspectos históricos da criação do Sistema Único de Saúde – SUS – desenhado, planejado e interposto distanciado da realidade da população a ser atendida, não considerando fatores fundamentais como a humanização e rotina das Unidades Hospitalares.

1.2.1 A Humanização da Estrutura Hospitalar

As Unidades Assistenciais de Saúde – UAS - são estabelecimentos complexos, compostos de diversos setores, que exigem grandes investimentos na construção, aquisição de equipamentos, capital humano e manutenção dos custos operacionais.

Segundo Mezzomo (2012), a humanização hospitalar possibilita aos profissionais o acesso à uma participação efetiva nos processos que envolvem tomadas de decisões, definição de tarefas e construção de projetos. Embora nem sempre seja possível atender todas as sugestões dos funcionários para tomadas de decisões, é imprescindível dar a elas devida importância, para que sejam proporcionadas melhorias da satisfação dos profissionais e dos usuários (Lima et al, 2006).

O Gestor Hospitalar é responsável pela melhoria constante e articulação eficiente dos recursos a serem utilizados. Essa percepção desse gestor/administrador poderá demandar um retorno significativo e adequado dos investimentos (Bona, 2016). Visando este retorno de investimentos, o gestor deve proporcionar um ambiente que proporcione à equipe, condições salubres de trabalho e ao paciente um atendimento humanizado, que resulte em um tratamento mais eficaz e reduza seu período de internação.

Segundo Corbella (2003), no caso de edifícios hospitalares, a arquitetura é um instrumento terapêutico, quando contribui para o bem estar físico do paciente, e

acompanhe os avanços tecnológicos, desenvolvendo condições de convívio mais humanizadas.

Destacam-se das proposições de Lima et al, (2006) e Santos & Bursztyn (2004), alguns fatores que devem ser levados em consideração no momento da criação do projeto arquitetônico dos referidos edifícios hospitalares e investimento destes, tais como:

- *Higiene do ambiente*: Um ambiente hospitalar, em que são feitos atendimentos de infecções respiratórias, gastrointestinais, entre outros, favorecem a sujidade, requisitando, portanto, constante limpeza e um quantitativo maior de serviços gerais capacitados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH);

- *Estacionamento*: Para proporcionar maior conforto e agilidade nos processos, um estacionamento privativo para funcionários, paciente e visitante é de grande importância;

- *Refeitório*: o serviço de nutrição e dietoterápica contribui para humanização hospitalar, visto que o nutricionista ocupa papel fundamental na vida dos funcionários e pacientes, por utilizar essa ciência para ajudar a se alimentarem melhor proporcionando saúde, bem estar, qualidade de vida, reduzindo assim, o tempo de internação no caso dos pacientes.

- *Área de descanso*: O sono é uma função protetora para todos os seres, permitindo recuperação após atividades. Daí, a necessidade de um ambiente adequado ao repouso dos funcionários, em especial dos que trabalham no período noturno;

- *Ambiente de espera*: Sugere-se que seja uma sala destinada à espera de pacientes para atendimento ou visitantes, contendo materiais lúdicos, educativos e aconchegantes, proporcionando a minimização do estresse traumático.

- *Sinalização de salas*: É fundamental para que equipe e usuários

localizem mais facilmente os setores que precisam utilizar. É um aspecto valioso, pois permite orientações de espaço aos usuários e visitantes. Esse conhecimento reduz consideravelmente o tempo de atendimento, podendo salvar vidas.

- *Instalações físicas adequadas*: Para tal é necessário que a Unidade Hospitalar tenha um equilíbrio fisiológico e psicológico. Deve-se pensar nos diversos tipos de usuários e equipe multidisciplinar e suas atividades. Segundo Corbella (2003), a iluminação natural, traz benefícios para saúde, pois dá a sensação do tempo tanto cronológico, quanto climático. A luz artificial deve ser vista como uma suplementação e não como uma substituição. A sensação térmica causada pela cor pode ser utilizada para melhorar as condições hidrotérmicas de um ambiente. A harmonia das cores evita o cansaço da retina, não sendo recomendado um ambiente monocromático, pois provoca tendência a desconcentração.

- *Adequação de enfermarias*: Uma Unidade Hospitalar deve conter enfermarias de acordo com sua demanda de atendimentos, tais como: enfermaria masculina, feminina, pediatria, clínica cirúrgica, psiquiatria, isolamento, puerpérios entre outros, que possam garantir as necessidades dos usuários.

- *Alojamento de mães*: Em Unidades Hospitalares onde existem os serviços de UTIN ou UCIN, é necessário que exista um ambiente confortável e harmônico que permita às mães, por ocasião da alta, poder permanecer no hospital para acompanhar, em período integral, seus filhos internados. No entanto não há dispositivo legal que autorize a implantação desse tipo de alojamento, sendo criado em algumas unidades por decisão institucional.

A humanização do ambiente físico hospitalar contribui para a qualidade dos serviços prestados, pela equipe motivada, refletindo no processo terapêutico dos pacientes. Essa política envolve a percepção do gestor, possibilitando o mesmo alcançar

suas metas, proporcionando paralelamente uma qualidade de trabalho à equipe e a satisfação do usuário. Ao implantar um novo setor dentro de uma Unidade Hospitalar, é necessário que se avaliem os espaços físicos e a disponibilidade de pessoal e recursos de todas as ordens, frente à necessidade de atendimento a todas as demandas dos usuários desse setor, facilitando desta forma à atenção oferecida aos pacientes, sem causar prejuízo às partes. Cabe ao Gestor avaliar os custos e benefícios de cada investimento realizado, analisando seus objetivos, pontos positivos e negativos.

Tratando-se de uma Unidade Hospitalar com serviços de cuidados intermediários em neonatologia, Belli (1995) descreve uma investigação com pais de crianças internadas em uma UTI pediátrica, buscando identificar as intervenções que ajudariam a reduzir o estresse dos pais. Informações sobre a Unidade; relacionamento com a equipe hospitalar; serviços como sala de espera especial para UTI ou acomodações que permitam o repouso e refeições; e participação dos pais foram sugestões resultantes da pesquisa. Ainda sobre o contexto, Araújo & Rodrigues (2010), demonstram o porquê as mães devem permanecer junto a seus filhos durante a internação, evidenciando sua necessidade de cumprir o papel de mãe, de não ter que largar seu filho internado para ir pra casa e de não ser considerada apenas uma nutriz. Apesar de o alojamento de mães causar o afastamento da família durante a internação e algumas mães relatarem a dificuldade de deixar seu esposo e filhos em casa para ficar no hospital, os relatos são divergentes uma vez que ao mesmo tempo — o alojamento é visto como uma excelente iniciativa de valorização das mães, sendo uma possibilidade única poderem estar com seus filhos. ‖ (Araújo & Rodrigues, 2010, p.8).

Dentro deste cenário a equipe multidisciplinar, deve facilitar ao máximo o contato entre a mãe e o bebê, e em unidades onde ainda não existem alojamentos, a mãe deverá ter acesso ilimitado à unidade neonatal, podendo criar esse vínculo mãe-bebê,

mesmo nos quadros mais graves.

Ao montar uma UCIN, o gestor precisa estar ciente de sua responsabilidade de estruturar a Unidade Hospitalar e treinar a equipe multidisciplinar para lidar com os sentimentos de angustia e ansiedade das mães e fazê-los repensar que estes sentimentos podem ser agravados, pois quase sempre elas estão excluídas dos cuidados ao bebê. Esses sentimentos além de afastarem a lactente de seu filho, pode gerar uma série de prejuízos para a criança no pós-alta.

1.3 História da Saúde Pública no Brasil

A História da Saúde Pública no Brasil tem sido marcada por consecutivas reorganizações administrativas e uma série de transformações. Embora tenha início em 1808, apenas em 25 de julho de 1953 foi instituído o Ministério da Saúde, com a Lei nº 1.920, que separou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura.

Já nesse período o Ministério da Saúde – MS - era a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, porém essa função era distribuída por vários ministérios e autarquias, o que gerava uma divisão de pessoal técnico e de recursos, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações.

No que se refere à saúde preventiva o Brasil enfrentou diversas dificuldades administrativas devido ao limitado desenvolvimento de pesquisas científicas, tecnológicas e industriais, juntamente com o lento processo de formação de uma consciência dos direitos de cidadania.

No entanto, apenas no movimento pela Reforma Sanitária, houve o fortalecimento da democratização da saúde, avançando e organizando suas propostas na VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, que conferiu as bases para a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Dentre todos esses avanços o que se destaca é a promulgação da Constituição Federal de 1988 – CF/1988 - que definiu ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, assim, determina a criação do Sistema Único de Saúde - SUS.

Regulado pela Lei nº. 8.080/1990 - Lei Orgânica - aprovada pelo Congresso Nacional, a qual operacionaliza o atendimento público da saúde, o Sistema Único de Saúde – SUS - é, segundo informações do Conselho Nacional de Saúde - CNS - um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que garante acesso integral, universal e igualitário à população brasileira e é financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme rege o Artigo 195 da CF/1988. O SUS é composto pelos centros e postos de saúde, os hospitais públicos universitários ou não, os laboratórios, hemocentros, os serviços de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, fundações e institutos de pesquisa acadêmica e científica, como a FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz - e o Instituto Vital Brasil.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2017), o SUS tem 6,1 mil hospitais credenciados, 45 mil unidades de atenção primária e 30,3 mil Equipes de Saúde da Família (ESF). O SUS realiza 2,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais anuais, 19 mil transplantes, 236 mil cirurgias cardíacas, 9,7 milhões de procedimentos de quimioterapia e radioterapia e 11 milhões de internações. Entre as ações do SUS estão: a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Políticas Nacionais

de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador, além de programas de vacinação em massa de crianças e idosos em todo o país e da realização de transplantes pela rede pública.

O Ministério da Saúde – MS - é o setor governamental responsável pela administração e manutenção da saúde pública no País e tem a função de oferecer condições para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde da população, reduzindo as enfermidades, controlando as doenças endêmicas e parasitárias e melhorando a vigilância à saúde, dando assim mais qualidade de vida aos usuários do SUS.

Portanto, segundo a Pesquisa científica e tecnologia na área de saúde (Decreto nº 8.901, de 10 de novembro de 2016, Anexo I, Capítulo I, Art, 1º), compete ao Ministério da Saúde – MS – estabelecer, administrar e cuidar da:

- Política Nacional de Saúde
- Coordenação e fiscalização do Sistema Único de Saúde
- Saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios;
- Informações de saúde
- Insumos críticos para a saúde
- Ação preventiva em geral, vigilância e controle sanitário de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos.
- Vigilância de saúde, especialmente drogas, medicamentos e alimentos.

Sete Secretarias compõem o Ministério da Saúde, que ainda conta com O Conselho Nacional de Saúde – CNS - e o Conselho de Saúde Suplementar – CSS - que são órgãos colegiados. As fundações públicas, as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista não fazem parte do referido Ministério, mas funcionam vinculadas ao mesmo.

Além do MS, a estrutura do SUS conta com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde que, com a promulgação da Constituição Federal de 1988, assumiram essas responsabilidades, desenvolvendo ações que prioritariamente devem tratar da prevenção e da promoção da saúde de toda a população (Art. 198, **pg** II da CF/1988).

A reforma constitucional de 1988 incorporou diretrizes no setor que resultou uma mistura das duas propostas: a Reforma Sanitária e a do projeto neoliberal (Carvalho; Marques; Mota, 2013, p. 14). Segundo Escorel & Teixeira (2008), nesse processo, a responsabilização do poder público, como condutor das ações de saúde, ganha força a partir de propostas feitas com base no perfil epidemiológico, da regionalização e hierarquização dos serviços públicos, da valorização das atividades básicas, e da descentralização do processo de planejamento e administração. No entanto, o termo descentralização, no âmbito do SUS, carrega em seu bojo muitos significados. A municipalização dos serviços de saúde foi proposta já na III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, processo que foi interrompido pelo golpe militar e retomado aprofundando a participação social (Escorel & Teixeira, 2008).

Vários são os desafios da descentralização do sistema de saúde, porém esta permitiu a melhora no acesso à atenção básica, destacando a Estratégia Saúde da Família, com a atuação dos agentes comunitários de saúde, que apresentou resultados na

cobertura de vacinação e assistência pré-natal, na redução da mortalidade infantil pós-neonatal e a adequação das ações às necessidades reais da população. (Duarte et al, 2015). A municipalização de ações, a promoção em saúde, o fomento e a atuação dos conselhos municipais de saúde são outros ganhos da saúde pública no Brasil, obtidos com a descentralização.

No entanto, segundo Spedo et al (2009), esse processo foi impulsionado e induzido por meio da edição de sucessivos instrumentos normativos, as Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB), editados a partir de 1991, que acarretam limitações à operacionalização da descentralização mediante uma pactuação que considerasse a realidade local e a assimetria dos municípios brasileiros. Desta forma, foram constituídos sistemas municipais de saúde desarticulados e descentralizados, com potenciais resolutivos variados e com defasado apoio de técnicos das esferas Estadual e Federal (Spedo et al, 2009).

Sopesando que a construção do Sistema Único de Saúde - SUS é responsabilidade do Poder Público, esta deve ser norteada pelas diretrizes da descentralização político-administrativa dos serviços e ações de saúde e devendo estar submetido ao controle da sociedade. Para tanto a definição de responsabilidades das três esferas devem ser claras e as Normas Operacionais fixadas.

Art. 1º - Aprovar a Norma Operacional Básica - SUS 01/93, “constantes do anexo único desta portaria, que regulamenta o processo de descentralização da gestão dos serviços e ações no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece os mecanismos de financiamento das ações saúde, em particular da assistência hospitalar e ambulatorial e diretrizes para os investimentos no setor.” (Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993 – MS, 1993).

Segundo Brasil (1993), a NOB, do Ministério da Saúde, tem como objetivo organizar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na

expectativa de construção do Sistema Único de Saúde. Esse processo é fundamentado em leis que regulamentam o SUS – a Lei 8.080 de 19/09/1990 e a Lei 8.142 de 28/12/90 e no documento Descentralização das Ações e Serviços de Saúde

Essa NOB define procedimentos e ferramentas operacionais que visam ampliar e aprimorar suas possibilidades de gestão para concretizar o comando único do SUS nas três esferas de governo, uma vez que cada município, estado e órgãos do MS possuem estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, e possuem uma Estrutura Institucional e Decisória do SUS. (Figura 1)

Figura 1 - Estrutura Institucional e Decisória do SUS

	GESTOR	COMISSÃO	COLEGIADO
		INTERGESTORES	PARTICIPATIVO
NACIONAL	Ministério da Saúde	Comissão Tripartite	Conselho Nacional
ESTADUAL	Secretarias Estaduais	Comissão Bipartite	Conselho Estadual
MUNICIPAL	Secretarias Municipais		Conselho Municipal

Fonte: BRASIL (2003).

No âmbito municipal, o Conselho Municipal de Saúde, sendo uma instância permanente e deliberativa, atua no controle da execução da Política Municipal de Saúde e sua composição está prevista em lei municipal, de acordo com o disposto na Lei 8.142, de 1990. Os aspectos operacionais de descentralização no âmbito estadual são regulamentados pela Comissão Bipartite e em casos de divergência, a demanda passará

por deliberação do Conselho Estadual de Saúde. Na inexistência desse a questão deverá ser submetida à Comissão Tripartite.

O instrumento que formaliza a norma é uma portaria do Ministério da Saúde, porém o seu conteúdo é decidido de forma pactuada entre o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

As Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS/SUS) 01/2002 institui os critérios de habilitação de municípios e Estados, mencionando as responsabilidades dos gestores municipais e estaduais. A partir de sua publicação os municípios podem habilitar-se em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena do Sistema Municipal.

As responsabilidades dos municípios para que se habilitem à Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada são de acordo com Brasil (2003):

- Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, mediante o qual será efetuado o acompanhamento dos Relatórios de Gestão.
- Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo a programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.
- Gerência de unidades ambulatoriais próprias.
- Gerência de unidades ambulatoriais transferidas pelo Estado ou pela União.
- Organização da rede de atenção básica.

- Cumprimento das responsabilidades referentes às áreas de atuação estratégicas mínimas.
- Disponibilização, em qualidade e quantidade suficiente para a sua população do conjunto de procedimentos assistenciais que compõem as ações de Atenção Básica Ampliada.
- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS.
- Prestação dos serviços relacionados aos procedimentos cobertos pelo PAB Ampliado e acompanhamento, conforme a PPI, mediado pela SES.
- Realização do cadastro, contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento aos prestadores dos serviços contidos no PAB-A, localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- Operação do SIA/SUS e do SIAB, quando aplicável, conforme normas do Ministério da Saúde, e alimentação junto à Secretaria Estadual de Saúde, dos bancos de dados nacionais.
- Autorização, das internações hospitalares e dos procedimentos ambulatoriais especializados, realizados no município.
- Manutenção do cadastro atualizado das unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS.
- Realização de avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes.
- Execução das ações básicas de Vigilância Sanitária, de acordo com a legislação em vigor e a normatização da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Execução das ações básicas de epidemiologia, de acordo com normatização vigente.

- Elaboração do relatório anual de gestão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde.

- Firmar o Pacto de Indicadores da Atenção Básica com o Estado.

Ainda segundo Brasil (2003), as responsabilidades dos municípios para que se habilitem à Gestão Plena de Sistema Municipal:

- Elaboração do Plano Municipal de Saúde, a ser submetido à aprovação do Conselho Municipal de Saúde, que deverá ser aprovado anualmente pelo Conselho Municipal de Saúde.
- Integração e articulação do município na rede estadual e respectivas responsabilidades na PPI do Estado, incluindo a programação de ações e serviços que compõem o sistema municipal.
- Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares.
- Gerência de unidades assistenciais transferidas pelo Estado e pela União.
- Gestão de todo o sistema municipal, incluindo a gestão sobre os prestadores de serviços de saúde vinculados ao SUS, exercendo o comando único, ressaltando as unidades públicas e privadas de hemonúcleos/hemocentros e os laboratórios de saúde pública.
- Desenvolvimento do cadastramento nacional dos usuários do SUS e sistematização da oferta dos serviços.
- Garantia do atendimento em seu território para sua população e para a população referenciada por outros municípios, disponibilizando serviços necessários, conforme definido na PPI, e transformado em Termo de Compromisso para a Garantia de Acesso,

assim como a organização do encaminhamento das referências para garantir o acesso de sua população a serviços não disponíveis em seu território.

- Integração dos serviços existentes no município aos mecanismos de regulação ambulatoriais e hospitalares.
- Realizar contratação, controle, avaliação, auditoria e pagamento de todos os prestadores dos serviços localizados em seu território e vinculados ao SUS.
- Operação do SIH e do SIA/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto a SES, dos bancos de dados de interesse nacional e estadual.
- Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais em seu território, segundo normas do MS.
- Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de saúde dos seus munícipes.
- Execução das ações básicas de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, pactuadas na CIB.
- Execução de ações de epidemiologia, e outras pactuadas na CIB.
- Firmar o Pacto da Atenção Básica com o Estado.

Os artigos 195 e 198 da Constituição Federal (CF/88) determina o financiamento do SUS como uma responsabilidade comum da União, dos Estados, Distrito Federal e Municípios e com objetivo de evitar comprometimentos neste, foi publicada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, de 13 de setembro de 2000 (Brasil, 2000).

A EC nº 29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. (Brasil, 2000)

Em abril de 2002 o Conselho Nacional de Saúde – CNS - aprovou a Resolução nº 316 para elucidar aspectos conceituais e operacionais da EC nº 29. No caso dos Municípios a base de cálculo é a sua receita própria, assim calculada:

Total das Receitas de Impostos Municipais (ISS, IPTU, ITBI)

(+) Receitas de Transferências da:

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

(+) Receitas de Transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI – Exportação

(+) Outras Receitas Correntes (Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária);

(=) Receita Própria do Município = Base de Cálculo Municipal. (BRASIL, 2003)

Os recursos da esfera Federal destinados à assistência à saúde podem ser executados de duas maneiras: Transferência Regular e Automática (fundo a fundo) e Remuneração por Serviços Produzidos. A primeira tem por base a habilitação dos Municípios e Estados às várias condições de gestão estabelecidas pela NOAS/SUS 01/0. No caso de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada ocorre a transferência regular e

automática dos recursos referentes ao Piso de Atenção Básica Ampliada (PAB-A), correspondente ao financiamento de procedimentos básicos e do incentivo de Vigilância Sanitária, a transferência regular e automática dos recursos referentes ao PAB variável, com piso dependente da adesão do município a programas prioritários, tais como o Programa de Agentes Comunitários, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais e a ações estratégicas como a Farmácia Básica e as Ações Básicas em Vigilância Sanitária.

Já na Gestão Plena do Sistema Municipal, ocorre a Transferência, regular e automática, dos recursos referentes ao valor per capita definido para o conjunto mínimo dos procedimentos do 1º nível de referencia (M1), após qualificação da microrregião na qual está inserido, para sua própria população, e deve receber diretamente no Fundo Municipal de Saúde, o montante total de recursos federais, correspondente ao limite financeiro programado para o município (Brasil, 2003).

Em se tratando de financiamento de atividades hospitalares dar-se-á da seguinte forma:

[...] 3.3.1. As atividades assistenciais realizadas em regime de internação hospitalar pelos serviços públicos e privados que integram o Sistema único de Saúde serão custeio através do sistema de financiamento hospitalar, tendo como investimento operacional o Sistema de Informações Hospitalares/SIH-SUS e seu formulário próprio, a Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

3.3.2. O teto quantitativo de AIH será proporcional à população, cabendo as Secretarias de Saúde e aos Conselhos de Saúde o planejamento e a distribuição para os diferentes prestadores, segundo as necessidades da população, observando:

3.3.2.1. Para os municípios, o teto quantitativo mensal será equivalente a um duodécimo de 8% de sua população, enquanto para os estados será duodécimo de 2% da população, acrescido dos quantitativos aos seus municípios que não estiverem inclusos nas condições de gestão incipiente, parcial, ou semiplena.

3.3.2.2. Tais percentuais ser modificados por proposição da Comissão Bipartite, aprovada no Conselho Estadual de Saúde, observado o limite de 10% que cabe ao estado.

3.3.2.3. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para estado será calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio

histórico da AIH no oeste (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimento hospitalares.

3.3.2.4. O teto financeiro de custeio das atividades hospitalares para município calculado através da multiplicação do quantitativo de AIH pelo valor médio da AIH no município (janeiro a dezembro de 1992), corrigido na mesma proporção que a tabela básica de remuneração de procedimentos hospitalares:

3.3.3. Os Conselhos de Saúde aprovarão os critérios de programação dos quantitativos AIH, por ordem de prioridade entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes, atendidos os requisitos de qualidade e respeitadas as necessidades de cobertura identificadas no Plano de Saúde.

3.3.4. A Comissão Bipartite, em cada estado, definirá os quantitativos de AIH e o funcionamento de uma Câmara de Compensação que viabilize a necessária circulação de AIH entre os municípios, mantida gestão da Secretaria Estadual de Saúde.

3.3.5. Os municípios poderão pleitear AIH adicionais a Câmara de Compensação da Secretaria Estadual ou a municípios vizinhos para unidades que atuem referência.

3.4. Os recursos de investimento terão sua alocação prevista no Plano Nacional de Prioridade em Investimento, após a avaliação, negociação e compatibilização de Planos Municipais e Estaduais, aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde.” (Portaria nº 545, de 20 de maio de 1993 Brasil, 1993)

Uma das variáveis peremptórias para a conformação que a descentralização assume em cada região é a capacidade que a gestão local apresente para poder conduzir as políticas sociais, uma vez que a ideologia estratégica é para aproximar os serviços de saúde às necessidades dos cidadãos. Contudo, Spedoet al (2009), cada gestor encontra na Descentralização o que considera mais oportuno, apropriado e que o convém, o que pode gerar uma dificuldade para suprir a necessidade do usuário de saúde.

Referindo-se a Luís Eduardo Magalhães, o Município conta atualmente com o Comando Único Gestão Plena.

1.2.1 História da Saúde Pública em Luís Eduardo Magalhães–LEM - BA

Luís Eduardo Magalhães – LEM - é um município localizado no oeste da Bahia, emancipado há 18 anos e famoso nacionalmente pelo seu crescimento acelerado. A primeira pesquisa realizada pelo IBGE foi em 2007 com população estimada de 44.265 habitantes e o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,54 em 2000. Atualmente, a população estimada, segundo IBGE 2015, é de 79.162 habitantes, com uma área de unidade territorial de 4.245,046 Km²; o último dado sobre o IDHM foi no ano de 2010 e o Município apresentou um crescimento, chegando ao valor de 0,76 e o PIB (2012) de R\$ 53.647,42, sendo o oitavo do Estado da Bahia (Brasil, 2016).

A primeira Unidade de Saúde do município foi o Posto de Saúde do Mimoso, que iniciou o funcionamento em 1987, quando ainda era distrito do Município de Barreiras. O Posto iniciou seu funcionamento com uma auxiliar de enfermagem, contratada pela Associação de Moradores, que atendia em uma sala, fazendo apenas para curativos. Em 1988 o distrito passou a contar com o trabalho voluntário de uma médica, que começou seu atendimento na sala mobiliada com uma cadeira, um fogão e uma panela de pressão para esterilizar os materiais. Em 2000, aconteceu a emancipação de Luís Eduardo Magalhães e inaugurado a Unidade Mista Dr. Gileno de Sá Oliveira – UMDGSO -, com 10 leitos divididos para clínica médica e puerpério. Em 2012, com a inauguração da Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24H -, a UMDGSO deixou de atender como pronto socorro e através da Portaria 0005, de 19 de junho de 2012, considerando as necessidades de ampliação da Unidade devido a grande demanda, foram realizadas mudanças físicas para atender as necessidades da população (Luís Eduardo Magalhães, 2012). (Anexo III)

Conforme o disposto no Art, 1º desta Portaria¹, foram implantados os serviços de média complexidade como partos naturais e cesáreos, procedimentos clínicos e cirúrgicos, principalmente em caráter de urgência e emergência. Em 2015, a UMDGSO foi ampliada e atualmente funciona como Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira – HMDGSO. Uma equipe multidisciplinar contendo médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêutico, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, foi montada na expectativa de oferecer atendimento humanizado à população.

Além do HMDGSO, os munícipes contam com 17 (dezessete) Estratégia de Saúde da Família – ESF, distribuídos nas áreas urbana e rural, uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24h - Serviço Atendimento Móvel de Urgência – SAMU-, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS -, Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA-, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF. O funcionamento desses serviços

¹Art. 1 da Portaria 0005/2012: Ampliar os serviços hospitalares em Luís Eduardo Magalhães-BA destinado a realização de procedimentos de média complexidade, tais como partos naturais e cesarianos além de outros procedimentos clínicos e cirúrgicos, principalmente em caráter de urgência e emergência e apresentando as seguintes unidades funcionais: I - Unidade de Recepção, Acolhimento e Espera: sala para recepção e SAME com guichês interligando-se funcionalmente a segunda e terceira Unidades; sala para assistência social; sala de espera e instalações sanitárias masculina, feminina e para deficientes; II – Unidade Administrativa: sala para diretoria administrativa; sala para processamento de dados; instalação sanitária; espaço apropriado para funcionária administrativa interligando-se funcionalmente a primeira e terceira Unidades; III – Unidade de Apoio e Diagnóstico: consultório para atendimento geral; consultório para obstetrícia; ultrassonografia; raios X; sala de gesso; sala para pequenas cirurgias ambulatoriais e DML; 2 BAHIA. QUINTA-FEIRA, 28 de Junho de 2012 ANO V Nº673 Este documento foi assinado digitalmente por AC SERASA SRF ICP-BRASIL. IV – Unidade de Apoio à terapia – Centro Obstétrico e Cirúrgico: internações em ambientes separados para isolamento, psiquiatria, pediatria, adulto masculino, adulto feminino, puérperas pós-partos normais, puérperas pós-cesarianas, cirurgia geral; centro obstétrico e cirúrgico com recepção própria; entrada para pacientes em maca ou cadeira de rodas; vestiário masculino e feminino; posto de enfermagem; salas de pré-parto com banheiro; sala centralizada com visores para os vestiários, saídas de pacientes, sala de parto, sala de recuperação, centro cirúrgico e saída de materiais para esterilização destinada à direção técnica e coordenação do centro obstétrico e cirúrgico; sala de parto; sala de materiais; espaço para recepção e cuidados com o recém-nascido; lavabos; salas de cirurgias e sala de recuperação pós-anestésica; V – Unidade de Apoio Técnico e Administrativo: central de material esterilizado com entrada independente para áreas de recepção, descontaminação e lavagem de materiais; vestiários com entradas isoladas para rouparia, com guichê de distribuição de roupa limpa, área de preparo e montagem, área de esterilização e distribuição de material esterilizado; central de computação; repouso masculino e feminino para médicos, enfermeiros, técnicos e motoristas; copa; farmácia; almoxarifado; área para ambulâncias; central de vacinação com entrada externa e isolada; morgue e área para armazenagem separada e temporária do lixo comum hospitalar.

acontece de acordo com a determinação do Ministério da Saúde. (Portal da Saúde, 2017).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional mínima de um médico de família, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo acrescentar a equipe de Saúde Bucal (ESB): cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável para atender, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área, com o máximo de 750 pessoas por ACS, sendo até 12 ACS por ESF. A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, define as atribuições dos profissionais das equipes de Saúde da Família.

UPA 24h – A Política Nacional de Urgência e Emergência foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, com o objetivo de integrar a atenção às urgências. As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24H), assim como o SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgência), são serviços de nível intermediário de atenção, e o atendimento de média e alta complexidade é feito nos hospitais. O funcionamento da UPA é de 24h por dia, sete dias por semana, com objetivo de resolver grande parte das urgências e emergências, oferecendo serviços de Raio X, exames laboratoriais, imobilização, eletrocardiograma e leitos de observação. Após o atendimento o médico analisa a necessidade de encaminhar o paciente a um hospital ou mantê-lo em observação por 24h.

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel as Urgências) - O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a Política Nacional de Urgência e Emergência com o intuito de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país. Esse serviço é

administrado pelo Município, por meio da Secretaria Municipal de Saúde e tem parceria com o Ministério da Saúde. O serviço é acionado pelo telefone 192, com objetivo de realizar atendimento para casos clínicos e regular vagas de urgência e emergência em hospitais secundários e terciários. A equipe multiprofissional é composta por médicos, enfermeiros, técnicos e condutores.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial é composto por equipes multiprofissionais e transdisciplinares, realizando atendimento à usuários com transtornos mentais graves e persistentes, à pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais em geral sem excluir aqueles decorrentes do uso de álcool ou outras drogas. Os CAPS foram organizados em modalidades (CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS AD III, CAPS i), através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, republicada em 21 de maio de 2013 para melhor atendimento aos usuários.

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento tem a função de apoio matricial a movimentos voltados para redução do risco e prevenção ao HIV/AIDS e Hepatites Virais, além da oferta de testagem e Aconselhamento a pacientes diagnosticados. O centro é composto de uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, farmacêutico.

NASF - Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008, expandindo as ofertas de saúde na rede de serviços através de equipes multiprofissionais que atuam de forma integrada com as Equipes de Saúde da Família. Regulamentada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o NASF, possibilita o atendimento compartilhado entre profissionais tanto na Unidade de Saúde como nas visitas domiciliares, permitindo a construção de projetos terapêuticos de forma que amplia e qualifica as intervenções no território e na saúde de grupos

populacionais. Após a publicação da Portaria 3.124, de 28 de dezembro de 2012, o NASF apresenta três modalidades, definidas como NASF 1, NASF 2 e NASF 3.

A proposta governamental baseia-se no atendimento em redes, pois aqueles usuários que fazem o pré-natal nas ESF, possivelmente irão necessitar da atenção secundária, uma vez que os partos são realizados no HMDGSO. Seguindo este fluxo, observa-se que a ESF existentes não abrangem todo o município, e por muitas vezes o pré-natal não é realizado de forma eficaz. Esse fator, junto com a ampla população flutuante existente LEM, é um dos principais motivos da elevada demanda de RNPT e ou RNBP encontrada neste Município, o que em pouco tempo fez com que a construção / implantação de uma UCIN fosse uma ação prioritária para a Secretaria Municipal de Saúde e para o Gestor Municipal.

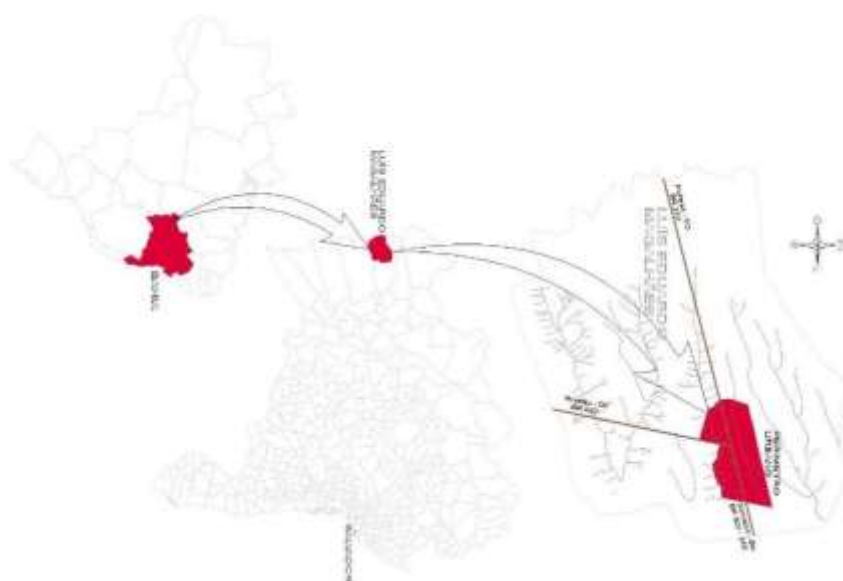
1.2.2 Implantação da Unidade Cuidados Intensivo de Neonatologia no âmbito do atendimento à Saúde Pública de LEM - BA

Sendo o município de LEM um dos que constitui a Região do MATOPIBA², região agrícola formada por municípios dos Estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia (conforme o mapa que segue na figura 2), observa-se uma grande diversidade de pessoas que vão e vem desses outros municípios, podendo transmitir patologias, além de apresentar uma população flutuante que aumenta consideravelmente o número de habitantes em algumas épocas do ano e consequentemente geram uma maior demanda de atendimento nos serviços de saúde, incluindo gestantes que não iniciaram os exames

² Região do MATOPIBA-Formada por 73 milhões de hectares distribuídos pelos estados do Maranhão, Tocantins, Piauí e Bahia, a região MATOPIBA, produz anualmente cerca de 10% das 209,5 milhões de toneladas de grãos no País. A região conta com quase 6 milhões de habitantes e 324 mil estabelecimentos agrícolas. Com destaque em produtividade, está a Bahia. Essa área se caracteriza pelo baixo preço das terras e pela uniformidade do clima, do solo e do relevo, que facilitam a mecanização agrícola e tem atraído cada vez mais agricultores. Com base os dados do IBGE (Censo 2010) a população total do MATOPIBA era de 5.901.789 dos quais 65,31% viviam em áreas urbanas e 34,69% na rural. O Produto Interno Bruto da região do MATOPIBA foi estimado em R\$ 53.406.473.507,00 o que define um PIB per capita de R\$ 9.049,00 (IBGE, 2010). Sete microrregiões foram responsáveis por 50% do PIB da região, sendo Barreiras (BA), cidade vizinha de Luís Eduardo Magalhães (BA) e Imperatriz (MA) as únicas com mais de 10% cada uma.

de pré-natal em seu município de origem. Essa maior demanda alarga e amplia a necessidade da população e, conseqüentemente o gestor carece buscar inovações tecnológicas para atender às demandas da população com eficiência e qualidade necessárias.

Figura 2: Localização do Município de Luis Eduardo Magalhães



Fonte: SEPG – Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão LEM.

Dessa forma o Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira (HMDGSO) não se descola da atual realidade e vem buscando evoluir e melhorar o atendimento da população de Luís Eduardo Magalhães – LEM – e região, visando à celeridade e efetividade do atendimento e aumentando a expectativa de vida dos pacientes que necessitam dos serviços de saúde de alta complexidade³.

A gestão dos recursos físicos, humanos e financeiros de uma Unidade de Saúde é fator determinante nos gastos da mesma e manejos que visam minimizar os riscos de

³ SERVIÇOS DE ALTA COMPLEXIDADE – Envolvem a assistência ambulatorial e hospitalar de todas as especialidades, como por exemplo, as linhas de cuidado: do Acidente Vascular Cerebral (AVC), do Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), do Trauma do Cuidado do Sobrepeso e Obesidade e da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC).

complicações, reduzir tempo de internação e aumentar a sobrevida dos pacientes são primordiais para amortizar a receita empregada nesta em longo prazo.

Na busca de melhorias e qualidade de atendimento o quadro de Recursos Humanos do HMDGSO conta com uma equipe multidisciplinar composta de 174 colaboradores (Quadro 01) que atendem, conforme escala, durante 24 horas/ dia. As escalas são elaboradas pelo coordenador de enfermagem e direção da Unidade de acordo com a necessidade dos atendimentos. Atualmente são realizadas, na prática, cerca de 200 cirurgias/ mês, 180 partos, que juntamente com as internações obstétricas, pediátricas e neonatais resultam numa média de 980 atendimentos / mês. Para atender essa demanda o HMDGSO, possui uma estrutura física de 1205,76 m²(Figura 03), distribuídos em enfermarias, administrativo, recepção, refeitório, consultórios, sala de RX, sala de pequena cirurgia, setores de nutrição, serviço social / psicologia, farmácia, centro cirúrgico, pré-parto, sala de parto e postos de enfermagem e UCIN. (Quadro 02).

Quadro 01: Recursos Humanos do HMDGSO

CATEGORIA	QUANTIDADE
ADMINISTRATIVO	05
ASSISTENTE SOCIAL	01
ENFERMEIRO	21
FARMACÊUTICO	02
FISIOTERAPEUTA	05
INSTRUMENTADOR	11
MÉDICO ANESTESISTA	03
MÉDICO CIRURGIÃO	07
MÉDICO OBSTETRA	07
MÉDICO PEDIATRA	08
NUTRICIONISTA	02
PSICÓLOGO	01
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	59
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	02
TERCEIRZADOS	40
TOTAL	174

Fonte: Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde LEM, (2017).

Figura 03: Planta baixa do HMDGSO



Fonte: SEPG – Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão LEM.

Quadro 02: Estrutura física do HMDGSO

INSTALAÇÃO	QUANTIDADE
ALMOXARIFADO	01
ADMINISTRATIVO	03
CONFORTOS	06
CONSULTORIO DE OBSTETRICIA	01
CONSULTORIO DE PEDIATRIA	01
ENFERMARIAS	07
FARMACIA	01
POSTO DE ENFERMAGEM	03
RECEPÇÃO	01
REFEITÓRIO	01
RX	01
SALA DE CIRURGIA	02
SALA DE PARTO NORMAL	01
SALA PEQUENA CIRURGIA	01
SALA DE PRÉ-PARTO	01
SETOR DE NUTRIÇÃO	01
SETOR DE SERVIÇO SOCIAL / PSICOLOGIA	01
UCIN	01

Fonte: SEPG – Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão LEM.

Os atendimentos realizados atualmente no HMDGSO são os de assistência ao parto normal e cesariana, eletiva ou de urgência; cirurgias eletivas, previamente agendadas

pela regulação da Secretaria Municipal de Saúde, cirurgias de urgência, assistência às gestantes com necessidade de tratamento hospitalar, assistência pediátrica hospitalar, cuidados intermediários de neonatologia, acompanhamento psicológico, social e nutricional de todos pacientes internos e no momento da alta. A demanda do HMDGSO vem crescendo gradativamente como observa-se na Tabela 01 e para suporte adequado desse público a unidade hospitalar deve manter atenta as necessidades e responsabilidades atribuídas.

Tabela 01: Número de atendimentos realizado no HMDGSO de 2012 a 2016 de acordo com as AIH geradas corretamente

Especialidade	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Clínica Cirúrgica	418	781	730	959	784	
Obstetrícia	1091	1284	1507	1507	1265	
Clínica Médica	189	338	436	357	179	
Pediatria	01	02	24	83	170	
Total	1699	2405	2697	2906	2398	

Fonte: Ministério da Saúde – SIH / SUS- 2017

De 2012 a 2016 o número de procedimentos realizados no HMDGSO aumentou mais de 50% segundo os dados do SIH / SUS, porém vale ressaltar que para alimentar o sistema, as AIHs devem estar devidamente preenchidas, fato que exclui muitos procedimentos realizados nas rotinas das Unidades Hospitalares. No entanto é possível observar o crescente e elevado número de partos realizados nesta Unidade o que requer do gestor uma atenção especial quanto ao número de funcionários necessários, ampliação das instalações da Unidade, capacitação do recurso humano de acordo com a demanda, entre outros. Cabe ao gestor direto do HMDGSO explicar tais indigências aos

gestores superiores, Secretário de Saúde, Prefeito e Conselho Municipal de Saúde para que possam ser executadas.

Entende-se que dentro deste contexto, as Políticas Públicas devem acompanhar as demandas da população, e neste processo observou-se nos últimos anos o aumento de nascimentos prematuros – RNPT - e/ou recém-nascidos baixo peso (RNBP), e a necessidade da implantação de uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais - UCIN. Em março de 2016 foi reinaugurado o HMDGSO (Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira), com 33 leitos para internamentos clínicos e cirúrgicos (adultos e pediátricos) e a UCIN com cinco incubadoras e uma equipe multidisciplinar especializada. (Figura 04).

Figura 04: Dependências do HMDGSO



Fonte: A pesquisadora, novembro de 2017.

Sabe-se que o aprimoramento de tecnologias materiais e processos de serviços elevam consideravelmente os custos da gestão e, desta forma, as receitas com essas

inovações devem ser utilizadas com planejamento e redução de custos sem que prejudique o tratamento e evolução do quadro do paciente. Diante do exposto, todas as escolhas no acolhimento e tratamento clínico dos RNPT e ou RNBP devem levar em consideração a melhora do paciente, a minimização dos custos para Unidade e a humanização do atendimento. Segundo o Ministério da Saúde (2004), dentre vários métodos de tratamento está a terapia nutricional, que visa manutenção e/ou recuperação do estado nutricional desses pacientes podendo estar relacionada com o tempo de internação e possíveis complicações durante esse processo, o que está diretamente ligado a morbimortalidade neonatal e prejuízo emocional / socioeconômico para família e unidade hospitalar.

Apesar do grande avanço com a implantação da UCIN, e aumento do número de atendimentos realizados, algumas Políticas Públicas como o Método Canguru e o Hospital Amigo da Criança, que colaborariam com a eficiência e eficácia do tratamento ainda não estão inclusas nos procedimentos da UCIN do HMDGSO. A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru foi elaborada em dezembro de 1999 e publicada através da Portaria Ministerial nº 693 de 05 de julho de 2000, sendo incluída na Política Governamental de Saúde Pública como procedimento de assistência médica (Lamy et al, 2005).

Em 2007, o MS aprova a Normas de Orientação para implantação do Método Canguru pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. (MS, 2007) (Anexo IV) e em maio de 2014 o MS redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014 (Anexo V).

O Método Canguru, segundo Organização Mundial de Saúde (2004), é um tipo de assistência neonatal que consiste em colocar o RNPT e RNBP em contato pele a pele com a mãe gradativamente, pelo tempo em que a díade entenderem prazeroso e dentro dos parâmetros do bebê. Desta forma a equipe permite uma maior participação dos pais no cuidado do prematuro, cuidado este que depende, além de conhecimento técnico sobre procedimentos a serem realizados em RN menores de 37 semanas, de carinho e humanização.

1.3 Prematuridade

A prematuridade é resultado de diversas circunstâncias e acarreta à sociedade e às famílias um custo social, emocional e financeiro de difícil mensuração. Uma estrutura assistencial competente e equipamentos específicos são necessários para garantir aos recém-nascidos prematuros uma possibilidade de sobrevivência. Dentre as inúmeras causas que levam um bebê a nascer prematuro e/ ou baixo peso, estão as alterações placentárias, excesso de líquido amniótico, idade materna, deficiência do pré-natal, infecções maternas e primiparidade. Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida.

Entende-se como RN baixo peso ao nascer – RNBP - o RN com peso ao nascer inferior a 1500g e extremo baixo peso ao nascer – RNEBP – o RN com peso de nascimento menor que 1000g (CID 10). Segundo Ramos (2009), o parto pré-termo é definido como aquele que ocorre entre a 20^a e a 37^a semanas de gestação ou entre 140 e 257 dias após o primeiro dia da última menstruação, sendo uma das causas de mortalidade infantil que tem sido estudada em diferentes países.

A imaturidade do RNPT e / ou RNBP poderá levar à disfunção em qualquer órgão, podendo este sofrer comprometimento ou intercorrências em seu

desenvolvimento. Além disso, a carga econômica agregada a essas situações é expressiva, uma vez que o parto prematuro demanda assistência e cuidados de maior nível de complexidade.

Lemos et al (2010) entendem que complicações graves como displasia bronca pulmonar – DBP -, hemorragia peri-intraventricular – HPIV -, a retinopatia da prematuridade – ROP -, crescimento deficiente, enterocolites, entre outras podem ser decorrentes dessas disfunções no período neonatal. Todas essas possíveis complicações interferem também no ganho de peso e desenvolvimento desses pacientes, fazendo com que o ato de nutri-los seja um desafio de maior monta aos âmbitos de atendimento dessa natureza.

Rocha & Moreira (2004), descrevem que –Pierre Budin, ao desenhar a primeira unidade neonatal para prematuros em 1896 enfatizava a importância do controle da temperatura, da nutrição, do controle de infecção e da presença da mãe junto ao bebê e, desde então, vem sendo observado e constatado um avanço considerável no cuidado neonatal e na tecnologia médica empregada nas UTIN e UCIN, o que tem aumentado a sobrevivência de RNPT; RNBP e RNEBP. (Watts & Saigal, 2006).

Pesquisas sobre desenvolvimento neuro-comportamental desses RNs (Brasil, 2002), demonstram a importância do estímulo ao aleitamento materno e cuidados multidisciplinares, por meio do resgate da presença materna nas Unidades Neonatais. (Segre & Silva, 2010). Concomitante ao que já se sabe sobre os benefícios psicológicos e emocionais do leite materno, soma-se o conhecimento científico sobre sua ação protetora, resultando numa redução da incidência de enterocolite necrotizante, infecções hospitalares e consequentemente tempo de internação. (Segre, 2002).

1.3.1 Alimentação no Recém Nascido Prematuro e ou Baixo Peso

Estudos recentes de autores como Damasceno et al (2014), entre outros, demonstram que uma nutrição inadequada precocemente na vida de RNPT e ou RNBP apresenta um forte impacto no desenvolvimento em longo prazo.

Segundo Oliveira, (2008), a imaturidade do trato gastrointestinal e a intolerância à alimentação por via enteral estão frequentemente presentes e, desta forma, a decisão de alimentar o bebê prematuro deve levar em consideração às limitações relacionadas ao desenvolvimento, bem como a progressiva maturação intestinal a cada idade gestacional, assim como a escolha do tipo e volume de leite a ser utilizado na introdução. Os RNPT apresentam necessidades especiais, devido às baixas reservas energéticas sob forma de tecido adiposo e glicogênio, sistemas imunológico e fisiológico imaturos, crescimento acelerado e taxa metabólica elevada, que podem levar a instabilidade clínica. Segundo Damasceno et al (2014), iniciar a alimentação precocemente pode evitar algumas complicações tais como a atrofia das vilosidades da mucosa, redução de enzimas necessárias para a digestão e absorção de nutrientes, porém é necessário que se forneça nutrientes suficientes para admitir deposição tissular na mesma velocidade do ultimo trimestre da gravidez.

Damasceno et al (2014) propõem um modelo que calcula as quantidades necessárias para o crescimento, considerando a absorção dos nutrientes pelo trato gastrointestinal e as perdas, demonstrando que RNPT alimentados com o leite da própria mãe apresentam maior ganho de peso, melhor crescimento linear e melhor crescimento cerebral quando comparados com RNPT que recebem fórmula artificial.

O leite materno, além da nutrição, exerce um poderoso efeito estimulando a maturação funcional do intestino, desenvolvendo uma flora saudável e tornando-o apto a iniciar a produção de anticorpos. O leite materno de um RNPT é substancialmente

diferente do leite de uma mãe que tenha tido um recém-nascido a termo. Porém, ambos são adequados às suas necessidades.

“O alimento de escolha para o RNPT é o leite materno, uma vez que o leite produzido pela mãe de RNPT nas primeiras 4 semanas pós-parto contém maior concentração de nitrogênio, proteínas com função imunológica, lipídios totais, ácidos graxos de cadeia média, vitaminas A, D e E, cálcio, sódio e energia.” (Nascimento e Issler, 2004, p. 06).

Portanto, manter uma produção adequada de leite sem receber ajuda qualificada e apoio da família é um grande desafio e por isso muito poucas conseguem iniciar e manter a lactação durante o período de internação do RNPT. Desta forma é necessário um apoio e o acompanhamento de perto das mães, para o estabelecimento da lactação. Poucas são as justificativas médicas listadas na recomendação internacional como aceitáveis para uso de substitutos ou suplementação do leite materno. São exceções: recém-nascidos de muito baixo peso ($< 1.500\text{g}$), prematuros com menos de 32 semanas de idade gestacional, os que não conseguem ganhar peso ou manter o grau de hidratação apenas com leite materno, recém-nascidos cuja mãe apresente doenças transmissíveis ou esteja em uso de medicação contraindicada durante a amamentação, e os com erro inato do metabolismo (Pinto et al, 1996).

Nesses casos o uso de fórmula infantil adequada para idade deve ser cogitado e estudado. Vários são os estudos (Arruét et al, 2013; Lemos et al, 2010; Silva & Segre, 2010; Lopes & Silva, 2012; Lamy et al, 2005.) que indicam o aleitamento materno como ideal para recém-nascidos, no entanto, poucos são os estudos que relacionam o tempo de internação de RNPT e ou RBNP com o tipo de dieta utilizada para estes, em UCIN.

Atualmente, são muitas as opções de fórmulas infantis encontradas no mercado, variando marcas e composição nutricional, com a finalidade de chegar o mais próximo

da composição do leite materno. Contudo sabe-se que a diferença de nutrientes, e principalmente fator imunológicos ofertado pelo leite artificial não atendem a necessidade do RNPT (tabela 02 – Composição dos diferentes tipos de leite).

Além dos benefícios nutricionais do leite materno, existem os benefícios diretos, comparando o baixo custo da amamentação com o uso dos substitutivos do leite materno, e indiretos, quando são observados os gastos com doenças relacionadas ao aleitamento artificial e, conseqüentemente o maior tempo de internação (Ministério da Saúde, 2002; UNICEF, 1996).

Tabela 02: Composição dos diferentes tipos de leite.

	LEITE HUMANO	LEITE DE VACA INTEGRAL	FÓRMULAS INFANTIS
PROTEÍNA	Quantidade adequada, fácil de digerir	Quantidade aumentada, difícil de digerir devido à relação caseína/proteínas do soro	Melhor relação de proteínas do soro/caseína. Algumas fórmulas possuem redução protéica e melhor perfil de aminoácidos
LIPÍDIOS	Suficiente em ácidos graxos essenciais, lipase para digestão	Deficiente em ácidos graxos essenciais, não apresenta lipase	Adicionado ácidos graxos essenciais (DHA e ARA), diminuição da gordura saturada e acréscimo de óleos vegetais
MINERAIS	Quantidade correta	Excesso de cálcio e fósforo, sódio, cloro e potássio.	Modificação nos teores dos minerais. Relação cálcio/fósforo adequada, favorecendo a mineralização óssea.
FERRO E ZINCO	Pouca quantidade, bem absorvido	Pouca quantidade, mal absorvido	Adicionado
VITAMINAS	Quantidade suficiente	Deficiente D, E e C	Vitaminas adicionadas
PREBIÓTICOS	Quantidade suficiente	Deficiente	Adicionado (FOS, GOS)
PROBIÓTICOS	Quantidade suficiente	Deficiente	Adicionado
ÁGUA	Suficiente	Necessário extra	Pode ser necessária

Fonte: Manual Nutrologia-Alimentação da Sociedade Brasileira de Pediatria (2012)

Ao compararmos as propriedades do LM com as FI e o leite de vaca integral, percebemos que o uso do leite de vaca integral é inapropriado para crianças, por não fornecer quantidades de vitaminas, minerais, ácidos graxos essenciais, além de conter uma quantidade excessiva de proteína que gera uma sobrecarga do organismo do bebê.

Quanto às fórmulas infantis por mais que tenham acréscimos de micronutrientes, não alcançam os benefícios do LM, que possui quantidade suficiente de proteínas, lipídios e micronutrientes, além de ser economicamente viável a todos os indivíduos.

“O valor econômico da amamentação, tanto para a família como para governos, em seus diferentes níveis de gestão, deve ser considerado. Incluir o leite humano nos cálculos orçamentários pode provar seu valor econômico, e, dessa forma, demonstrar o real peso dessa contribuição em termos alimentares para a nação.” (Araújo et al, 2004, p. 140).

No âmbito de uma Unidade Hospitalar, onde a alimentação de pacientes internados é de responsabilidade da mesma, o incentivo do aleitamento materno deve ser prioridade da Gestão, visto que a oferta de fórmula infantil, por si só, já eleva o custo, considerando que a lata (400g) de fórmula artificial no mercado custa em torno de 79,00 (americanas.com, 2017). Além do dispendioso fator de compra desse leite, devem-se ressaltar os recursos humanos necessários para o preparo do mesmo. Atualmente o quadro de recursos humanos do HMDGSO, necessita de um funcionário extra com a finalidade de manipulação de fórmulas infantis, com objetivo de reduzir os riscos de complicações e segurança alimentar dos RN internados na UCIN.

Contudo, existem outros fatores como os que distanciam a mãe de seu bebê que devem ser discutidos e, considerando que o ato de amamentar envolve aspectos fisiológicos, emocionais, psicológico, culturais e socioeconômicos, a participação da mãe de forma ativa, e um ambiente propício para aleitamento materno e ou ordenha, com apoio constante da equipe multidisciplinar humanizada e capacitada podem ser uma alternativa para o incentivo à amamentação.

Os sentimentos desfavoráveis da nutriz é um dos fatores que dificultam a manutenção do aleitamento, e, afastar a mãe de seu bebê agrava consideravelmente a redução da produção láctea. A humanização e capacitação, junto com a motivação da

equipe da UCIN deve ser constante para que o estímulo e ordenha do leite materno sejam realizados de forma satisfatória.

“Embora existam atividades educativas quanto ao manejo do aleitamento materno e manutenção da lactação, as mães desses bebês não se sentem seguras de que, de fato, o leite materno atende às necessidades de seu filho. Assim, torna-se de grande importância o apoio e incentivo ao aleitamento materno no sentido de facilitar o processo de recuperação desses neonatos, minimizar a angústia, insegurança e medo dessas mães/famílias ao se depararem com este momento de sofrimento, além de favorecer melhor desenvolvimento destes a longo prazo.” (Santana, 2016, p. 158.).

Nesse contexto, outro fator a ser estimado é o momento de crise que representa para família esse nascimento antes do termo. O risco de morte do RN desencadeia nos pais sentimentos de culpa, ansiedade, confusão e junto com o distanciamento mãe-bebe e impossibilidade de amamentação precoce levam as nutrizes a reagirem de formas variadas, podendo algumas se entregarem totalmente ao bebe ou desenvolver medo e até rejeição, podendo fazer com que a mãe não volte à Unidade Hospitalar durante a internação.

1.4 O Papel da Gestão no Incentivo Amamentação

A inovação sempre fez parte das ações humanas e contribuiu sobremaneira para a evolução da humanidade, sendo esta considerada como uma extensão da criatividade humana. Desde a invenção do fogo e da roda até os dias atuais, o ser humano vem inovando, com objetivo de ampliar as condições de vida e sobrevivência da espécie e, por que não dizer das demais espécies vivas.

No século XXI as pessoas buscam muito mais informações, as quais exigem maiores capacidades de uso da inteligência e demandam certos conhecimentos

imprescindíveis a nível empresarial, otimizando assim, o desempenho organizacional e humano.

Uma vez entendido, como propõem Lakatos e Marconi (2011), que o conhecimento humano é cumulativo, a criação de novos conhecimentos a partir de conhecimentos já existentes exige um melhor entendimento do processo de inovação, envolvendo assim os diversos aspectos que compõem as capacidades intelectivas das pessoas e dos grupos humanos com vistas a melhorar as condições de vida e de sobrevivência das espécies, em especial da espécie humana.

“Para o país prosperar, ele precisa de mais novas empresas e não de socorros financeiros [...] Os empregos bem remunerados não resultam de socorros financeiros. Eles resultam de novas empresas. E de onde as novas empresas surgem? Elas surgem a partir de pessoas inteligentes, criativas e inspiradas que assumem riscos.” (Gallo, 2011.p. 228).

Segundo Gupta (2008), a inovação empresarial consiste no desenvolvimento de novos processos, serviços e produtos com a finalidade de gerar mais valores para os clientes e acontece através da mutação de diversas extensões de uma solução com uma melhor aplicação para o dia a dia. O novo conhecimento acumulado leva ao descobrimento de novos saberes e, conseqüentemente, de novas ciências.

Para muitos, tecnologia é entendida como máquinas, equipamentos e aparelhos. Para outros, é sinônimo de técnica. Há ainda os que a consideram como ferramenta, como instrumento. Tecnologia também é entendida como processo, compreendendo certos saberes constituídos para a geração e utilização de produtos e para organizar as relações humanas. (Lorenzetti et al, 2012).

Corroborando tais pressuposições, desta forma pode-se perceber que isto vem ocorrendo com o âmbito da saúde pública, em especial no tocante às terapias nutricionais que, atualmente, tem ganhado espaço diante de tantas inovações que

facilitam e possibilitam a manutenção e recuperação do estado nutricional dos indivíduos, em especial dos RNs.

Conforme Waitzberg et al (2005) as Terapias Nutricionais (TN) consistem em um conjunto de metodologias terapêuticas que visam manutenção ou recuperação do estado nutricional por meio de Nutrição Parenteral ou Enteral, prescritas para pacientes incapazes de satisfazer suas necessidades nutricionais por via oral, tais como os recém-nascidos prematuros.

Décadas atrás, quando nascia um recém-nascido prematuro – RNPT -, era considerado recém-nascido –inviável, pois não passava de algumas semanas de vida extrauterina (Caetano et al, 2006). Entretanto, vem acontecendo progressos na assistência, com o desenvolvimento de novas tecnologias, inovações dos métodos especiais de cuidado e medicamentos para alcançar o crescimento e desenvolvimento adequado.

Entre os cuidados especiais, a terapia nutricional – TN - é um importante aliado no crescimento e no desenvolvimento do RNPT que devem contar com estrutura de condições físicas, tecnológicas e humanas visando o atendimento dessas especificidades referentes aos nascituros - RNs – que apresentem a necessidade de cuidados especiais de uma Unidade de Cuidados Intensivos de Neonatologia ou em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais – UCIN.

Uma política institucional adequada e a participação da equipe multidisciplinar são fundamentais para o incentivo à amamentação, principalmente no período de internação desses.

Sendo assim, a Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais– UCIN- do Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira – HMDGSO – de LEM - BA, a

primeira nutrição desses RNs é realizada através de sonda oro gástrica⁴, com leite adequado para idade gestacional do paciente. O início da alimentação deve ser o mais precoce possível, e o volume calculado de acordo com o peso e condições gastrointestinais do RN, com intervalo de 2 a 3 horas entre as mamadas (Falcão, 2003). O leite materno é o mais indicado para nutrição do RNPT, porém, em algumas situações não é possível a administração desse leite, sendo necessário o uso de aditivos do leite materno. As fórmulas Infantis são prescritas diante da impossibilidade, por diversos fatores, do aleitamento materno, todavia, as fórmulas não substituem o leite materno apesar de, preenchem algumas deficiências destas crianças, principalmente em relação a proteínas, cálcio e fósforo. Essa alimentação, geralmente está impossibilitada de ser realizada via oral, uma vez que RNPT e/ou RNBP menores de 36 semanas ainda não apresentam coordenação sucção – respiração – deglutição, e então inicia-se a oferta através da sonda oro gástrica (figura 05).

Antes da administração da dieta, deve-se aspirar a sonda, verificando se contém resíduo. Caso o RN apresente rejeição à alimentação ou apresentar resíduo, deve-se investigar sua causa, visto que, a alteração da alimentação pode ser sinal de alguma complicação nessas crianças. Essas complicações, muitas vezes são causadas por deficiência na higienização durante a manipulação da dieta ou por uma intolerância à formula infantil, podendo causar graves infecções ao RN. A troca da sonda a cada 72 horas, a higienização da equipe do setor, dos familiares e principalmente dos responsáveis pela manipulação dos leites, são fatores determinantes na proteção às possíveis complicações.

⁴ Sonda Oro Gástrica –Procedimento em que é inserida uma sonda plástica ou de borracha, flexível, podendo ser curta ou longa, pela boca até o estômago. Sua finalidade está associada ao objetivo da prescrição, podendo ser realizada para preparo do paciente para exames, tratamentos e cirurgias; lavagem gástrica; para exame do conteúdo gástrico; drenagem de suco gástrico; ou para administrar alimentos (gavagem) e medicamentos aos pacientes impossibilitados de deglutir e/ou sugar.

Figura 05: Alimentação do RNPT via Sonda Oro-Gástrica



FONTE: A pesquisadora, UCIN - 2017.

Todas essas complicações podem ser minimizadas quando se reduz a manipulação do alimento, e desta forma, além dos benefícios do L.M., este necessita de uma ínfima manipulação. Contudo, a forma que é realizada sua ordenha, assim como o local que esta é realizada deve estar adequada para garantir a segurança alimentar do RN. Poucos são os Hospitais que demonstram interesse nessa área, fazendo com que as mães não sejam estimuladas a realizar a ordenha ou a façam em ambiente inadequado, se sentindo acuada, o que pode influenciar na redução da produção do leite materno. Neste contexto, a humanização e capacitação da equipe da UCIN são de grande valia, pois são esses profissionais que estarão diariamente lidando com os sentimentos e angustias dos familiares, principalmente da mãe do RN.

O termo "humanização" vem sendo vastamente utilizado no âmbito da saúde. Iniciativas como a humanização do parto e a humanização da assistência a crianças são frequentemente discutidas, sendo a segunda a mais direcionada ao atendimento de bebês de baixo peso, internados em UTI (Deslandes, 2004).

O tema ganhou novo status em 2000, quando Ministério da Saúde – MS - regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH - e a humanização é também incluída na pauta da 11^a Conferência Nacional de

Saúde. O PNHAH tem como objetivo central, aprimorar as relações entre profissionais, entre usuários/profissional e entre hospital e comunidade visando à melhoria da assistência prestada pelas Unidades Hospitalares (MS, 2000).

Atualmente o Programa foi substituído pelo Humaniza SUS, passando a ser uma Política de Assistência. No entanto, para que se coloque em prática a humanização do atendimento dois aspectos precisam ser reunidos: tecnologia e a boa administração de relacionamentos. Com a aplicação de tais interações, voltadas para a assistência, se caracteriza uma forma de tecnologia e constitui um elemento crucial de gestão. Considerando as condições atuais da organização e a estrutura física das instituições de saúde da rede pública e as relações de trabalho, haveria espaço para mudanças estruturais e para a introdução de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência?

Essa resposta está entrelaçada com os sujeitos da organização hospitalar e sua cultura, que é condicionada a um sistema de regras que orienta as formas de gestão e a capacidade dos gestores em influenciarem a mudança das regras e, conseqüentemente as outras regras (Rivera, 2003).

Os hospitais são lugares de contraste emocional, de nascimento, alívio e as vezes morte. Os profissionais são heterogêneos, com responsabilidade de um serviço que nunca se encerra, que deve contar com uma equipe completa por 24 horas. Entende-se que na Gestão de Hospitais Públicos muitas vezes há impossibilidades de substituições das estruturas do quadro, levando à uma sobrecarga de trabalho para a equipe e a conseqüente interferência nas condições para uma efetiva humanização do atendimento (Seixas e Melo, 2004).

Em setores fechados como Unidades de Neonatologia, esse problema é ainda maior, uma vez que o número de profissionais capacitados na área é infinitamente

menor e a humanização do cuidado neonatal estão voltadas para garantia de que a tecnologia existente promova a segurança do recém-nascido junto ao respeito às individualidades e o acolhimento tanto do recém-nascido quanto da sua família estimulando o vínculo mãe-bebê constantemente, e fortalecendo as práticas necessárias para a assistência eficaz.

O RN de alto risco, bem como os RNPT e RNBP, podem apresentar deficiências fisiológicas como: a incapacidade de sugar, engolir e respirar de maneira coordenada, pois são habilidades alcançadas durante a 34^a a 36^a semanas de idade gestacional e desta forma sua alimentação e estado nutricional estão em risco, o que pode resultar num aumento da morbimortalidade (Cruvinel¹ & Pauletti, 2009).

O olhar e os cuidados do gestor hospitalar inovador devem estar direcionados para redução de riscos de morbimortalidade neonatal, e o incentivo ao aleitamento materno desde os primeiros dias de vida do RN é fundamental nesse processo, pois o mesmo está relacionado negativamente com a mortalidade neonatal (Boccolini, et al, 2013). Várias são as formas de incentivo ao aleitamento materno. Em 1981 o Brasil implantou o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno, com a finalidade de aumentar as taxas de aleitamento materno, sobretudo os que estão em UTI neonatal. Segundo o Ministério da Saúde, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, reduziria em até 13% a mortalidade infantil no Brasil representando 7.800 mortes a menos de crianças a cada ano (Brasil, 2010).

Outras iniciativas que podem ser referenciadas são o Hospital Amigo da Criança; o monitoramento e a fiscalização da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e

Mamadeiras; os Bancos de Leite Humano; a capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno; o Método Canguru; entre outros (Araújo, 2003).

Todos esses métodos são válidos, porém durante o período de internação, cada Unidade Hospitalar, assim como o público que a mesma atende, tem suas particularidades, que devem ser estudadas para implantação da melhor forma de incentivo à amamentação.

Em se tratando de uma UCIN Municipal que tem como usuários, em sua maioria, indivíduos desfavorecidos em termos socioeconômicos, fatores como transporte e hospedagem, assim como acolhimento, devem ser levados em consideração no planejamento de estratégias de incentivo ao aleitamento materno dos pacientes internos.

Estudo realizado por Silva & Segre (2010) demonstrou que as mães que ficaram internadas junto aos seus RNPT, mantiveram o Aleitamento Materno por mais tempo. Desta forma, a implantação de repouso para as mães de RNPT internados da UCIN do HMDGSO, para que estas possam permanecer na Unidade em um ambiente com mínimo de conforto, adequações para realização das ordenhas durante o período de internação dos seus bebês, que possam receber visitas e suporte da equipe durante os horários estabelecidos pela gestão, é uma hipótese plausível para análise de possibilidade.

Estudos específicos em cada Unidade Hospitalar, com diagnóstico de suas peculiaridades, trariam para o Gestor um conceito de quais são as possibilidades e desafios de gestão para hastear estratégias para alcançar um atendimento humanizado e eficiente. Desta forma, essa dissertação tem por finalidade entender a realidade da demanda da UCIN do HMDGSO em LEM/BA, sugerindo ao gestor desta, as

possibilidades de melhorias buscando um atendimento cada vez mais humanizado. Para tanto foi realizada pesquisa de acordo com os aspectos metodológicos a seguir.

2. METODOLOGIA

Sempre, ao se realizar pesquisas de cunho acadêmico-científico, tem-se que os meios úteis e necessários à uma investigação dessa natureza, conforme propõem Lakatos & Marconi (2011), podem ser efetivados através de pesquisa de campo, de laboratório, ex post facto, bibliográfica, documental, estudo de caso, etc.

Portanto, considerando as especificidades desta pesquisa, definimo-la como sendo de cunho teórico-bibliográfica, descritiva, documental e de campo, com condições de apresentação de dados com base quanti-qualitativa, pois foi necessária a apresentação e a tabulação de dados quantitativos sobre prematuridade, baixo peso ao nascer, tipos de leite utilizados, registrados no período de observação para o estudo e pesquisa, os quais foram complementados por dados de análise qualitativa, com embasamento na fundamentação teórica e documental aqui desenrolada.

O cunho descritivo da pesquisa se revela através da observação de fatos exatamente como ocorreram, em ambiente natural no âmbito da Unidade Hospitalar alvo da pesquisa, com a devida autorização de seus gestores, visando coletar os dados em campo observacional e, concomitantemente, explicitados nas bases teóricas e documentais elencadas em autores de referência, tais como Auler & Delpino(2008), Damasceno et al (2014), Gupta (2008), Lemos et al (2010), Krause (2002), Martins (2000), Nascimento (2004), já delimitados na fundamentação teórica prévia e concomitante.

Propõem Lakatos & Marconi (2011), que a pesquisa teórico-bibliográfica é a etapa da investigação científica em que se realiza a revisão da literatura, buscando a corroboração de hipóteses prévias, através da análise e discussão de varias publicações.

Segundo Pizzane et al (2012), a revisão bibliográfica tem, entre outros, o objetivo de proporcionar elementos para a redação do projeto de investigação, que posteriormente, compõe a introdução e, também de buscar subsídios para ilustrar as discussões necessárias à fundamentar um trabalho científico desta natureza. Sempre se revelam necessidades de maiores buscas, no caminho a ser percorrido, o que exige do investigador a capacidade para estudos e levantamentos constantes de maiores e melhores fundamentações, pois o desafio da construção do saber é constante e concomitante às indagações propostas.

A revisão teórico-bibliográfica do material de apoio consiste na base fundamental para a pesquisa e deve ser realizada minuciosamente seguindo alguns passos já validados para serem utilizados por pesquisadores (as) que efetivem trabalhos de investigação dessa natureza. Neste sentido, estão disponíveis aos pesquisadores, bases referenciais suficientes e úteis em fontes virtuais acessíveis e que possibilitam complementação de bases teóricas em fontes físicas em livros e artigos de autoria, tendo-se, nesse sentido, bases virtuais confiáveis tais como Lilacs, ISI, Medline, entre outras, e as bases textuais, onde se encontram textos completos de artigos de autoria confiáveis, como, por exemplo, Scielo.

A condição documental da pesquisa, concomitantemente à pesquisa teórico bibliográfica, apresenta-se pelas buscas de dados em documentos e registros de dados necessários à uma maior compreensão do fenômeno em estudo, no caso da pesquisa em foco, esses dados foram buscados junto à acervos documentais do Instituto Brasileiro de

Geografia e Estatística – IBGE - (2016), do Ministério da Saúde– MS - (2016; 2017), da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia – SESEB - (2015; 2016. 2017), da Secretaria Municipal de Saúde de LEM – SMS LEM - (2016; 2017) e do Hospital Dr. Gileno de Sá Oliveira – HMDGSO -(2016 e 2017).

A apresentação de dados de cunho quantitativo é ancorada em números que representam a realidade temporal observada, tendo como ferramenta o levantamento dos dados a serem apresentados em gráficos e tabelas quantitativas, a partir dos dados coletados através de questionários. O resultado desse procedimento de levantamento de dados para auxiliar o método de pesquisa utilizado – quanti-qualitativo – objetivou a busca da corroboração da hipótese inicialmente levantada pela pesquisadora

Já a pesquisa qualitativa, em complementação às buscas de dados quantificados, conforme propõe Triviños (1987), é norteadada pela interpretação e as possíveis relações entre as variáveis (quando existentes e previamente definidas), podendo delas despontar uma riqueza maior dos dados e a possibilidade da exploração das contradições apresentadas nos fundamentos teórico-práticos da investigação realizada.

Portanto, para a realização dessa pesquisa, primeiramente definiu-se o tema a ser pesquisado, bem como a hipótese embasando as questões norteadoras, o universo de referência e a população/amostragem da pesquisa de campo, os objetivos e a metodologia de ação, devidamente aprovados quando da validação do projeto de investigação, em seminários prévios, com a presença dos professores orientadores.

Assim feito, iniciou-se a primeira etapa da pesquisa que se constituiu na busca pelo material teórico bibliográfico, em trabalhos originais, como livros, teses, artigos de autoria, anais de congressos, em trabalhos não originais como enciclopédias, tratados,

artigos de revisão bibliográfica, que basicamente citam e revisam os originais ou em base de dados como os suportes informacionais, tais como as infovias, entre elas a internet.

A busca subsequente deu-se em dados documentais disponíveis nos âmbitos já citados acima e, como condição fundamental para subsidiar as pressuposições da pesquisadora, em acordo com os objetivos propostos para a pesquisa. Eles foram fundamentais para ter-se um —ponto de partida, ou seja, os dados documentais que fundamentaram a hipótese levantada, já na fase de planificação da pesquisa.

A população amostral definida foi constituída pelos recém-nascidos prematuros (RNPT) e/ou baixo peso ao nascer - RNBP -, internados na UCIN do HMDGSO, entre março e novembro de 2016, sendo o primeiro grupo a ser analisado na pesquisa. Nessa etapa foi realizada a coleta de dados e observação dos prontuários do público alvo. Foram excluídos os prontuários de recém-nascidos com alguma patologia, os que foram a óbito e os transferidos para outras Unidades Hospitalares. A coleta de dados foi realizada de forma sistemática em setenta e cinco (75) prontuários de RNs internados na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal do Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá Oliveira – HMDGSO, dos quais vinde e nove (29) foram excluídos da pesquisa, sendo sete (07) transferidos para UTIs, seis (06) foram à óbito e dezesseis (16) nasceram à termo apresentando alguma patologia.

Para a realização da investigação observacional e em campo foi criado um formulário com algumas questões a serem respondidas pela pesquisadora, durante a fase observacional no período definido como de observação participante (vide Apêndice I), objetivando identificar qual é a melhor opção de alimentação para os RNPT e RNBP nascidos no HMDGSO.

Os dados obtidos através da observação de fatos exatamente como ocorreram, em ambiente natural no âmbito da Unidade Hospitalar alvo (descrição dos prontuários de RNPT e/ou RNBP), foram tabulados em planilhas (tabela 05), com objetivo de analisar a relação do acometimento de complicações com o tipo de leite ofertado durante a internação, e sua relação com o tempo de internação e fonte de nutrição do RN no momento da alta, que serão apresentados no capítulo 3 e em seus respectivos itens constitutivos. A realização da presente pesquisa foi autorizada pela direção do HMDGSO em 03 de novembro de 2016 (Apêndice III).

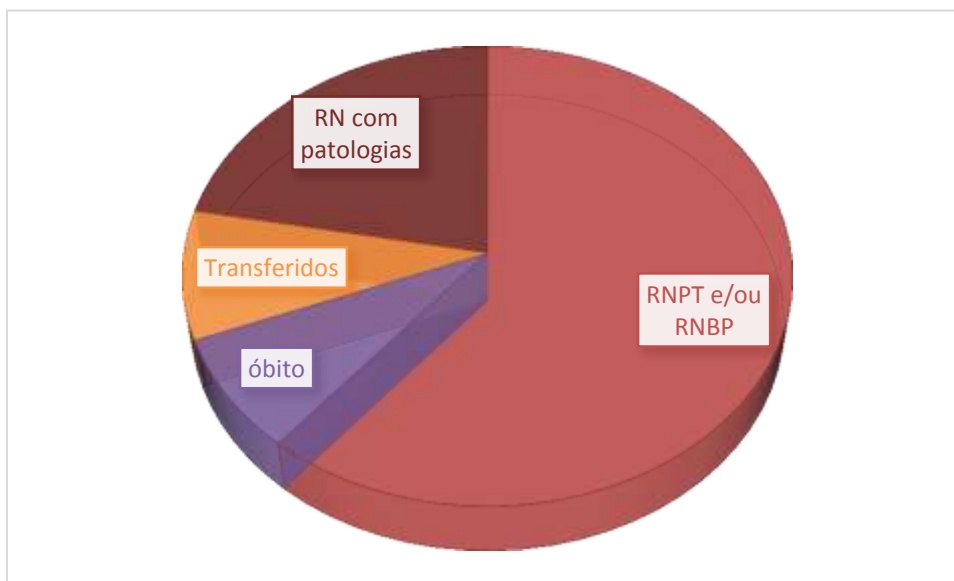
Conforme proposto, para corroborar com as tomadas de decisão da gestão quanto ao incentivo à amamentação, foram colhidos dados do segundo grupo da pesquisa, através de questionários aplicados tanto às mães de RNPT do período em análise, escolhidas aleatoriamente em um universo de quarenta e seis (46) mães, quanto aos componentes da equipe multidisciplinar da UCIN (vide Apêndice II). Com o objetivo de identificar quais os fatores que dificultam e / ou facilitam a amamentação do recém-nascido prematuro durante o período de internação, e amoldar as estratégias de gestão para promover o incentivo à amamentação no HMDGSO, este questionário foi aplicado a vinte e cinco (25) mães após a alta de seus bebês e a dezenove (19) membros da equipe, composta por trinta e dois (32) profissionais de nível médio e superior, que se disponibilizaram a participar da pesquisa.

Os resultados destes questionários são apresentados no capítulo 3 e em seus itens constitutivos de números 3.2 e 3.3. Complementando, os resultados da pesquisa são apresentados e discutidos no item 3.4, do capítulo 3, com a decorrente apresentação de algumas estratégias organizacionais que poderão ser utilizadas pela Gestão Hospitalar para um atendimento mais humanizado e eficaz às demandas da população assistida.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os dados do primeiro grupo a ser apresentado, analisado e discutido são compostos pelos RN internados na UCIN do HMDGSO no período de março a novembro de 2016, através da análise de seus prontuários. Dos 75 Recém-nascidos, pesquisados, 46 (61%) atendiam os critérios de inclusão, ou seja, apresentavam idade gestacional menor que 37 semanas ou eram baixo peso ao nascer (peso ao nascer menor que 1800Kg) e não portavam nenhuma patologia. Os Recém-nascidos a termo e os que nasceram com diagnóstico de alguma patologia (22%) foram excluídos da pesquisa, assim como os RNPT que foram transferidos para outra Unidade Hospitalar (9%) ou foram a óbito (8%) (gráfico 01).

Gráfico 01: Relação de Recém Nascidos internados na UCIN do HMDGSO entre março e novembro de 2016.



Fonte: A pesquisadora (2017)

O segundo grupo que participou da pesquisa foi composto pelas vinte e cinco (25) mães dos RNs pesquisados, escolhidas aleatoriamente para responder o questionário identificando os fatores relacionados à amamentação na visão das mães (Tabela 03) e de dezenove (19) componentes da equipe da UCIN que se propuseram a

responder o mesmo questionário para identificar os fatores relacionados à amamentação na visão da equipe (Tabela 04).

Tabela 03: Fatores Relacionados à Amamentação na Visão das Mães

MÃE	LM reduz tempo de internação do RN		Contato mãe-bebe facilita o AM		Uso do copinho atrapalha amamentação		O ganho de peso é mais rápido com FI		A presença da mãe estimula amamentação	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.	x		x			x		x	x	
2.	x		x			x	x		x	
3.	x		x			x		x	x	
4.	x		x			x		x	x	
5.		x	x		x		x		x	
6.	x		x			x			x	
7.		x	x			x	x	x	x	
8.	x		x			x		x	x	
9.	x		x			x		x	x	
10.	x		x			x		x	x	
11.	x		x			x		x	x	
12.	x		x			x		x	x	
13.	x		x			x	x		x	
14.	x		x			x		x	x	
15.	x		x			x		x	x	
16.	x		x			x		x	x	
17.	x		x			x		x	x	
18.	x		x			x		x	x	
19.	x		x			x		x	x	
20.	x		x			x	x		x	
21.		x	x			x	x		x	
22.	x		x			x		x	x	
23.	x		x			x		x	x	
24.	x		x			x		x	x	
25.	x		x			x		x	x	
Total	22	03	25	00	01	24	06	19	25	00

Fonte: A Pesquisadora, 2017.

Ficou explicito após análise dos questionários respondidos pelas mães dos RN que os fatores emocional e socioeconômico são os maiores obstáculos para que estas permaneçam na Unidade Hospitalar junto ao seu bebe, conforme discutiremos no capítulo 3.2.

Tabela 04: Fatores Relacionados à Amamentação na Visão da Equipe

EQUIPE	LM reduz tempo de internação do RN		Contato mãe-bebe facilita o AM		Uso do copinho atrapalha amamentação		O ganho de peso é mais rápido com FI		A presença da mãe estimula amamentação	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
1.	x		X			x		x	x	
2.	x		X		x			x	x	
3.	x		X		x		x		x	
4.	x		X			x		x	x	
5.	x		X			x		x	x	
6.	x		X			x		x	x	
7.	x		X			x		x	x	
8.	x		X			x		x	x	
9.	x		X			x		x	x	
10.	x		X			x		x	x	
11.	x		X			x		x	x	
12.	x		X		x			x	x	
13.	x		X			x		x	x	
14.	x		X			x		x	x	
15.	x		X			x		x	x	
16.	x		X			x		x	x	
17.	x		X			x		x	x	
18.	x		X			x		x	x	
19.	x		X			x		x	x	
TOTAL	19	00	19	00	03	16	01	18	19	00

Fonte: A Pesquisadora, 2017.

Os fatores apontados pela equipe como dificultadores para permanência das mães junto aos seus filhos foram, em percentuais diferentes, os mesmos que os apontados pelas mães. Esses fatores serão discutidos individualmente no capítulo 3.3. Conforme proposto, para análise e observação do primeiro grupo, foi utilizada análise de prontuários observando tempo de internação, o tipo de leite ofertado durante esse período, acometimentos de complicações, qual tipo de leite utilizado como nutrição do RN no momento da alta hospitalar e qual a relação entre esses indicadores. (Tabela 05).

Tabela 05: Análise de Prontuários

RN	LM E	LM e FI	FI	Complicação	Sem complicação	10 a 20 dias internação	20 a 40 dias internação	> 40 dias internação	Alta com LME	Alta com LM e FI	Alta com FI
01	x				x	x			x		
02		x			x			x		x	
03		x		x			x		x		
04			x		x		x				x
05	x				x	x			x		
06		x			x		x		x		
07			x	x				x			x
08	x				x	x			x		
09	x			x			x		x		
10			x		x		x				x
11	x				x	x			x		
12			x	x				x			x
13		x			x		x		x		
14		x			x		x		x		
15	x				x	x			x		
16		x			x		x		x		
17			x	x				x			x
18		x		x				x		x	
19		x		x				x		x	
20	x				x	x			x		
21	x				x	x			x		
22			x		x			x			x
23		x			x		x			x	
24	x				x	x			x		
25			x	x				x			x
26		x			x	x				x	
27		x		x				x		x	
28			x	x				x			x
29	x				x	x			x		
30			x	x				x			x
31		x			x		x			x	
32	x				x	x			x		
33			x	x				x			x
34		x			x		x			x	
35			x		x			x			x
36		x		x				x		x	
37		x		x				x		x	
38			x		x		x				x
39	x				x	x			x		
40	x				x	x			x		
41		x			x		x		x		
42		x		x				x		x	
43		x			x		x		x		
44	x			x			x		x		
45	x				x	x			x		
46		x		x				x		x	
T	15	19	12	17	29	14	15	17	22	12	12

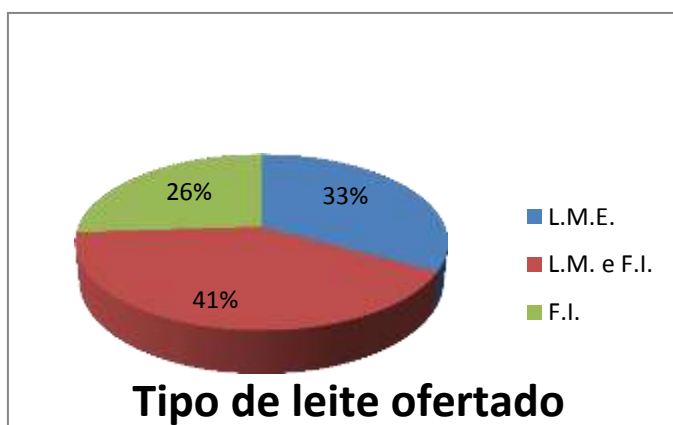
Fonte: A Pesquisadora, 2017.

Os dados coletados nos prontuários dos recém-nascidos internados na UCIN do HMDGSO em LEM/BA demonstram alguns dos benefícios do LM, já relatados no capítulo 1.3.1. No capítulo 3.1 será apresentada a relação deste com fatores como tempo de internação, complicações e alimentação no momento da alta.

3.1. Relação do Leite Ofertado durante a internação com os Acometimentos de Complicações, Tempo de Internação e Fonte de Nutrição no Momento da Alta.

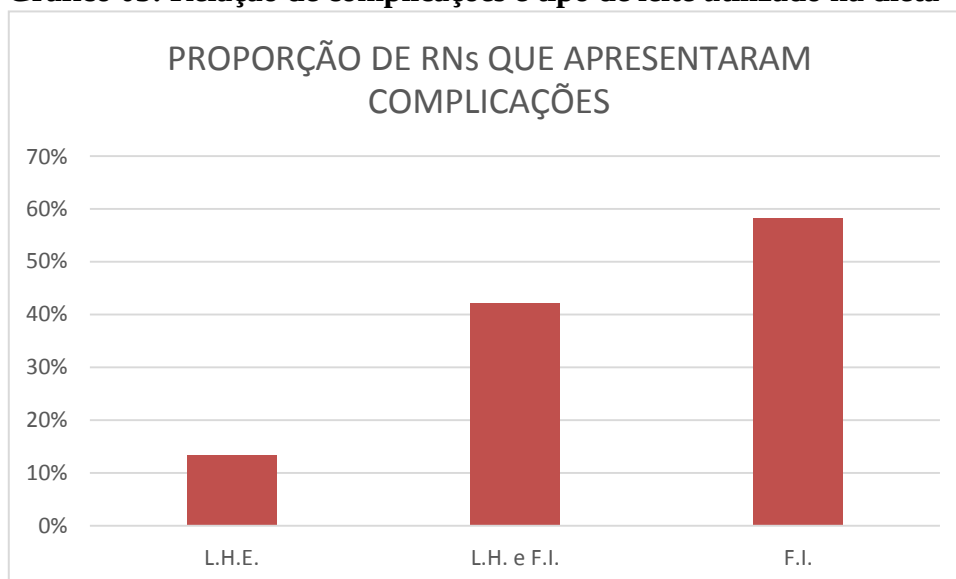
Com relação ao leite ofertado durante o tempo de internação, todos os quarenta e seis (46) – prematuros iniciaram a alimentação láctea nos primeiros sete dias de vida, sendo que 33% receberam exclusivamente o leite materno (LME), 41% receberam leite materno e fórmula infantil para recém-nascidos pré - termo (L. M. e F. I.) e 26% recebeu exclusivamente fórmula para recém-nascidos pré - termo (gráfico 02).

Gráfico 02: Tipo de alimentação recebida durante a internação



Fonte: A pesquisadora (2017)

Analisando cada grupo de RN, separados de acordo com o tipo de leite ofertado durante o tempo de internação, dos quinze (15) - RNPT que estavam em uso de L.H.E., 13,% apresentaram algum tipo de complicação, enquanto 42% dos dezenove (19) - RNPT que estavam em uso de L.H. e F.I. e 58% que estavam em uso de F.I. tiveram complicações durante a internação (gráfico 03).

Gráfico 03: Relação de complicações e tipo de leite utilizado na dieta

Fonte: A Pesquisadora, 2017.

A prevalência de acometimentos de complicações em RNPT em uso de F.I. está descrito por Nascimento & Issler (2004), quando refere que o leite materno produzido nas primeiras semanas pós-parto contém nitrogênio, proteínas com função imunológica, ácidos graxos de cadeia média, entre outros micronutrientes que estimulam a maturação funcional do intestino, com uma flora saudável, se tornando apto a produzir anticorpos, o que reduz probabilidades de complicações como enterocolite necrotizante, comuns em RNPT (Lemos et al, 2010). Desta forma observou-se nessa pesquisa que o uso de leite materno em RNPT e RNBP contribui para o melhor atendimento desses, uma vez que reduz o sofrimento neonatal que fazem parte do processo de recuperação dessas complicações. Outro fator fortemente ligado às complicações é o tempo de internação, que ao ser analisado nesse trabalho, corroborou como proposto pelo Ministério da Saúde (2002), que ao usar os substitutos do leite materno observa-se um maior gasto com doenças relacionadas ao uso destes e consequentemente maior tempo de internação.

O gráfico 04 demonstra que nesta pesquisa foi verificado que o tempo de internação dos RNPT em uso exclusivo de leite materno foi entre 10 e 40 dias, sendo que 13 deles (87%) ficaram de 10 a 20 dias na UCIN. Os RNPT que apresentaram complicações durante o tempo de internação permaneceram por mais dias internados, entre 20 e 40 dias. Dos RNPT que tiveram como fonte de alimentação os dois tipos de leite, o tempo de internação foi de no mínimo 10 dias, chegando alguns a ficar mais de 40 dias, robustecendo o descrito pelo Ministério da Saúde (2002). Ressaltamos que apenas 5% destes, ficaram internados por menos de 20 dias, permanecendo 53% internados entre 20 e 40 dias e 42% por mais de 40 dias, destacando que desses 08 pacientes que ficaram por mais de 40 dias, 07 apresentaram algum tipo de complicação neonatal. Já os RNPT em uso de F.I. durante toda internação, permaneceram por mais de 20 dias internados, sendo que 75% destes permaneceram na UCIN por mais de 40 dias. Esse dado é proporcional ao percentual de prematuros que tiveram complicações no período de internação (Tabela 05).

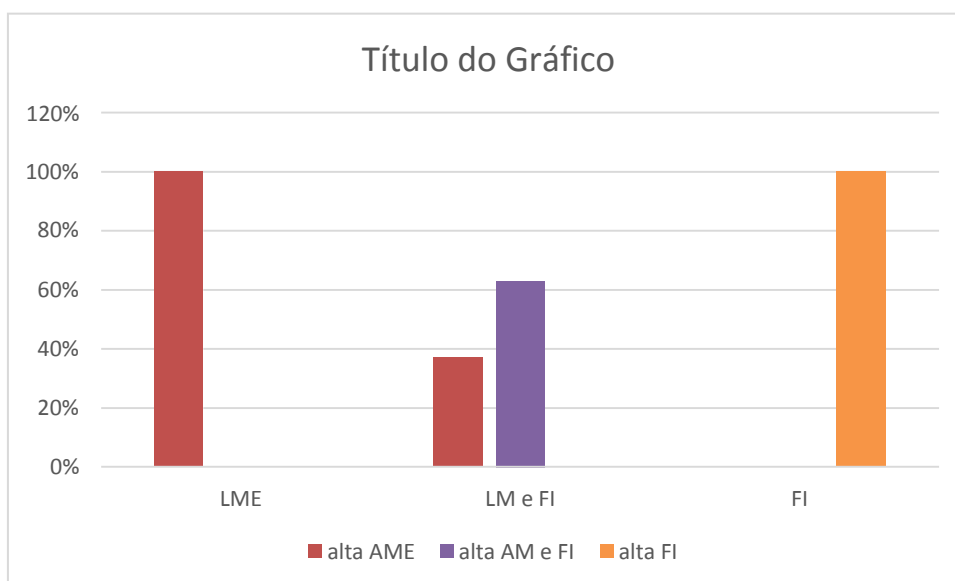
Segundo Arrué et al (2013),; Lemos et al (2010); Silva & Segre (2010); Lopes & Silva (2012); Lamy et al (2005), o leite materno é indicado como ideal para os recém-nascidos, porém poucos estudos relacionam o tempo de internação com o tipo de dieta utilizada. Contudo, essa pesquisa, assim como a observação prática da pesquisadora, demonstra que o tempo de internação dos RNPT internados na UCIN do HMDGSO está intimamente ligado ao tipo de leite utilizado como fonte de nutrição destes.

Além dos benefícios do leite materno já confirmado nessa pesquisa, existem os benefícios diretos, comparando o alto custo das FI para o gestor e para as famílias. Diante disto, a fonte de alimentação do RN no momento da alta contribui consideravelmente pra economia destes. No presente trabalho identificou-se a relação

direta entre o leite ofertado durante a internação e o leite utilizado como fonte de alimentação do RN no momento da alta.

Dos 15 RNPT alimentados com LME, 100 % tiveram alta com aleitamento materno exclusivo. Dos 19 prematuros que tiveram LH e FI como fonte de nutrição durante a internação, 37% receberam alta em aleitamento materno exclusivo e 63% com aleitamento materno, complementando com fórmulas, enquanto que dos 12 RNPT que foram alimentados com FI durante o período de internação, 100% deve alta com FI como fonte de alimentação (gráfico 04).

Gráfico 04: Fonte de nutrição no momento da alta



Fonte: A pesquisadora (2017)

Considerando todos os benefícios supracitados do LM e o alto custo com alimentação de um RN verifica-se mais um ensejo para que o aleitamento materno seja estimulado durante a internação desses bebês. Segundo Araújo (2004), o valor econômico para os governos, independente do nível de Gestão e para as famílias deve ser considerado quando se realiza planejamentos de rotina de uma Unidade Hospitalar, pois ao incluir o LH nos cálculos orçamentários, demonstraria o peso dessa contribuição alimentar para nação. Ponderando ainda, as condições socioeconômicas do público

alvo sabe-se, através da prática clínica, que o custo de distribuição de FI para crianças após alta hospitalar é consideravelmente alto, por ser a única fonte nutricional de RNs até o 6º mês de vida, e caso não recebam essas fórmulas, em pouco tempo estas crianças estarão recebendo leite de vaca in natura devido ao alto valor de mercado das FI, e segundo a SBP (2012), o leite de vaca integral é inapropriado para crianças, por não fornecer quantidades de vitaminas e minerais, além de conter excessos de proteínas do leite, acarretando patologias como desnutrição, alergia alimentar, diarreias, etc., sobrecarregando o sistema de saúde e hospitais, gerando custos e aumentando a morbimortalidade infantil.

Porém, vale ressaltar que esses pacientes ficaram em uso de fórmulas por diversos motivos, como óbito materno, uso de drogas (medicamentosas ou ilícitas) pela mãe, redução da produção láctea durante a internação, entre outros, o que levou a equipe a optar pela FI.

Neste contexto uma Unidade Hospitalar pública deve trabalhar direcionada para atender as necessidades das comunidades no âmbito da saúde no Brasil e para tal, é necessário garantir a cobertura universal investindo na promoção, proteção e recuperação da saúde e das unidades de atendimento ao público (Lorenzetti et al, 2014). Elaborar estratégias dentro da realidade do HMDGSO objetivando a humanização do atendimento através do incentivo ao aleitamento materno é uma maneira que a Gestão Hospitalar possui para garantir segurança alimentar e contribuição socioeconômica ao governo e famílias. Conhecer as peculiaridades desse público consiste o primeiro passo para atender essas necessidades.

3.2 Fatores Relacionados com Aleitamento Materno na Visão das Mães

Para análise e observação do segundo grupo, composto de mães e funcionários da UCIN, foram aplicados questionários idênticos, conforme proposto, para avaliar

questões sobre amamentação, aleitamento materno, uso do leite artificial e as dificuldades para manutenção do aleitamento materno, pois de acordo com análise do primeiro grupo da pesquisa observou-se que, os RNPT e/ou RNBP que receberam a dieta a base de Leite Materno tiveram um menor índice de complicação e menor tempo de internação. Neste capítulo serão expostos os fatores apontados pelas mães dos RNPT internados na UCIN do HMDGSO.

Foram escolhidas aleatoriamente 25 mães para responder o questionário proposto pela pesquisadora. Quando questionadas se acreditam que o leite materno reduz o tempo de internação de seu bebe, 88% acreditam que sim, e 12% não (gráfico 05).

Gráfico 05 – Aleitamento Materno x Tempo de Internação



Fonte: A pesquisadora (2017)

Santana (2016) descreve que os sentimentos desfavoráveis da nutriz é um dos fatores que dificultam a manutenção do aleitamento, e afastar a mãe de seu bebe agrava consideravelmente a redução da produção láctea. Este fato científico é percebido por

100% das mães que responderam o questionário, identificando o contato mãe – bebê durante a internação, como fator facilitador do aleitamento materno (gráfico 06).

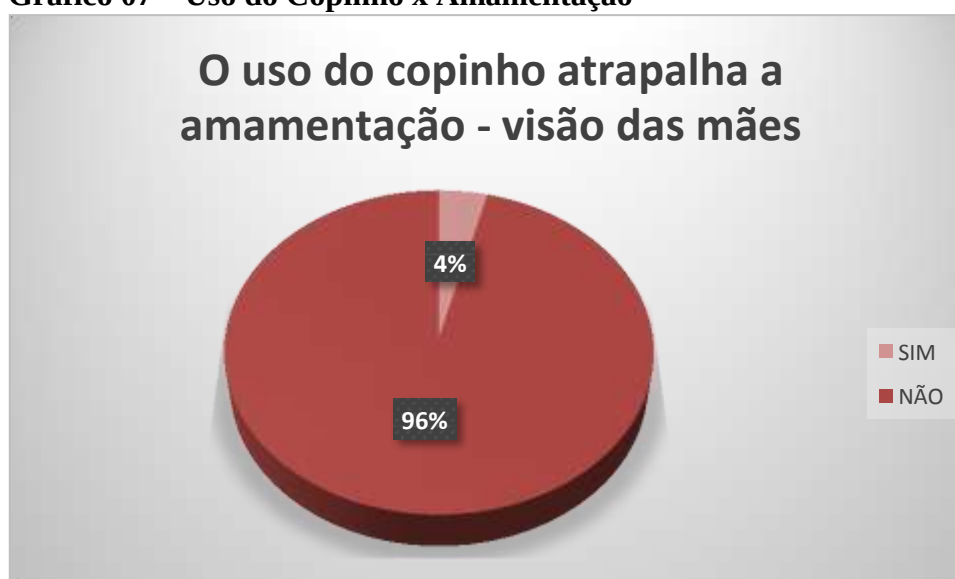
Gráfico 06 – Contato Mãe – Bebê x Aleitamento Materno



Fonte: A pesquisadora (2017)

O uso de copinho, método mais indicado para transição da alimentação enteral para amamentação ao seio (Lopes e Silva, 2012), não foi apontado como obstáculo para amamentação, já que 96% das mães crêem não atrapalhar (gráfico 07).

Gráfico 07 – Uso do Copinho x Amamentação



Fonte: A pesquisadora (2017)

Em relação ao ganho peso do RN, 24% das mães acham que o leite artificial leva à um ganho de peso acelerado (gráfico 08). Os leites artificiais possuem em sua fórmula acréscimo de óleos vegetais buscando proximidades à composição nutricional do Leite Materno, o que muitas vezes pode fazer com que a FI tenham uma digestão mais demorada, mantendo o RN saciado por mais tempo (SBP, 2012). Porém vale ressaltar que o LH possui quantidade de ácidos graxos essenciais e lipase que facilitam a digestão e na concepção das mães não –sustentam seus filhos”.

Gráfico 08 – Ganho de peso do RNPT x leite Artificial



Fonte: A pesquisadora (2017)

A presença da mãe na maternidade durante o período da internação do RNPT está relacionada a fatores fisiológicos e psicossociais, e separar a mãe de seu filho no momento pós-parto pode interferir na sua produção láctea. A Norma de Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso - Métodos Canguru elaborada em 1999 pelo MS como incentivo a amamentação, preconiza a presença da mãe junto ao RN por maior tempo possível dentro das condições do mesmo com o intuito de estimular a

produção láctea e amamentação (Lamy, et al. 2005), e 100% das mães participantes acreditam que estar junto ao seu bebê estimula o aleitamento materno (gráfico 09).

Gráfico 09– Presença da Mãe x Aleitamento Materno



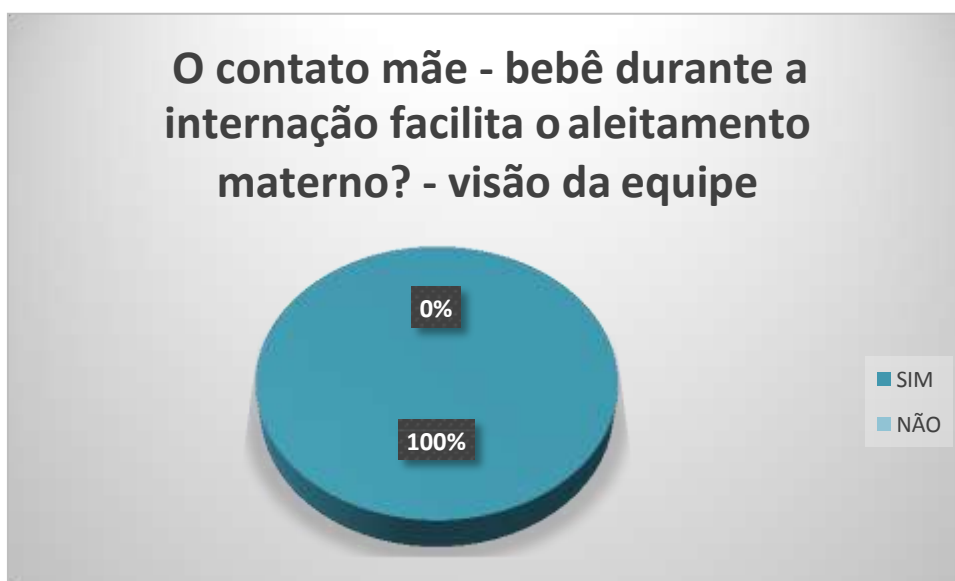
Fonte: A pesquisadora (2017)

Porém, alguns fatores que podem ser modificados, que serão visto posteriormente, colaboram com os distanciamentos da díade mãe-bebê. A opinião das mães e o que a equipe da UCIN acredita como verdade, são aspectos fundamentais para que a gestão trace estratégias que visam à aproximação da mãe e seu bebê internado e assim desenvolva uma Assistência Humanizada.

3.3 Fatores Relacionados com Aleitamento Materno na Visão da Equipe

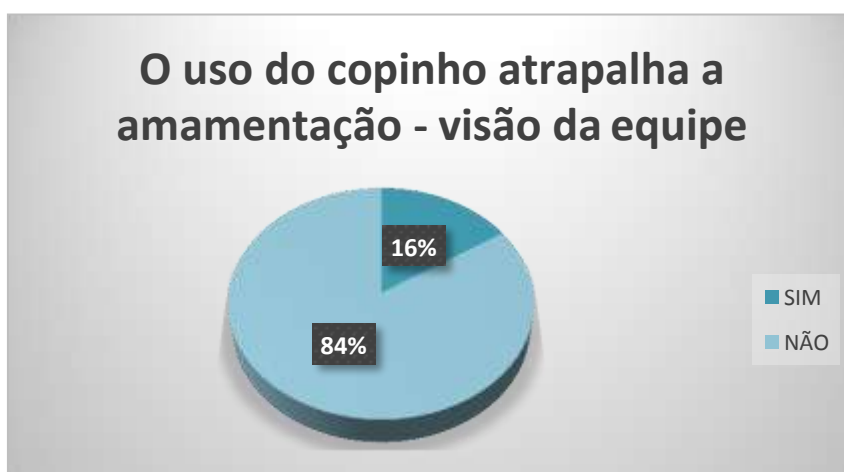
O mesmo questionário respondido pelas mães dos RNPT foi aplicado aos funcionários da equipe. Dezenove (19) profissionais, entre pediatras, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos se propuseram a participar da pesquisa.

Quanto à relação da produção de leite materno e o contato mãe – bebê, 100% concorda com estudos já realizados, como descrito por Santana (2016), onde demonstra que a presença da mãe junto ao bebê estimula a produção láctea. (gráfico 10).

Gráfico 10 – Contato Mãe – Bebê x Aleitamento Materno

Fonte: A pesquisadora (2017)

O uso de chuquinhas não é indicado para RNPT, uma vez a confusão de bicos leva ao desmame precoce, desta forma o método mais indicado para início da dieta oral é o copinho (Lopes e Silva, 2012). Quanto a essa prática, 84% da equipe acredita não ser obstáculo para amamentação (gráfico11). Desta forma a padronização do método de transição da dieta enteral para oral é uma possibilidade para o incentivo á amamentação, uma vez que a motivação da equipe faz parte da humanização do atendimento.

Gráfico 11 – Uso do Copinho x Amamentação

Fonte: A pesquisadora (2017)

Em relação ao ganho peso do RN, apenas 5% da equipe acham que o leite artificial leva à um ganho de peso acelerado quando comparado ao de leite materno (gráfico 12). A facilidade na manipulação do leite artificial é consideravelmente maior, uma vez que não necessita ficar acompanhando e incentivando a ordenha das mães, o que muitas vezes leva a equipe a dar preferência por este.

Gráfico 12 – Ganho de peso do RNPT x leite Artificial



Fonte: A pesquisadora (2017)

A presença da mãe na maternidade durante a internação do RN é vista como estímulo para amamentação por 100% da equipe (gráfico 13). Porém é preciso levar em consideração o suporte que a equipe precisa oferecer tanto para as mães quanto para sua família durante o período de internação de seus filhos. Com um atendimento humanizado e orientações dos métodos necessários para produção láctea, certamente a amamentação será bem sucedida.

Gráfico 13 – Presença da Mãe x Aleitamento Materno

Fonte: A pesquisadora, 2017.

Quanto ao tempo de internação em relação ao leite materno, 100% da equipe técnica, acredita que o esse tempo é reduzido quando o RNPT recebe leite materno exclusivo (gráfico 14). Apesar de ter poucos estudos que compare esses dados, a prática clínica e o resultado desta pesquisa demonstram que estão positivamente relacionados.

Gráfico 14: Relação do Leite Materno e Tempo de Internação

Fonte: A pesquisadora (2017)

3.4 Discussão

Analisando os prontuários dos RNPT e ou RNBPs internados no HMDGSO verificou-se que, de acordo com Scochi et al (2008), o leite materno para alimentação do RNPT, apresenta diversas vantagens quando comparado com as fórmulas artificiais.

“Entre as vantagens do AM para os RNPTs destacam-se suas propriedades nutritivas e imunológicas, seu papel na maturação gastrointestinal e formação do vínculo mãe-filho, aumento do desempenho neurocomportamental, proteção contra enterocolitenecrosante, menor incidência de infecção (incluindo sepse e meningite), menor incidência de reospitalização e melhor coordenação sucção-deglutição.” (Scochi et al, 2008, p.145).

As mudanças na forma do cuidado neonatal estão associadas a medidas protetoras de acordo com a realidade de cada Município e Unidade Hospitalar. A Humanização do Atendimento com a integração da família na rotina da UCIN e união com a equipe, favorece o laço afetivo mãe e RN, fator essencial para estímulo da produção láctea e desenvolvimento do RNPT e/ ou RNBPs. (Figura 06).

Figura 06: Integração da família e equipe da UCIN do HMDGSO



Fonte: Jessica Roque – Fisioterapeuta da UCIN, 2018.

Verificando os benefícios que os RNPT que receberam leite materno exclusivo durante a internação e as opiniões das mães e equipe quanto aos fatores que estimulam o leite materno, é fundamental que se entenda os motivos que dificultam a permanência das mesmas.

Vários obstáculos que levam ao desmame precoce são observados na rotina da UCIN, tais como os relatos das mães: –falta maior contato com meu bebê ou –não tenho dinheiro para ir pra casa e voltar todo dia e frases como —Muito difícil ficar sentada muito tempo nesse sofazinho com esse corte na barriga fazem com que as mães não permaneçam na Unidade Hospitalar após sua alta para acompanhar seu bebê, mesmo acreditando que sua presença é fundamental para amamentação e que esse ato trará uma recuperação mais rápida.

Nessa pesquisa, verificou-se, a respeito dos fatores que dificultam a estadia da mãe da Unidade Hospitalar durante a internação do RNPT (Tabela 06), que:

Maneira em que é dada a alta da mãe – 12%

A mãe não ter transporte para ir e voltar para casa – 76%

A mãe não querer ficar perto do bebê – 0%

A mãe achar que não pode ajudar em nada – 44%

Ter que ficar sentada (a mãe) em cadeiras o dia todo – 56%

Falta de atenção da equipe da UCIN do Gileno – 0%

Tabela 06: Fatores que Dificultam a Estadia da Mãe da Unidade na Percepção das Mães

Fatores que dificultam a estadia da mãe da Unidade – MÃES	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
Maneira que é dada a alta					x		x														x				
Falta de transporte	x	x	x		x	x		x	x	x	x	x	x		x	x	x		x	x		x	x		x
Não querer ficar perto do bebê																									
Não poder ajudar em nada					x		x														x			x	
Ter que ficar em cadeiras	x	x	x	x				x	x		x			x		x		x				x			
Falta de atenção da equipe																									

Fonte: A Pesquisadora, 2017.

O que demonstra que elas se sentem acolhidas pela equipe da UCIN e desejam ficar próximas ao seu bebê, porém os aspectos psicossociais e físicos do período pós-parto dificultam sua estadia nas condições atualmente existentes na UCIN do HMDGSO. A falta do espaço físico para repouso e alimentação, juntamente com a dificuldade de traslado entre o Hospital e sua residência, somados ao cansaço e sensibilidade emocional desse momento faz com que muitas vezes as mães não fiquem com seus bebês por muito tempo, levando a equipe a ter que optar pelo leite artificial nos horários de dieta.

Quando questionado à equipe quanto aos fatores que dificultam a estadia da mãe da Unidade Hospitalar (Tabela 07) às respostas foram:

Maneira em que é dada a alta da mãe – 26,3%

A mãe não ter transporte para ir e voltar para casa – 89,5%

A mãe não querer ficar perto do bebê – 42,1%

A mãe achar que não pode ajudar em nada – 47,4%

Ter que ficar sentada (a mãe) em cadeiras o dia todo – 76,7%

Falta de atenção da equipe da UCIN do Gileno – 5,3%

Tabela 07: Fatores que Dificultam a Estadia da Mãe da Unidade na Percepção da Equipe

Fatores que dificultam a estadia da mãe da Unidade - EQUIPE	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
Maneira que é dada a alta	X						X	X		X				X					
Falta de transporte		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Não querer ficar perto do bebê		X		X	X							X	X		X	X	X		X
Não poder ajudar em nada	X		X			X	X	X	X	X	X							X	
Ter que ficar em cadeiras		X	X	X	X	X		X		X	X		X	X	X	X		X	X
Falta de atenção da equipe	X																		

Fonte: A pesquisadora, 2017.

Esses dados demonstram que assim como as mães (76%), a equipe (89,5%), aponta a dificuldade de transporte e a inexistência de um local para conforto das mães como os principais fatores que afastam a mãe da Unidade Hospitalar.

Outro fator que chama atenção é o sentimento que boa parte das mães tem (44%) e também percebido pela equipe (47,4%), é impressão destas de impotência, acreditando que não podem fazer nada pelos seus filhos, sendo esse cuidado apenas função da equipe, o que também leva ao afastamento da mãe. Segundo Silva & Silva (2009), a necessidade de a criança permanecer internada logo após o nascimento pode dificultar o vínculo mãe - bebê e essa dificuldade é atribuída a fragilidade de seus filhos.

A ausência da mãe na Unidade ou a não permanência dentro da UCIN é interpretado por parte da equipe como se esta não quisesse ficar com seu filho (4,1%), dificultando a estadia na unidade. Porém ao analisar o ponto de vista das mães, o -não querer ficar perto do seu bebê (0%), não foi um fator levantado como empecilho para ficar na Unidade.

A maneira como a mãe é orientada no momento da alta, uma vez que esta fica internada no alojamento conjunto (puerpério) e seu RN na UCIN, muitas vezes a leva não voltar na Unidade, acreditando que sua presença só será necessária no momento da alta da criança ou para ordenhar o leite. Esse fato a maioria das vezes não é percebido pelas mães (12%), mas é observado pela equipe (26,3%), principalmente pelo setor de nutrição, psicologia e serviço social no momento em que tentam retomar essa mãe pra junto do RN.

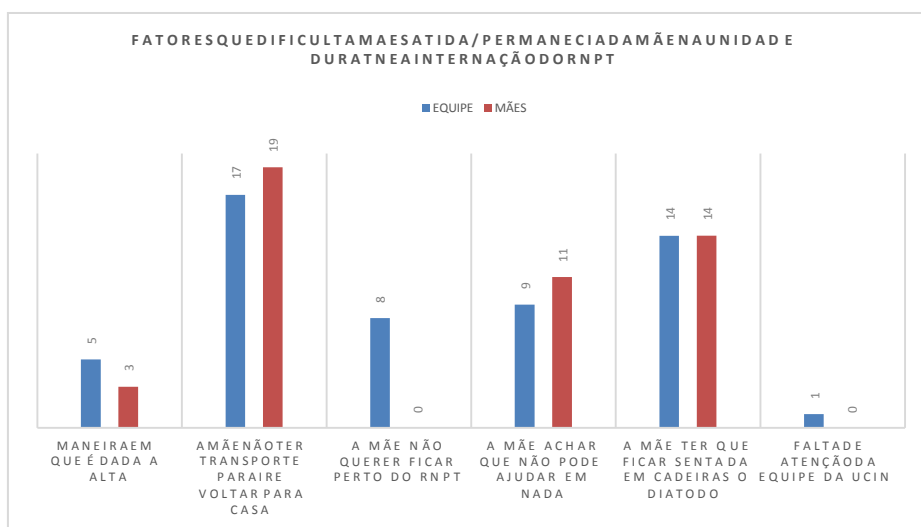
Outro fator demonstrado como desgastante para puérpera são as acomodações não disponíveis, não só no HMDGSO, mas na realidade dos hospitais que possuem UCIN ou UTIN, para repouso dessas mães. 56% das mães que responderam os questionários apontam como fator que dificultam sua permanência na Unidade, ter que

ficar sentada em cadeiras o dia todo. 76,7% da equipe que acompanha os RNPT da UCIN do HMDGSO observam essa dificuldade e o aumento do cansaço dessas mães.

O fator –falta de atenção da equipe da UCIN do HMDGSO, tais como explicação sobre estado do RN, questionamentos de como as mães estão se sentindo ou como relatado por elas –o puxão de orelha que a doutora me deu, foi pro bem do meu bebe, ele precisa do meu leite, foram considerado por elas um acolhimento, não dificultando sua presença (0%). Já pela equipe, 5,3% dos profissionais que responderam ao questionário acreditam sim, que a falta de atenção, faz com que a mãe não permaneça na Unidade.

Os dados do gráfico 15 demonstram essas percepções das mães e da equipe quanto aos obstáculos para permanecerem na Unidade Hospitalar.

Gráfico 15– obstáculos para estadia das mães na Unidade Hospitalar.



Fonte: A pesquisadora (2017)

Quando questionados sobre o que acham que mais dificulta a produção de leite durante a internação e ordenha do leite materno, as respostas mais frequentes dadas pelos componentes da equipe foram:

— as mães acham que pelo bebe estar internado, a responsabilidade não é dela, e não se esforçam pra amamentar|| (Descrito por 06 profissionais).

— o cansaço de ir e vir todos os dias e vários horários reduz a produção do leite|| (Descrito por 12 profissionais)

— falta silencio e conforto para repouso e ordenhal|| (Descrito por 15 profissionais)

-medo de perder o bebe / emocional|| (Descrito por 09 profissionais)

— falta de estímulo para amamentação pela equipe|| (Descrito por 03 profissionais)

Para as mães, a falta de contato com o bebê, o cansaço, alimentação insuficiente e não ter lugar pra descansar foram os fatores relatados por quase todas as mães (descrito em 21 questionários respondidos pelas mães).

Analisando as respostas das mães dos RN internados na UCIN, e as respostas da equipe quando questionados sobre o impacto da elaboração de estratégias pela Gestão Hospitalar para reduzir esses obstáculos 100% concordam que incentivaria o aleitamento materno (Gráfico 16).

Gráfico 15– Traçar estratégias para reduzir as dificuldades apontadas x incentivo à amamentação durante o tempo de internação



Desta forma, ficou evidenciado, pelo presente estudo, que existem fatores controláveis pela equipe de saúde que podem estimular a aproximação precoce entre mãe e filho e incentivar o aleitamento materno durante o tempo de internação (prática de ordenha, colaboração da mãe nos cuidados do RN, esclarecimento do quadro clínico). Porém, cabe a Gestão da Unidade criar estratégias que incentivem e capacitem a equipe para realização desse atendimento humanizado.

Ao se refletir no desígnio de uma Unidade Hospitalar, no tipo de serviço prestado e que a forma de atuação da equipe interfere diretamente no atendimento ao paciente é fundamental que essa instituição tenha um profissional capacitado para fortalecer a integração de diversos setores, transformando os funcionários em parceiros.

“Não o grande invento do grande homem, mas a coprodução singela e cotidiana que a interação humana nas redes potencializa. Daí que a eficácia do processo produtivo dependa, cada vez mais intensamente, da interação e socialização que os meios técnicos ofertam como suporte e infraestrutura de comunicação e relação. As análises dos diferentes „momentos“ do ciclo do trabalho imaterial nos permitem avançar na hipótese de que aquilo que é produtivo é o conjunto das relações sociais [...], segundo modalidades que colocam diretamente em jogo o “sentido”. [...] Essa cooperação não pode ser em nenhum caso predeterminada pelo econômico, porque se trata da própria vida da sociedade. O econômico somente pode apropriar-se das formas e produtos desta cooperação, normatizá-los e padronizá-los. Os elementos criativos, de inovação, são estritamente ligados aos valores que somente as formas de vida produzem.” (Lazzarato, 2001, p. 52).

Na realidade atual encontra-se à frente da gestão do HMDGSO, um gestor que acredita na humanização do atendimento, realiza uma administração moderna e participativa, que luta pelas melhorias do Hospital como um todo, promove capacitações e possui grande interação com a equipe. Porém sabe-se que vários são os obstáculos frente às instituições públicas, como conflitos de interesses e falta de esclarecimento do Gestor Municipal, que por sua vez, precisa lidar com variados

interesses político e da população que não estão voltados à saúde desses RN (educação, segurança, infraestrutura, etc.).

Assim, o Gestor local (atual Diretor do HMDGSO), dentro das possibilidades, precisa articular situações e perspectivas para implantar melhorias na Unidade Hospitalar que dirige, buscando a participação da equipe e a credibilidade do Gestor Municipal. Práticas como, a iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru, são sugestões a serem analisadas, de fácil implantação e que facilitam a aproximação mãe-bebe e incentivam o aleitamento materno.

Outra possibilidade, e também desafio, é a reorganização estrutural do HMDGSO, com a finalidade de criar o repouso para mães dos RNPT e ou RNBP, uma vez que qualquer paciente com menos de 18 anos de idade, tem assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas descrito no art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente (Anexo VI). É importante ressaltar que para uma assistência eficaz, a instituição precisa ajudar os familiares a superarem não só as dificuldades emocionais e afetivas existentes nesse momento, mas também as dificuldades socioeconômicas que surgem durante a permanência da criança na UCIN. Esses manejos certamente irão amparar as mães e deixá-las mais próximas e participativas na assistência de seus filhos, propiciando a interação equipe-mãe-bebe, promovendo assim o incentivo ao aleitamento materno.

Cabe ressaltar, que mesmo com todos os resultados apontados, é necessário muito mais do que números para se implantar uma Política Pública preventiva, podendo levar a várias conclusões.

CONCLUSÃO

Ao longo da minha trajetória profissional como Nutricionista e, por um tempo como Gerente de Promoção à Saúde, pude conviver com recém-nascidos, com suas mães durante a internação na UCIN e com as dificuldades de uma Gestão Pública. Nesta realidade, em que os RNPT se encontram em risco de morte, no meio de uma rotina repleta de surpresas, parece não ter espaço para a mãe, com seu sofrimento e incertezas. Nela, o prematuro pode permanecer semanas internado, oferecendo a mãe o direito de ficar em um sofá próximo a UCIN, sem poder receber visitas de seus familiares ou de repousar no período em que não está com seu bebe, gerando um cansaço físico e emocional destas.

Dessa forma, a presente dissertação revelou que o vivido pelas mães na Unidade Hospitalar, durante a internação de seus filhos, pode acarretar em uma instabilidade na produção láctea, fazendo com que a equipe utilize outras fontes de nutrição, o que pode levar a complicações neonatais, maior tempo de internação e elevar os índices de morbimortalidade infantil. Neste contexto, este trabalho permite varias outras contribuições para a ciência, tais como demonstrar as possibilidades para reduzir os riscos de mortes neonatais; estimular o AM na alta, reduzindo assim as patologias futuras e consequentemente redução da mortalidade infantil, além de alavancar estudos maiores que reduzam os gastos hospitalares e proporcionem a continuidade da evolução dos cuidados que vem acontecendo desde 2006, uma vez que, poucos estudos relacionam tempo de internação com a dieta utilizada para nutrição de RNPT e / ou RBNP, ou quanto ao custo das Unidades Neonatais e a nutrição desses RN, dificultando

demonstrar mais um ponto fundamental do Papel do Gestor Hospitalar no incentivo ao AM. Outro aspecto importante para a ciência que envolve o presente estudo e pesquisa, considerando-se seja ela do entorno da formação e do exercício profissional da pesquisadora, tratar da questão da Gestão da Saúde e, mais especificamente, da Gestão Hospitalar, revela-se uma tarefa altamente desafiadora, pois aspectos da gestão não são suficientemente abordados, o que se pode constatar pelas matrizes curriculares dos cursos de formação na área da saúde no Brasil. São currículos voltados às questões específicas da saúde, pouco relacionados às questões da organização e da gestão em saúde, o que dificulta alcançar melhores resultados junto às equipes técnicas

A gestão dos recursos físicos, humanos e financeiros de uma Unidade de Saúde é fator determinante nos gastos da mesma e manejos que visam minimizar os riscos de complicações, reduzir tempo de internação e aumentar a sobrevida dos pacientes são primordiais para amortizar a receita empregada nesta em longo prazo.

Ações de incentivo à participação materna na recuperação do filho estão relacionadas com as possibilidades e desafios que o gestor hospitalar poderá avaliar e analisar sua viabilidade, com intuito de reduzir o tempo de internação e complicações advindas do prolongamento desse período, como o alojamento de mães em Unidades Hospitalares onde existem os serviços de UTIN ou UCIN. No entanto não há dispositivo legal que obrigue a implantação desse tipo de alojamento, sendo criado em algumas unidades por decisão institucional. Porém é possível que o Gestor busque uma reorganização estrutural para criação de tal, uma vez que qualquer paciente com menos de 18 anos de idade, tem assegurado um acompanhante - um dos pais ou responsável - e a cobertura de suas despesas descrito no art. 12 da Lei 8.069/90 - Estatuto da Criança e do Adolescente.

Várias são as Políticas Públicas do Ministério da Saúde descritas como formas de Humanização no Atendimento, porém raramente é implantada em pequenas Unidades Hospitalares, cabendo ao Gestor local buscá-las e, através de sua articulação com a equipe atuante, poder implantá-las. Para obter um atendimento hospitalar humanização o gestor deve possibilitar aos profissionais o acesso à uma participação efetiva nos processos que envolvem tomadas de decisões e construção de projetos. Embora nem sempre seja possível atender todas as sugestões dos funcionários, é imprescindível dar a elas devida importância, para que sejam proporcionadas melhorias da satisfação dos profissionais e dos usuários. Uma boa percepção do gestor/administrador quanto às sugestões da equipe, poderá demandar um retorno significativo e adequado dos investimentos.

Durante o processo de realização dessa pesquisa foram identificadas, através de observação, algumas práticas humanizadas, como apoio às mães durante a ordenha nos momentos em que estava na UCIN, uso do copinho como método alternativo de alimentação e atenção da equipe com as mães. A tentativa de realizar uma gestão contemporânea, com participação da equipe e interação do líder com a equipe multidisciplinar foi observado desde o início da pesquisa, demonstrando que a Gestão Hospitalar tem impacto sobre os resultados da UCIN do HMDGSO. Apesar do Gestor direto da referida Unidade, possuir habilidades de liderança, técnica, de fazer um planejamento e controle; existe a dificuldade imposta pelo Gestor municipal, que, talvez, por não conhecer de perto as necessidades particulares e por precisar atender outras demandas tais como, cirurgias eletivas, aumentar o número de leitos hospitalares,

dentro de uma estrutura pequena que atende uma população pequena, não consiga priorizar tal papel de incentivo à amamentação.

Portanto, muitos são os desafios a serem enfrentados pela gestão para alcançar o resultado de um atendimento completamente humanizado com o objetivo de incentivar e manter o aleitamento materno durante todo o período de internação e alta do RNPT e ou RNBP. Essa complexidade de obstáculos torna-se mais desafiadores quando se trata de Hospitais Públicos, pois que, além dessa elencada complexidades de fatores existem também as cobranças e interferências governamentais que, não raro, são planejadas à revelia da realidade contextualizada, ou seja, dos âmbitos e campos efetivos, deixam a desejar quanto às adequadas relações com as realidades onde os fatos decorrem, podendo-se exemplificar isto pelos aspectos históricos da criação do Sistema Único de Saúde – SUS – desenhado, planejado e interposto distanciado da realidade da população a ser atendida, não considerando fatores fundamentais como a humanização e rotina das Unidades Hospitalares.

Muitas foram as limitações da pesquisa, como a rotatividade de funcionários e demora para ter acesso aos dados necessários para interpretações. O fato de ser uma pesquisa realizada em uma UCIN de um Hospital Municipal, que depende dos interesses de cada gestor, onde há uma rotatividade administrativa constante, causa um contratempo para implantação de estratégias de humanização do atendimento. As demandas crescentes da população por saúde de qualidade e os poucos recursos dos quais se dispõem numa gestão municipal é outro obstáculo observado nesta pesquisa, uma vez que as Políticas Públicas de Saúde são traçadas aleatoriamente, não sendo levadas em consideração as realidades dos Municípios.

Assim, o Gestor local (atual Diretor do HMDGSO), dentro das possibilidades, precisa articular situações e perspectivas para implantar melhorias na Unidade Hospitalar que dirige, buscando a participação da equipe e a credibilidade do Gestor Municipal. Práticas como, a iniciativa Hospital Amigo da Criança e o Método Canguru, são sugestões a serem analisadas, de fácil implantação e que facilitam a aproximação mãe-bebe e incentivam o aleitamento materno.

Apesar de ser possível aplicar instrumentos de gestão contemporânea em qualquer organização, é importante analisar primeiramente qual a missão, visão, princípios e a cultura organizacional. Cabe ressaltar que cada organização possui suas especificidades, mas que as diferenças se tornam mais manifestas ao compararmos uma administração "público x privado". A autonomia é o que difere claramente a administração pública de outras, uma vez que esta só pode fazer, teoricamente, o que a lei permite, e se estiver dentro dos interesses políticos de cada gestão municipal. Desta forma, cabe à administração direta (Gestor do HMDGSO), a tarefa de pensar e definir objetivos, valores e metas a serem atingidos e resguardados, dentro das possibilidades que lhe são oferecidas. Alguns desses dispositivos limitam o poder discricionário do administrador que às vezes não tem condições de atender às necessidades institucionais com celeridade, mesmo que as perceba e tenha anseio de implantá-las na Unidade Hospitalar.

O que foi observado na realidade do HMDGSO, corrobora com descrito na revisão bibliográfica, onde o Gestor direto, dentro de suas limitações de autonomia, lidera uma equipe, tentando alcançar a satisfação dos usuários internados e familiares.

Sendo assim, o gestor e equipe multidisciplinar do HMDGSO deverão planejar a assistência prestada ao recém-nascido internados na UCIN e aos seus familiares, levando em consideração as necessidades e dificuldades expostas, uma vez que

podemos apresentar, através dessa pesquisa, a relevância da humanização do atendimento na redução do tempo de internação e desenvolvimento do RNPT e ou RNBP através do incentivo ao aleitamento materno.

Desta maneira concluímos que um gestor, em acordo com as exigências de seu tempo, necessita apresentar competências de empreendedor, com ideias e atitudes que possibilitem atividades e ações para implantar mudanças na medida em que os ambientes apresentarem déficits nos resultados, analisando as repercussões de suas decisões para seus públicos e colaboradores. Desta forma a sugestão de intervenção para efetivar a função da Gestão Hospitalar nessa Unidade é criar um conforto para mães dos RNPT e ou RNBP, para que possam passar os dias difíceis de internação em ambientes tranquilos, podendo receber seus familiares e apoio constante da equipe multidisciplinar. Essa ação da Gestão Hospitalar junto à iniciativa Hospital Amigo da Criança e Método Canguru poderão dar ao HMDGSO ferramentas para reduzir os obstáculos que levam ao desmame precoce e desta forma a gestão estaria reduzindo os riscos de complicações, tempo de internação e alcançando a satisfação de seus clientes.

BIBLIOGRAFIA

1.LIVROS

- Als H. (2002). Neurobehavioral development of the preterm infant. In: Fanaroff A.A., Martin R. J. Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infants. 7th ed. St. Louis: Mosby; p.947-71. 4.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2003) Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1ª ed. Brasília: CONASS.
- Bueno, D.& Nunes, M. L. T. (2012). Manual de Publicação APA – American Psychological Association. 6ª ed. Porto Alegre: Penso. 304p.
- Caetano, L. C.; Fujinaga, C. I.; Scochi, C. G. S. (2006). Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. Revista Latini-Americana de Enfermagem. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000200014>
- Caravantes, G. R.; Panno, C. C.; Kloeckner, M. C. (2005). Administração: Teorias e Processos. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Carvalho, J. R.; Marques, M. C. C.; Mota, A. (2013). A construção da saúde pública no Brasil no século XX e início do século XXI. In: Rocha, A. A.; Cesar, C. L. G.; Ribeiro, H. Saúde pública: bases conceituais. 2ª ed. São Paulo: Atheneu.
- Chiavenato, I. (2003). Introdução à Teoria Geral da Administração. 7. Ed. Rio de Janeiro: Campus.
- Corbella, O. (2003). Em Busca de uma Arquitetura Sustentável para os Trópicos. São Paulo: Revan.
- Falcão, M. C. (2003). Suporte nutricional no recém-nascido doente ou prematuro. Rev Med (São Paulo) 2003 jan.-dez.;82(1-4)11-21. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v82i1-4p11-21>.
- Gallo, C. (2011). Inovação - A Arte de Steve Jobs. ed. Leya Casa da Palavra.
- Gupta P. (2008). Inovação Empresarial no Século XXI. Porto: Vida Econômica.
- Lakatos, E. M. & Marconi, M. A. (2011). Fundamentos de Metodologia Científica. 6ª ed. São Paulo: Atlas S.A.
- Laruccia, M. M. O. (2005). Executivo em Ação: resolvendo Problemas Gerenciais. Revista de Administração de Empresas da Faculdade de Administração de Empresas do Estado de São Paulo. N. 2, ano II.
- Mahan L K; Escott-Stump S. (2002). Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 10ª ed. São Paulo: Roca.

- Martins, G.de A.(2000). Manual para elaboração de monografias e dissertações. São Paulo: Atlas.
- Maximiano, A. C. A. (2009). Teoria Geral da Administração: da Revolução Urbana à Revolução Digital, 4. Ed. São Paulo: Atlas.
- Morgan, G. (2006). Imagens da Organização. São Paulo: Atlas.
- Ramos, J. G. L.; Martins, S. H. C.; Valério, E. G.; Muller, A. L. L. (2001). Nascimento pré- termo. In: Freitas F, Martins SHC, Ramos JGL, Magalhães JÁ. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre(RS): Artmed.p. 69 – 80
- Santos, M.; Bursztyn, I.(2004). Saúde e Arquitetura, Caminhos para a Humanização dos Ambientes Hospitalares. Rio de Janeiro: Senac Rio.
- Segre, C. A. M. (2002) Perinatologia fundamentos e prática. São Paulo: Savier. Capítulo 3, Prioridades Obstétricas. Enterocolitenecrosante. p.207-13.
- Sobotka, L. (2009). Bases da Nutrição Clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rubio. p. 470.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2012). Manual de Orientação – Departamento de Nutrologia. 3ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: SBP.
- Waitzberg, D. L. & Dias, M. C. (2005). Guia Básico de Terapia Nutricional – Manual de Boas Práticas, São Paulo: Atheneu. p. 196.
- Waitzberg, D. L. (2009). Nutrição Oral, enteral e parenteral na prática clínica. 4ªEd. São Paulo, Editora Atheneu; p. 2600.

1. FONTES DA INTERNET

- Araújo, M. F. M.; Fiaco, A. D.; Werner, E. H.; Schmitz, B. A. S. (2003). Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002 Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 3 (2): 195-204, abr. / jun. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n2/a10v03n2.pdf>.
- Araújo, B. B. M.; Rodrigues' B. M. R. D.(2010). O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000200011>
- Auler F; Delpino F S. Terapia Nutricional em Recém-nascidos Prematuros. (2008) Revista Saúde e Pesquisa, v. 1, n. 2, p. 209-216, maio/ago. - ISSN 1983-1870. Disponível em http://utineonatal.med.br/novo_site/pdf/pdf_arquivos/nutricao/Art1_nutricao.pdf

- Belli, M. A. J. (1995). Assistência à mãe de recém-nascido internado na UTI neonatal; experiências, sentimentos e expectativas manifestadas por mães. *Rev .Esc .Enf. USP* . v.29 .n.2 .p .193-210. ago.Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62341995000200193
- Boccolini' C. S.; Carvalho' M. L.; Oliveira' M. I. C.; Escamilla' R. P. (2013). A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *J. Pediatr. (Rio J.)* vol.89 no.2 Porto Alegre Mar./Apr. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200005
- Bona, D. (2016). Humanização e Gestão Hospitalar. Universidade Federal de Santa Maria, RS. Disponível em: http://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/11338/Bona_Daniela_de.pdf?sequence=1
- Brasil. (2014). Constituição Federal (Artigos 196 a 200). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf
- Brasil. (2000) Emenda Constitucional Nº 29, de 13 de Setembro de 2000 que Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm
- Brasil, M. S.; Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana de Saúde. Brasil, Ministério da Saúde. (2002). Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília (DF); O Ministério. 10. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica da saúde da criança. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso-Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf
- Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. (2009) Portaria 120 de 14 de abril de 2009. Organização e implementação de Unidades de Assistência e Centros de referência de Alta Complexidade em Terapia Nutricional. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0120_14_04_2009.html
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). Censo Demográfico 2010.

- Disponível em <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
- Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2016). Censo Demográfico 2016. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/luis-eduardo-magalhaes/panorama>
- Brasil, M. S. (2014). Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html
- Brasil. (2015). Matopiba se consolida como nova fronteira agrícola do País. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/economia-e-emprego/2015/10/matopiba-se-consolida-como-nova-fronteira-agricola-do-pais>
- Crozatti, J. (1998). Modelo de Gestão e Cultura Organizacional: Conceitos e interações. Cad. estud. no.18 São Paulo May/Aug. 1998. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-92511998000200004
- Falcão MC. Suporte nutricional no recém-nascido doente ou prematuro. RevMed (São Paulo) 2003 jan.- dez.;82(1-4):11-21.
- Cruvinel, F. G.; Pauletti, C. M. (2009). Formas de atendimento humanizado ao recém nascidopré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v.9, n.1, p.102-125. ISSN 1519-0307. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2010/12/programa-nacional-de-incentivo-ao-aleitamento-materno>.
- Damasceno, J.R.; Silva, R.C.C.; Ximenes, F. R. G. N.; Ferreira, A. G. N.; Silva, A. S. R.; Machado, M. M. T.(2014). Nutrição em recém-nascidos prematuros e de baixo peso: uma revisão integrativa Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. | v.14, n.1, p 40-6. Disponível em https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol14-n1/v14_n1_artigo_revisao_2.pdf
- Duarte, L. S.; Pessoto, U. C.; Guimarães, R. B.; Heimann, L. S.; Carvalheiro, J. R.; Cortizo, C. T.; Ribeiro, E. A. W. (2015) Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. Saúde Soc. São Paulo, v.24, n.2, p.472-485. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902015000200472>
- Deslandes, S. F. (2014). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Ciência & Saúde Coletiva, 9(1):7-14, 2004. Disponível em: https://scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232004000100002&script=sci_abstract&tlng=es.

- Escorel, S.; Teixeira, L. A. (2008). História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimentismo populista. In: Giovanella, L. et al. (Org.). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 279-322.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000125&pid=S1809-4341201300020000100021
- Fleury, Maria T. Leme. (1987) Estórias, mitos, heróis - cultura organizacional e relações de trabalho. *RAE -Revista de administração de empresas*. Rio de Janeiro, v.27, n.4, out./dez. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901987000400003
- Freitas, Maria E. Cultura organizacional: formação, tipologias e impacto. São Paulo: Makron. 1991. Disponível em <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/download/v8n2a1/v8n2a1>.
- Guizardi, F.L. & Cavalcanti, F.O. (2010) Health management: nexuses between institutional daily routine and political participation in SUS. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.34, p.633-45. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300013
- Lazzarato, M.; Negri, A. (2001) Trabalho imaterial e subjetividade. In: _____. (Orgs.). Trabalho imaterial. Rio de Janeiro: DP&A. p.25-54. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462003000200012
- Lemos, RA, Franio, JS, Neves, LAT, Ribeiro, LC. (2010). Estudo da Prevalência de Morbidades e Complicações Neonatais Segundo o Peso ao Nascimento e a Idade Gestacional em Lactentes de um Serviço de Follow-up. *Rev. APS, Juiz de Fora*, v. 13, n. 3, p. 277-290, jul./set. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000139&pid=S0104-0707201200020000300012
- Lima, C. G. (2010). Paralelo do gerenciamento em hospital administrado por um administrador hospitalar e outro por um profissional de saúde, no município do Crato / CE. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/paralelo-do-gerenciamento-em-hospital-administrado-por-um-administrador-hospitalar-e-outro-por-um-profissional-de-saude-no-municipio-do-crato-ce/48444>.
- Lima, F. E. T., Jorge, M. S. B., Moreira T. M. M. (2006) Humanização hospitalar: satisfação dos profissionais de um hospital pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, maio-jun; 59(3): 291-6.

- Lorenzetti, J.; Lanzoni, G. M. M. ; Assuiti, L. F. C. Pires, D. E. P.; Ramos, F. R. S. (2014). Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Abr-Jun; 23(2): 417-25. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf
- Lorenzetti, J.; Trindade, L. I.; Pires, D. E. P.; Ramos F. R. S. (2012). Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis. Abr-Jun; 21(2): 432-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n2/a23v21n2.pdf>
- Malik, A. M.; Telles, J. P. (2001). Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902001000300006
- Mezzomo, A. A. (2012). Fundamentos da humanização hospitalar – uma visão holística. *Revista Bioethikos- Centro Universitário São Camilo* - 2012;6(2):217-221.
- Ministério da Saúde. (1993). Portaria Nº 545, De 20 De Maio De 1993. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html.
- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2017). Funcionamento da Estratégia da Saúde da Família. disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf.
- Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2017). Funcionamento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php.
- Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV e das Hepatites Virais. (2017). Funcionamento do Centro de Testagem e Aconselhamento. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pt-br/gestores/diretrizes-para-organizacao-e-funcionamento-dos-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada>. Acessado em 13 de outubro de 2017
- Ministério da Saúde. (2017). Funcionamento da Unidade de Pronto Atendimento. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html
- Ministério da Saúde. (2017). Funcionamento do Centro de Apoio Psicossocial. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12609-caps>.

- Moreira, M., Lopes, J. M. A. & Caralho, M., Orgs. (2004). O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Disponível em <http://books.scielo.org/id/wcgvd/pdf/moreira-9788575412374.pdf>
- Nascimento, M. B. R. & Issler, H. (2004). Aleitamento materno em prematuros: manejo clínico hospitalar. *Jornal de Pediatria* - Vol. 80, Nº5(supl). Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000700008
- Oliveira, A. G.; Siqueira, P. P.; Abreu, L. C. (2008). Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.* v.18 n.2 São Paulo ago. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000200005
- Oliveira, M. J. S. (2011). Gestão Administrativa no Hospital Maternidade Renascença. Faculdade de Administração São Luis de França. ARACAJU. Disponível em https://portal.fslf.edu.br/wp-content/uploads/2016/12/tcc_19.pdf
- Pinto, L. M.; Vitolo, M. R.; Gírio, L. T.; Leon, M. R. A. C.; Zagari, M. C. F.; Farias, N. M. F. (1996). Aleitamento Exclusivo em Alojamento Conjunto: Avaliação da Incidência e das Causas do Uso de Fórmula. *RevCiêncMéd PUCCAMP*. 5:63-8. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000101&pid=S0102-311X200800090000600005.
- Pizzani, L.; Silva, R. C.; Bello, S. F.; Hayashi, M. C. P. I. (2012). A Arte da Pesquisa Bibliográfica na Busca do Conhecimento. *Rev. Dig. Bibl. Ci. Inf., Campinas*, v.10, n.1, p.53-66, jul./dez. 2012 – ISSN 1678-765X. Disponível em <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/1896>.
- Quadros, D.; Trevisan, R.M. Comportamento Organizacional. (2009). Disponível em <http://dx.doi.org/10.12712/rpca.v10i3.656>
- Ramos, H. A. C, Cuman, R. K. N. (2009). Fatores de Risco Para Prematuridade: Pesquisa Documental. *Revista Enfermagem* 2009 abr-jun. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452009000200009>
- Santana, M. C.C.P; Silveira, B. L. S.; Santos, I. C. S.; Mascarenhas, M. L. V. C.; Dias, E. G. C. (2016). Métodos Alternativos de Alimentação do Recém-Nascido Prematuro: Considerações e Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. Volume 20 Número 2 Páginas 157-162. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/14607>

- Sanghvi, T.G. (1996). *Melhora da eficácia em função dos custos da promoção do aleitamento materno em maternidades*. New York: UNICEF. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000133&pid=S0102-311X200000040002900026
- Seixas, S.A. M.; Melo, T.H. (2010). Desafios do Administrador Hospitalar. *Rev. Gestão e Planejamento*. Ano 5, nº9, Salvador, Janeiro/Junho, 2004, P.16-20. Disponível em <http://www.mestradoadm.unifacs.br/revista/PDFs/Revista%20GP%2010.pdf>
- Silva, S. M. S.; Segre, C. A. M. (2010). Fatores que Influenciam o desmame no Recém-Nascido Prematuro. *Ver. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2010. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19967>.
- Silva, R. V.; Silva, I. A. (2009). A Vivência de Mães de Recém-Nascidos Prematuros do Processo de Lactação e Amamentação. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, jan-mar; 13 (1): 108-115. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15>.
- Rivera, F. J. U. (2003). Cultura e liderança comunicativa. pp. 185-218. In FJU Rivera (org.). *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Fiocruz, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19819.pdf>.
- Rocha, AD, Moreira, M. E. L. (2004). *Nutrição do Recém Nascido Prematuro*. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v80n6/v80n6a11.pdf> <http://books.scielo>.
- Silva, M. C. (2016). *GESTÃO PÚBLICA: Educação, Sociedade, Meio Ambiente e o Planejamento e Desenvolvimento da Educação Ambiental como Política Publica Permanente do Município de Portel – Pará*. 115p. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- Scochi, CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga, CI, Ferecini GM, Leite AM.(2008). Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de ribeirão preto-sp, Brasil. *CiencCuid Saude*.;7(2):145-54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1516-1846201400030091700015
- Spedo, S. M.; Tanaka, O. Y.; Pinto, N. R. S. (2009). O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.25 no.8 Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000800014>

- Teixeira, C. F. (1991). Municipalização da saúde - os caminhos do labirinto. Rev. bras. enferm. vol.44 no.1 Brasília Jan./Mar. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71671991000100003>
- Vituri, D. W. & Évora, Y. D. M. (2015) Total Quality Management and hospital nursing: an integrative literature review. Rev Bras Enferm. 68(5):660-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680525i> Submissão: 04-11-201.
- Watts, J.L. & Saigal, S. (2005). Outcome of Extreme Prematurity: As Information Increases so do The Dilemmas. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2006;91:F221F225 doi:10.1136/adc.2005.071928.
- Oliveira, A. G, Siqueira, PP, Abreu, L. C. (2008) Cuidados Nutricionais no Recém-Nascido de Muito Baixo Peso. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. v.18 n.2 São Paulo. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000200005

2. DOCUMENTOS

- Luís Eduardo Magalhães (2012). Portaria Smslem/Gabs nº 0005/2012, de 19 de Junho de 2012 -Dispõe sobre a ampliação dos serviços da Unidade Mista de Saúde Dr. Gileno de Sá Oliveira.¶
- Brasil (2012). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. 9ª ed. Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/camara/estatuto_crianca_adolescente_9ed.pdf
- Luís Eduardo Magalhães (2013). Plano Municipal de Saúde do Município de Luís Eduardo Magalhães/Ba Período: 2014-2017. Luís Eduardo Magalhães – BA.
- Ministério da Saúde(2010). Portaria nº 716, de 5 de abril de 2010. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0716_05_04_2010.html
- Supremo Tribunal Federal. (2000). Lei nº 7.619 de 30 março de 2000. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rda/article/viewFile/41554/40868>
- Westin R. O que esperam os brasileiros. Folha de São Paulo. São Paulo (SP); 2010 Set 22. Caderno Especial Pelo País.

LISTA DE APÊNDICES

1. APÊNDICE I - FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

2. APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MÃES DE RNPT / RNBP INTERNADOS NA UCIN DO HMDGSO E EQUIPE DA UCIN, PARA PESQUISA DE MESTRADO

3. APÊNDICE III - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

APÊNDICE I

FORMULÁRIO DE INVESTIGAÇÃO DE PRONTUÁRIOS

Esse formulário tem o objetivo de guiar a pesquisadora na coleta de dados específicos nos prontuários dos RNPT e/ou RNBP. Os prontuários foram lidos e interpretados individualmente pela autora da pesquisa, observando cada item deste formulário. Questões 1 a 5 – São para definir os prontuários a seres analisados.

1. Qual diagnostico ao nascer?
2. Qual leite utilizado na introdução de alimentos?
3. Qual desfecho clinico?
4. Qual leite o Recém Nascido utilizou durante a internação?
5. O RN apresentou complicações durante a de internação?
6. Qual leite estava consumindo antes da complicação?
7. Qual tempo de internação?
8. Qual leite utilizado como fonte de nutrição no momento da alta?

APÊNDICE II

QUESTIONÁRIO APLICADO ÀS MÃES DE RNPT / RBNP INTERNADOS NA UCIN DO HMDGSO E EQUIPE DA UCIN, PARA PESQUISA DE MESTRADO

Este questionário tem o objetivo de recolher dados para a Pesquisa de Mestrado, sobre a opinião da equipe da UCIN e das mães dos RNPT e/ou RBNP internados, sobre fatores que facilitam ou dificultam o aleitamento materno durante o tempo de internação desses, com a finalidade de apresentar à Gestão do HMDGSO método de incentivo ao aleitamento materno.

AUTORA: Fernanda Reis Junqueira

Identificação: ☐ Mãe

☐ Equipe

Idade: _____

Escolaridade: _____

Na sua Opinião:

1 – O aleitamento materno reduz o tempo de internação do bebe?

☐ Sim ☐ Não

2 – O contato mãe – bebe durante a internação facilita o aleitamento materno?

☐ Sim ☐ Não

3 – O uso de copinho atrapalha a amamentação?

☐ Sim ☐ Não

4 – O ganho de peso do bebe é mais rápido com leite artificial?

☐ Sim ☐ Não

5- A presença da mãe na Maternidade durante a internação do bebe estimula a amamentação?

☐ Sim ☐ Não

5 – Fatores que dificultam a estadia da mãe na Unidade:

☐ Maneira em que é dada a alta da mãe

☐ A mãe não ter transporte para ir e voltar para casa

☐ A mãe não querer ficar perto do bebê

☐ A mãe achar que não pode ajudar em nada

☐ Ter que ficar sentada (a mãe) em cadeiras o dia todo

☐ Falta de atenção da equipe da UCIN do Gileno

6 – O que você acha que mais dificulta a produção de leite durante a internação e ordenha?

7 – Na sua opinião, se a Gestão do Hospital traçar estratégias para reduzir as dificuldades apontadas, estaria incentivando a amamentação durante o tempo de internação?

☐ Sim ☐ Não

APÊNDICE III

*2º ciclo em Gestão de Empresas***TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Eu, Carlos Alberto Ocampos Gomes, Diretor Administrativo do Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá de Oliveira, RG Nº 185792 SSP - RO CPF Nº 161.933.692-87, AUTORIZO a pesquisadora Fernanda Reis Junqueira, RG MG-10796587, CPF 052.639.546-03, aluna do curso de acesso ao Mestrado em Gestão em Saúde, pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – ULHT - obter acesso aos PRONTUÁRIOS CLÍNICOS dos pacientes prematuros e ou baixo peso internados no Hospital e Maternidade Dr. Gileno de Sá de Oliveira, para xeroca-los, no período de novembro de 2016 e a usá-los como fonte de dados para a pesquisa **–A Importância da Gestão Hospitalar e Seus Impactos na Unidade de Cuidados Intermediários de Neonatologia do HMDGSO de LEM Através do Incentivo à Amamentação: Possibilidades e Desafios**”, que tem por objetivo primário identificar as possibilidades e desafios para o gestor dessa Unidade Hospitalar. A presente pesquisa será pré-requisito para conclusão do curso acima citado.

A pesquisadora acima qualificada se compromete a:

- 1- Obedecer às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.

- 2- Assegurar a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contactadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garante que não utilizará as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012.
- 3- Obedecer às disposições éticas de manter a confidencialidade sobre os dados coletados nos prontuários clínicos sob a guarda desta instituição de saúde, bem como a manter a privacidade de seus conteúdos, nos termos em que preconiza a Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
- 4- Obedecer às disposições legais brasileiras, expressas na Constituição Federal, artigo 5º, incisos X e XIV; no Novo Código Civil, artigos 20 e 21; no Código Penal, artigos 153 e 154; e no Código de Processo Civil, artigos 347, 363 e 406.

Luis Eduardo Magalhães, 03 de novembro de 2016.



Carlos Alberto Ocampos Gomes
Diretor Administrativo do HMGSO

LISTA DE ANEXOS

1. ANEXO I - Lei de Emancipação de Luís Eduardo Magalhães/BA -Lei nº 7.619 de 30 março de 2000:

2. ANEXO II - Portaria nº 716, de 5 de abril de 2010

3. ANEXO III - Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde - Portaria SMSLEM/GABS Nº 0005/2012, de 19 de junho de 2012

4. ANEXO IV - Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007 - *Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.*

5. ANEXO V - Portaria Nº 1.153, de 22 de maio de 2014

6. ANEXO VI - Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

ANEXO I

Lei de Emancipação de Luís Eduardo Magalhães/BA -Lei nº 7.619 de 30 março de 2000:

Art. 1º Fica criado o município de Luís Eduardo Magalhães, decorrente do desmembramento do atual distrito de Luís Eduardo Magalhães e parte do distrito Sede, do município de Barreiras. Art. 2º O Município ora criado é constituído de único distrito e será sediado na localidade do mesmo nome. Art. 3º O município de Luís Eduardo Magalhães terá os seguintes limites: COM O MUNICÍPIO DE BARREIRAS - começa no divisor de águas entre as bacias dos rios Tocantins e São Francisco (coord. UTM 0350000 E e 8667700 N), daí em reta à nascente do córrego denominado Sanguessuga (coord. UTM 0374900 E e 8669800 N), pelo talvegue deste abaixo até a sua foz no rio denominado Rio de Janeiro (coord. UTM 0397100 E e 8688250 N), pelo qual desce até a confluência com o rio denominado Rio das Balsas (coord. UTM 0428000 E e 8682900 N); daí em reta à confluência do rio denominado Rio do Borá, com o rio denominado Rio de Ondas (coord. UTM 0419050 E e 8637500 N), de onde se dirige em reta ao ponto situado no divisor de águas entre as bacias dos rios denominadas Rio de Ondas e Rio das Fêmeas, nas coord. UTM 0416900 E e 8627850 N, nos limites com o município de São Desiderio. COM O MUNICÍPIO DE SÃO DESIDÉRIO - começa no ponto de coord. UTM 0416900 E e 8627850 N, situado no divisor de águas entre as bacias dos rios denominados Rio de Ondas e Rio das Fêmeas; segue por este até o ponto de encontro com o divisor de águas da Serra Geral, entre as bacias dos rios São Francisco e Tocantins (coord. UTM 0374600 E e 8617400 N), nos limites com o estado do Tocantins. Com o Estado do Tocantins - coatlas M. mms -----

Comentários sobre Decisões Judiciais Administrativas. Proposições Legislativas e

Pareceres 169 meça no ponto situado no encontro dos divisores de águas das bacias dos rios denominados Rio de Ondas e Rio das Fêmeas (coord. UTM 0374600 E e 8617400 N) com o divisor das bacias dos rios São Francisco e Tocantins, segue por este (sentido norte) até ponto situado nas coord. UTM 0350000 E e 8667700 N, nos limites com o município de Barreiras. Art. 4º Enquanto não instalada Comarca no novo município, integrará este a Comarca de Barreiras. Art. 5º A instalação do município de Luís Eduardo Magalhães dar-se-á em 1º de janeiro do ano subsequente ao das eleições para Prefeito, Vice-Prefeito e Vereadores. Art. 6º Os Vereadores eleitos para a primeira legislatura elaborarão, no prazo de seis meses, a Lei Orgânica do Município. Art. 7º Instalado o Município, o Prefeito encaminhará à Câmara Municipal, no prazo de sessenta dias, projeto de lei orçamentária, que será votado no prazo máximo de 40 (quarenta dias). Art. 8º O Município de origem administrará o novo Município até a sua instalação, obrigando-se a manter, integralmente, todos os serviços existentes até à data da consulta plebiscitária, caracterizando infração político administrativa a inobservância do disposto neste artigo. Parágrafo único - Os próprios municipais situados no território desmembrado passarão ao domínio do novo município na data de sua instalação, independentemente de indenização a município de origem. Art. 9º Esta Lei entrará em vigor a partir da data de sua publicação.

ANEXO II

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

PORTARIA Nº 716, DE 5 DE ABRIL DE 2010

Homologa os Termos de Compromisso de Gestão (TCG) e publica os Termos de Limites Financeiros Globais (TLFG) do Estado do Amazonas, de vinte Municípios do Estado da Bahia, oito Municípios do Estado do Espírito Santo, oito Municípios do Estado de Goiás, um Município do Estado de Minas Gerais, oito Municípios do Estado de Mato Grosso, trinta e quatro Municípios do Estado do Pará, quarenta e um Municípios do Estado da Paraíba, um Município do Estado de Pernambuco, um Município do Estado do Rio de Janeiro, quarenta e sete Municípios do Estado de Santa Catarina e oito Municípios do Estado do Tocantins, homologados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando o preconizado nas Portarias nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, nº 699/GM, de 30 de março de 2006; nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, e nº 372/GM, de 16 de fevereiro de 2007, e

Considerando a Resolução CIB-AM nº 072, de 28 de julho de 2008, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado do Amazonas;

Considerando a Deliberação CIB-BA nº 246, de 22 de dezembro de 2009, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado da Bahia;

Considerando a Resolução CIB-ES nº 963, de 7 de novembro de 2009, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado do Espírito Santo;

Considerando a Deliberação CIB-GO nº 036, de 19 de fevereiro de 2010, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado de Goiás;

Considerando a Deliberação CIB-MG nº 377, de 20 de setembro de 2007, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado de Minas Gerais;

Considerando a Resolução CIB-MT nº 122, de 8 de outubro de 2009, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado do Mato Grosso;

Considerando as Resoluções CIB-PA nº 145, de 22 de outubro de 2009, nº 164, de 19 de novembro de 2009, e nº 010, de 29 de janeiro de 2010 da Comissão IntergestoresBipartite do Estado do Pará;

Considerando as Resoluções CIB-PB nº 634, de 22 de setembro, nº 692, de 9 de novembro de 2009, nº 1.179, de 7 de dezembro de 2009, e nº 1.181, de 2 de fevereiro de 2010, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado da Paraíba;

Considerando a Resolução CIB-PE nº 1.428, de 1º de fevereiro de 2010, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado de Pernambuco;

Considerando a Deliberação CIB-RJ nº 849, de 11 de fevereiro de 2010, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado do Rio de Janeiro;

Considerando as Deliberações CIB-SC nºs 04, 05, 06, 07, 08, de 13 de janeiro de 2010, nºs 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, de 10 de março de 2010, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado de Santa Catarina;

Considerando a Resolução CIB-TO nº 98, de 9 de dezembro de 2009, nº 8, de 11 de março de 2010, da Comissão IntergestoresBipartite do Estado de Tocantins; e

Considerando as decisões da Comissão Intergestores Tripartite em reuniões realizadas em 30 de outubro de 2008 e 18 de março de 2010, resolve:

Art. 1º ~~Homologar os Termos de Compromisso de Gestão de vinte Municípios do Estado da Bahia,~~ Homologar os Termos de Compromisso de Gestão do Estado do Amazonas, de vinte Municípios do Estado da Bahia, oito Municípios do Estado do Espírito Santo, oito Municípios do Estado de Goiás, um Município do Estado de Minas Gerais, oito Municípios do Estado de Mato Grosso, trinta e quatro Municípios do Estado do Pará, quarenta e um Municípios do Estado da Paraíba, um Município do Estado de Pernambuco, 1 Município do Estado do Rio de Janeiro, quarenta e sete Municípios do Estado de Santa Catarina e oito Municípios do Estado de Tocantins. (Retificado no DOU Nº 72 de 16.04.2010, seção 1, pág. 168)

Art. 2º Publicar, na forma dos anexos I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI e XII os Termos de Limites Financeiros Globais do Estado do Amazonas e dos Municípios referidos no art. 1º desta Portaria.

§ 1º O Fundo Nacional de Saúde manterá as transferências regulares dos valores mensais aos respectivos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, conforme autorizações das áreas técnicas do Ministério da Saúde e Portarias pertinentes.

§ 2º Os valores declarados nos Termos de Limites Financeiros Globais anexos poderão ser alterados em conformidade com as normas das áreas técnicas do Ministério da Saúde e pactuações das comissões i n t e r g e s t o r e s .

§ 3º Os recursos orçamentários, objeto desta Portaria, correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.301.1214.20AD - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família;

II - 10.301.1214.8577 - Piso de Atenção Básica Fixo;

III - 10.301.1312.6188 - Implementação de Políticas de Atenção à Saúde do Trabalhador;

IV - 10.302.1220.8585 - Atenção à Saúde da População para procedimentos em Média e Alta Complexidade;

V - 10.302.1220.8934 - Atenção Especializada em Saúde Bucal;

VI - 10.302.1444.20AC - Incentivo Financeiro a Estados, Distrito Federal e Municípios para Ações de Prevenção e Qualificação da Atenção em HIV/AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis;

VII - 10.303.1293.20AE - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos na Atenção Básica em Saúde;

VIII - 10.303.1293.4368 - Promoção da Assistência Farmacêutica e Insumos para Programas de Saúde Estratégicos;

IX - 10.303.1293.4705 - Apoio para Aquisição e Distribuição de Medicamentos Excepcionais;

X - 10.304.1289.20AB - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios para Execução de Ações de Vigilância Sanitária;

XI - 10.304.1289.8719.0001 - Vigilância Sanitária de Produtos, Serviços, Ambientes, Tecidos, Células e Órgãos Humanos - Nacional; e

XII - 10.305.1444.20AL - Incentivo Financeiro aos Estados, Distrito Federal e Municípios certificados para Vigilância em Saúde.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO I

TERMO DO LIMITE FINANCEIRO GLOBAL DO ESTADO DO AMAZONAS

(Valores anuais em R\$)

Código: 130000 UF: AM

BLOCO	COMPONENTE	RECURSO FEDERAL
PAB ASSISTÊNCIA	Componente Fixo	-
	Componente Variável (Atenção à saúde do adolescente)	37.800,00
MAC ASSISTÊNCIA	Limites referentes aos recursos programados na SES	90.613.627,32
	Valores a receber referentes a unidades sob gestão estadual	213.785.564,79
	Recursos retidos pelo FNS para pagamento direto a prestadores	14.910.701,52
	Recursos alocados em outras UF	-
	Total MAC alocado no FES	289.488.490,59
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	Componente básico	-
	Componente estratégico	-
	Componente excepcional	10.257.621,84
VIGILÂNCIA EM SAÚDE	Vigilância Epidemiológica e Ambiental	19.337.566,60
	Vigilância Sanitária	1.475.328,60
GESTÃO		-
TOTAL FES		320.596.807,63

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: Novembro de 2009 para o Bloco MAC Assistência e agosto de 2009

RGE	Município	Orig. do Rec.	ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR								ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Bloco de Gestão	TOTAL
			Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. Raíza- cionais	Outros res- cursos, ajun- tos e in- centivos	Total PPI A- tivas	Rac. transf. do FES	Rac. rando- p FNS p- pgo direto a recet	Rac. alo- cado em UF	Rac. total no FNS	Comp. bási- co	Comp. bási- co repa- rado do FES	Comp. Es- tro-impio	Comp. Es- cep- cional	Vig. Epi- dem. e Am- bu- lator	Vigilância Sanitária		
R00001	Alcobaca	FED	360.752,04	1.811.654,00	711.456,28	2.931,27	183.044,87	887.432,42	818.232,52	0,00	0,00	79.200,00	81.344,04	0,00	0,00	65.748,34	7.376,16	0,00	2.440.074,58	
		EST	-	163.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	47.771,12	-	-	-	-	202.771,12	
		MUN	360.752,04	1.977.654,00	711.456,28	2.931,27	183.044,87	887.432,42	818.232,52	0,00	0,00	79.200,00	129.115,16	0,00	0,00	65.748,34	7.376,16	0,00	3.913.897,62	
R02010	Araçá	FED	973.456,00	3.237.060,28	1.894.728,26	100.000,34	675.701,67	3.710.430,27	3.710.430,27	0,00	0,00	0,00	212.838,20	0,00	0,00	186.373,71	19.635,36	0,00	3.628.564,55	
		EST	-	344.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	122.122,68	-	-	-	-	-	344.000,00	
		MUN	-	1.472.480,30	-	-	-	-	-	-	-	-	98.715,52	-	-	-	-	-	344.000,00	
R03095	Bom Jesus da Serra	FED	973.656,00	3.873.540,18	1.894.728,26	100.000,34	675.701,67	3.710.430,27	3.710.430,27	0,00	0,00	0,00	485.988,63	0,00	0,00	350.821,00	94.320,00	0,00	3.723.466,88	
		EST	-	445.473,68	-	-	-	-	-	-	-	-	485.988,63	-	-	-	-	-	445.473,68	
		MUN	-	292.669,97	-	-	-	-	-	-	-	-	42.209,52	-	-	-	-	-	292.669,97	
R06082	Caruaru	FED	181.862,00	828.196,24	15.177,31	0,00	866,51	16.443,80	16.443,80	0,00	0,00	0,00	43.218,12	43.218,12	0,00	0,00	29.965,18	7.200,00	0,00	1.038.623,42
		EST	-	72.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	24.768,20	-	-	-	-	-	-	72.000,00
		MUN	-	24.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	18.531,06	-	-	-	-	-	-	24.000,00
R06092	Caruaru Total	FED	181.862,00	828.196,24	15.177,31	0,00	866,51	16.443,80	16.443,80	0,00	0,00	0,00	43.218,12	43.218,12	0,00	0,00	29.965,18	7.200,00	0,00	1.038.623,42
		EST	-	72.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	24.768,20	-	-	-	-	-	-	72.000,00
		MUN	-	24.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	18.531,06	-	-	-	-	-	-	24.000,00
R06090	Caruaru	FED	381.010,00	1.760.413,08	772.328,68	4.416,13	373.016,86	1.151.761,69	1.151.761,69	0,00	0,00	0,00	86.715,00	86.715,00	0,00	0,00	68.481,23	7.966,08	0,00	2.331.884,39
		EST	-	162.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	32.191,40	-	-	-	-	-	-	162.000,00
		MUN	-	180.600,00	-	-	-	-	-	-	-	-	54.523,60	-	-	-	-	-	-	180.600,00
R09090	Cordoeiros	FED	118.868,00	665.833,60	8.413,19	0,00	2.682,88	11.096,07	11.096,07	0,00	0,00	0,00	34.923,84	34.923,84	0,00	0,00	21.664,86	7.200,00	0,00	832.564,46
		EST	-	54.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	20.963,88	-	-	-	-	-	-	54.000,00
		MUN	-	544.816,00	-	-	-	-	-	-	-	-	13.959,96	-	-	-	-	-	-	544

Plano de T- m		388.286,00	1.112.765,12	739.863,35	72.920,86	158.262,11	971.046,32	971.046,32	0,00	0,00	0,00	126.767,40	0,00	0,00	0,00	63.955,44	8.032,08	0,00	4.648.615,88
282150 Prado	FED	477.368,00	2.653.681,44	1.141.579,04	15.263,03	566.400,82	1.733.242,89	1.644.042,89	0,00	0,00	79.200,00	104.258,88	0,00	0,00	0,00	89.209,08	9.467,76	0,00	3.408.181,16
	EST	-	388.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	61.397,76	-	-	-	-	-	-	259.397,76
	MUN	477.368,00	2.653.681,44	1.141.579,04	15.263,03	566.400,82	1.733.242,89	1.644.042,89	0,00	0,00	79.200,00	104.388,76	-	0,00	0,00	45.327,10	15.892,30	-	3.674.386,91
283325 Vazenda	FED	132.498,00	3.340.549,08	1.141.579,04	15.263,03	566.400,82	1.733.242,89	1.644.042,89	0,00	0,00	79.200,00	470.046,40	0,00	0,00	0,00	134.446,18	21.340,06	0,00	6.541.949,73
	EST	-	18.000,00	-	-	-	-	-	-	-	-	17.336,56	-	-	-	-	-	-	31.336,56
	MUN	132.498,00	3.406.549,12	1.141.579,04	15.263,03	566.400,82	1.733.242,89	1.644.042,89	0,00	0,00	79.200,00	487.382,96	0,00	0,00	0,00	151.782,24	21.340,06	0,00	6.573.286,29
Vazenda To- tal		132.498,00	3.406.549,12	1.141.579,04	15.263,03	566.400,82	1.733.242,89	1.644.042,89	0,00	0,00	79.200,00	487.382,96	0,00	0,00	0,00	151.782,24	21.340,06	0,00	6.573.286,29
Total Geral		6.380.967,96	38.415.420,65	12.188.577,99	2.932.510,03	4.282.443,92	17.744.312,38	14.531.928,31	0,00	0,00	3.212.384,03	2.831.553,29	984.414,48	0,00	0,00	1.439.072,00	196.044,48	0,00	93.583.296,00

RESUMO DOS TIFG POR ORIGEM DE RECURSO	FEDERAL	38.077.546,21	ESTADUAL	3.627.721,63	MUNICIPAL	51.878.030,12	TOTAL	93.583.296,00
---------------------------------------	---------	---------------	----------	--------------	-----------	---------------	-------	---------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: março de 2010 para o Bloco MAC Assistência (PPI em vigor); dezembro de 2009 para os demais Blocos de Financiamento (dados obtidos no site do FNS em 12/02/2010).

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: dezembro de 2009.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: dezembro de 2009.

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO III

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 08 MUNICÍPIOS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

(Valores anuais em R\$)

			ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR							ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE					
IBGE	Município	Orig. do Recurso	Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. Referência	Outros recursos, ajustes e incentivos	Total PPI Assistência	Rac. transf. no FES	Rac. retidos p/ FNS p/ pago direto a prov.	Rac. aloc. em orç. UF	Total MAC alocado no FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado ao FES	Comp. Estratégico	Comp. Encapção	Vig. Epidemiol. e Ambiental	Vigilância Sanitária	Bloco de Gestão	TOTAL	
330100	Bom Espérança	FED	237.276,00	884.079,00	664.483,68	14.416,30	116.490,95	835.390,93	0,00	0,00	0,00	835.390,93	52.939,20	0,00	0,00	0,00	0,00	48.319,16	9.902,40	0,00	2.067.946,49
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38.730,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38.730,00	
		MUN	1.238.799,80	0,00	883.102,09	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	883.102,09	38.730,00	0,00	0,00	0,00	14.500,00	3.000,00	0,00	2.178.131,89
	Bom Espérança Total		1.476.075,80	884.079,00	1.547.585,77	14.416,30	116.490,95	835.390,93	0,00	0,00	0,00	1.718.493,02	130.399,20	0,00	0,00	0,00	0,00	62.819,16	12.902,40	0,00	4.284.808,38
330160	Conceição da Barra	FED	486.522,00	1.515.676,00	974.205,59	0,00	348.870,50	1.323.076,09	0,00	0,00	0,00	1.323.076,09	107.543,04	0,00	0,00	0,00	0,00	88.838,88	15.352,56	0,00	3.537.008,57
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38.345,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38.345,00	
		MUN	4.381.040,00	0,00	852.596,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	852.596,00	156.456,00	0,00	0,00	0,00	121.200,00	83.389,60	0,00	5.404.581,60
	Conceição da Barra Total		4.877.562,00	1.515.676,00	1.626.501,59	0,00	348.870,50	1.323.076,09	0,00	0,00	0,00	1.975.372,09	303.344,04	0,00	0,00	0,00	0,00	210.038,88	98.742,16	0,00	8.980.735,17
330210	Economaia	FED	430.542,00	1.547.643,00	1.145.692,24	94.184,92	326.364,85	1.566.242,01	0,00	0,00	0,00	1.566.242,01	95.513,64	0,00	0,00	0,00	0,00	75.843,48	13.196,04	0,00	3.739.570,17
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	83.507,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	83.507,20	
		MUN	80.000,00	545.000,00	870.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	870.000,00	68.880,80	0,00	0,00	0,00	130.000,00	16.000,00	0,00	1.709.880,80
	Economaia Total		510.542,00	2.092.643,00	2.015.692,24	94.184,92	326.364,85	1.566.242,01	0,00	0,00	0,00	2.436.242,01	249.901,64	0,00	0,00	0,00	0,00	205.843,48	29.196,04	0,00	5.524.738,17
330340	Mimosa do Sul	FED	487.082,00	1.677.210,00	1.261.544,73	0,00	419.707,51	1.681.252,24	0,00	0,00	0,00	1.681.252,24	107.452,80	0,00	0,00	0,00	0,00	72.300,84	11.369,60	0,00	4.040.647,45
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	41.236,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	41.236,30	
		MUN	533.153,17	1.233.636,35	0,00	0,00	120.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	120.000,00	141.336,50	0,00	0,00	95.000,00	65.000,00	230.000,00	100.000,00	2.518.116,02
	Mimosa do Sul Total		1.020.235,17	2.910.846,35	1.261.544,73	0,00	539.707,51	1.681.252,24	0,00	0,00	0,00	1.801.252,24	290.015,80	0,00	0,00	95.000,00	137.300,84	245.369,60	100.000,00	6.600.000,00	
330350	Mimosa	FED	337.014,00	877.383,00	819.888,95	27.912,75	472.246,32	1.320.047,92	0,00	0,00	0,00	1.320.047,92	73.791,84	0,00	0,00	0,00	0,00	57.588,00	11.038,20	0,00	3.156.811,04
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16.932,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	16.932,00	
		MUN	350.000,00	1.180.000,00	155.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	155.000,00	50.000,00	0,00	0,00	0,00	100.000,00	10.000,00	0,00	3.845.000,00
	Mimosa Total		687.014,00	2.057.383,00	974.888,95	27.912,75	472.246,32	1.320.047,92	0,00	0,00	0,00	1.550.000,00	140.723,84	0,00	0,00	0,00	157.588,00	21.038,20	0,00	3.218.747,04	
330360	Mucurici	FED	106.452,00	789.008,00	267.944,16	139.019,77	128.185,00	535.148,93	535.148,93	0,00	0,00	0,00	23.395,48	0,00	0,00	0,00	0,00	16.555,92	8.412,36	0,00	744.023,76
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17.745,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17.745,00	
		MUN	1.064.552,00	1.787.008,00	1.245.794,16	139.019,77	128.185,00	535.148,93	535.148,93	0,00	0,00	0,00	977.850,00	170.000,00	0,00	0,00	0,00	100.000,00	50.000,00	473.150,00	2.871.000,00
	Mucurici Total		1.064.552,00	1.787.008,00	1.245.794,16	139.019,77	128.185,00	535.148,93	535.148,93	0,00	0,00	0,00	977.850,00	210.340,48	0,00	0,00	0,00	116.555,92	58.412,36	473.150,00	3.223.768,76
330405	Pedro Canabarro	FED	435.528,00	712.791,00	1.205.808,82	28.099,10	444.851,14	1.678.759,06	0,00	0,00	0,00	1.678.759,06	55.136,36	0,00	0,00	0,00	0,00	58.315,92	13.743,34	0,00	2.994.273,58
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	72.588,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	72.588,00	
		MUN	586.500,00	0,00	2.762.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.362.000,00	206.000,00	0,00	0,00	96.000,00	142.000,00	0,00	3.282.500,00	
	Pedro Canabarro Total		1.022.028,00	712.791,00	3.467.808,82	28.099,10	444.851,14	1.678.759,06	0,00	0,00	0,00	3.940.759,06	373.724,36	0,00	0,00	0,00	0,00	154.315,92	155.743,34	0,00	6.559.561,58
330450	Santa Leopoldina	FED	229.086,00	416.586,00	370.300,14	0,00	272.427,55	642.727,69	642.727,69	0,00	0,00	0,00	50.630,88	0,00	0,00	0,00	0,00	39.775,80	8.809,04	0,00	745.887,72
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	62.300,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	62.300,00	
		MUN	2.348.000,00	549.000,00	170.300,14	0,00	272.427,55	642.727,69	642.727,69	0,00	0,00	0,00	170.000,00	238.998,08	0,00	0,00	0,00	28.000,00	68.000,00	210.822,66	3.413.821,74
	Santa Leopoldina Total		2.378.086,00	965.586,00	540.300,14	0,00	272.427,55	642.727,69	642.727,69	0,00	0,00	0,00	170.000,00	351.829,96	0,00	0,00	0,00	67.775,80	77.809,04	210.822,66	4.221.909,46
Total Geral			10.601.899,17	12.041.933,35	11.132.530,63	289.216,54	2.532.652,77	8.747.253,94	2.487.924,54	0,00	0,00	11.456.475,40	1.920.880,12	0,00	0,00	95.000,00	1.049.418,84	666.700,64	785.972,66	42.923.088,76	

RESUMO DOS TIPOS POR ORIGEM DE RECURSO										FEDERAL		ESTADUAL		MUNICIPAL		TOTAL	
										19.211.973,01		574.383,70		23.333.833,01		42.923.088,76	

RESUMO DOS TIPOS POR ORIGEM DE RECURSO			FEDERAL		ESTADUAL		MUNICIPAL		TOTAL	
			12.211.973,01		374.283,70		23.332.832,01		42.923.088,76	

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: Dezembro de 2009 para o Bloco MAC Assistência (PPI em vigor) e Setembro de 2009 para os demais Blocos de Financiamento.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: janeiro de 2009

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: janeiro de 2009

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO IV

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 08 MUNICÍPIOS DO ESTADO DE GOIÁS

(Valores anuais em R\$)

IBGE	Município	Orig do Sê curso	ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR							ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Bloco de Saúde	TOTAL		
			Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. Redistribuída	Outros recursos, serviços e incentivos	Total PPS Assistência	Rac trans ao FES	Rac recursos p FNS p pgo direto a poss	Rac aloca em outros UF	Total MAC alocado no FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado ao FES	Comp. Extra-região	Comp. Extra-regional	Vig. Epidemiol. e Sanitária			Vigilância Sanitária	
320355	Bonfinópolis	FED	128.836,00	403.242,84	152.728,26	0,00	53.857,00	246.345,26	246.345,26	0,00	0,00	0,00	27.650,40	0,00	0,00	0,00	34.726,24	7.200,00	0,00	401.182,48	
		EST	0,00	64.944,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	20.335,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	81.178,00	
		MUN	254.142,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.117,50	0,00	0,00	0,00	120.001,30	6.431,20	702.518,36	1.123.631,67	
320465	Campinaçu	FED	70.056,00	265.167,00	42.949,40	0,00	23.338,98	66.288,38	66.288,38	0,00	0,00	0,00	15.436,56	0,00	0,00	0,00	13.445,00	7.200,00	0,00	374.304,56	
		EST	0,00	53.364,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.392,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64.656,00	
		MUN	0,00	413.120,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17.926,36	0,00	0,00	0,00	17.926,36	6.300,00	0,00	618.323,30	
320530	Cavalcante	FED	185.220,00	620.712,00	287.341,54	48.042,14	124.703,74	460.087,42	460.087,42	0,00	0,00	0,00	40.487,52	0,00	0,00	0,00	45.709,36	7.200,00	0,00	899.338,88	
		EST	0,00	84.878,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	28.595,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	114.573,00	
		MUN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14.797,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	240.094,20	
321150	Itumbiara	FED	1.653.174,00	2.871.634,00	3.234.387,48	490.516,38	1.948.085,26	6.673.439,13	0,00	0,00	0,00	6.673.439,13	361.246,92	0,00	0,00	0,00	341.092,96	33.339,00	0,00	14.933.938,01	
		EST	0,00	490.404,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	264.366,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	734.770,00	
		MUN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	132.183,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33.072.121,10	
321310	Mineiros	FED	855.000,00	1.185.251,00	1.408.878,00	0,00	1.681.420,59	3.090.298,59	3.090.298,59	0,00	0,00	0,00	150.000,00	185.274,96	0,00	0,00	0,00	190.707,00	26.980,08	0,00	5.173.213,04
		EST	0,00	164.592,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	131.507,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	300.089,00	
		MUN	0,00	1.672.503,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.446.439,68	67.753,50	0,00	40.774,33	81.548,66	385.150,92	73.393,79	3.377.123,32	8.154.945,40	
321980	São Domingos	FED	855.000,00	3.002.144,14	1.408.878,00	0,00	1.681.420,59	3.090.298,59	3.090.298,59	0,00	0,00	0,00	1.596.439,68	388.155,46	0,00	48.774,33	81.548,66	385.150,92	100.373,87	3.377.123,32	11.028.172,64
		EST	0,00	164.592,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	131.507,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	300.089,00	
		MUN	0,00	1.672.503,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.446.439,68	67.753,50	0,00	40.774,33	81.548,66	385.150,92	73.393,79	3.377.123,32	8.154.945,40	
322108	Teresina de Goiás	FED	58.368,00	201.978,00	11.451,59	0,00	8.052,40	19.503,99	19.503,99	0,00	0,00	0,00	11.349,28	0,00	0,00	0,00	166.348,64	7.200,00	0,00	441.263,92	
		EST	0,00	41.526,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.325,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	49.851,00	
		MUN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.162,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	77.942,00	
322220	Vila Boa	FED	80.298,00	382.104,00	123.550,41	18.744,36	76.253,81	218.548,58	218.548,58	0,00	0,00	0,00	17.211,84	0,00	0,00	0,00	34.118,20	8.114,52	0,00	576.846,56	
		EST	0,00	41.526,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	12.633,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	54.159,00	
		MUN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6.578,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.087.707,58	
TOTAL GERAL			3.223.984,31	8.778.918,64	5.167.012,19	508.700,74	7.927.233,20	13.863.986,13	13.789.547,00	0,00	0,00	12.775.788,99	1.516.953,28	104.000,00	40.774,33	81.548,66	1.234.012,80	186.932,31	38.117.420,36	67.741.486,63	

RESUMO DOS TIPOS POR ORIGEM DE RECURSO	FEDERAL	121.213.896,53	ESTADUAL	1.171.448,00	MUNICIPAL	44.916.042,11	TOTAL	167.741.486,63
--	---------	----------------	----------	--------------	-----------	---------------	-------	----------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: março de 2010 para o Bloco MAC Assistência e dezembro de 2009 para todos os demais Blocos de Financiamento (dados obtidos no sítio do FNS em 11/02/2010)

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: Bonfinopolisjan a dez 2008, Campinaçu dez 08, Itumbiara 2008, Mineiros 2008, São Domingos dez 2008, Vila Boa dez 2008 .

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: Bonfinopolis SIPOS 2008, Campinaçu SIOPS 2008, Cavalcante dez 2008, Itumbiara SIOPS 2008, Mineiros SIOPS 2008, São Domingos SIOPS 2008, Teresina de Goiás nov 2008, Vila Boa SIOPS 2008.

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO V

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 08 MUNICÍPIOS DO ESTADO DE MATO GROSSO

(Valores anuais em R\$)

IBGE	Município	Orig. do Recurso	ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR							ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE		Bloco de Gestão	TOTAL	
			Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. Refratada	Outros recursos, ajustes e incrementos	Total PPI Assistência	Rac. transf. ao FES	Rac. retidos p/ FNS p/ projeto direto a UBS	Rac. aloc. em outras UF	Total MAC alocado ao FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado ao FES	Comp. Estratégico	Comp. Extra-clocais	Vig. Epidemiol. e Sanitária			Vigilância Sanitária
510268	Campos de Júlio	FED	80.180,00	202.756,00	122.499,63	0,00	22.417,17	147.916,80	147.916,80	0,00	0,00	0,00	18.557,00	0,00	0,00	0,00	23.707,68	8.227,08	0,00	369.457,16
		EST	80.400,00	0,00	0,00	0,00	238.245,00	238.245,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8.586,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	317.021,00
		MUN	464.813,48	0,00	0,00	0,00	159.000,00	159.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7.155,00	0,00	0,00	0,00	32.754,40	28.981,82	7.910,00	491.616,70
	Campos de Júlio Total		635.393,48	202.756,00	122.499,63	0,00	403.462,17	525.961,80	147.916,80	0,00	0,00	0,00	35.298,00	0,00	0,00	0,00	56.461,48	37.208,90	7.910,00	1.403.074,86
510330	Comodoro	FED	335.714,00	1.048.668,00	715.171,36	60.337,41	409.740,64	1.205.148,41	1.205.149,41	0,00	0,00	0,00	23.499,82	0,00	0,00	0,00	107.674,30	7.200,00	0,00	1.572.306,12
		EST	568.180,00	0,00	0,00	0,00	105.799,56	105.799,56	0,00	0,00	0,00	0,00	32.290,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	504.249,88
		MUN	1.128.148,74	0,00	0,00	0,00	644.881,64	644.881,64	0,00	0,00	0,00	0,00	22.165,56	0,00	0,00	0,00	54.388,17	38.265,40	48.830,00	1.936.689,91
	Comodoro Total		1.829.542,74	1.048.668,00	715.171,36	60.337,41	1.160.421,84	1.953.830,61	1.205.149,41	0,00	0,00	0,00	128.005,80	0,00	0,00	0,00	162.072,77	45.465,40	48.830,00	4.013.265,91
510336	Conquista Cuiabá	FED	18.068,00	223.104,00	30.084,04	4.887,40	14.120,62	49.092,06	49.092,06	0,00	0,00	0,00	12.734,64	0,00	0,00	0,00	7.968,24	7.861,32	0,00	309.736,20
		EST	161.900,00	0,00	0,00	0,00	9.183,86	9.183,86	0,00	0,00	0,00	0,00	5.580,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	180.674,76
		MUN	272.120,05	0,00	0,00	0,00	8.900,32	8.900,32	0,00	0,00	0,00	0,00	17.824,45	0,00	0,00	0,00	9.937,91	43.660,23	0,00	379.447,98
	Conquista Cuiabá Total		496.088,05	223.104,00	30.084,04	4.887,40	32.204,90	67.176,34	49.092,06	0,00	0,00	0,00	36.149,89	0,00	0,00	0,00	17.906,15	51.521,55	0,00	842.873,92
510380	Figueirópolis D'Oeste	FED	66.978,00	320.480,76	16.121,50	0,00	11.913,13	28.034,63	28.034,63	0,00	0,00	0,00	14.956,80	0,00	0,00	0,00	9.190,92	7.200,00	0,00	418.806,46
		EST	37.600,00	0,00	0,00	0,00	12.761,16	12.761,16	0,00	0,00	0,00	0,00	6.566,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	76.927,56
		MUN	812.000,00	0,00	0,00	0,00	454.225,40	454.225,40	0,00	0,00	0,00	0,00	5.472,00	0,00	0,00	0,00	30.000,00	35.000,00	20.000,00	1.456.697,40
	Figueirópolis D'Oeste Total		1.036.578,00	320.480,76	16.121,50	0,00	478.899,69	495.021,19	28.034,63	0,00	0,00	0,00	26.995,20	0,00	0,00	0,00	39.190,92	42.200,00	20.000,00	1.932.431,44
510500	Jauru	FED	209.616,00	853.807,76	265.618,42	13.236,75	108.565,88	387.421,15	387.421,15	0,00	0,00	0,00	44.173,44	0,00	0,00	0,00	31.280,76	7.200,00	0,00	1.146.177,96
		EST	374.400,00	0,00	0,00	0,00	59.477,76	59.477,76	0,00	0,00	0,00	0,00	18.383,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	453.270,88
		MUN	1.055.874,83	0,00	0,00	0,00	102.000,00	102.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	84.665,76	0,00	0,00	0,00	38.500,00	35.000,00	25.000,00	1.322.140,39
	Jauru Total		1.639.890,83	853.807,76	265.618,42	13.236,75	270.043,74	548.898,91	387.421,15	0,00	0,00	0,00	128.232,20	0,00	0,00	0,00	70.780,76	42.200,00	25.000,00	2.921.589,31
510618	Nova Lacerda	FED	92.593,00	559.862,64	26.230,18	1.040,76	19.753,37	47.024,21	47.024,21	0,00	0,00	0,00	20.860,82	0,00	0,00	0,00	12.704,71	7.200,00	0,00	469.611,26
		EST	72.600,00	0,00	0,00	0,00	63.761,16	63.761,16	0,00	0,00	0,00	0,00	24.894,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	161.551,96
		MUN	832.714,68	0,00	0,00	0,00	601.636,47	601.636,47	0,00	0,00	0,00	0,00	35.525,41	0,00	0,00	0,00	63.725,10	0,00	0,00	1.333.604,60
	Nova Lacerda Total		1.017.906,68	559.862,64	26.230,18	1.040,76	685.153,90	712.424,84	47.024,21	0,00	0,00	0,00	60.811,13	0,00	0,00	0,00	76.430,82	7.200,00	0,00	2.387.611,84
510837	Vale do São Domingos	FED	53.391,96	227.367,00	25.889,73	0,00	13.233,43	39.123,16	39.123,16	0,00	0,00	0,00	11.779,32	0,00	0,00	0,00	8.514,80	7.803,76	0,00	308.658,84
		EST	174.000,00	0,00	0,00	0,00	23.728,80	23.728,80	0,00	0,00	0,00	0,00	5.171,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	203.900,32
		MUN	287.163,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18.240,16	0,00	0,00	0,00	15.835,00	13.842,00	0,00	336.180,47
	Vale do São Domingos Total		514.555,27	227.367,00	25.889,73	0,00	36.962,23	62.851,96	39.123,16	0,00	0,00	0,00	36.191,00	0,00	0,00	0,00	24.449,80	21.747,76	0,00	847.739,63
510550	Vila Bela da Santíssima Trindade	FED	260.528,04	947.487,00	348.411,60	0,00	141.887,97	490.299,57	490.299,57	0,00	0,00	0,00	56.932,56	0,00	0,00	0,00	37.528,80	7.200,00	0,00	1.309.676,40
		EST	303.000,00	0,00	0,00	0,00	63.761,16	63.761,16	0,00	0,00	0,00	0,00	24.994,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	361.755,86
		MUN	2.519.241,60	0,00	0,00	0,00	15.000,00	15.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	46.059,10	0,00	0,00	0,00	28.000,00	16.600,00	9.600,00	2.637.500,70
	Vila Bela da Santíssima Trindade Total		3.082.769,64	947.487,00	348.411,60	0,00	220.649,13	569.060,73	490.299,57	0,00	0,00	0,00	130.986,46	0,00	0,00	0,00	65.528,80	23.800,00	9.600,00	4.338.933,06
	TOTAL GERAL		10.121.826,69	4.433.633,16	1.550.026,46	76.402,32	3.107.797,60	4.937.226,38	3.394.060,58	0,00	0,00	0,00	582.669,68	0,00	0,00	0,00	512.521,50	571.343,61	111.340,00	18.707.499,97

RESUMO DOS TIPOS POR ORIGEM DE RECURSO	FEDERAL	6.152.440,44	ESTADUAL	2.288.186,40	MUNICIPAL	10.266.873,13	TOTAL	18.707.499,97
--	---------	--------------	----------	--------------	-----------	---------------	-------	---------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: Janeiro de 2010 para o Bloco MAC Assistência (PPI em vigor); Dezembro de 2009 para os demais Blocos de Financiamento (dados obtidos no site do FNS em 23/02/2010).

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: Novembro de 2009.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: Campos de Júlio (julho/09); Figueirópolis, Jauru e Vila Bela (setembro/09); Conquista D'Oeste (outubro/09); Comodoro, Nova Lacerda e Vale do São Domingos (dezembro/09).

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO VI

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 01 MUNICÍPIO DO ESTADO DE MINAS GERAIS.

(Valores anuais em R\$)

			ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR							ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE					
IBGE	Município	Orig. do Recurso	Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. Reduzida	Outros recursos, ajustes e incentivos	Total PPI Assistência	Rac. transf. no FES	Rac. recursos p/ FMS p/ projeto dentro a FMS	Rac. alocação em outras UF	Total MAC alocado no FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado no FES	Comp. Estratégico	Comp. Especial	Vig. Epidemiol. e Ambiental	Vigilância Sanitária	Bloco de Gestão	TOTAL	
16420	São Romão	FED	171.738,00	571.187,00	212.129,95	23.943,72	13.661,91	249.739,60	249.739,60	0,00	0,00	0,00	37.227,96	37.227,96	0,00	0,00	0,00	24.043,68	9.155,88	0,00	776.124,58
		EST	0,00	72.000,00	0,00	0,00	61.633,03	61.633,03	0,00	0,00	0,00	0,00	33.793,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	157.446,53
		MUN	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.028.930,59
	São Romão	Total	171.738,00	643.187,00	212.129,95	23.943,72	75.315,96	311.382,63	249.739,60	0,00	0,00	0,00	61.020,96	37.227,96	0,00	0,00	0,00	24.043,68	9.155,88	0,00	1.962.511,18
	TOTAL GERAL		171.738,00	643.187,00	212.129,95	23.943,72	75.315,96	311.382,63	249.739,60	0,00	0,00	0,00	61.020,96	37.227,96	0,00	0,00	0,00	24.043,68	9.155,88	0,00	1.962.511,18

RESUMO DOS TEG POR ORIGEM DE RECURSO			FEDERAL	776.124,58	ESTADUAL	157.446,53	MUNICIPAL	1.028.930,59	TOTAL	1.962.511,18
--------------------------------------	--	--	---------	------------	----------	------------	-----------	--------------	-------	--------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: março de 2010 para o Bloco MAC Assistência; dezembro de 2009 para os demais Blocos de Financiamento.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais:

1) Atenção Básica - Componente Variável: Saúde em Casa: Deliberação CIB-SUS/MG nºs 335 e 362 de 2006. Incentivo mensal calculado de acordo com a Resolução nº 661 de 22 de março de 2005: soma dos valores reais dos meses de janeiro a agosto e setembro a dezembro do exercício de 2006. Tomou-se como base o mês de agosto.

2) Assistência Farmacêutica - Componente Básico - Farmácia de Minas: População estimada 2003-TCU: 18.553.312 e recurso considerado do exercício de 2006. (Contrapartida Estadual: R\$ 1,00, Acréscimo de R\$ 1,00 hab/ano, Diabetes R\$ 1,00 hab/ano)

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: SIOPS 2008.

3) Outros Recursos, Ajustes e Incentivos:

a) FHEMIG: valor considerado no exercício de 2007.

b) VIVA VIDA: Valores de acordo com a Deliberação CIB-SUS/MG nº 308/2006 e nº 331/2007. Os investimentos foram repassados para o município pólo, mas beneficiaram todos os municípios de cada microrregião.

c) SAMU: valor considerado no exercício de 2007, conforme Resoluções nºs 1152 e 1311.

d) PPI: Deliberações CIB-SUS/MG nºs 259, 284, 323, de 2006, e 359, de 2007.

e) PROHOSP: recurso calculado per capita para todos os municípios: Deliberações CIB-SUS/MG nºs 307, 309, 315, 325, de 2006, e nºs 339, 345, 352, 364, de 2007.

f) HEMOMINAS: Gasto per capita: Total de despesa empenhada pela Fundação Hemominas no exercício de 2007 dividida pela somatória da população dos municípios atendidos (*).

Gasto estimado por Município atendido: Gasto per capita X população residente (Datsus 2.006)

(*) Municípios de Minas Gerais com estabelecimentos de Saúde do SUS atendidos pela Hemominas.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: SIOPS, exercício 2007

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

	Buenos Aires Total		438.543,96	963.434,28	406.974,93	0,00	271.473,46	680.446,39	680.446,39	0,00	0,00	0,00	0,00	71.159,22	0,00	0,00	0,00	80.097,60	7.200,00	0,00	2.220.460,96
150180	Buenos Aires	FED	1.822.014,00	2.928.432,48	3.028.157,27	1.099.906,00	2.261.885,00	6.389.948,27	-	0,00	0,00	0,00	6.389.948,27	387.277,80	0,00	0,00	0,00	548.629,08	56.358,72	0,00	12.132.640,35
		EST	1.166.000,00	77.623,92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	141.687,00	-	-	-	15.934,72	-	-	411.245,64
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	434.766,68
	Buenos Aires Total		1.978.014,00	3.006.056,40	3.028.157,27	1.099.906,00	2.261.885,00	6.389.948,27	0,00	0,00	0,00	6.389.948,27	528.964,80	0,00	0,00	0,00	564.563,80	56.358,72	0,00	12.578.692,67	
150220	Capitaneado	FED	1.286.382,00	2.414.105,00	2.778.770,14	2.953.772,44	2.222.095,90	7.956.638,48	0,00	0,00	0,00	7.956.638,48	211.535,00	0,00	0,00	0,00	343.376,36	36.237,84	0,00	12.288.674,68	
		EST	1.166.000,00	41.917,80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82.025,00	-	-	-	22.674,36	-	-	312.617,16
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.232.438,32
	Capitaneado Total		1.442.382,00	2.456.022,80	2.778.770,14	2.953.772,44	2.222.095,90	7.956.638,48	0,00	0,00	0,00	7.956.638,48	343.560,00	0,00	0,00	0,00	366.050,72	36.237,84	0,00	12.621.116,84	
150270	Consejo de Armas	FED	844.488,00	2.737.875,00	1.907.621,44	197.638,10	3.129.901,11	5.235.160,65	0,00	0,00	0,00	3.375.160,65	185.594,76	0,00	0,00	0,00	235.549,76	26.648,28	0,00	7.403.316,45	
		EST	1.166.000,00	32.639,04	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.166,00	-	-	-	17.673,00	-	21.747,84
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.284.928,27
	Consejo de Armas Total		1.000.488,00	2.770.514,04	1.907.621,44	197.638,10	3.129.901,11	5.235.160,65	0,00	0,00	0,00	3.375.160,65	185.594,76	11.166,00	0,00	0,00	253.222,76	26.648,28	0,00	10.217.732,76	
150277	Consejo de Armas	FED	376.236,00	1.823.402,00	445.264,01	0,00	286.699,48	731.963,49	731.963,49	0,00	0,00	0,00	0,00	72.852,96	0,00	0,00	0,00	81.012,16	10.911,00	0,00	1.364.414,14
		EST	1.166.000,00	11.013,16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.653,50	-	-	-	7.486,80	-	-	203.153,46
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.032.281,80
	Consejo de Armas Total		532.236,00	1.834.415,16	445.264,01	0,00	286.699,48	731.963,49	731.963,49	0,00	0,00	0,00	98.506,46	0,00	0,00	0,00	88.498,96	10.911,00	0,00	3.619.949,40	
150293	Don Eliseo	FED	819.567,96	1.514.388,00	2.036.332,28	0,00	766.397,44	2.802.619,72	2.802.619,72	0,00	0,00	0,00	0,00	116.414,96	0,00	0,00	0,00	254.821,60	22.243,56	0,00	2.767.436,08
		EST	1.166.000,00	27.668,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77.225,00	-	-	-	7.486,80	-	-	248.788,04
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.640.000,00
	Don Eliseo Total		919.567,96	1.542.056,24	2.036.332,28	0,00	766.397,44	2.802.619,72	2.802.619,72	0,00	0,00	0,00	213.636,96	0,00	0,00	0,00	262.308,40	22.243,56	0,00	3.016.224,12	
150304	Flowers de Armas	FED	279.288,00	566.827,00	500.412,65	0,00	237.740,80	738.153,45	738.153,45	0,00	0,00	0,00	738.153,45	61.352,40	0,00	0,00	0,00	7.200,00	0,00	0,00	1.673.820,85
		EST	1.166.000,00	11.286,44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22.448,00	-	-	-	-	-	-	189.742,40
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.338.086,98
	Flowers de Armas Total		435.288,00	578.113,44	500.412,65	0,00	237.740,80	738.153,45	738.153,45	0,00	0,00	0,00	83.798,40	0,00	0,00	0,00	7.200,00	0,00	0,00	1.510.653,27	
150309	Geometria de Paris	FED	514.494,00	1.108.874,00	960.337,31	271.302,93	728.206,93	1.939.847,17	1.939.847,17	0,00	0,00	0,00	0,00	111.380,64	0,00	0,00	0,00	154.120,36	16.235,16	0,00	1.905.104,16
		EST	1.166.000,00	20.926,56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.749,00	-	-	-	14.653,44	-	-	232.339,00
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.413.864,44
	Geometria de Paris Total		670.494,00	1.129.800,56	960.337,31	271.302,93	728.206,93	1.939.847,17	1.939.847,17	0,00	0,00	0,00	112.129,64	0,00	0,00	0,00	168.773,80	16.235,16	0,00	8.211.369,60	
150360	Imitaba	FED	2.247.570,00	3.921.807,00	3.474.222,65	538.029,51	2.412.230,87	6.424.483,03	6.424.483,03	0,00	0,00	0,00	0,00	484.595,40	0,00	0,00	0,00	726.813,32	70.923,48	0,00	7.451.711,20
		EST	1.166.000,00	92.973,36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117.291,00	-	-	-	59.434,32	-	-	487.696,68
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.570.181,28
	Imitaba Total		2.403.570,00	4.014.780,36	3.474.222,65	538.029,51	2.412.230,87	6.424.483,03	6.424.483,03	0,00	0,00	0,00	601.886,40	0,00	0,00	0,00	786.249,64	70.923,48	0,00	14.507.591,16	
150375	Increascom	FED	736.056,00	364.738,00	541.606,83	0,00	302.677,78	844.284,61	844.284,61	0,00	0,00	0,00	0,00	151.999,32	0,00	0,00	0,00	333.450,76	22.658,64	0,00	1.608.892,72
		EST	1.166.000,00	32.133,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35.609,50	-	-	-	30.731,04	-	-	214.483,94
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.174.933,24
	Increascom Total		892.056,00	396.881,40	541.606,83	0,00	302.677,78	844.284,61	844.284,61	0,00	0,00	0,00	207.608,82	0,00	0,00	0,00	364.181,80	22.658,64	0,00	4.458.330,00	
150405	Dña de Rio	FED	117.716,00	1.172.708,00	672.121,72	164.308,63	652.062,69	1.488.494,04	1.488.494,04	0,00	0,00	0,00	133.217,36	0,00	0,00	0,00	99.403,92	10.440,60	0,00	1.913.483,88	
		EST	1.166.000,00	15.646,88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41.421,00	-	-	-	8.550,00	-	-	225.617,88
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.134.851,10
	Dña de Rio Total		673.716,00	1.192.352,88	672.121,72	164.308,63	652.062,69	1.488.494,04	1.488.494,04	0,00	0,00	0,00	114.638,36	0,00	0,00	0,00	107.953,82	10.440,60	0,00	4.313.952,86	
150450	Naraba	FED	3.837.852,00	2.984.030,00	7.133.088,43	4.138.842,22	8.831.016,33	18.462.946,96	0,00	0,00	0,00	18.462.946,96	805.518,84	0,00	0,00	0,00	133.104,80	113.569,32	0,00	26.330.412,92	
		EST	1.166.000,00	160.914,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	294.702,00	-	-	-	78.780,84	-	-	690.397,08
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.863.757,60
	Naraba Total		3.993.852,00	3.144.944,24	7.133.088,43	4.138.842,22	8.831.016,33	18.462.946,96	0,00	0,00	0,00	18.462.946,96	1.100.220,84	0,00	0,00	0,00	211.985,64	113.569,32	0,00	40.012.242,52	
150445	Madricilina	FED	512.928,00	832.495,00	710.442,04	1,69	594.088,24	1.304.531,97	0,00	0,00	0,00	1.304.531,97	92.758,49	0,00	0,00	0,00	125.857,92	8.225,76	0,00	1.287.099,00	
		EST	1.166.000,00	17.097,72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33.936,00	-	-	-	10.319,83	-	-	217.533,57
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.734.588,18
	Madricilina Total		668.928,00	849.592,72	710.442,04	1,69	594.088,24	1.304.531,97	0,00	0,00	0,00	1.304.531,97	112.694,44	0,00	0,00	0,00	136.175,72	8.225,76	0,00	4.069.036,84	
150450	Malgape	FED	414.182,00	1.180.620,68	198.555,71	0,00	852.220,66	1.050.776,37	1.050.776,37	0,00	0,00	0,00	0,00	33.164,48	0,00	0,00	0,00	105.773,32	7.200,00	0,00	2.180.950,60
		EST	1.166.000,00	13.271,40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.767,50	-	-	-	10.688,40	-	-	206.727,30
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.287.008,68
	Malgape Total		570.192,00	1.193.892,08	198.555,71	0,00	852.220,66	1.050.776,37	1.050.776,37	0,00	0,00	0,00	99.931,98	0,00	0,00	0,00	116.461,72	7.200,00	0,00	3.694.656,66	
150460	Micocuba	FED	437.904,00	1.304.980,00	705.792,17	37.503,52	329.700,79	1.072.998,48	1.072.998,48	0,00	0,00	0,00	0,00	93.137,76	0,00	0,00	0,00	90.848,48	13.818,24	0,00	1.944.908,48
		EST	1.166.000,00	16.316,28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26.767,50	-	-	-	8.380,68	-	-	207.464,46
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	872.887,00
	Micocuba Total		593.904,00	1.323.296,28	705.792,17	37.503,52	329.700,79	1.072.998,48	1.072.998,48	0,00	0,00	0,00	113.125,26	0,00	0,00	0,00	99.239,16	13.818,24	0,00	3.052.379,94	
150497	Nova Ipiranga	FED	284.544,00	1.076.795,40	67.957,11	0,00	574.943,46	642.900,57	642.900,57	0,00	0,00	0,00	77.552,64	0,00	0,00	0,00	60.642,48	10.235,64	0,00	1.489.970,16	
		EST	1.166.000,00	10.245,24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21.128,00	-	-	5.502,36	-	-	182.878,40
		NGN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.354.263,40
	Nova Ipiranga Total		440.544,00	1.087.040,64	67.957,11	0,00	574.943,46	642.900,57	642.900,57	0,00	0,00	0,00	78.881,64	0,00	0,00	0,00	66.147,84	10.235,64	0,00	3.057.053,16	
150498	Pocaja	FED	733.824,00	1.338.048,68	718																

[illegible]

RESUMO DOS TLEG POR ORIGEM DE RECURSO	FEDERAL	199.678.212,36	ESTADUAL	10.040.976,31	MUNICIPAL	89.326.358,23	TOTAL	299.045.546,90
---------------------------------------	---------	----------------	----------	---------------	-----------	---------------	-------	----------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: março de 2010 para o Bloco MAC Assistência (PPI em vigor); dezembro de 2009 para os demais Blocos de Financiamento.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: dezembro de 2009

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: Belterra, Curionópolis, Dom Eliseu, Melgaco, Mocajuba, Portel, São João do Araguaia: outubro de 2009. Ananindeua, São Miguel do Guamá, Santa Maria do Pará: junho de 2009 Acará, Agua Azul do Norte, Salvaterra, Floresta do Araguaia, Nova Ipixuna, Capanema, Marabá, Porto de Moz, São João de Pirabas, São Geraldo do Araguaia, Viseu, Xinguara, Mãe do Rio: dezembro de 2009. Itaituba: agosto de 2009 Goianésia do Pará, Medicilândia: maio de 2009. Pacajá, Santa Luzia do Pará, Senador José Porfírio: abril de 2009. Ulianópolis: janeiro de 2009. Breves, Primavera, Conceicao do Araguaia, Jacareacanga, Soure: setembro de 2009

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO VIII

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 41 MUNICÍPIOS DO
ESTADO DA PARAÍBA

(Valores anuais em R\$)

IBGE	Município	Orig. do Recurso	ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR										ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE		TOTAL
			Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. Redistribuída	Outros recursos, ajustes e locações	Total PPF Assistência	Rac. transf. ao FES	Rac. retidos p/ FNS p/ direito a prior.	Rac. aloc. em outros UF	Total MAC alocado ao FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado ao FES	Comp. Estratégico	Comp. Especializado	Vig. Epidemiol. e Sanitária	Vigilância Sanitária	Bloco de Gestão		
250030	Alagoas Grande	FED	508.428,00	2.565.845,76	1.346.972,22	0,00	79.200,00	1.426.172,22	0,00	---	---	1.426.172,22	112.536,84	---	---	---	68.665,86	10.253,28	0,00	4.691.901,96	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	25.446,72	---	---	---	---	---	---	25.446,72	
	Alagoas Grande Total	FED	508.428,00	2.565.845,76	1.346.972,22	0,00	79.200,00	1.426.172,22	0,00	---	---	1.426.172,22	112.536,84	---	---	---	68.665,86	10.253,28	0,00	4.691.901,96	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	25.446,72	---	---	---	---	---	---	25.446,72	
250050	Alajoinha	FED	241.002,00	1.218.991,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33.402,52	0,00	0,00	0,00	31.611,30	7.200,00	0,00	1.532.206,90		
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	24.406,14	
	Alajoinha Total	FED	241.002,00	1.218.991,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33.402,52	0,00	0,00	0,00	31.611,30	7.200,00	0,00	1.532.206,90		
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	24.406,14	
250057	Alagoinha	FED	43.326,00	219.423,16	1.083,00	0,00	0,00	1.083,00	1.083,00	0,00	0,00	0,00	9.602,16	0,00	0,00	0,00	5.764,56	7.200,00	0,00	283.514,88	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3.513,00	
	Alagoinha Total	FED	43.326,00	219.423,16	1.083,00	0,00	0,00	1.083,00	1.083,00	0,00	0,00	0,00	9.602,16	0,00	0,00	0,00	5.764,56	7.200,00	0,00	283.514,88	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3.513,00	
250133	Buarima	FED	71.406,00	338.185,08	51.204,58	0,00	0,00	51.204,58	51.204,58	0,00	0,00	0,00	15.842,40	0,00	0,00	0,00	9.348,92	7.200,00	0,00	341.893,40	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.786,00	
	Buarima Total	FED	71.406,00	338.185,08	51.204,58	0,00	0,00	51.204,58	51.204,58	0,00	0,00	0,00	15.842,40	0,00	0,00	0,00	9.348,92	7.200,00	0,00	341.893,40	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.786,00	
250190	Bela Vista	FED	317.772,00	1.469.475,24	807.428,08	120.000,00	79.200,00	1.006.628,08	927.428,08	0,00	0,00	79.200,00	70.409,28	0,00	0,00	0,00	41.930,80	10.819,08	0,00	1.889.626,40	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	31.204,64	
	Bela Vista Total	FED	317.772,00	1.469.475,24	807.428,08	120.000,00	79.200,00	1.006.628,08	927.428,08	0,00	0,00	79.200,00	70.409,28	0,00	0,00	0,00	41.930,80	10.819,08	0,00	1.889.626,40	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	31.204,64	
250430	Cariacica	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
	Cariacica Total	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
250430	Cariacica	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
	Cariacica Total	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
250430	Cariacica	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
	Cariacica Total	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
250430	Cariacica	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
	Cariacica Total	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
250430	Cariacica	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
	Cariacica Total	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
250430	Cariacica	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
	Cariacica Total	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
250430	Cariacica	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
	Cariacica Total	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
250430	Cariacica	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
	Cariacica Total	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
250430	Cariacica	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
	Cariacica Total	FED	509.760,00	1.938.983,76	1.783.540,57	1.117.924,61	105.600,00	3.007.065,18	0,00	0,00	0,00	3.007.065,18	112.946,76	0,00	0,00	0,00	80.681,76	10.280,16	0,00	5.659.717,62	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	49.516,68	
250430	Cariacica	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
	Cariacica Total	FED	88.274,00	424.280,72	230,67	0,00	0,00	230,67	230,67	0,00	0,00	0,00	18.880,88	0,00	0,00	0,00	11.746,86	7.200,00	0,00	152.866,46	
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	4.556,03	
250430	Cariacica	FED	509.760,00	1.9																	

211272	Pedra Régis	FED	103.302,00	425.042,52	153,86	0,00	0,00	153,86	153,86	0,00	0,00	0,00	22.810,76	0,00	0,00	13.506,00	7.200,00	0,00	171.861,28
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	23.746,84
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.252.422,62
	Pedra Régis Total		103.302,00	425.042,52	153,86	0,00	0,00	153,86	153,86	0,00	0,00	0,00	22.810,76	0,00	0,00	13.506,00	7.200,00	0,00	1.851.133,74
211180	Pirpirituba	FED	189.396,00	844.793,28	136.833,81	0,00	0,00	136.833,81	136.833,81	0,00	0,00	0,00	41.921,16	0,00	0,00	24.840,48	7.200,00	0,00	1.108.180,92
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	20.875,58
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	233.876,80
	Pirpirituba Total		189.396,00	844.793,28	136.833,81	0,00	0,00	136.833,81	136.833,81	0,00	0,00	0,00	41.921,16	0,00	0,00	24.840,48	7.200,00	0,00	1.353.033,30
211203	Poço Dantas	FED	72.522,00	407.000,16	35,31	0,00	0,00	35,31	35,31	0,00	0,00	0,00	16.067,88	0,00	0,00	9.973,92	7.200,00	0,00	512.763,96
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	5.847,00
		MUN	256.884,00	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
	Poço Dantas Total		329.406,00	407.000,16	35,31	0,00	0,00	35,31	35,31	0,00	0,00	0,00	107.411,20	0,00	0,00	37.838,22	19.335,00	25.000,00	925.990,58
211240	Proimantã	FED	238.248,00	924.965,04	171.516,41	0,00	0,00	171.516,41	171.516,41	0,00	0,00	0,00	238.248,00	0,00	0,00	31.212,60	7.200,00	0,00	1.438.873,64
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	19.364,00
		MUN	663.450,93	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	695.126,04
	Proimantã Total		901.698,93	924.965,04	171.516,41	0,00	0,00	171.516,41	171.516,41	0,00	0,00	0,00	280.848,68	0,00	0,00	39.651,03	7.200,00	0,00	2.154.363,68
211270	Ramagio	FED	402.054,00	1.255.319,28	224.781,56	0,00	0,00	224.781,56	224.781,56	0,00	0,00	0,00	68.666,76	0,00	0,00	40.481,46	7.200,00	0,00	1.773.721,50
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.447.130,00
	Ramagio Total		402.054,00	1.255.319,28	224.781,56	0,00	0,00	224.781,56	224.781,56	0,00	0,00	0,00	68.666,76	0,00	0,00	40.481,46	7.200,00	0,00	3.255.961,26
211335	Santa Inês	FED	68.180,00	209.840,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15.188,72	0,00	0,00	8.863,10	7.200,00	0,00	309.882,18
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	5.503,80
		MUN	24.844,74	82.670,54	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	119.430,44
	Santa Inês Total		93.024,74	292.510,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26.414,72	0,00	0,00	11.503,26	10.800,00	0,00	434.833,62
211350	Santana de Mangueira	FED	103.860,00	442.384,32	5.475,72	0,00	0,00	5.475,72	5.475,72	0,00	0,00	0,00	22.986,92	0,00	0,00	13.605,18	7.200,00	0,00	590.046,42
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	10.527,94
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	10.527,94
	Santana de Mangueira Total		103.860,00	442.384,32	5.475,72	0,00	0,00	5.475,72	5.475,72	0,00	0,00	0,00	44.052,80	0,00	0,00	13.605,18	7.200,00	0,00	611.102,30
211365	Santareém	FED	49.212,00	219.736,80	150,00	0,00	0,00	150,00	150,00	0,00	0,00	0,00	10.905,96	0,00	0,00	6.432,40	7.200,00	0,00	283.507,16
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	3.909,00
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.080.808,78
	Santareém Total		49.212,00	219.736,80	150,00	0,00	0,00	150,00	150,00	0,00	0,00	0,00	10.905,96	0,00	0,00	6.432,40	7.200,00	0,00	1.388.225,94
211398	São Francisco	FED	63.720,00	246.551,16	48.256,01	0,00	0,00	48.256,01	48.256,01	0,00	0,00	0,00	14.112,24	0,00	0,00	8.675,94	7.200,00	0,00	340.259,34
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	6.195,60
		MUN	28.523,49	3.718,62	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	40.524,39
	São Francisco Total		92.243,49	250.270,78	48.256,01	0,00	0,00	48.256,01	48.256,01	0,00	0,00	0,00	27.563,96	0,00	0,00	9.701,00	7.200,00	0,00	386.779,23
211465	São José do Brejo do Cruz	FED	30.456,00	201.307,20	870,00	0,00	0,00	870,00	870,00	0,00	0,00	0,00	6.752,76	0,00	0,00	6.388,08	7.200,00	0,00	212.104,04
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	2.468,00
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	74.368,00
	São José do Brejo do Cruz Total		30.456,00	201.307,20	870,00	0,00	0,00	870,00	870,00	0,00	0,00	0,00	6.752,76	0,00	0,00	6.388,08	7.200,00	0,00	328.970,04
211510	São Sebastião de Lagoa de Roça	FED	201.744,00	1.005.659,52	195,00	0,00	0,00	195,00	195,00	0,00	0,00	0,00	44.722,80	0,00	0,00	26.510,34	7.200,00	0,00	1.385.836,66
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	103.294,45
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.277.538,77
	São Sebastião de Lagoa de Roça Total		201.744,00	1.005.659,52	195,00	0,00	0,00	195,00	195,00	0,00	0,00	0,00	44.722,80	0,00	0,00	26.510,34	7.200,00	0,00	2.664.839,96
211560	Serra da Raiz	FED	58.014,00	237.564,12	792,00	0,00	0,00	792,00	792,00	0,00	0,00	0,00	12.833,04	0,00	0,00	8.048,46	7.200,00	0,00	323.659,62
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.040,00
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	699.418,00
	Serra da Raiz Total		58.014,00	237.564,12	792,00	0,00	0,00	792,00	792,00	0,00	0,00	0,00	12.833,04	0,00	0,00	8.048,46	7.200,00	0,00	1.028.117,62
211593	Sertãozinho	FED	77.850,00	398.473,08	480,00	0,00	0,00	480,00	480,00	0,00	0,00	0,00	17.273,28	0,00	0,00	15.000,30	7.200,00	0,00	515.796,66
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	8.636,60
		MUN	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	1.044.320,25
	Sertãozinho Total		77.850,00	398.473,08	480,00	0,00	0,00	480,00	480,00	0,00	0,00	0,00	17.273,28	0,00	0,00	15.000,30	7.200,00	0,00	1.568.735,51
211630	Soma	FED	304.344,00	1.514.431,24	581.247,51	1.211.571,57	1.05.600,00	1.908.419,08	0,00	0,00	0,00	1.908.419,08	67.469,64	0,00	0,00	39.800,82	7.200,00	0,00	3.841.684,78
		EST	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	20.289,60
		MUN	25.388,00	187.770,00	320.226,60	---	53.460,00	373.689,60	---	---	---	---	373.689,60	---	---	---	---	---	640.028,40
	Soma Total		329.742,00	1.702.221,24	901.474,11	1.211.571,57	1.59.060,00	2.282.108,68	0,00	0,00	0,00	2.282.108,68	108.048,64	0,00	0,00	60.778,02	19.104,00	0,00	4.502.003,78
	Total Geral		11.578.552,94	38.540.122,41	12.272.388,81	4.398.427,22	687.060,00	17.384.546,23	2.713.981,75	0,00	0,00	14.390.164,48	12.875.750,27	0,00	22.488,00	30.634,12	5.294.324,90	521.511,44	347.195,00

RESUMO DOS TIFG POR ORIGEM DE RECURSO	FEDERAL	56.161.101,52	ESTADUAL	764.042,48	MUNICIPAL	50.604.387,80	TOTAL	107.528.511,80
---------------------------------------	---------	---------------	----------	------------	-----------	---------------	-------	----------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: Dezembro de 2009 para o Bloco MAC Assistência (PPI em vigor); Dezembro de 2009 para os demais Blocos de Financiamento (dados obtidos no site do FNS em 08/02/2010).

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: EMAS, PUXINANÃ, POÇO DANTAS, BARAÚNA, CATINGUEIRA, SUMÉ, MASSARANDUBA, MONTE HOREBE, MARI, CUITÉ, CONGO, SANTA INÊS, LAGOA, GURINHÉM, ALAGOA GRANDE, SÃO JOSÉ DO BREJO DO CRUZ, DONA INÊS, PEDRA BRANCA, IGARACY, MARIZÓPOLIS, CURRAL VELHO, SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA, PIRPIRITUBA, DIAMANTE, PEDRO RÉGIS, REMÍGIO, SERTÃOZINHO, BELÉM, MATINHAS e ITABAIANA, LASTRO : janeiro à dezembro de 2008. SÃO FRANCISCO: setembro de 2008 à agosto de 2009. SANTANA DE MANGUEIRA junho à dezembro de 2008. SANTARÉM: dezembro de 2008 PEDRAS DE FOGO, CARRAPATEIRA, ALAGOINHA: janeiro à dezembro de 2009. CATOLÉ DO ROCHA: dezembro de 2009. DUAS ESTRADAS, ALGODÃO DE JANDAÍRA: janeiro à agosto de 2009. SERRA DA RAÍZ: janeiro à julho de

2009

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: EMAS, PUXINANÃ, POÇO DANTAS, BARAÚNA, CATINGUEIRA, SUMÉ, MASSARANDUBA, MONTE HOREBE, MARI, CUITÉ, CONGO, SANTA INÊS, LAGOA, GURINHÉM, ALAGOA GRANDE, SÃO JOSÉ DO BREJO DO CRUZ, DONA INÊS, PEDRA BRANCA, IGARACY, MARIZÓPOLIS, CURRAL VELHO, SÃO SEBASTIÃO DE LAGOA DE ROÇA, PIRPIRITUBA, DIAMANTE, PEDRO RÉGIS, REMÍGIO, SERTÃOZINHO, BELÉM, MATINHAS, PEDRAS DE FOGO, ITABAIANA, LASTRO : janeiro à dezembro de 2008. SÃO FRANCISCO: setembro de 2008 à agosto de 2009. SANTANA DE MANGUEIRA : junho à dezembro de 2008. CARRAPATEIRA, ALAGOINHA: janeiro à dezembro de 2009. SANTARÉM: dezembro de 2008. SERRA DA RAÍZ: janeiro à julho de 2009. DUAS ESTRADAS, ALGODÃO DE JANDAÍRA: janeiro à agosto de 2009. CATOLÉ DO ROCHA: dezembro de 2009

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio. Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO IX

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 01 MUNICÍPIO DO ESTADO DE PERNAMBUCO.

(Valores anuais em R\$)

		ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR							ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE						
IBGE	Município	Orig. do Recurso	Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. Referência	Outros recursos, ajustes e incentivos	Total PPI Assistência	Rac. transf. no FES	Rac. retidos p/ FNS p/ pto. direto a prov.	Rac. aloq. em outros UF	Total MAC alocado no FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado ao FES	Comp. Especializado	Comp. Especializado	Vig. Epidemiol. e Sanit.	Vigilância Sanitária	Bloco de Gestão	TOTAL	
261180	Rebassão	FED	803.864,00	2.131.707,24	1.477.888,58	324.420,01	360.379,33	2.162.688,92	2.162.688,92	0,00	0,00	0,00	158.895,48	0,00	0,00	0,00	0,00	113.062,76	14.355,96	0,00	3.321.885,44
		EST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	58.132,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	58.132,50
		MUN	271.139,20	638.212,17	1.150.000,00	0,00	0,00	1.150.000,00	0,00	0,00	0,00	1.150.000,00	58.132,50	0,00	0,00	0,00	0,00	326.183,64	326.183,64	100.000,00	3.402.171,13
	Rebassão Total		1.175.003,20	2.771.219,41	3.027.888,58	324.420,01	360.379,33	3.712.688,92	2.162.688,92	0,00	0,00	1.150.000,00	313.160,48	0,00	0,00	0,00	0,00	439.246,40	340.339,60	100.000,00	6.782.188,09
TOTAL GERAL			1.175.003,20	2.771.219,41	3.027.888,58	324.420,01	360.379,33	3.712.688,92	2.162.688,92	0,00	0,00	1.150.000,00	313.160,48	0,00	0,00	0,00	0,00	439.246,40	340.339,60	100.000,00	6.782.188,09

RESUMO DOS TÍTULOS POR ORIGEM DE RECURSO		FEDERAL	3.321.885,44	ESTADUAL	58.132,50	MUNICIPAL	3.402.171,13	TOTAL	6.782.188,09
--	--	---------	--------------	----------	-----------	-----------	--------------	-------	--------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: março de 2010 para o Bloco MAC Assistência (PPI em vigor); dezembro de 2009 para os demais Blocos de Financiamento.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: dezembro de 2009.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: fevereiro de 2010.

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio. Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO X

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 01 MUNICÍPIO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.

(Valores anuais em R\$)

IBGE	Município	Orig. do Recurso	ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR							ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE		TOTAL		
			Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. proporia	Pop. Referenciada	Outros recursos, ajustes e incentivos	Total PPI Assistência	Rac. transf. ao FES	Rac. retidos em outros ppto direto a prest.	Rac. aloc. em outros UF	Total MAC alocado ao FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado ao FES	Comp. Extra-tágico	Comp. Extra-captacional	Vig. Epidemiol. e Ambiental		Vigilância Sanitária	
330455	Rio de Janeiro	FED	110.898.846,00	29.795.032,52	478.710.825,26	290.568.877,63	42.775.123,20	812.054.826,09	21.000.000,00	52.155.298,44	0,00	738.899.527,63	24.983.235,24	0,00	0,00	0,00	24.224.951,40	3.499.474,68	0,00	932.301.087,49
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.076.778,36
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.047.357.727,00
	Rio de Janeiro		110.898.846,00	29.795.032,52	478.710.825,26	290.568.877,63	42.775.123,20	812.054.826,09	21.000.000,00	52.155.298,44	0,00	738.899.527,63	24.983.235,24	0,00	0,00	0,00	24.224.951,40	3.499.474,68	0,00	1.991.735.623,85
	TOTAL GERAL		110.898.846,00	29.795.032,52	478.710.825,26	290.568.877,63	42.775.123,20	812.054.826,09	21.000.000,00	52.155.298,44	0,00	738.899.527,63	24.983.235,24	0,00	0,00	0,00	24.224.951,40	3.499.474,68	0,00	1.991.735.623,85

RESUMO DOS TFG POR ORIGEM DE RECURSO	FEDERAL	932.301.087,49	ESTADUAL	112.076.778,36	MUNICIPAL	1.047.357.727,00	TOTAL	1.991.735.623,85
--------------------------------------	---------	----------------	----------	----------------	-----------	------------------	-------	------------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: janeiro de 2010 para o bloco MAC Assistência (PPI em vigor) e dezembro de 2009 para todos os demais Blocos de Financiamento (dados obtidos no sítio do FNS em 05/02/2010).

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: dezembro de 2008.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: dezembro de 2008.

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO XI

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 47 MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA.

(Valores anuais em R\$)

			ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR							ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE					
IBGE	Município	Orig. do Recurso	Comp. Fixo	Comp. Variável	População prevista	População Referenciada	Outros recursos, ajustes e incentivos	Total PPI Assistência	Recursos transferido ao FES	Rac. retidos p/ FNS p/ pago direto a prest.	Rac. aloc. em outros UF	Total MAC alocado ao FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado ao FES	Comp. Extra-tágico	Comp. Extra-captacional	Vig. Epidemiol. e Ambiental	Vigilância Sanitária	Bloco de Gestão	TOTAL	
420100	Aguia Branca	FED	167.382,00	529.072,44	343.426,19	88.768,32	29.290,77	461.485,28	461.485,28	0,00	0,00	0,00	37.478,16	0,00	0,00	0,00	0,00	17.777,88	9.106,20	0,00	760.816,68
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63.564,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	115.688,21
	Aguia Branca Total		167.382,00	529.072,44	343.426,19	88.768,32	29.290,77	461.485,28	461.485,28	0,00	0,00	0,00	37.478,16	0,00	0,00	0,00	0,00	17.777,88	9.106,20	0,00	940.070,43
420124	Aguaí	FED	183.932,00	411.698,24	43.836,60	0,00	3.428,54	47.266,14	47.266,14	0,00	0,00	0,00	42.107,04	0,00	0,00	0,00	0,00	17.670,12	8.408,72	0,00	678.816,14
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.956,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	613.746,21
	Aguaí Total		183.932,00	411.698,24	43.836,60	0,00	3.428,54	47.266,14	47.266,14	0,00	0,00	0,00	42.107,04	0,00	0,00	0,00	0,00	17.670,12	8.408,72	0,00	1.333.548,37
420195	Belmonte Arvoredo do Sul	FED	154.044,00	304.545,00	84.495,96	0,00	1.613,58	86.109,54	86.109,54	0,00	0,00	0,00	33.164,88	0,00	0,00	0,00	0,00	14.378,40	8.954,40	0,00	515.086,68
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.288,04
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.230.361,09
	Belmonte Arvoredo do Sul Total		154.044,00	304.545,00	84.495,96	0,00	1.613,58	86.109,54	86.109,54	0,00	0,00	0,00	33.164,88	0,00	0,00	0,00	0,00	14.378,40	8.954,40	0,00	1.785.745,81
420205	Belmonte Barra do Sul	FED	137.412,00	357.345,00	52.686,12	0,00	1.504,92	54.191,04	54.191,04	0,00	0,00	0,00	29.839,80	0,00	0,00	0,00	0,00	14.543,52	7.200,00	0,00	546.340,32
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56.112,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	171.800,00
	Belmonte Barra do Sul Total		137.412,00	357.345,00	52.686,12	0,00	1.504,92	54.191,04	54.191,04	0,00	0,00	0,00	29.839,80	0,00	0,00	0,00	0,00	14.543,52	7.200,00	0,00	774.252,32
420207	Belmonte Caçador	FED	139.176,00	303.156,00	73.848,96	0,00	1.686,12	75.535,08	75.535,08	0,00	0,00	0,00	29.958,72	0,00	0,00	0,00	0,00	12.942,00	8.785,08	0,00	494.017,80
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	43.558,08
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.328.552,80
	Belmonte Caçador Total		139.176,00	303.156,00	73.848,96	0,00	1.686,12	75.535,08	75.535,08	0,00	0,00	0,00	29.958,72	0,00	0,00	0,00	0,00	12.942,00	8.785,08	0,00	1.866.128,68
420243	Bocaina do Sul	FED	563.58,00	187.202,04	132.721,46	608.989,06	213.140,88	954.851,40	804.851,40	0,00	0,00	150.000,00	12.492,72	0,00	0,00	0,00	0,00	9.216,24	7.200,00	0,00	422.469,00

		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11.283,39
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	900.000,00
			563.518,00	187.202,04	132.721,46	608.989,06	213.140,88	954.831,40	804.851,40	0,00	0,00	150.000,00	12.492,72	0,00	0,00	0,00	9.216,24	7.200,00	0,00	1.377.762,39
H2020	Bocaina do Sul Total	FED	113.774,00	461.377,80	240.402,07	38.872,68	16.881,00	286.255,75	286.255,75	0,00	0,00	0,00	33.817,76	0,00	0,00	0,00	15.726,84	8.951,40	0,00	673.687,80
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.978,33
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	131.942,35
	Bom Retiro Total	FED	113.774,00	461.377,80	240.402,07	38.872,68	16.881,00	286.255,75	286.255,75	0,00	0,00	0,00	33.817,76	0,00	0,00	0,00	15.726,84	8.951,40	0,00	818.606,46
H2025	Bombinhas Total	FED	238.338,00	597.849,00	93.016,20	0,00	1.292,49	94.308,69	94.308,69	0,00	0,00	0,00	51.068,60	0,00	0,00	0,00	26.333,04	9.914,32	0,00	924.504,16
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80.324,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.703.366,30
	Bombinhas Total	FED	238.338,00	597.849,00	93.016,20	0,00	1.292,49	94.308,69	94.308,69	0,00	0,00	0,00	51.068,60	0,00	0,00	0,00	26.333,04	9.914,32	0,00	4.719.136,46
H2020	Bomquepe Total	FED	1.788.506,00	2.126.511,00	1.218.516,33	908.132,64	925.621,95	6.632.270,82	0,00	0,00	0,00	6.632.270,82	389.344,20	0,00	0,00	0,00	258.023,64	36.269,88	0,00	11.260.923,55
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	716.384,27
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16.716.475,00
	Bomquepe Total	FED	1.788.506,00	2.126.511,00	1.218.516,33	908.132,64	925.621,95	6.632.270,82	0,00	0,00	0,00	6.632.270,82	389.344,20	0,00	0,00	0,00	258.023,64	36.269,88	0,00	28.663.784,92
H2030	Campo Balo do Sul Total	FED	147.672,00	619.450,44	234.435,35	98.424,72	167.749,47	500.609,54	350.609,54	0,00	0,00	150.000,00	32.668,80	0,00	0,00	0,00	14.827,20	8.881,80	0,00	973.500,24
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.156,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	165.408,00
	Campo Balo do Sul Total	FED	147.672,00	619.450,44	234.435,35	98.424,72	167.749,47	500.609,54	350.609,54	0,00	0,00	150.000,00	32.668,80	0,00	0,00	0,00	14.827,20	8.881,80	0,00	1.145.064,24
H2035	Capão Alto Total	FED	59.922,00	187.202,04	23.410,68	0,00	1.013,52	24.424,20	24.424,20	0,00	0,00	0,00	13.161,00	0,00	0,00	0,00	9.479,40	7.882,56	0,00	277.647,00
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59.945,50
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63.360,00
	Capão Alto Total	FED	59.922,00	187.202,04	23.410,68	0,00	1.013,52	24.424,20	24.424,20	0,00	0,00	0,00	13.161,00	0,00	0,00	0,00	9.479,40	7.882,56	0,00	400.952,50
H2040	Caxambu do Sul Total	FED	89.910,00	296.535,72	152.381,52	149.320,87	19.033,05	320.745,44	320.745,44	0,00	0,00	0,00	20.028,48	0,00	0,00	0,00	8.753,64	7.200,00	0,00	432.437,84
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	102.810,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	983.545,44
	Caxambu do Sul Total	FED	89.910,00	296.535,72	152.381,52	149.320,87	19.033,05	320.745,44	320.745,44	0,00	0,00	0,00	20.028,48	0,00	0,00	0,00	8.753,64	7.200,00	0,00	1.507.783,28
H2045	Carro Negro Total	FED	72.954,00	253.928,16	15.810,12	0,00	1.489,92	17.300,04	17.300,04	0,00	0,00	0,00	16.186,80	0,00	0,00	0,00	8.931,60	8.030,88	0,00	360.021,44
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41.233,67
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	740.761,00
	Carro Negro Total	FED	72.954,00	253.928,16	15.810,12	0,00	1.489,92	17.300,04	17.300,04	0,00	0,00	0,00	16.186,80	0,00	0,00	0,00	8.931,60	8.030,88	0,00	1.144.026,11
H2050	Cunha Pora Total	FED	188.162,00	465.975,00	432.836,43	5.635,96	50.514,54	488.988,93	488.988,93	0,00	0,00	0,00	43.615,80	0,00	0,00	0,00	18.602,52	9.456,84	0,00	725.822,16
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74.022,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	225.665,00
	Cunha Pora Total	FED	188.162,00	465.975,00	432.836,43	5.635,96	50.514,54	488.988,93	488.988,93	0,00	0,00	0,00	43.615,80	0,00	0,00	0,00	18.602,52	9.456,84	0,00	1.035.529,16
H2055	Guarapuá Total	FED	288.186,00	809.090,00	117.700,08	0,00	450.793,56	568.493,64	418.493,64	0,00	0,00	150.000,00	67.235,88	0,00	0,00	0,00	28.542,60	10.598,28	0,00	1.463.852,36
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	133.066,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.357.796,00
	Guarapuá Total	FED	288.186,00	809.090,00	117.700,08	0,00	450.793,56	568.493,64	418.493,64	0,00	0,00	150.000,00	67.235,88	0,00	0,00	0,00	28.542,60	10.598,28	0,00	4.954.744,76
H2060	Harval do Oeste Total	FED	349.290,00	810.690,00	210.763,11	206.156,99	346.716,18	763.636,28	763.636,28	0,00	0,00	0,00	77.662,20	0,00	0,00	0,00	38.986,32	11.178,12	0,00	1.335.206,64
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	156.788,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.340.555,60
	Harval do Oeste Total	FED	349.290,00	810.690,00	210.763,11	206.156,99	346.716,18	763.636,28	763.636,28	0,00	0,00	0,00	77.662,20	0,00	0,00	0,00	38.986,32	11.178,12	0,00	4.832.500,24
H2070	Içara Total	FED	1.014.480,00	2.664.547,44	2.236.528,05	678.441,73	860.847,86	3.775.817,64	3.775.817,64	0,00	0,00	0,00	221.838,72	0,00	0,00	0,00	177.544,92	32.012,52	0,00	4.110.453,60
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	389.756,04
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.557.000,00
	Içara Total	FED	1.014.480,00	2.664.547,44	2.236.528,05	678.441,73	860.847,86	3.775.817,64	3.775.817,64	0,00	0,00	0,00	221.838,72	0,00	0,00	0,00	177.544,92	32.012,52	0,00	8.047.189,64
H2075	Imatrim Total	FED	132.480,00	413.808,00	138.109,68	5.635,96	6.330,87	150.076,51	150.076,51	0,00	0,00	0,00	29.183,76	0,00	0,00	0,00	12.540,72	8.708,88	0,00	557.000,00
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	666.752,02
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	636.160,12
H2080	Itacim do Machado Total	FED	198.864,00	564.369,72	283.171,63	45.087,68	17.406,87	345.666,18	345.666,18	0,00	0,00	0,00	44.025,84	0,00	0,00	0,00	19.435,68	9.464,88	0,00	1.489.404,16
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55.244,04
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	608.000,00
	Itacim do Machado Total	FED	198.864,00	564.369,72	283.171,63	45.087,68	17.406,87	345.666,18	345.666,18	0,00	0,00	0,00	44.025,84	0,00	0,00	0,00	19.435,68	9.464,88	0,00	1.489.404,16
H2085	Jardimópolis Total	FED	34.074,00	167.250,48	4.470,32	0,00	1.180,56	5.630,88	5.630,88	0,00	0,00	0,00	7.588,16	0,00	0,00	0,00	7.162,68	7.588,08	0,00	223.664,40
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20.954,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	882.288,25
	Jardimópolis Total	FED	34.074,00	167.250,48	4.470,32	0,00	1.180,56	5.630,88	5.630,88	0,00	0,00	0,00	7.588,16	0,00	0,00	0,00	7.162,68	7.588,08	0,00	1.136.857,65
H2090	Lages Total	FED	3.005.684,00	6.840.799,00	14.119.577,40	8.809.610,43	5.564.392,44	28.493.480,27	6.146.443,80	0,00	0,00	22.347.036,48	662.490,36	0,00	0,00	0,00	481.763,16	84.846,44	0,00	33.471.658,44
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.150.000,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23.100.000,00
	Lages Total	FED	3.005.684,00	6.840.799,00	14.119.577,40	8.809.610,43	5.564.392,44	28.493.480,27	6.146.443,80	0,00	0,00	22.347.036,48	662.490,36	0,00	0,00	0,00	481.763,16	84.846,44	0,00	57.702.658,44
H2095	Lauro Müller Total	FED	254.358,00	892.542,00	651.145,06	290.456,11	203.549,28	1.145.110,45	995.150,46	0,00	0,00	150.000,00	56.169,96	0,00	0,00	0,00	24.829,80	10.096,92	0,00	1.387.956,68
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	122.350,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.638.870,84
	Lauro Müller Total	FED	254.358,00	892.542,00	651.145,06	290.456,11	203.549,28	1.145.110,45	995.150,46	0,00	0,00	150.000,00	56.169,96	0,00	0,00	0,00	24.829,80	10.096,92	0,00	3.148.947,52
H2100	Matão Total	FED	948.546,00	1.718.771,00	3.088.724,59	797.281,08	1.875.028,58	5.761.034,25												

		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.926,12
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.234.802,41
	Morro Grosso Total		50.220,00	151.578,00	22.925,28	0,00	850,74	23.776,02	23.776,02	0,00	0,00	0,00	11.180,76	0,00	0,00	0,00	7.245,96	1.482.725,17
H21187	Pau d'Alho	FED	33.336,00	170.276,04	10.521,96	0,00	1.437,48	11.959,44	11.959,44	0,00	0,00	0,00	7.466,16	0,00	0,00	0,00	7.161,36	7.200,00
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	225.439,56
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.319,90
	Pau d'Alho Total		33.336,00	170.276,04	10.521,96	0,00	1.437,48	11.959,44	11.959,44	0,00	0,00	0,00	7.466,16	0,00	0,00	0,00	7.161,36	7.200,00
H21207	Palmeiras	FED	43.704,00	176.017,32	4.329,72	0,00	602,04	4.931,76	4.931,76	0,00	0,00	0,00	9.569,40	0,00	0,00	0,00	7.682,28	7.369,92
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	244.342,92
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72.826,00
	Palmeiras Total		43.704,00	176.017,32	4.329,72	0,00	602,04	4.931,76	4.931,76	0,00	0,00	0,00	9.569,40	0,00	0,00	0,00	7.682,28	7.369,92
H21265	Parabe	FED	54.054,00	143.115,00	87.797,24	40.686,72	7.986,39	136.470,31	136.470,31	0,00	0,00	0,00	12.070,44	0,00	0,00	0,00	9.049,20	7.815,60
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25.276,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.078.000,00
	Parabe Total		54.054,00	143.115,00	87.797,24	40.686,72	7.986,39	136.470,31	136.470,31	0,00	0,00	0,00	12.070,44	0,00	0,00	0,00	9.049,20	7.815,60
H21310	Pirambu	FED	103.664,04	287.619,00	10.660,08	0,00	3.879,42	14.539,50	14.539,50	0,00	0,00	0,00	18.737,04	0,00	0,00	0,00	10.691,64	8.138,28
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.780,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.187.711,07
	Pirambu Total		103.664,04	287.619,00	10.660,08	0,00	3.879,42	14.539,50	14.539,50	0,00	0,00	0,00	18.737,04	0,00	0,00	0,00	10.691,64	8.138,28
H21330	Ponte Alta	FED	103.664,04	287.619,00	122.864,76	22.143,84	10.949,88	156.358,48	156.358,48	0,00	0,00	0,00	20.828,04	0,00	0,00	0,00	9.882,00	8.271,36
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12.464,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	110.639,48
	Ponte Alta Total		103.664,04	287.619,00	122.864,76	22.143,84	10.949,88	156.358,48	156.358,48	0,00	0,00	0,00	20.828,04	0,00	0,00	0,00	9.882,00	8.271,36
H21335	Ponte Alta do Norte	FED	65.466,00	184.480,32	4.153,80	0,00	1.645,56	5.799,36	5.799,36	0,00	0,00	0,00	14.348,96	0,00	0,00	0,00	9.624,84	7.945,56
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45.453,39
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.516.000,00
	Ponte Alta do Norte Total		65.466,00	184.480,32	4.153,80	0,00	1.645,56	5.799,36	5.799,36	0,00	0,00	0,00	14.348,96	0,00	0,00	0,00	9.624,84	7.945,56
H21380	Prata Grande	FED	131.778,00	395.544,72	269.621,47	186.334,31	24.936,78	480.892,60	480.892,61	0,00	0,00	0,00	29.192,04	0,00	0,00	0,00	13.034,88	8.700,84
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38.360,04
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	462.000,00
	Prata Grande Total		131.778,00	395.544,72	269.621,47	186.334,31	24.936,78	480.892,60	480.892,61	0,00	0,00	0,00	29.192,04	0,00	0,00	0,00	13.034,88	8.700,84
H21430	Rancho Queimado	FED	51.678,00	184.176,48	6.921,60	0,00	150.323,16	157.244,76	157.244,76	0,00	0,00	0,00	150.000,00	13.651,20	0,00	0,00	7.584,84	7.200,00
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24.588,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	306.173,30
	Rancho Queimado Total		51.678,00	184.176,48	6.921,60	0,00	150.323,16	157.244,76	157.244,76	0,00	0,00	0,00	150.000,00	13.651,20	0,00	0,00	7.584,84	7.200,00
H21505	Rio Rufino	FED	45.180,00	178.739,04	3.079,08	0,00	662,97	3.742,05	3.742,05	0,00	0,00	0,00	9.975,36	0,00	0,00	0,00	7.553,52	7.714,56
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18.467,76
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.076.000,00
	Rio Rufino Total		45.180,00	178.739,04	3.079,08	0,00	662,97	3.742,05	3.742,05	0,00	0,00	0,00	9.975,36	0,00	0,00	0,00	7.553,52	7.714,56
H21520	Rozalândia	FED	104.994,00	415.155,00	69.644,52	0,00	3.989,94	73.634,46	73.634,46	0,00	0,00	0,00	23.521,76	0,00	0,00	0,00	9.332,76	8.395,80
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49.957,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.338.608,00
	Rozalândia Total		104.994,00	415.155,00	69.644,52	0,00	3.989,94	73.634,46	73.634,46	0,00	0,00	0,00	23.521,76	0,00	0,00	0,00	9.332,76	8.395,80
H21565	Santa Rosa do Sul	FED	147.744,00	429.850,32	81.022,08	0,00	152.854,77	233.876,85	233.876,85	0,00	0,00	0,00	150.000,00	32.590,92	0,00	0,00	15.079,68	7.200,00
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	782.464,92
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40.017,86
	Santa Rosa do Sul Total		147.744,00	429.850,32	81.022,08	0,00	152.854,77	233.876,85	233.876,85	0,00	0,00	0,00	150.000,00	32.590,92	0,00	0,00	15.079,68	7.200,00
H21568	Santa Terezinha do Progresso	FED	103.664,04	287.619,00	29.125,32	0,00	2.274,00	31.399,32	31.399,32	0,00	0,00	0,00	12.480,36	0,00	0,00	0,00	8.770,44	7.834,92
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	23.676,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	988.721,39
	Santa Terezinha do Progresso Total		103.664,04	287.619,00	29.125,32	0,00	2.274,00	31.399,32	31.399,32	0,00	0,00	0,00	12.480,36	0,00	0,00	0,00	8.770,44	7.834,92
H21600	São Carlos	FED	184.400,00	389.386,00	412.462,51	156.466,51	47.704,50	616.633,52	616.633,52	0,00	0,00	0,00	42.525,24	0,00	0,00	0,00	17.280,00	9.414,00
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80.988,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.067.768,79
	São Carlos Total		184.400,00	389.386,00	412.462,51	156.466,51	47.704,50	616.633,52	616.633,52	0,00	0,00	0,00	42.525,24	0,00	0,00	0,00	17.280,00	9.414,00
H21635	São João do Império	FED	61.272,00	168.504,00	11.305,20	0,00	502,38	11.807,58	11.807,58	0,00	0,00	0,00	13.484,88	0,00	0,00	0,00	8.492,88	7.200,00
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	258.953,76
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	124.447,80
	São João do Império Total		61.272,00	168.504,00	11.305,20	0,00	502,38	11.807,58	11.807,58	0,00	0,00	0,00	13.484,88	0,00	0,00	0,00	8.492,88	7.200,00
H21680	São José do Carmo	FED	190.998,00	448.161,12	206.324,75	5.635,96	12.193,26	224.153,97	224.153,97	0,00	0,00	0,00	42.246,36	0,00	0,00	0,00	17.919,24	9.375,36
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	150.024,00
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.520.773,00
	São José do Carmo Total		190.998,00	448.161,12	206.324,75	5.635,96	12.193,26	224.153,97	224.153,97	0,00	0,00	0,00	42.246,36	0,00	0,00	0,00	17.919,24	9.375,36
H21770	Sombrio	FED	455.976,00	734.016,00	343.488,91	55.752,60	22.137,48	421.378,99	421.378,99	0,00	0,00	0,00	100.138,44	0,00	0,00	0,00	47.840,28	14.388,48
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	106.736,04
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2.738.818,08
	Sombrio Total		455.976,00	734.016,00	343.488,91	55.752,60	22.137,48	421.378,99	421.378,99	0,00	0,00	0,00	100.138,44	0,00	0,00	0,00	47.840,28	14.388,48
H21790	Tangara	FED	155.376,00	379.323,00	343.488,91	55.752,60	22.137,48	421.378,99	421.378,99	0,00	0,00	0,00	34.481,04	0,00	0,00	0,00	14.910,00	8.969,52
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	563.059,56
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	49.138,00
	Tangara Total		155.376,00	379.323,00	343.488,91	55.752,60	22.137,48	421.378,99	421.378,99	0,00	0,00	0,00	34.481,04	0,00	0,00	0,00	14.910,00	8.969,52
H21880	Turvo	FED	204.948,00	414.564,00	339.872,31	163.429,96	192.442,59	695.744,86	695.744,86	0,00	0,00	0,00	150.000,00	45.227,16	0,00	0,00	20.628,48	8.534,24
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	844.901,83
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Turvo Total		204.948,00	414.564,00	339.872,31	163.429,96	192.442,59	695.744,86	695.744,86	0,00	0,00	0,00	150.000,00	45.227,16	0,00	0,00	20.628,48	8.534,24
H21895	Urupema	FED	46.348,0															

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: Janeiro de 2010

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: Janeiro de 2010

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO XII

TERMOS DE LIMITES FINANCEIROS GLOBAIS DE 08 MUNICÍPIOS DO ESTADO DE TOCANTINS.(Valores anuais em R\$)

		ATENÇÃO BÁSICA		ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR							ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA				VIGILÂNCIA EM SAÚDE													
IBGE	Município	Orig do Recurso	Comp. Fixo	Comp. Variável	Pop. própria	Pop. Referenciada	Outros recursos, ajustes e incentivos	Total FFI Assistência	Rac transf. ao FES	Rac repassado p/ FNS p/ parte devido a pass.	Rac. aloca. em outras UF	Total MAC alocado ao FMS	Comp. básico	Comp. básico repassado ao FES	Comp. Extra-orçatório	Comp. Extra-orçatório	Vig. Epidemiol. e Ambiental	Vigilância Sanitária	Bloco de Gestão	TOTAL								
170035	Altaíde de Tocantins	FED	105.480,00	597.471,00	38.616,62	5.976,14	5.225,87	49.818,63	49.818,63	0,00	0,00	0,00	23.374,08	0,00	0,00	0,00	0,00	27.154,08	8.520,84	0,00	762.000,00							
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.551,50	-	-	-	-	-	-	173.415,60	181.967,10							
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
	Altaíde de Tocantins Total		105.480,00	597.471,00	38.616,62	5.976,14	5.225,87	49.818,63	49.818,63	0,00	0,00	0,00	31.925,58	0,00	0,00	0,00	0,00	27.154,08	8.520,84	173.415,60	1.750.174,37							
170350	Colinas do Tocantins	FED	611.820,00	2.004.873,00	1.019.344,43	565.946,09	1.150.692,93	2.735.983,45	2.656.783,45	0,00	0,00	79.200,00	120.121,80	0,00	0,00	0,00	0,00	139.899,00	16.695,72	0,00	2.972.609,32							
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56.876,40	-	-	-	-	-	-	2.348.623,92	2.405.600,32							
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.545.558,20	-							
	Colinas do Tocantins Total		611.820,00	2.004.873,00	1.019.344,43	565.946,09	1.150.692,93	2.735.983,45	2.656.783,45	0,00	0,00	79.200,00	177.098,20	0,00	0,00	0,00	0,00	139.899,00	16.695,72	2.348.623,92	6.923.768,04							
170710	Domotopolis do Tocantins	FED	117.882,00	614.397,00	71.928,95	66.331,59	123.505,07	261.785,61	261.785,61	0,00	0,00	0,00	26.071,92	0,00	0,00	0,00	0,00	31.234,72	8.446,80	0,00	798.022,44							
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.538,56	-	-	-	-	-	-	162.016,44	201.555,00							
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.538,56	-	-	-	-	-	-	738.438,81	-							
	Domotopolis do Tocantins Total		117.882,00	614.397,00	71.928,95	66.331,59	123.505,07	261.785,61	261.785,61	0,00	0,00	0,00	45.146,04	0,00	0,00	0,00	0,00	31.234,72	8.446,80	920.917,69	1.738.017,25							
171195	Lagoa do Tocantins	FED	59.004,00	273.345,84	7.624,37	0,00	288,00	7.912,37	7.912,37	0,00	0,00	0,00	13.033,92	0,00	0,00	0,00	0,00	12.571,08	7.200,00	0,00	365.154,84							
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.768,50	-	-	-	-	-	-	133.748,64	138.517,14							
		MUN	42.808,80	145.884,00	-	-	-	-	-	-	-	-	10.861,40	-	-	-	-	-	-	168.564,40	-							
	Lagoa do Tocantins Total		101.812,80	419.229,84	7.624,37	0,00	288,00	7.912,37	7.912,37	0,00	0,00	0,00	28.664,02	0,00	0,00	0,00	0,00	12.571,08	7.200,00	133.748,64	700.236,38							
171250	Martimópolis do Tocantins	FED	95.456,04	182.904,00	6.622,75	0,00	2.451,64	9.074,39	9.074,39	0,00	0,00	0,00	18.339,36	0,00	0,00	0,00	0,00	23.501,52	8.146,32	0,00	328.347,34							
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.708,50	-	-	-	-	-	-	42.638,40	49.347,90							
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.015.547,83	-							
	Martimópolis do Tocantins Total		95.456,04	182.904,00	6.622,75	0,00	2.451,64	9.074,39	9.074,39	0,00	0,00	0,00	25.048,86	0,00	0,00	0,00	0,00	23.501,52	8.146,32	42.638,40	1.393.242,96							
172065	Silvânia	FED	94.500,00	430.882,00	31.915,26	0,00	118.894,37	150.809,63	150.809,63	0,00	0,00	0,00	20.901,84	0,00	0,00	0,00	0,00	17.802,56	8.020,56	0,00	562.206,96							
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7.647,00	-	-	-	-	-	-	355.601,12	563.253,12							
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	883.803,19	901.450,19							
	Silvânia Total		94.500,00	430.882,00	31.915,26	0,00	118.894,37	150.809,63	150.809,63	0,00	0,00	0,00	36.195,84	0,00	0,00	0,00	0,00	17.802,56	8.020,56	1.249.406,31	1.826.908,27							
172110	Documatin	FED	123.588,00	1.331.334,00	21.073,74	0,00	1.788,80	22.863,54	22.863,54	0,00	0,00	0,00	27.318,36	0,00	0,00	0,00	0,00	32.870,52	8.410,80	0,00	1.533.521,68							
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8.924,50	-	-	-	-	-	-	201.212,64	211.207,14							
		MUN	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.040.729,50	-							
	Documatin Total		123.588,00	1.331.334,00	21.073,74	0,00	1.788,80	22.863,54	22.863,54	0,00	0,00	0,00	37.312,86	0,00	0,00	0,00	0,00	32.870,52	8.410,80	1.241.941,94	2.774.738,17							
172120	Documatinópolis	FED	432.608,04	2.387.769,00	985.121,01	403.687,90	668.751,08	2.057.559,99	2.057.559,99	0,00	0,00	0,00	87.469,44	0,00	0,00	0,00	0,00	146.660,28	13.383,44	0,00	3.067.870,20							
		EST	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.038,50	-	-	-	-	-	-	824.346,72	838.385,32							
		MUN	49.454,96	154.071,00	58.470,00	32.716,37	53.970,71	255.454,61	-	0,00	0,00	-	11.973,94	-	-	-	-	27.788,88	5.113,54	-	401.248,09							
	Documatinópolis Total		482.063,00	2.541.840,00	1.043.591,01	436.404,27	721.521,79	2.313.014,60	2.057.559,99	0,00	0,00	0,00	113.881,20	0,00	0,00	0,00	0,00	174.447,16	18.496,78	824.346,72	4.301.583,51							
TOTAL GERAL			1.732.801,87	8.108.640,84	2.242.212,13	1.081.678,09	2.124.146,47	5.651.762,32	5.216.607,61	0,00	0,00	79.200,00	485.275,60	0,00	0,00	0,00	0,00	459.270,64	84.017,83	6.835.041,22	21.415.381,10							
RESUMO DOS TIPO POR ORIGEM DE RECURSO																					FEDERAL	1.039.732,88	ESTADUAL	4.389.831,94	MUNICIPAL	6.645.826,28		21.415.381,10

RESUMO DOS TIPOS POR ORIGEM DE RECURSO	FEDERAL	10.379.732,88	ESTADUAL	4.388.831,84	MUNICIPAL	6.645.826,78	TOTAL	21.415.381,10
--	---------	---------------	----------	--------------	-----------	--------------	-------	---------------

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos federais: setembro de 2009 para o Bloco MAC Assistência e dezembro de 2009 para todos os demais Blocos de Financiamento (dados obtidos no sítio do FNS em 18/02/2010)

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos estaduais: agosto de 2009.

Mês e ano de referência dos valores constantes neste Termo quanto aos recursos municipais: agosto de 2009.

Considerado apenas o recurso federal repassado fundo a fundo para custeio.

Os incentivos do Bloco MAC Assistência referem-se àqueles descritos na Portaria de Regulamentação dos Blocos de Financiamento, Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007.

O Total por município é o valor a ser transferido anualmente do FNS a cada FMS.

ANEXO III

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde

PORTARIA SMSLEM/GABS Nº 0005/2012, DE 19 DE JUNHO DE 2012

-Dispõe sobre a ampliação dos serviços da Unidade Mista de Saúde Dr. Gileno de Sá Oliveira.¶ A SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, no uso de suas atribuições, e Considerando, a preocupação com a qualidade do atendimento à população de Luís Eduardo Magalhães – BA; Considerando, a necessidade imediata de uma ampliação na Unidade Mista em função da grande demanda, através de pequenas mudanças físicas que resultará em importantes mudanças funcionais; Considerando, que as realizações das mudanças físicas e funcionais atendem as determinações anteriores da DIVISA e está em conformidade com a legislação pertinente, inclusive com os artigos 6º e 7º da RDC 189 de 18 de junho de 2003, quando citam flexibilidade nos casos de reformas e adequações privilegiando os fluxos de trabalho, material e paciente, objetivo principal das mudanças em andamento; Considerando, que a ampliação da Unidade Mista atenderá de imediato as necessidades da população do Município, com atendimento resolutivo, de qualidade e com acolhimento humano; Considerando, que para assegurar a resolutividade, a qualidade no atendimento e a humanização é indispensável a definição de responsabilidades por indivíduo, por função e por área física; Considerando, ser fundamental a distribuição dos recursos humanos conforme suas qualificações, disponibilidades e comprometimentos para com a população e suas prioridades, bem como para com a unidade pública onde trabalham; Considerando, a escala mensal de trabalho por categoria profissional elaborada em conjunto pelos diretores técnico, clínico e administrativo e pelas coordenações técnicas, em conformidade com o estabelecido ética e tecnicamente, garantindo dessa forma a

distribuição justa e produtiva dos recursos humanos; Considerando, que a aplicação diária de rotinas e protocolos por cada elemento humano e em todos os setores, permitirá um completo e adequado funcionamento de toda a unidade; Considerando, que a padronização quanto aos equipamentos, materiais e medicamentos evitará interrupções no atendimento, bem como danos nos equipamentos, perdas materiais e prejuízos humanos; Considerando, que as passagens de plantão diárias e em cada turno com assinatura dos responsáveis serão a garantia da manutenção permanente da qualidade do atendimento; Considerando, a aplicação do Regimento Interno da Unidade, o pleno funcionamento das comissões de ética médica, de controle de infecções hospitalares, de revisão de prontuários, de prevenção de acidentes e de verificação de óbitos e ainda o respeito à hierarquia no trabalho e em todas as relações humanas na unidade, serão elementos fundamentais a garantir o alcance do maior objetivo proposto: benefício comum para a população e para todas as pessoas e entidades envolvidas, resolve: Art. 1º - Ampliar os serviços hospitalares em Luís Eduardo Magalhães-BA destinado a realização de procedimentos de média complexidade, tais como partos naturais e cesarianos além de outros procedimentos clínicos e cirúrgicos, principalmente em caráter de urgência e emergência e apresentando as seguintes unidades funcionais: I - Unidade de Recepção, Acolhimento e Espera: sala para recepção e SAME com guichês interligando-se funcionalmente a segunda e terceira Unidades; sala para assistência social; sala de espera e instalações sanitárias masculina, feminina e para deficientes; II – Unidade Administrativa: sala para diretoria administrativa; sala para processamento de dados; instalação sanitária; espaço apropriado para funcionária administrativa interligando-se funcionalmente a primeira e terceira Unidades; III – Unidade de Apoio e Diagnóstico: consultório para atendimento geral; consultório para

obstetrícia; ultrassonografia; raios X; sala de gesso; ala para pequenas cirurgias ambulatoriais e DML; 2 BAHIA. QUINTA-FEIRA, 28 de Junho de 2012 ANO V Nº673 Este documento foi assinado digitalmente por AC SERASA SRF ICP-BRASIL. IV – Unidade de Apoio a terapia – Centro Obstétrico e Cirúrgico: internações em ambientes separados para isolamento, psiquiatria, pediatria, adulto masculino, adulto feminino, puérperas pós-partos normais, puérperas pós-cesarianase, cirurgia geral; centro obstétrico e cirúrgico com recepção própria; entrada para pacientes em maca ou cadeira de rodas; vestiário masculino e feminino; posto de enfermagem; salas de pré-parto com banheiro; sala centralizada com visores para os vestiários, saídas de pacientes, sala de parto, sala de recuperação, centro cirúrgico e saída de materiais para esterilização destinada a direção técnica e coordenação do centro obstétrico e cirúrgico; sala de parto; sala de materiais; espaço para recepção e cuidados com o recém-nascido; lavabos; salas de cirurgias e sala de recuperação pós-anestésica; V – Unidade de Apoio Técnico e Administrativo: central de material esterilizado com entrada independente para áreas de recepção, descontaminação e lavagem de materiais; vestiários com entradas isoladas para rouparia, com guichê de distribuição de roupa limpa, área de preparo e montagem, área de esterilização e distribuição de material esterilizado; central de computação; repouso masculino e feminino para médicos, enfermeiros, técnicos e motoristas; copa; farmácia; almoxarifado; área para ambulâncias; central de vacinação com entrada externa e isolada; morgue e área para armazenagem separada e temporária do lixo comum hospitalar. Art. 2º - Determina a diretoria da unidade hospitalar a organização imediata de todas as suas unidades funcionais, bem como garantir o bom funcionamento imediato e permanente de toda unidade em conformidade com as considerações acima relacionadas. Art. 3º - Esta Portaria entra em vigor na data

de sua publicação. MAIRA DE ANDRADA SANTA CRUZ Secretária Municipal
de Saúde

ANEXO IV**PORTARIA Nº 1.683, DE 12 DE JULHO DE
2007**

Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, resolve:

Art 1º - Aprovar a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso.

Parágrafo único. A Norma de Orientação de que trata este artigo integra o ANEXO a esta Portaria.

Art 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º - Fica revogada a Portaria nº 693/GM de 5 de julho de 2000, publicada no Diário Oficial da União nº 129-E, de 6 de julho de 2000, Seção 1, página 15.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO

ANEXO

NORMA DE ORIENTAÇÃO PARA A IMPLANTAÇÃO DO MÉTODO CANGURU**I - INTRODUÇÃO**

Os avanços tecnológicos para o diagnóstico e a abordagem de recém-nascidos enfermos, notadamente os de baixo peso, aumentaram de forma impressionante as chances de vida desse grupo etário. Sabe-se, ainda, que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares, portanto, cumpre estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento.

A presente Norma deverá ser implantada nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SUS. As Unidades que já possuem esse Método de atendimento deverão manter o que vêm fazendo, introduzindo apenas as novas adaptações que visam melhorar a eficiência e a eficácia da atenção.

A adoção dessa estratégia contribui para a promoção de uma mudança institucional na busca da atenção à saúde, centrada na humanização e no princípio de cidadania da família.

Entende-se que as recomendações aqui contidas deverão ser consideradas como um mínimo ideal para a tomada de condutas que visem a um atendimento adequado ao recém-nascido de baixo peso, com procedimentos humanizados, objetivando maior apego, incentivo ao aleitamento materno, melhor desenvolvimento e segurança, inclusive quanto ao relacionamento familiar.

Definição

1. O Método Canguru é um modelo de assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção bio-psico-social.

2. O contato pele-a-pele, no Método Canguru, começa com o toque evoluindo até a posição canguru. Inicia-se de forma precoce e crescente, por livre escolha da família, pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Esse Método permite uma maior participação dos pais e da família nos cuidados neonatais.

3. A posição canguru consiste em manter o recém-nascido de baixo peso, em contato pele-a-pele, na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente treinada.

Normas Gerais

1. A adoção do Método Canguru visa fundamentalmente uma mudança de atitude na abordagem do recém-nascido de baixo peso, com necessidade de hospitalização.

2. O método descrito não é um substitutivo das unidades de terapia intensiva neonatal, nem da utilização de incubadoras, já que estas situações têm as suas indicações bem estabelecidas.

3. O Método não objetiva economizar recursos humanos e recursos técnicos, mas fundamentalmente aprimorar a atenção perinatal.

4. O início da atenção adequada ao RN antecede o período do nascimento. Durante o pré-natal, é possível identificar mulheres com maior risco de recém-nascidos de baixo peso; para elas devem ser oferecidas informações sobre cuidados médicos específicos e humanizados.

5. Nas situações em que há risco de nascimento de crianças com baixo peso, é recomendável encaminhar à gestante para os cuidados de referência, uma vez que essa é a maneira mais segura de atenção.

6. Na 2ª etapa não se estipula a obrigatoriedade de tempo em posição canguru. Essa situação deve ser entendida como um fato que ocorre com base na segurança do manuseio da criança, no prazer e na satisfação da criança e da mãe.

7. Deverá ser também estimulada a participação do pai e de outros familiares na colocação da criança em posição canguru.

8. A presença de berço no alojamento de mãe e filho, com possibilidade de elevação da cabeceira, permitirá que a criança ali permaneça na hora do exame clínico, durante o asseio da criança e da mãe e nos momentos em que a mãe e a equipe de saúde acharem necessários.

9. São atribuições da equipe de saúde:

- orientar a mãe e a família em todas as etapas do método
- oferecer suporte emocional e estimular os pais em todos os momentos
- encorajar o aleitamento materno
- desenvolver ações educativas abordando conceitos de higiene, controle de saúde e nutrição
- desenvolver atividades recreativas para as mães durante o período de permanência hospitalar

- participar de treinamento em serviço como condição básica para garantir a qualidade da atenção

- orientar a família na hora da alta hospitalar, criando condições de comunicação com a equipe, e garantir todas as possibilidades já enumeradas de atendimento continuado.

Vantagens

- aumenta o vínculo mãe-filho

- reduz o tempo de separação mãe-filho

- melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do RN de baixo-peso.

- estimula o aleitamento materno, permitindo maior frequência, precocidade e duração

- permite um controle térmico adequado

- favorece a estimulação sensorial adequada do RN

- contribui para a redução do risco de infecção hospitalar

- reduz o estresse e a dor dos RN de baixo peso

- propicia um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde

- possibilita maior competência e confiança dos pais no manuseio do seu filho de baixo peso, inclusive após a alta hospitalar

- contribui para a otimização dos leitos de Unidades de Terapia Intensiva e de Cuidados Intermediários devido à maior rotatividade de leitos

População a ser atendida

- Gestantes de risco para o nascimento de crianças de baixo peso

- Recém-nascidos de baixo peso

- mãe, pai e família do recém-nascido de baixo peso

Aplicação do método

O método será desenvolvido em três etapas:

- 1ª etapa

Período que se inicia no pré-natal da gestação de alto-risco seguido da internação do RN na Unidade Neonatal. Nessa etapa, os procedimentos deverão seguir os seguintes cuidados especiais:

- Acolher os pais e a família na Unidade Neonatal.

- Esclarecer sobre as condições de saúde do RN e sobre os cuidados dispensados, sobre a equipe, as rotinas e o funcionamento da Unidade Neonatal.

- Estimular o livre e precoce acesso dos pais à Unidade Neonatal, sem restrições de horário.

- Propiciar sempre que possível o contato com o bebê.

- Garantir que a primeira visita dos pais seja acompanhada pela equipe de profissionais.

- Oferecer suporte para a amamentação.

- Estimular a participação do pai em todas as atividades desenvolvidas na Unidade

- Assegurar a atuação dos pais e da família como importantes moduladores para o bem-estar do bebê.

- Comunicar aos pais as peculiaridades do seu bebê e demonstrar continuamente as suas competências.

- Garantir à puérpera a permanência na unidade hospitalar pelo menos nos primeiros cinco dias, oferecendo o suporte assistencial necessário.

- Diminuir os níveis de estímulos ambientais adversos da unidade neonatal, tais como odores, luzes e ruídos.

- Adequar o cuidar de acordo com as necessidades individuais comunicadas pelo bebê.

- Garantir ao bebê medidas de proteção do estresse e da dor.

- Utilizar o posicionamento adequado do bebê, propiciando maior conforto, organização e melhor padrão de sono, favorecendo assim o desenvolvimento.

- Assegurar a permanência da puérpera, durante a primeira etapa:

- Auxílio transporte, para a vinda diária à unidade pelos Estados e/ou Municípios

- Refeições durante a permanência na unidade pelos Estados e/ou Municípios

- Assento (Cadeira) adequado para a permanência ao lado de seu bebê e espaço que permita o seu descanso.

- Atividades complementares que contribuam para melhor ambientação, desenvolvidas pela equipe e voluntários.

2ª etapa

Na segunda etapa o bebê permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. Esse período funcionará como um “estágio” pré-alta hospitalar.

2.1 São critérios de elegibilidade para a permanência nessa etapa:

2.1.2 Do bebê

- estabilidade clínica

- nutrição enteral plena (peito, sonda gástrica ou copo)

- peso mínimo de 1.250g

2.1.2 Da mãe

- desejo de participar, disponibilidade de tempo e de rede social de apoio
- consenso entre mãe, familiares e profissionais da saúde
- capacidade de reconhecer os sinais de estresse e as situações de risco do recém-nascido.
- conhecimento e habilidade para manejar o bebê em posição canguru

2.2 Permitir o afastamento temporário da mãe de acordo com suas necessidades.

2.3 Acompanhar a evolução clínica e o ganho de peso diário.

2.4 Cada serviço deverá utilizar rotinas nutricionais de acordo com as evidências científicas atuais.

2.5 A utilização de medicações orais, intramusculares ou endovenosas intermitentes não contra-indicam a permanência nessa etapa.

2.6 São critérios para a alta hospitalar com transferência para a 3ª etapa:

- mãe segura, psicologicamente motivada, bem orientada e familiares conscientes quanto ao cuidado domiciliar do bebê
- compromisso materno e familiar para a realização da posição pelo maior tempo possível
- peso mínimo de 1.600g
- ganho de peso adequado nos três dias que antecederem a alta
- sucção exclusiva ao peito ou, em situações especiais, mãe e família habilitados a realizar a complementação
- assegurar acompanhamento ambulatorial até o peso de 2500g
- a primeira consulta deverá ser realizada até 48 horas da alta e as demais no mínimo uma vez por semana
- garantir atendimento na unidade hospitalar de origem, a qualquer momento, até a alta da terceira etapa.

3. 3ª etapa

Esta etapa se caracteriza pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou no domicílio até atingir o peso de 2.500g, dando continuidade à abordagem biopsicossocial.

3.1 Ambulatório de acompanhamento

São atribuições do ambulatório de acompanhamento:

- realizar exame físico completo da criança tomando como referências básicas o grau de desenvolvimento, o ganho de peso, o comprimento e o perímetro cefálico, levando-se em conta a idade gestacional corrigida

- avaliar o equilíbrio psicoafetivo entre a criança e a família e oferecer o devido suporte

- Apoiar a manutenção de rede social de apoio

- corrigir as situações de risco, como ganho inadequado de peso, sinais de refluxo, infecção e apnéias

- orientar e acompanhar tratamentos especializados

- orientar esquema adequado de imunizações

3.2 O seguimento ambulatorial deve apresentar as seguintes características:

- ser realizado por médico e/ou enfermeiro, que, de preferência, tenha acompanhado o bebê e a família nas etapas anteriores

- o atendimento, quando necessário deverá envolver outros membros da equipe interdisciplinar

- ter agenda aberta, permitindo retorno não agendado, caso o bebê necessite

- o tempo de permanência em posição canguru será determinado individualmente por cada díade

- após o peso de 2.500g, o seguimento ambulatorial deverá seguir as normas de crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde

Recursos para a implantação

1. Recursos Humanos

Recomenda-se que toda a equipe de saúde responsável pelo atendimento do bebê, dos pais e da família, esteja adequadamente capacitada para o pleno exercício do Método

A equipe multiprofissional deve ser constituída por:

- Médicos

- pediatras e/ou neonatologistas (cobertura de 24 horas)

- obstetras (cobertura de 24 horas)

- oftalmologista

- enfermeiros (cobertura de 24 horas)

- psicólogos

- fisioterapeutas

- terapeutas ocupacionais

- assistentes sociais
- fonoaudiólogos
- nutricionistas
- técnicos e auxiliares de enfermagem (na 2ª etapa, uma auxiliar para cada 6 binômios com cobertura 24 horas).

2. Recursos Físicos

2.1 Os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas para essas áreas e permitir o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil descrito nas etapas 1 e 2 dessa Norma. É importante que essas áreas permitam a colocação de assentos removíveis (cadeiras – bancos) para, inicialmente, facilitar a colocação em posição canguru.

2.2 Os quartos ou enfermarias para a 2ª etapa deverão obedecer à Norma já estabelecida para alojamento conjunto, com aproximadamente 5m² para cada conjunto leito materno/berço do recém-nascido.

2.3 Recomenda-se que a localização desses quartos proporcione facilidade de acesso ao setor de cuidados especiais.

2.4 Objetivando melhor funcionamento, o número de binômios por enfermaria deverá ser de, no máximo, seis.

2.5 O posto de enfermagem deverá localizar-se próximo a essas enfermarias.

2.6 Cada enfermaria deverá possuir um banheiro (com dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório) e um recipiente com tampa para recolhimento de roupa usada.

3. Recursos Materiais

3.1 Na 2ª etapa, na área destinada a cada binômio, serão localizados: cama, berço (de utilização eventual, mas que permita aquecimento e posicionamento da criança com a cabeceira elevada), aspirador a vácuo, central ou portátil, cadeira e material de asseio.

3.2 Balança pesa-bebê, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro.

3.3 Carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória, que deverá estar localizado nos postos de enfermagem.

Avaliação do método

Sugere-se que, periodicamente, sejam realizadas as seguintes avaliações:

- morbidade e mortalidade neonatal.
- taxas de reinternação.
- crescimento e desenvolvimento
- grau de satisfação e segurança materna e familiar
- prevalência do aleitamento materno

- desempenho e satisfação da equipe de saúde
- conhecimentos maternos adquiridos quanto aos cuidados com a criança
- tempo de permanência intra-hospitalar

A equipe técnica da Saúde da Criança/MS dispõe-se a fornecer modelo de protocolo para obtenção dos dados dessas avaliações.

ANEXO V



Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

**PORTARIA Nº 1.153, DE 22 DE MAIO DE
2014**

Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso da atribuição que lhe confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e também a de produtos de puericultura correlatos;

Considerando a Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, que dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 569/GM/MS, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);

Considerando a Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define as diretrizes e os objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.020/GM/MS, de 29 de maio de 2013, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 1.920/GM/MS, de 5 de setembro de 2013, que institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil;

Considerando a Portaria nº 650/SAS/MS, de 5 de outubro de 2011, que dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha;

Considerando a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 221, de 5 de agosto de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que aprova o regulamento técnico sobre chupetas, bicos mamadeiras e protetores de mamilo;

Considerando a RDC nº 222/ANVISA, de 5 de agosto de 2002, que aprova o regulamento técnico para promoção comercial de alimentos para lactantes e crianças de primeira infância;

Considerando a criação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estabelecida e assinada na Declaração de Innocenti, na Itália, em 1990;

Considerando o compromisso internacional assumido pelo Brasil na Declaração do Milênio, quanto ao cumprimento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, em especial a Meta 4, de reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de 5 anos, e a meta 5, de reduzir em três quartos, até 2015, a taxa de mortalidade materna;

Considerando a importância da ampliação e do fortalecimento da IHAC para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, e continuado até os dois anos de idade, ou mais, complementado com alimentos adequados, seguros e saudáveis;

Considerando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que reflete o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis; e

Considerando a pactuação ocorrida na 9ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em 21 de novembro de 2013, resolve:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 1º Esta Portaria altera os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Fica criado o Código 14.16 na Tabela de Habilitação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme anexo I a esta Portaria.

§ 1º Após o cumprimento dos critérios estabelecidos nesta Portaria, os Hospitais Amigos da Criança serão habilitados pelo Código 14.16.

§ 2º Os Hospitais Amigos da Criança habilitados com o código referido no "caput" perceberão, a título de incremento aos procedimentos de assistência ao parto e atendimento ao recém-nascido em sala de parto, os percentuais descritos nos anexos II e III a esta Portaria.

Art. 3º Ficam instituídos novos incrementos financeiros aos valores dos procedimentos realizados nos estabelecimentos de saúde habilitados na IHAC, abaixo transcritos:

I - procedimentos de parto normal e cesariana em gestação de alto risco, nos termos descritos no anexo II; e

II - atendimentos ao recém-nascido em sala de parto, nos termos descritos no anexo III.

Art. 4º Os Hospitais Amigos da Criança adotarão ações educativas articuladas com a Atenção Básica, de modo a informar à mulher sobre a assistência que lhe é devida, do pré-natal ao puerpério, visando ao estímulo das "Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento", na forma da Recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Atendimento ao Parto Normal.

Parágrafo único. Dentre as ações referidas no "caput", os Hospitais Amigos da Criança garantirão a vinculação da gestante, no último trimestre de gestação, ao estabelecimento hospitalar em que será realizado o parto.

Art. 5º Os Hospitais Amigos da Criança assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na Atenção Básica, bem como o acesso a outros serviços e grupos de apoio à amamentação, após a alta.

CAPÍTULO II DAS RESPONSABILIDADES DOS ENTES FEDERATIVOS PELA IMPLANTAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA IHAC

Art. 6º Para gerenciar a implantação e a implementação da IHAC, no âmbito do SUS, ficam estabelecidas as seguintes competências:

I - ao Ministério da Saúde (MS) compete:

a) propor normas e promover condições que qualifiquem os Recursos Humanos para a condução dos processos operacionais e fluxos da IHAC;

b) estabelecer diretrizes para habilitação dos Hospitais Amigos da Criança;

c) realizar as avaliações globais dos estabelecimentos de saúde para serem habilitados à IHAC;

d) publicar atos normativos para habilitação do estabelecimento de saúde na IHAC, bem como para definição do repasse financeiro decorrente desta habilitação;

e) entregar a placa de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial, recomendando-se a participação de 1 (um) representante do Ministério da Saúde, 1 (um) representante do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 1 (um) representante da Secretaria de Saúde do Estado e 1 (um) representante da Secretaria Municipal de Saúde;

f) monitorar e avaliar permanentemente a estratégia IHAC no País;

g) garantir a manutenção do sistema de informação "web" (SISIHAC) para coleta e gerenciamento de dados; e

h) instituir a formação de 5 (cinco) polos de referência no País, com o objetivo de atuar nas atividades relacionadas à IHAC, no âmbito de cada unidade federativa da sua área de abrangência, em concordância com os critérios desta Portaria.

II - à Secretaria de Saúde dos Estados compete:

a) coordenar a IHAC no âmbito estadual, cumprindo as exigências desta Portaria;

b) apoiar as Secretarias Municipais de Saúde para habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança dos seus Municípios;

c) disponibilizar profissionais para serem formados como avaliadores da IHAC pelo Ministério da Saúde e para os processos de apoio e avaliação dos estabelecimentos de saúde;

d) promover e organizar solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Município;

e) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território;

f) informar à Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS) os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento; e

g) solicitar ao Ministério da Saúde o descredenciamento de hospital desativado.

III - à Secretaria de Saúde dos Municípios compete:

a) coordenar a IHAC, no âmbito municipal, cumprindo as exigências desta Portaria;

b) participar, junto à Secretarial de Saúde dos Estados, do apoio à formação dos recursos humanos e à habilitação e manutenção dos Hospitais Amigos da Criança no âmbito do seu território;

c) promover e organizar a solenidade oficial para a entrega da placa IHAC, conjuntamente com a Secretaria de Saúde do Estado;

d) zelar pela continuidade das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno dos Hospitais Amigos da Criança localizados em seu território; e

e) informar à Secretaria de Saúde dos Estados os Hospitais Amigos da Criança que não estiverem em funcionamento.

Parágrafo único. À Secretaria de Saúde do Distrito Federal compete os direitos e as atribuições reservadas às Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios.

CAPÍTULO III DA HABILITAÇÃO À IHAC

Art. 7º Para serem habilitados à IHAC pelo código 14.16, os estabelecimentos de saúde públicos e privados deverão atender aos seguintes critérios:

I - cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), assim definidos:

a) passo 1: ter uma Política de Aleitamento Materno, que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;

b) passo 2: capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta Política;

c) passo 3: informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno;

d) passo 4: ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento, conforme nova interpretação, e colocar os bebês em contato pele a pele com suas mães, imediatamente após o parto, por pelo menos uma hora e orientar a mãe a identificar se o bebê mostra sinais que está querendo ser amamentado, oferecendo ajuda se necessário;

e) passo 5: mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos;

f) passo 6: não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação médica e/ou de nutricionista;

g) passo 7: praticar o alojamento conjunto, permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos 24 (vinte e quatro) horas por dia;

h) passo 8: incentivar o aleitamento materno sob livre demanda;

i) passo 9: não oferecer bicos artificiais ou chupetas a recém-nascidos e lactentes; e

j) passo 10: promover a formação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos quando da alta da maternidade, conforme nova interpretação, e encaminhar as mães a grupos ou outros serviços de apoio à amamentação, após a alta.

II - cumprir a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006, e a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL);

III - garantir permanência da mãe ou do pai junto ao recém-nascido 24 (vinte e quatro) horas por dia e livre acesso a ambos ou, na falta destes, ao responsável legal, devendo o estabelecimento de saúde ter normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde; e

IV - cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas:

a) garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;

b) ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;

c) incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal;

d) garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;

e) disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal;

f) assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e

g) caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade.

Parágrafo único. O critério global Cuidado Amigo da Mulher deverá estar contido em normas e rotinas escritas a respeito, que sejam rotineiramente transmitidas a toda equipe de cuidados de saúde.

Art. 8º Os estabelecimento de saúde públicos e privados interessados em se habilitarem à IHAC, além de cumprirem as exigências do art. 7º, deverão:

I - apresentar requerimento por meio do sítio eletrônico www.saude.gov.br/crianca e preencher os formulários que estarão disponíveis no sistema de informação do Ministério da Saúde;

II - realizar auto-avaliação na qual o estabelecimento de saúde preencherá o questionário disponível no sistema de informação do Ministério da Saúde, disponível no sítio eletrônico www.saude.gov.br/crianca, que será analisado pela Coordenação Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno ou órgão equivalente na Secretaria de Saúde dos Estados e dará continuidade ao processo de habilitação;

III - submeter-se à Pré-avaliação realizada por avaliadores da IHAC no âmbito estadual; e

IV - submeter-se à Avaliação Global a ser realizada por avaliadores da IHAC coordenada pela Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (CGSCAM/DAPES/SAS/MS).

§ 1º Na hipótese do inciso I do "caput", caso o estabelecimento de saúde não consiga acessar o sistema de informação do Ministério da Saúde, então poderá solicitar e apresentar os formulários de forma física às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

§ 2º Constatado na auto-avaliação o cumprimento dos critérios exigidos, será realizada a pré-avaliação por 1 (um) ou 2 (dois) avaliadores da IHAC, indicados pela Secretaria Estadual de Saúde, mediante instrumento padronizado pelo Ministério da Saúde.

§ 3º A Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo deslocamento do avaliador para realizar a pré-avaliação em qualquer Município do Estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no Município durante a realização da pré-avaliação.

§ 4º Ao final do processo de pré-avaliação, caso o estabelecimento de saúde não atenda integralmente aos critérios descritos nesta Portaria, a Secretaria Estadual de Saúde estabelecerá o prazo máximo de 90 (noventa) dias para realização de nova pré-avaliação, antes do início de novo processo de habilitação.

§ 5º A partir da comprovação do cumprimento dos critérios da IHAC na pré-avaliação, o Coordenador Estadual de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, ou órgão equivalente, solicitará a Avaliação Global ao Ministério da Saúde, por meio da CGSCAM/DAPES/SAS/MS, para dar continuidade ao processo de habilitação como Hospital Amigo da Criança.

§ 6º A Avaliação Global analisará os critérios descritos nesta Portaria e será realizada por 2 (dois) avaliadores credenciados e designados pela CGSCAM/DAPES/SAS/MS, sendo 1 (um) do próprio Estado.

§ 7º Os resultados da Avaliação Global deverão ser lançados no sistema de informação do Ministério da Saúde pelos avaliadores responsáveis.

§ 8º Durante o processo da Avaliação Global, o Ministério da Saúde se responsabilizará pelo custeio do deslocamento e hospedagem do avaliador indicado pelo Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Saúde ficará responsável pelo custo de deslocamento e hospedagem de seu respectivo avaliador.

§ 9º O estabelecimento de saúde que, por ocasião da Avaliação Global, não atender integralmente aos critérios estabelecidos nesta Portaria, terá o prazo de 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e solicitar à Secretaria Estadual de Saúde nova Avaliação Global.

§ 10. Na nova avaliação referida no parágrafo anterior, serão avaliados apenas os critérios não cumpridos na primeira Avaliação Global, caso a segunda ocorra dentro do período de 6 (seis) meses da realização desta.

§ 11. Ultrapassado o período descrito no parágrafo anterior, deverá ser feita nova Avaliação Global, com análise de todos os critérios de habilitação à IHAC.

§ 12. Ao final da Avaliação Global, os avaliadores informarão ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente sobre o resultado preliminar da avaliação.

Art. 9º Cumpridas satisfatoriamente as exigências e procedimentos descritos nos arts. 7º e 8º, o Ministro de Estado da Saúde editará ato específico de habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC.

§ 1º O estabelecimento de saúde habilitado receberá a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança".

§ 2º A habilitação do estabelecimento de saúde à IHAC terá validade de 3 (três) anos, devendo ser registrada no Selo de Certificação afixado à placa referida no parágrafo anterior.

§ 3º Compete à Coordenação-Geral dos Sistemas de Informação (CGSI/DRAC/SAS/MS) manter os sistemas de informação atualizados com as habilitações aprovadas.

CAPÍTULO IV DO MONITORAMENTO

Art. 10. Os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC deverão submeter-se anualmente à auto-avaliação constante no sistema de informação do Ministério da Saúde, com o apoio das Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde.

§ 1º A liberação do sistema de informação do Ministério da Saúde para inserção dos dados do monitoramento anual será de competência do Ministério da Saúde e ficará disponível do primeiro ao último dia útil do ano, podendo o estabelecimento de saúde preencher o questionário de auto-avaliação no período que considerar mais adequado ou quando completar 1 (um) ano após a habilitação na IHAC.

§ 2º O sistema de informação do Ministério da Saúde será fechado no último dia de cada ano e o balanço dos dados informados será finalizado no último dia do mês de janeiro do ano subsequente, quando será divulgado pelo Ministério da Saúde às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e aos Hospitais Amigos da Criança do País.

CAPÍTULO V DA REAVALIAÇÃO TRIENAL

Art. 11. A cada 3 (três) anos os estabelecimentos de saúde habilitados à IHAC serão reavaliados, de forma presencial, pelas Secretarias de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal, ou, ainda, a qualquer tempo, em virtude de denúncia de irregularidades.

§ 1º Para a realização das reavaliações de que trata o "caput", a Secretária de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal designará 2 (dois) avaliadores, que não poderão manter qualquer vínculo com o estabelecimento de saúde a ser avaliado.

§ 2º Os avaliadores responsáveis deverão, ao final da reavaliação trienal, informar ao gestor do estabelecimento de saúde ou equivalente, em reunião com toda a equipe, o resultado preliminar.

§ 3º A partir do resultado final da reavaliação trienal, os avaliadores deverão registrar os respectivos dados no sistema de informação do Ministério da Saúde, onde serão disponibilizados às Secretarias Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde e ao estabelecimento de saúde reavaliado.

§ 4º Constatado, por ocasião da reavaliação de que trata o "caput", que o estabelecimento de saúde não cumpre os critérios desta Portaria, ser-lhe-á concedido o prazo de até 6 (seis) meses para fazer as adequações necessárias e submeter-se a nova reavaliação acerca dos critérios não cumpridos.

§ 5º Se, por ocasião da nova reavaliação, os critérios ainda não estiverem sendo cumpridos na íntegra, mas forem constatados progressos, o estabelecimento de saúde terá o prazo de até 3 (três) meses para realizar as adequações e ser novamente reavaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal.

§ 6º Os resultados da reavaliação promovida pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal serão comunicados à CGSCAM/DAPES/SAS/MS.

§ 7º Na hipótese de o estabelecimento de saúde continuar não cumprindo os critérios desta Portaria, a CGSCAM/DAPES/SAS/MS indicará e enviará um avaliador para uma última reavaliação do mesmo.

§ 8º Caso o estabelecimento de saúde não seja aprovado na última reavaliação, será automaticamente desabilitado.

§ 9º Os estabelecimentos de saúde aprovados na reavaliação receberão selo de renovação da habilitação para o próximo período trienal.

§ 10. A Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal ficará responsável pelo deslocamento dos avaliadores para realizarem as reavaliações em qualquer Município do

Estado, devendo custear o deslocamento e a hospedagem do avaliador no Município durante a realização da reavaliação.

CAPÍTULO VI DA DESABILITAÇÃO DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE À IHAC

Art. 12. Serão desabilitados da IHAC os estabelecimentos de saúde que estejam nas seguintes condições:

I - não for avaliado pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal por 2 (dois) períodos de reavaliação trienal consecutivos;

II - não cumprirem os critérios nas reavaliações trienais; ou

III - não realizarem a auto-avaliação por 2 (dois) anos consecutivos.

§ 1º A desabilitação será feita mediante edição de ato específico do Ministro de Estado da Saúde, revogando-se o ato anterior de habilitação.

§ 2º O estabelecimento será notificado para, no prazo de 30 (trinta) dias após a sua desabilitação, devolver a placa da "Iniciativa Hospital Amigo da Criança" à CGSCAM/DAPES/SAS/MS.

CAPÍTULO VII DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 13. Todos os estabelecimentos de saúde já habilitados na IHAC terão o prazo máximo de 18 (dezoito) meses (Prazo prorrogado por 12 meses, a contar de 22.11.2015, pela PRT GM/MS nº 1.898 de 24.11.2015), contado da data de publicação desta Portaria, para comprovarem o cumprimento dos novos critérios estabelecidos nesta Portaria.

§ 1º A aferição do cumprimento dos novos critérios será feita através de avaliação presencial, pela Secretaria de Saúde dos Estados ou do Distrito Federal, nos moldes da reavaliação trienal referida no art. 11.

§ 2º Caso o estabelecimento de saúde tenha sido avaliado no ano anterior à publicação desta Portaria, a avaliação presencial será feita apenas quanto aos novos critérios da IHAC.

Art. 14. Os Hospitais Amigos da Criança atualmente habilitados com o Código 14.04 na Tabela de Habilitação do SCNES continuarão a receber o mesmo valor pelos procedimentos de assistência ao parto anteriormente previsto na Portaria nº 1.117/GM/MS, de 7 de junho de 2004.

§ 1º Ultrapassado o prazo referido no "caput" do art. 13, o Código 14.04 será excluído e os respectivos estabelecimentos de saúde serão automaticamente desabilitados da IHAC caso não comprovem o cumprimento dos novos critérios estabelecidos nesta Portaria.

§ 2º Cumpridos os novos critérios estabelecidos nesta Portaria dentro do prazo estabelecido pelo "caput" do art. 13, os estabelecimentos de saúde já habilitados na IHAC continuarão habilitados na IHAC e passarão a ser registrados pelo Código 14.16 na Tabela de Habilitação do SCNES.

Art. 15. A CGSCAM/DAPES/SAS/MS atualizará, periodicamente, os manuais instrutivos disponibilizados no sítio eletrônico www.saude.gov.br/crianca, com detalhamento dos processos de avaliação e monitoramento.

Art. 16. A ouvidoria ativa do Ministério da Saúde será um dos instrumentos para direcionar à CGSCAM/DAPES/SAS/MS eventuais denúncias de irregularidades em face das boas práticas da IHAC.

Art. 17. Os recursos financeiros, para a execução das atividades de que trata esta Portaria, são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar o Programa de Trabalho 10.302.2015.8585 (Plano Orçamentário 0009) Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade (Plano orçamentário 0007).

Art. 18. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, com efeitos operacionais em relação aos sistemas de informação a partir da competência seguinte ao da sua publicação.

ARTHUR CHIORO

ANEXO I

Tabela de Habilitação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)

Código da habilitação	Nome da habilitação	Tipo de habilitação
14.16	Hospital Amigo da Criança	Centralizada

ANEXO II

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ASSISTÊNCIA AO PARTO COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	%Incremento
03.10.01.003-9	Parto Normal	17%
04.11.01.003-4	Parto Cesariano	8,5%
03.10.01.004-7	Parto Normal em Gestação de alto Risco	5%
04.11.01.002-6	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	2,5%
04.11.01.004-2	Parto Cesariano com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO III

TABELA DE PROCEDIMENTOS DE ATENDIMENTO AO RECÉM NASCIDO EM SALA DE PARTO, COM PERCENTUAL DE INCREMENTO EM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

Código	Procedimento	%Incremento
03.10.01.002-0	Parto Normal	8,5%
	Parto Cesariano	8,5%
	Parto Normal em Gestação de alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano em Gestação de Alto Risco	8,5%
	Parto Cesariano com Laqueadura Tubária	8,5%

ANEXO VI

Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990

Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

O presidente da República Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

LIVRO I PARTE GERAL Título I Das Disposições Preliminares

Art. 1º Esta lei dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente.

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Parágrafo único. Nos casos expressos em lei, aplica-se excepcionalmente este Estatuto às pessoas entre dezoito e vinte e um anos de idade.

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

1 Publicada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 16 de julho de 1990, p. 13563, e retificada no Diário Oficial da União, Seção 1, de 27 de agosto de 1990, p. 18551.

Série 12 Legislação Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende: a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; c) preferência na

formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Art. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

Art. 6º Na interpretação desta lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.

Título II Dos Direitos FUNDAMENTAIS

CAPÍTULO I Do Direito à Vida e à Saúde

Art.7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal. § 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema. § 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal. § 3º Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem. Estatuto da Criança e do Adolescente 9ª edição 13 2 § 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. 3 § 5º A assistência referida no § 4º deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção.

Art. 9º O poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade.

Art. 10. Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: I – manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos; II – identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente; III – proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutica de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais; IV – fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato; V – manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe. 4

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. § 1º A criança e o adolescente portadores de deficiência receberão atendimento especializado. § 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente àqueles que necessitarem os medicamentos, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. 2 Parágrafo acrescido pela Lei nº 12.010, de 3-8-2009. 3 Idem. 4 Caput com redação dada pela Lei nº 11.185, de 7-10-2005. Série 14 Legislação

Art. 12. Os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente.

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao conselho tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. 5º Parágrafo único. As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas à Justiça da Infância e da Juventude. Art. 14. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos. Parágrafo único. É obrigatória a vacinação das crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. ...