

## Diretrizes Gerais para Implantação do CEM

### Documento para subsidiar as Unidades Regionais da SES

#### **1- Introdução**

Atualmente a Atenção Especializada (AE) de média complexidade (níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico) é um dos pontos de maior fragilidade de organização e dificuldade de acesso do Sistema Único de Saúde (SUS).

É fundamental a reorganização da atenção especializada de forma a garantir a articulação com os demais níveis de atenção, para a garantia da integralidade, capaz de evitar a duplicidade de infraestrutura e serviços, diminuir os custos e melhorar a resolutividade.

Diante do exposto a Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (SES/MG) tem a proposta de implantar os Centros de Especialidades Médicas (CEM) com o objetivo de ampliar o acesso da população às ações e serviços de saúde na atenção especializada ambulatorial de forma a garantir a integralidade do cuidado.

A Deliberação CIB-SUS/MG N° 2.238, de 09 de dezembro de 2015, aprova a definição da estratégia de Atenção Especializada Ambulatorial no Estado de Minas Gerais por meio da implementação do CEM e a Resolução SES/MG N° 5.067, de 09 de dezembro de 2015, define a estratégia de Atenção Especializada Ambulatorial no Estado de Minas Gerais, por meio da implementação do CEM.

#### **2- Conceito e Considerações importantes**

O CEM é uma articulação de pontos de atenção à saúde, de abrangência regional, que ofertará atenção especializada ambulatorial, organizado por meio de diferentes modelagens organizacionais, de acordo com as linhas de cuidado e redes de atenção, ordenado pela Atenção Básica (AB) e com regulação do acesso.

O CEM deverá ser organizado regionalmente de forma a garantir escala adequada para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto à qualidade da atenção a ser prestada.

O CEM poderá ser constituído de estrutura física única (estabelecimento de saúde) ou de mais de uma estrutura física em um ou mais de um município. Para isso, haverá um centro coordenador que será responsável pela gestão da oferta, tempos de espera, continuidade do cuidado, garantia de fluxos regulatórios, e relação com a Atenção Básica nos demais pontos de atenção que o compõem.

Deverão ser considerados para definição do escopo do CEM a análise de necessidade x oferta com base na Portaria GM/MS Nº 1631 de 2015, a viabilidade com base em capacidade instalada – estrutura e disponibilidade de equipe médica, acessibilidade, e organização da AB. Outro aspecto fundamental na análise de viabilidade é a existência de alternativa de gestão/operacionalização do CEM no que diz respeito à contratação de recursos humanos e compra de ações e serviços de saúde de terceiros, considerando as restrições colocadas pela administração direta.

### **3- Diretrizes Gerais do CEM**

- a) Abrangência regional;
- b) Atuação em rede com garantia da coordenação do cuidado pela Atenção Básica;
- c) Regulação do acesso com base em protocolos clínicos respeitando critérios de equidade;
- d) Resolutividade do cuidado garantindo acesso às consultas e exames em estrutura própria ou por meio da compra de serviços e por serviços de referência definidos com mediação da SES para outros pontos de atenção;
- e) Apoio matricial às equipes de profissionais das unidades básicas de saúde como uma responsabilidade dos profissionais do CEM, seja de forma presencial ou à distância;
- f) Contratualização com o estabelecimento de metas quantitativas e qualitativas que visem o aprimoramento do processo de atenção à saúde;

### **4- Definição da abrangência do CEM e do município coordenador (município responsável pela gestão da oferta, tempos de espera, continuidade do**

**cuidado, garantia de fluxos regulatórios, e relação com a Atenção Básica nos demais pontos de atenção que o compõem).**

O CEM deverá ser organizado regionalmente de forma a garantir escala adequada para assegurar tanto uma boa relação custo/benefício quanto à qualidade da atenção a ser prestada. Considerando o conjunto dos critérios: escala, fluxo de usuários atualmente existente e distância, a SES propôs uma primeira simulação de desenho da rede de atenção especializada, propondo a definição de áreas de abrangência do CEM (anexo II).

Nos locais onde a implantação do CEM terá apenas uma Região de Saúde como área de abrangência foi definido como centro coordenador o município polo da RS. A exceção, foi a região de saúde de Vespasiano, considerando a dispersão da população desse município, a proximidade do município de Lagoa Santa, bem como o maior desenvolvimento da estruturação da assistência em Lagoa Santa. Entretanto, essa definição deverá ser discutida no território considerando a realidade local com embasamento técnico.

Nos casos da implantação de um CEM com abrangência de mais de uma região de saúde a definição do centro coordenador deverá se dar nas discussões no território, porém pautada em critérios técnicos como: disponibilidade de estrutura física adequada, disponibilidade de profissionais médicos, o tempo de deslocamento de todos os municípios para acessar a unidade, fluxo de usuários atualmente existente, densidade populacional de forma evitar o deslocamento da maior parcela da população, escala, escopo e as especificidades regionais.

A existência dos centros estaduais (CEAE- Hiperdia e Viva Vida) deverá ser considerada, sendo um ponto de atenção do CEM. A definição de ser o coordenador do cuidado deverá observar os critérios citados anteriormente. Em algumas regiões com base nesses critérios, como nas regiões de: Ouro Preto, Divinópolis Capelinha, e Almenara, entendemos que o município sede dos centros não é a melhor opção para ser o município coordenador. Entretanto, vale ressaltar que considerando as discussões e pactuações no território caso haja outra proposta iremos analisar considerando as justificativas levantadas.

## **5- Definição do escopo do CEM**

As especialidades que irão compor o CEM dependerá das necessidades de saúde da região de abrangência do CEM, com base nos parâmetros propostos na Portaria GM/MS N° 1631 de 01 de outubro de 2015 (parâmetros já aplicados para cada Região de Saúde- ver planilha de necessidades de saúde). Os exames que serão ofertados deverão observar a garantia de resolutividade dentro de um dado escopo definido, exames de menor frequência poderão não estar no escopo do CEM, sendo garantida a referência, conforme definido no capítulo da regulação.

É importante considerar que é preciso uma análise do território de forma a identificar necessidade de adequação desses parâmetros, por exemplo, análise da cobertura de plano de saúde suplementar, a existência de outros pontos de atenção, entre outros. Para dessa forma, definir qual o % da necessidade estimada será proposta como meta do CEM.

## **6- Regulação**

- a) A Atenção Básica deverá ser a porta de entrada preferencial do CEM;
- b) A regulação do acesso da AB para o CEM terá como base os protocolos clínicos e assistenciais disponibilizados pela SES, e deverá ser feita pelo SUSFácil.
- c) Os fluxos reguladores de entrada e saída do CEM deverão garantir a permanência do cuidado no CEM durante o tempo estritamente necessário sem perder a coordenação do cuidado pela AB;
- d) O acesso aos exames e terapias solicitados por profissionais do CEM e realizados em outros pontos de atenção será regulado pelo próprio CEM, que se responsabilizará pelo agendamento e realização em tempo adequado entre a solicitação e realização do procedimento, e pela gestão do contrato com o terceiro que os realizará.
- e) A regulação do acesso aos procedimentos de alta complexidade ambulatorial e internações hospitalares eletivos que estejam fora do escopo assistencial do CEM será feita pelos dispositivos hoje existentes, via município de origem do usuário.

f) Deverão ser utilizados os recursos disponíveis de telessaúde antes do encaminhamento do usuário da AB para o CEM e do CEM para outro nível de atenção.

## **7- Financiamento**

- a) O financiamento do CEM será por valor global considerando o escopo assistencial definido, sendo composto por um componente fixo (70%) e um componente variável (30%) de acordo com o desempenho, com repasse quadrimestral.
- b) Para efeito de custeio serão considerados recursos remanescentes dos Programas Hiperdia e Viva Vida.
- c) O financiamento será tripartite, considerando recursos já alocados na PPI especificamente para o escopo do CEM para a população de origem, recursos do MS para programas ministeriais de interface com as ações do CEM, recursos de fonte estadual e contrapartida municipal já existente. ?
- d) O valor total a ser destinado a cada CEM deverá considerar despesas com recursos humanos, insumos, e demais despesas da própria unidade, cujo dimensionamento e valores serão detalhados e consensuados entre a SES e a SMS coordenadora do cuidado em planilha de custos aberta, além das despesas com a contratação de diagnoses e terapias em outros pontos de atenção.

## **8- Contratualização, Monitoramento e avaliação**

Será celebrado termo de compromisso entre a SES e SMS coordenadora do CEM contemplando o perfil e modelo assistencial, a população de abrangência do CEM, a forma de financiamento, as regras de regulação do acesso, indicadores e metas quantitativos e qualitativos.

## **9- Documento de Diagnóstico/Prospecção do CEM**

O referido documento tem o objetivo de subsidiar a definição de um cronograma de implantação do CEM, bem como a abrangência territorial e modelagem dos serviços.

O instrumento deverá representar toda a região de saúde considerada para abrangência do CEM.

Sendo assim antes do preenchimento pelo município proponente todos os pontos mencionados nesse documento deverão ser discutido regionalmente.

## Anexo I

### Perguntas e respostas sobre o CEM

#### 1- Como será o financiamento do CEM? Os exames laboratoriais estão considerados?

Resposta: O valor total a ser destinado a cada CEM deverá considerar despesas com recursos humanos, insumos, e demais despesas da própria unidade, cujo dimensionamento e valores serão detalhados e consensuados entre a SES e a SMS gestora do CEM, em planilha de custos aberta, além das despesas com a contratação de diagnoses e terapias em outros pontos de atenção. Vale ressaltar que os exames laboratoriais necessários para continuidade do cuidado serão considerados no custeio do CEM.

#### 2- O CEM prevê recursos de investimento?

Resposta: Pequenos investimentos como reforma, ampliação e compra de equipamentos estão previstos para garantir a implantação do CEM.

#### 3- Qual a proposta de utilização de recursos provenientes da PPI?

No caso da PPI será realizada a seguinte análise:

Será avaliada a programação da PPI dos municípios da área de abrangência do CEM. A análise será realizada considerando apenas os procedimentos que serão ofertados pelo CEM. Desses procedimentos coincidentes será mantido no mínimo 30% do que está programado na PPI (para garantir retaguarda hospitalar). O restante será analisado para definir o remanejamento. Por exemplo: município A tem 10 exames de ecocardiograma pactuados com município B. Com a implantação do CEM a oferta desse exame será pelo município C. Considerando que o município A terá pactuação de 15 exames de eco pelo CEM (município C), serão remanejados 7 do município B para o município C (permanecerá 3 em B - 30%) e ainda será ampliado a oferta de mais 8 (recurso CEM- fonte estadual). Assim, o município A terá garantia de 15 exames.

#### 4- Haverá contrapartida dos municípios?

↳ E os Municípios não consorciados, contubuem como?

Resposta: Deverá ser identificada as contrapartidas atuais realizadas pelos municípios para garantia de oferta de consultas e exames de especialidades (por exemplo contrapartida para consórcios)

#### **5- Haverá disponibilização de protocolos de encaminhamento pela SES?**

Resposta: Sim. A SES está elaborando protocolos com o objetivo de definir os critérios de encaminhamento dos usuários provenientes da Atenção Básica para atendimento no CEM como estratégia de organizar o cuidado. Já estão elaborados os protocolos das especialidades: cardiologia, endocrinologia, ginecologia, mastologia, nefrologia, obstetrícia e oftalmologia. Estamos trabalhando na elaboração dos protocolos das demais especialidades.

#### **6- Como se dará a definição do escopo do CEM (definição das especialidades e exames que serão ofertados)**

Resposta: As especialidades que irão compor o CEM dependerão das necessidades de saúde da região de abrangência do CEM e dentro do seu escopo deverá ser ofertado os procedimentos necessários para **garantir a resolutividade do cuidado**. Para estimar as necessidades de saúde foram considerados os parâmetros da Portaria GM/MS nº1631, de 01 de outubro de 2015. Vale ressaltar que é preciso uma análise do território de forma a identificar necessidade de adequação desses parâmetros, por exemplo, análise da cobertura de plano de saúde suplementar, da existência de outros pontos de atenção, entre outros. Para dessa forma, definir qual o % da necessidade será proposta como meta do CEM.

#### **7- Como ficará os atuais centros CEAE (Hiperdia e Viva Vida)?**

Resposta: No momento de discussão da implantação do CEM esses serviços deverão ser considerados para definição do desenho da rede de atenção especializada. Deverá ser considerado como um ponto de atenção podendo ser o centro coordenador do cuidado ou não. Essa definição deverá considerar critérios como: localização, acesso, estrutura física, capacidade de fixar profissionais. Esses centros deverão entrar na lógica do CEM. Após definição de implantação do CEM serão rescindidos os termos de compromisso do CEAE. Os saldos de recursos remanescentes serão considerados para compor o CEM.



**8- Como será garantida a governância do CEM de forma a garantir que seja um serviço regional?**

Resposta: A SES, participará do processo regulatório, através de um funcionário indicado pela SRS/GRS, conjuntamente com o município sede do CEM, constituindo assim um processo de cogestão com o município, desenvolvendo as seguintes ações: possibilitar a equidade na utilização da oferta de consultas e exames pelo conjunto dos municípios, subsidiar a gestão nas decisões sobre a redução e ampliação na oferta de serviços, monitorar as metas e indicadores estabelecidos entre as partes, mediar às relações entre os municípios e regiões.

Deverá ser definido um fluxo diário para análise da oferta de consultas e exames de forma que as cotas não utilizadas no prazo estabelecido sejam remanejadas para os outros municípios conforme critérios previamente pactuados entre os municípios envolvidos.

Além disso, será constituída uma comissão de acompanhamento composta por 01 representante da SMS coordenadora do CEM, 01 representante de outro município beneficiário indicado pela (as) CIR e 01 representante da SRS/GRS da área de abrangência.

**9 – Como se dará a organização e financiamento nas regiões onde o CEM for composto por pontos de atenção em municípios diferentes?**

Resposta: Deverá ser levantado os valores que são praticados na região de forma que não gere competição nem desestruturação da rede já existente. Deverá ser estabelecido um fluxo regulatório de forma que não promova a competição da oferta para o CEM e para os demais pontos de atenção que demandam atenção especializada. É importante ressaltar que a relação de discussão, negociação e pactuação será sempre intergestores com mediação da SES, respeitando os princípios do SUS.

**10- Como será o repasse de recursos para o CEM?**

Resposta: A SES irá transferir os recursos de forma quadrimestral para o fundo municipal de saúde do município coordenador do CEM. O primeiro quadrimestre terá repasse integral para garantir a organização dos serviços, fluxos de usuários. A

partir do segundo quadrimestre o repasse será 70% fixo e 30% variável conforme cumprimento de metas e indicadores previstos no termo de Compromisso que será firmado entre a SES e a SMS coordenadora do CEM.

#### **11- Como será a regulação de acesso ao CEM?**

Resposta: A regulação do acesso se dará inicialmente utilizando-se o sistema informatizado SUSFÁCIL-MG, até o desenvolvimento do novo sistema de regulação ambulatorial, que já se encontra em andamento;

Serão definidas cotas por município proporcionais à população residente e a oferta de consultas e exames disponíveis;

Os municípios de origem deverão fazer uma análise prévia da sua demanda e agendar a primeira consulta conforme critérios de prioridade por especialidade, segundo critérios definidos pela SES. Caso haja necessidade de retorno ou realização de um exame do escopo do CEM é o CEM quem os agendará (ver detalhes no fluxo do CEM – anexo III).

## Anexo II

### Proposta de abrangência territorial dos CEM-

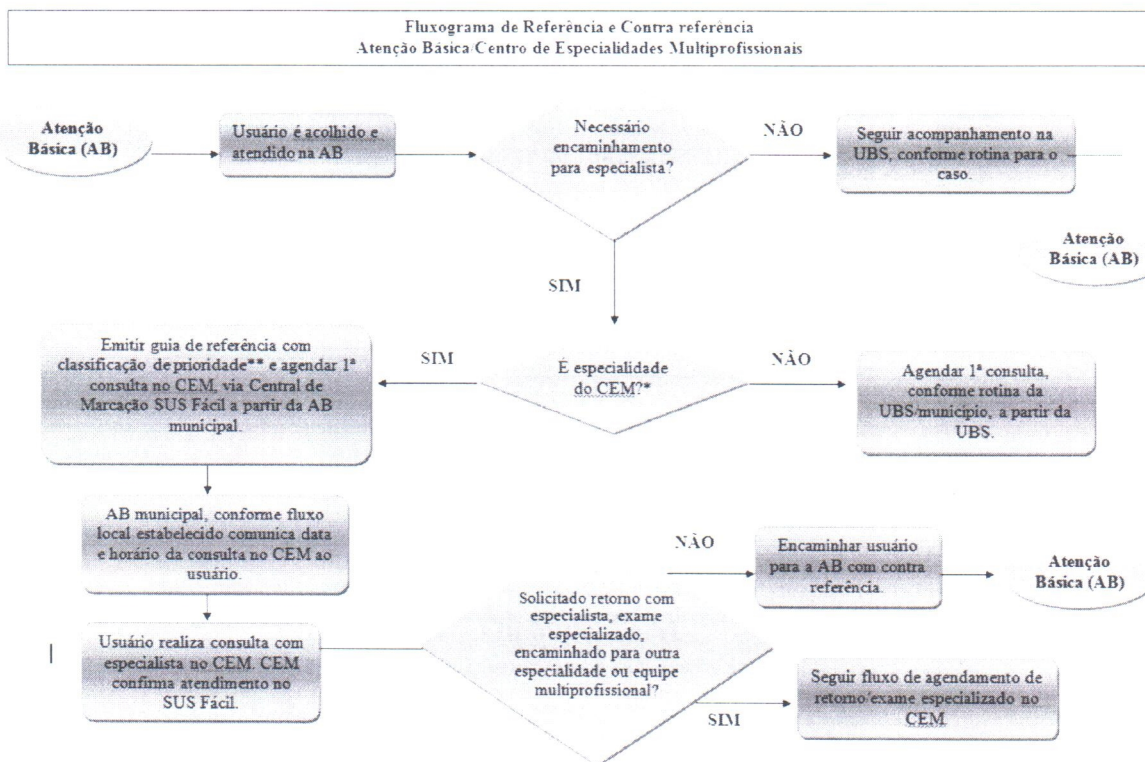
**Observação- Poderá ser proposta nova modelagem de abrangência do CEM para discussão.**

Região de Saúde Ampliada (macro)	Município coordenador do CEM*	Regiões de saúde de abrangência (micro)	População da RS (IBGE/TCU/201	(N° Municípios na RS	Hiperdia/Viva Vida(município sede)
Centro	A definir	João Monlevade	138.797	5	
Centro		Guanhães	117.198	11	
Centro		Itabira	231.571	13	Itabira
Centro	Ouro Preto	Ouro Preto	181.136	3	Itabirito
Centro	A definir	Vespasiano	306.612	7	
Centro	Curvelo	Curvelo	183.638	11	
Centro	Sete Lagoas	Sete Lagoas	436.612	24	Sete Lagoas
Centro	Belo Horizonte	B Horizonte/N Lima/Caeté	3.358.067	13	Ribeirão das Neves
Centro	Sabará (+ 4 municípios)				
Centro	Betim	Betim	681.860	13	
Centro	Contagem	Contagem	844.678	3	
Centro Sul	Barbacena	Barbacena	236.393	15	
Centro Sul	São João del Rei	São João del Rei	238.444	18	São João del Rei
Centro Sul	Cons Lafaiete	Cons Lafaiete/Congonhas	305.174	18	
Jequitinhonha	A definir	M Novas/Turmalina/Capelin	124.303	8	Capelinha
Jequitinhonha		Diamantina	172.567	15	Diamantina
Leste	Governador Valadares	Resplendor	90.773	8	
Leste		Mantena	70.657	8	
Leste		S Maria Suaçui/S Joao Eva	104.173	11	
Leste		Governador Valadares	428.882	24	Governador Valadares
Leste	A definir	Cel Fabriciano/Timóteo	228.964	8	
Leste	Caratinga	Caratinga	201.608	13	
Leste	Ipatinga	Ipatinga	407.927	14	
Leste do Sul	A definir	Viçosa	136.886	9	Viçosa
Leste do Sul		Ponte Nova	217.343	21	
Leste do Sul	Manhuaçu	Manhuaçu	340.735	23	Manhuaçu
Nordeste	A definir	Pedra Azul	53.796	4	Jequitinhonha
Nordeste		Itaobim	82.851	6	
Nordeste		Araçuaí	91.183	6	
Nordeste	A definir	Águas Formosas	60.173	8	
Nordeste		Padre Paraíso	62.527	4	
Nordeste		Nanuque	70.686	3	
Nordeste		T Otoni/Malacac/Itambacur	328.207	17	T. Otoni
Nordeste	Almenara	Almenara	182.523	15	
Noroeste	A definir	João Pinheiro	72.608	3	Patos de Minas
Noroeste		Patos de Minas	350.796	18	
Noroeste	Unai	Unai	267.676	12	

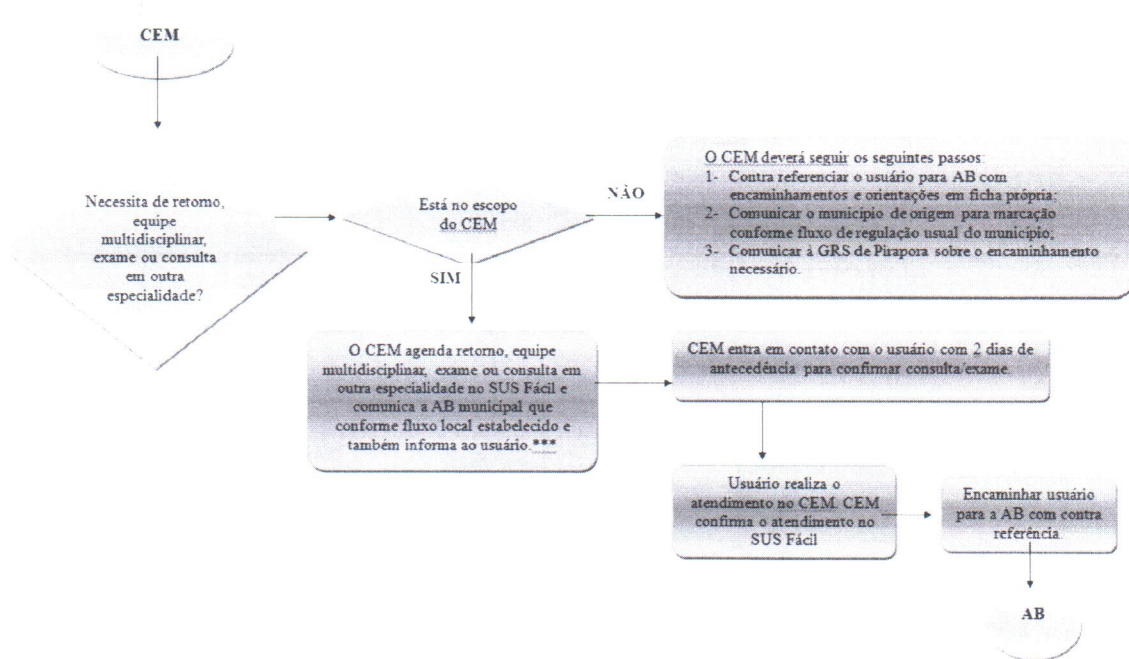
Região de Saúde Ampliada (macro)	Município coordenador do CEM*	Regiões de saúde de abrangência (micro)	População da RS (IBGE/TCU/2014)	(N° Municípios na RS)	Hiperdia/Viva Vida (município sede)
Norte	Pirapora	Coração de Jesus	48.427	5	
Norte		Pirapora	145.391	7	Pirapora
Norte	A definir	Francisco Sá	74.215	6	
Norte		Montes Claros/Bocaiúva	487.819	11	
Norte	A definir	Januária	115.549	5	Januária
Norte		Manga	58.836	5	
Norte	A definir	Brasília MG/S Francisco	246.040	16	Brasília de Minas
Norte	A definir	Janaúba/Monte Azul	277.722	15	Janúba
Norte	A definir	Salinas/Taiobeiras	207.131	16	Taiobeiras
Oeste	A definir	Formiga	131.907	9	
Oeste		Bom Despacho	106.121	7	
Oeste		Divinópolis/S Antôn Monte	460847	13	Santo Antonio do Monte
Oeste	A definir	S Antônio Amparo/C Belo	203.674	13	Campo Belo
Oeste	A definir	Pará de Minas	231.278	8	
Oeste		Itaúna	121.117	4	
Sudeste	A definir	São João Nepomuceno/Bicas	72.551	9	
Sudeste		Além Paraiba	57.840	5	
Sudeste		Santos Dumont	51.852	3	
Sudeste		J Fora/L Duarte/B Jardim	676.250	25	Juiz de Fora
Sudeste	A definir	Carangola	129.008	11	
Sudeste		Muriáe	172.460	11	Muriáe
Sudeste		Leopoldina/Cataguases	182.150	10	Leopoldina
Sudeste	Ubá	Ubá	309.322	20	
Sul	A definir	Três Pontas	125.544	5	
Sul		Três Corações	130.935	6	
Sul		Lavras	180.091	10	Lavras
Sul		Varginha	195.579	5	
Sul	A definir	Alfenas/Machado	320.458	17	
Sul	A definir	Guaxupé	161.354	9	
Sul		Poços de Caldas	229.205	5	
Sul	A definir	São Sebastião do Paraíso	125.477	6	
Sul		Passos/Piumhi	288.434	18	
Sul	São Lourenço	São Lourenço	262.077	24	São Lourenço
Sul	A definir	Itajubá	194.878	15	
Sul		Pouso Alegre	531.188	33	
Triângulo do Norte	A definir	Patrocínio/Monte Carmelo	192.805	9	Patrocínio
Triângulo do Norte	Ituiutaba	Ituiutaba	193.506	9	
Triângulo do Norte	A definir	Uberlândia/Araguari	874.087	9	
Triângulo do Sul	A definir	Frutal/Iturama	172.945	11	Frutal
Triângulo do Sul	Araxá	Araxá	180.620	8	
Triângulo do Sul	Uberaba	Uberaba	399.383	8	

### Anexo III

## Fluxo do CEM



Fluxograma de Agendamento de Retorno Exame especializado no CEM



\*Especialidades CEM: oftalmologia, urologia, cardiologia, angiologia, endocrinologia, nefrologia, ginecologia, obstetria, mastologia, pediatria

\*\*Conforme protocolos de encaminhamentos para especialidades CEM:

\*\*\* O CEM deverá gerenciar de forma organizada a agenda do serviço, de forma a garantir o agendamento:

1. Diante da necessidade do agendamento de retorno, exame ou consulta com outra especialidade o CEM deverá informar ao usuário data e local deste e inserir a marcação assim que a agenda estiver disponível no SUS Fácil (dia 26/ mês ou próximo dia útil de cada mês).